



**Rzecznik
Ubezpieczonych**

www.rzu.gov.pl

**UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM**

RAPORT RZECZNIKA UBEZPIECZONYCH

Warszawa, dnia 7 grudnia 2012 r.

Wstęp

Umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym na polskim rynku istnieją od kilkunastu lat. Nie jest to „klasyczna” forma ubezpieczenia osobowego, bowiem zawiera wiele specyficznych rozwiązań, które nie są charakterystyczne dla ubezpieczeń. Umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym to umowa o bardzo wysokim stopniu skomplikowania, regulowana wieloma różnorodnymi wzorcami umownymi. Analiza jej treści przez przeciętnego konsumenta jest w praktyce niemożliwa. Nie jest on bowiem w stanie bez odpowiedniego przygotowania zrozumieć mechanizmów prawno-finansowych zawartych we wzorcach umownych, które w niektórych przypadkach nawet nie są mu doręczane. Konsument na ogół zawiera taką umowę bazując na informacjach przekazywanych mu przez osobę oferującą zawarcie umowy – pośrednika ubezpieczeniowego, pracownika banku lub doradcę finansowego. Nie zawsze informacje te podawane są precyzyjnie i zgodnie z faktycznymi warunkami umowy, co skutkuje wprowadzaniem klientów w błąd, powoduje utratę własnych środków finansowych, a w konsekwencji również podważa zaufanie do instytucji finansowych. Konsument niezadowolony z efektów swojej inwestycji szuka pomocy prawnej, wsparcia na poradniczych stronach i forach internetowych, a także kierują interwencje pisemne, w tym skargi do Rzecznika Ubezpieczonych. W 2011 r. do Rzecznika Ubezpieczonych trafiło 146 skarg dotyczących ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Po trzech pierwszych kwartałach 2012 r. było ich już 262. W związku z faktem, iż ze skarg konsumentów wyłania się pewien negatywny obraz funkcjonowania tych umów, Rzecznik Ubezpieczonych postanowił szczegółowo przeanalizować sygnały konsumentów dotyczące nieprawidłowości w systemie dystrybucji tych ubezpieczeń, warunkach umów, a także innych diagnozowanych zagrożeń płynących z zawarcia umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Konsumentowi łatwo jest bowiem znaleźć informacje na temat korzystnych aspektów zawarcia takiej umowy, trudniej jest dowiedzieć się jakie mogą być niepożądane skutki – szczególnie te negatywne dotyczące jego sytuacji finansowej – oraz na co zwrócić uwagę podejmując decyzję o wyborze takiej formy oszczędzania. Brak jest również obiektywnych danych wskazujących czy obietnice podawane przed zawarciem umowy są przez instytucje finansowe spełniane po wielu latach inwestycji.

W związku z faktem, iż nie istnieją przepisy, które wprowadzałyby jakiegokolwiek generalne prokonsumenckie standardy takich umów, na rynku oferowane są produkty posiadające diametralnie różne warunki, zaczynając od odmiennych zasad podziału wpłacanej składki ubezpieczeniowej, przez wysokość i wachlarz pobieranych opłat w trakcie trwania umowy, po wyjątkowo wysokie opłaty likwidacyjne oraz niekorzystny sposób wyliczenia sumy ubezpieczenia. Na przestrzeni ostatnich lat umowy te uległy kolejnym głębokim modyfikacjom. Zawierane dziesięć lat temu umowy ubezpieczenia mające charakter produktu emerytalnego obecnie są coraz rzadziej spotykane z uwagi na dynamiczny rozwój, jaki przechodzą grupowe ubezpieczenia, mają obecnie częścię charakter „poliso-lokat”.

Należy wyraźnie podkreślić, iż przeciętny konsument nie ma możliwości podjęcia świadomej decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Wynika to z faktu, iż nawet w przypadku wykonania ustawowego obowiązku doręczenia treści ogólnych warunków ubezpieczenia, praktycznie niemożliwe jest należyte zrozumienie ani porównanie tak zawiłych umów przez osobę, która nie jest specjalistą z zakresu prawa ubezpieczeniowego, a także wyższej ekonomii. Warunki ubezpieczenia mają od kilku do nawet ponad stu stron¹, zawierają wiele załączników, do których konsumenci nie mają dostępu przed zawarciem umowy. Ubezpieczeni, którzy są świadomi, iż warunków ubezpieczenia należy żądać przed zawarciem umowy wskazują, iż nie byli w stanie przewidzieć, że umowę mogą kształtować inne, dodatkowe dokumenty². Znajdujące się we wzorcach umownych sformułowania są niejasne i nieprecyzyjne, wprowadzają w błąd, są interpretowane przez ubezpieczycieli na własną korzyść. Zawiała treść oraz złożona konstrukcja umowy uniemożliwia jakąkolwiek ocenę stanu prawnego umowy przez konsumenta, a także samodzielne odnalezienie interesujących go zagadnień. W regulaminach i taryfach opłat, które są załącznikami do warunków ubezpieczenia, często stosuje się niezrozumiałe dla przeciętnego konsumenta skomplikowane wzory matematyczne, które dodatkowo utrudniają możliwość samodzielnej kalkulacji kwoty należnego świadczenia i sprawdzenia, czy wysokość pobieranych opłat bądź wypłacanego świadczenia jest prawidłowa. Dynamiczny rozwój tego typu produktów powoduje częste zmiany zapisów umownych, których konsument nie jest w stanie na bieżąco śledzić ani

¹ 108 stron mają Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Super Fundusz”, stosowane przez Compensa TU na Życie S.A. VIG.

² Jeden ze skarżących podał: „wszem i wobec trąbi się – zapoznaj się z ogólnymi warunkami nim podpiszesz umowę – brak jest informacji, że opłaty mogą być ukryte w oddzielnym dokumencie”, sprawa o sygn. RU/WSI/G/677/WK/12.

kontrolować. Przekazywane (wybiórczo) ustnie przez oferenta informacje często są niezgodne z zapisami warunków ubezpieczenia.

Poprzez funkcjonujący obecnie system, a także stosowaną przez przedsiębiorców praktykę, odpowiedzialność za zawarcie niekorzystnej umowy przerzucona została w całości na konsumenta, który, jeżeli otrzymał warunki ubezpieczenia lub potwierdził, że z nimi został zapoznany – jest nimi związany i tym samym je zaakceptował. Przyjmuje się więc, że sam fakt, iż konsument składa swój podpis pod wnioskiem o zawarcie umowy oznacza, że rozumie on konsekwencje swojego oświadczenia woli i musi ponosić skutki swoich działań, nawet jeżeli są one drastycznie dla niego niekorzystne. Jednocześnie udowodnienie przekazania nieprawdziwych informacji przez oferenta jest – z punktu widzenia konsumenta – w praktyce niemożliwe. Taki stan jest niezwykle wygodny dla ubezpieczycieli, banków, pośredników finansowych i ubezpieczeniowych. Odpowiedzialność za zawarcie umowy, której skutków prawnych nie rozumie jedna ze stron nie może być jednak w ocenie Rzecznika Ubezpieczonych przerzucona wyłącznie na jedną i to tę słabszą stronę, szczególnie biorąc pod uwagę fakt, iż w wielu przypadkach konsument namawiany jest na zawarcie tej, a nie innej umowy, a czasem dochodzi do sytuacji, w których zawiera umowę na podstawie błędu bądź nawet podstępny oferenta.

Skargi konsumentów wskazują jednoznacznie na istnienie pewnych, powtarzających się nieprawidłowych procedur. Rzecznik Ubezpieczonych bardziej niż na liczbie skarg skupia się na ich treści. Należy bowiem wskazać, iż zarzuty przedstawione przez kilku konsumentów w odniesieniu do danego produktu ubezpieczeniowego, najprawdopodobniej można by podnieść również w odniesieniu do pozostałych konsumentów objętych tą samą umową czy też tym samym rodzajem umowy. Dodatkowo, jeżeli dana praktyka opisana przez jednego konsumenta, w podobny sposób przedstawiana jest przez kilku innych, można z dużym prawdopodobieństwem stwierdzić, iż stanowi praktykę powszechnie stosowaną przez określony podmiot działający na rynku.

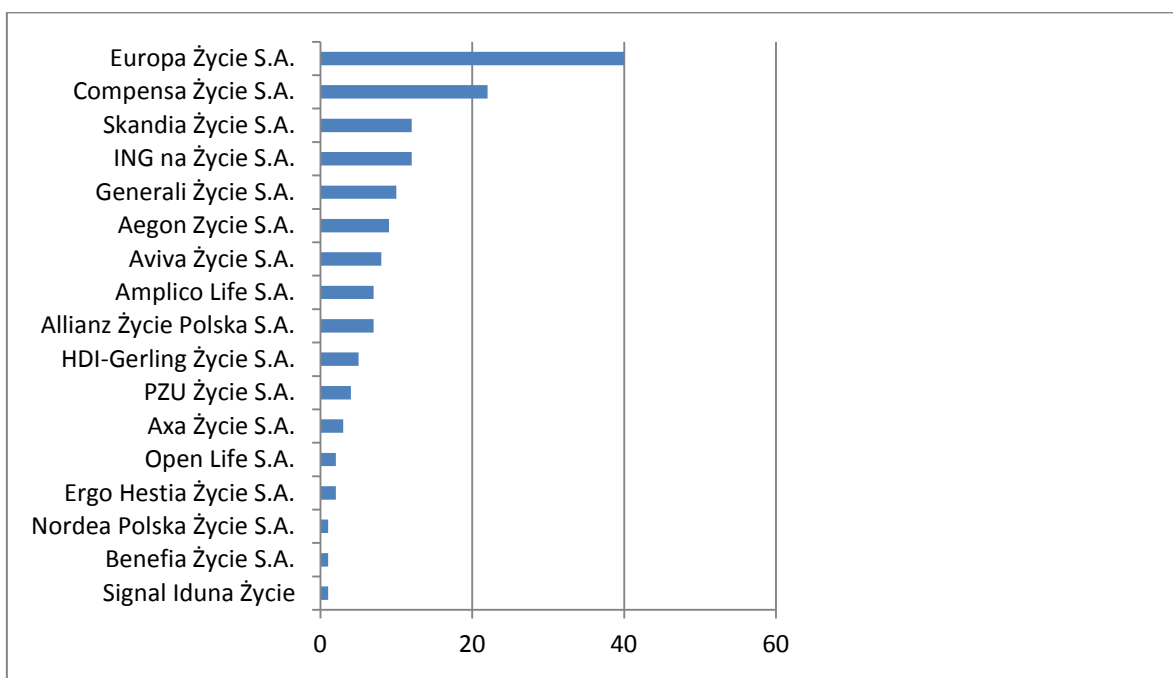
Przechodząc do konkretnych zarzutów, konsumenci, którzy zawarli umowę ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym skarżą się Rzecznikowi na:

- oferowanie umowy ubezpieczenia jako bezpiecznej lokaty z wysokim zyskiem;
- utratę znacznej części wpłaconych środków (nawet 100%) w przypadku rozwiązania umowy przed upływem okresu wskazanego w dniu jej zawarcia;
- niepoinformowanie, iż umowa do której przystępują jest umową ze składką regularną, płatną np. co roku przez 15 lat, a nie składką jednorazową;

- brak zysku po zakończeniu trwania wieloletniej umowy ubezpieczenia;
- wysokie opłaty administracyjne i inne, pobierane w trakcie trwania umowy, o których nie informowano w momencie jej zawierania;
- inne, błędne informacje co do istotnych elementów umowy, przekazywane przed zawarciem (przystąpieniem do) umowy np. na temat przewidywanych gwarantowanych zysków (nawet kilkudziesięcioprocentowych) czy możliwości wycofania całości wpłaconych kwot w dowolnym momencie bez opłat i z zyskiem, nie stosowania opłaty likwidacyjnej lub jej wysokości.

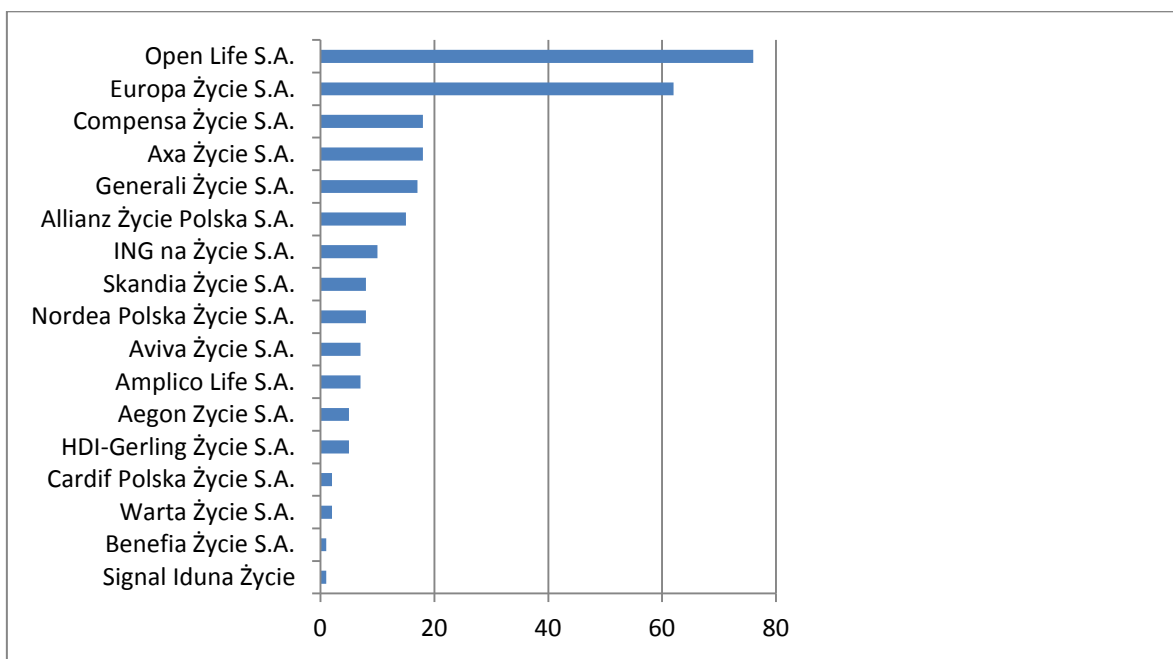
Skargi w dużej części dotyczą tych samych problemów, ubezpieczycieli i produktów. Prawie jedna trzecia skarg, które wpłynęły do Rzecznika Ubezpieczonych w poprzednim roku dotyczy jednego ubezpieczyciela i kilku jego produktów (ubezpieczeń grupowych) oferowanych za pośrednictwem współpracującego z nim w tej samej grupie kapitałowej banku. W roku 2012 r. liczba skarg na produkty oferowane przez tego ubezpieczyciela wzrosła, przy czym ustąpił on miejsca innemu ubezpieczycielowi. Podkreślenia jednak wymaga fakt, iż produkty obu tych podmiotów są oferowane przez tego samego ubezpieczającego (bank). W skargach pojawiają się takie same zarzuty, co umożliwia zidentyfikowanie wysoce nieprawidłowych praktyk. Z kolei, w odniesieniu do ubezpieczyciela przodującego w skargach dotyczących ubezpieczeń indywidualnych zarzuty dotyczą ubezpieczeń, do których zawarcia doszło kilka lat temu. Tu również można dopatrzeć się pewnej nieprawidłowej praktyki skutkującej wprowadzeniem konsumentów w błąd. Głębsza analiza treści skarg umożliwia więc sugerowanie przez Rzecznika priorytetów działań po stronie odpowiednich organów nadzorczych – Komisji Nadzoru Finansowego i Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów.

Wykres 1. Liczba skarg dotyczących umów ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym kierowanych na poszczególne zakłady ubezpieczeń do Rzecznika Ubezpieczonych w 2011 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w 2011 r.

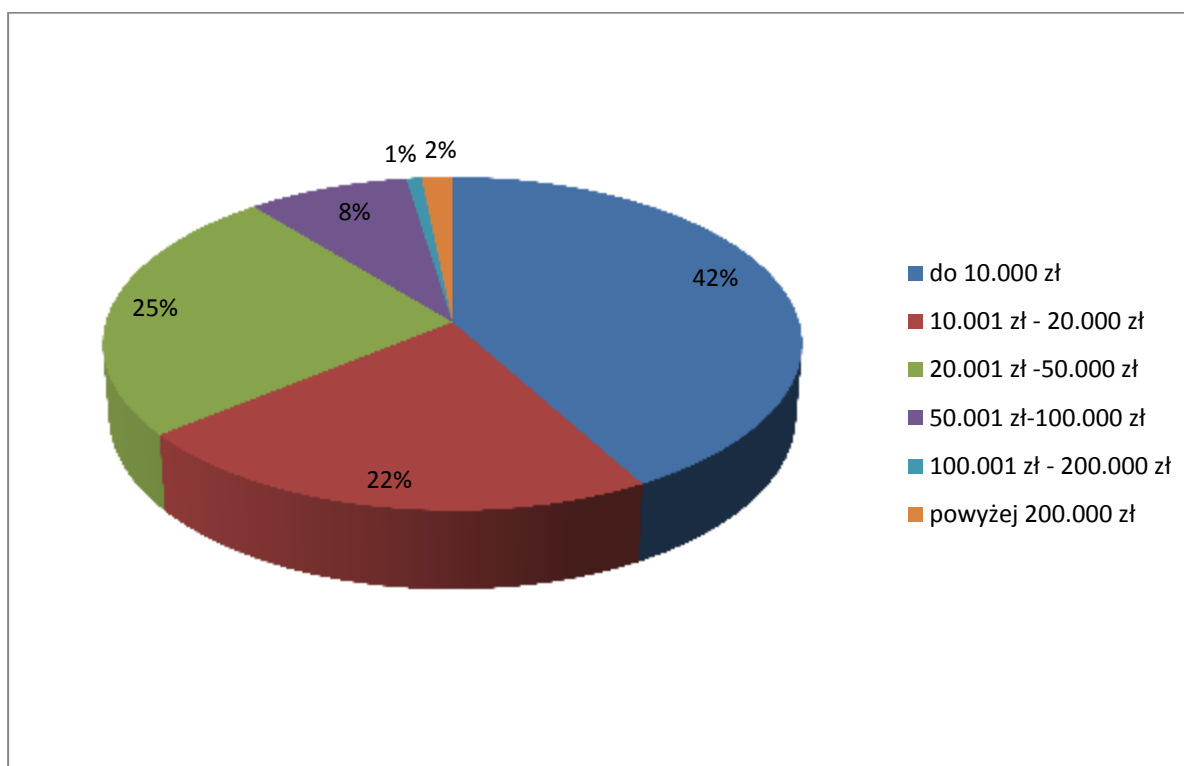
Wykres 2. Liczba skarg dotyczących umów ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym kierowanych na poszczególne zakłady ubezpieczeń do Rzecznika Ubezpieczonych w III kwartałach 2012 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w III kwartałach 2012 r.

Skargi, które wpłynęły do Rzecznika w badanym okresie³ w wielu przypadkach są dowodem utraty znacznych środków finansowych wskutek zawarcia umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Kwoty te nie są mniejsze niż kilka tysięcy złotych, a większość przypadków wskazuje na utratę znacznie wyższych kwot – nawet do 250 000 zł.

Wykres 3. Procent liczby skarg dotyczących umów ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w latach 2011 – 2012 (III kwartały)



Źródło: opracowanie własne na podstawie skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w latach 2011-2012 (III kwartały).

W znacznej części skarg, nawet po wielu latach obowiązywania umowy ubezpieczenia i inwestowania środków tak, jak zalecają doradcy finansowi i sami ubezpieczyciele, umowa nie przynosi oczekiwanego zysku przez skarżących. Dla przykładu można wskazać następujące skargi:

³ Dane dotyczące wartości wpłaconych środków pieniężnych pochodzą z 248 skarg z lat 2011-2012, w których wartość wpłaconej składki była przez skarżących podana, bądź była możliwa do wyliczenia. Nie wszystkie skargi zawierają informacje na ten temat.

- 1) Konsument zawarł umowę na 10 lat. Przez ten okres wpłacił 11 000 zł tytułem składki. Po 10u latach otrzymał kwotę ok. 7 200 zł⁴.
- 2) Konsument wpłacił 9400 zł, po 3 latach wartość tej inwestycji to 8000 zł⁵.
- 3) Konsument wpłacił 30 000 zł na umowę 3-letnią. Wartość wypłaconej kwoty po zakończeniu umowy to 24 000 zł⁶.
- 4) Konsument wpłacił 90 000 zł na 4-letnią umowę. Wartość wypłaconych środków po zakończeniu umowy to kwota 64 000 zł⁷.
- 5) Konsument wpłacił 19 000 zł. Umowa trwała 10 lat. Konsument po zakończeniu umowy wypłacił 16 000 zł⁸.
- 6) Konsument wpłacił \$5000 na 3-letnią umowę. Wypłacono mu \$4338 po zakończeniu umowy⁹.
- 7) Konsument wpłacił 40 000 zł. Po zakończeniu umowy po 8 latach wypłacił 12 000 zł¹⁰.
- 8) Konsument wpłacił 29 000 zł. Po zakończeniu umowy po 8 latach wypłacił 22 000 zł¹¹.
- 9) Konsumentka zawarła umowę w 2001 r. Przez 10 lat wpłaciła łącznie prawie 30 000 zł. Kwota, którą otrzymała w 2012 r. to 15 772 zł¹².

Brak oczekiwanego zysku może wynikać w głównej mierze z wahań na rynkach giełdowych, ale również z faktu pobierania szeregu opłat w trakcie trwania umowy. Ponadto, konsumenci w momencie zawierania umowy są informowani wyłącznie o wysokości zysku, którego mogą się spodziewać wpłacając swoje pieniądze (nawet kilkudziesięciu procent) i kiedy umowa się kończy oczekują otrzymania kwoty powiększonej o obiecany przed zawarciem umowy zysk.

W innych sprawach, inwestycja przyniosła bardzo duże straty już po pierwszych miesiącach:

- 1) Konsument wpłacił 75 500 zł, wartość rachunku po miesiącu wyniosła 51 000¹³.

⁴ Sprawa o sygn. RU/WSI/G/10895/AG/11.

⁵ Sprawa o sygn. RU/WSI/G/WK/433/12.

⁶ Sprawa o sygn. RU/WSI/G/4279/MAR/12.

⁷ Sprawa o sygn. RU/WSI/G/7671/AG/11.

⁸ Sprawa o sygn. RU/WSI/G/3316/BA/11.

⁹ Sprawa o sygn. RU/WSI/G/7881/AG/11.

¹⁰ Sprawa o sygn. RU/WSI/G/6027/SP/11.

¹¹ Sprawa o sygn. RU/WSI/G/2419/WK/11.

¹² Sprawa o sygn. RU/WSI/G/10520/MAR/12.

¹³ Sprawa o sygn. RU/WSI/G/1564/AG/12.

- 2) Konsument wpłacił 30 000 zł. Odstąpił od umowy w ciągu 14 dni od dnia jej zawarcia. W tym czasie wartość jego rachunku spadła do 26 000 zł¹⁴.
- 3) Konsument wpłacił 45 000 zł. Wartość rachunku już po pierwszym miesiącu była niższa o 30%¹⁵.
- 4) Konsument wpłacił 7500 zł. Wartość rachunku po 4 miesiącach wynosiła 5500 zł.
- 5) Konsument wpłacił 14 000 zł. Po 8 miesiącach inwestycja przyniosła stratę prawie 60%. Wartość rachunku wyniosła 5725 zł.
- 6) Konsument wpłacił 190 000 zł. Po 6 miesiącach wartość tej inwestycji wyniosła 116 000 zł¹⁶.

Spadek wartości inwestycji w pierwszych miesiącach nie wynika wyłącznie z wahań giełdowych, lecz w większości przypadków z pobierania wysokich opłat za zarządzanie, bądź faktu, iż jedynie część pierwszej składki jest lokowana w fundusze inwestycyjne, o czym konsumenci (co wynika ze skarg) nie są informowani przed zawarciem umowy. Rzecznik Ubezpieczonych dostrzega ponadto problem nieprawidłowej wyceny wartości jednostek funduszu, który jest tworzony na potrzeby konkretnego produktu inwestycyjnego i w oparciu o trudno zrozumiałe indeksy¹⁷. Zawyżenie początkowej wartości jednostki funduszu skutkuje późniejszym urealnieniem tej wartości na niekorzyść konsumenta.

Zdarzają się skargi, z których wynika, iż przystąpienie do ubezpieczenia nie było świadome, lecz było „dodatkiem” do umowy głównej – np. umowy kredytu hipotecznego¹⁸, a deklaracja ubezpieczeniowa znajdowała się wśród dokumentów podpisywanych w związku z kredytem. W większości jednak pism podnoszony jest zarzut wprowadzenia w błąd poprzez ustne przekazanie nieprawdziwych informacji. Konsumenci podają, że gdyby wiedzieli o faktycznych warunkach umowy, nigdy by jej nie zawarli. Niezadowolone podsyca fakt, iż konsumenci nie otrzymują warunków ubezpieczenia, które są później powoływane np. przy ustalaniu kwoty wykupu. W skargach, część interweniujących wskazuje również na niedoręczenie ogólnych warunków ubezpieczenia. Z kolei największa część skarżących nie podaje informacji czy taki dokument otrzymała, co może sugerować, że nawet nie wiedzą oni, że warunki ubezpieczenia to jeden z najistotniejszych dokumentów kształtujących ich prawa i obowiązki. Przede wszystkim

¹⁴ Sprawa o sygn. RU/WSI/9289/SP/11.

¹⁵ Sprawa o sygn. RU/WSI/G/13299/AG/11.

¹⁶ Sprawa o sygn. RU/WSI/G/8560/MAR/12.

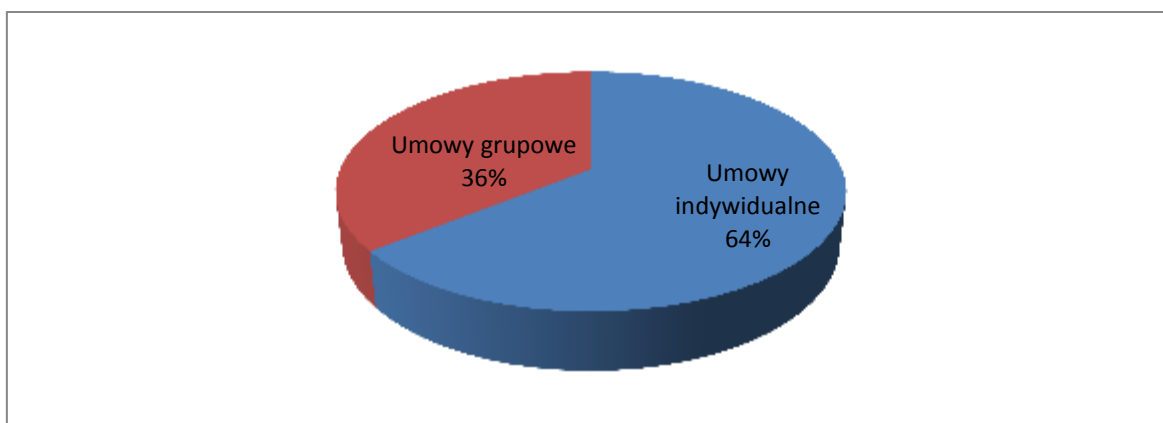
¹⁷ Szerzej na ten temat w Rozdziale IV niniejszego raportu.

¹⁸ Sprawa o sygn. RU/WSI/G/2967/MAR/12.

jednak, konsumenci są bardzo rozgoryczeni ze względu na wysokość kwot, które utracili. W wielu przypadkach utracone kwoty stanowią 100% wpłaconych środków pieniężnych.

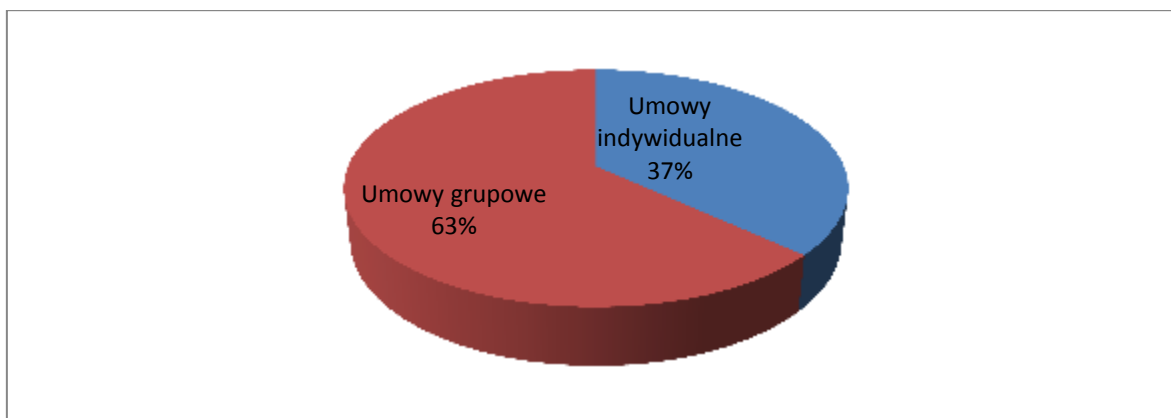
Umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym oferowane są zarówno w formie ubezpieczenia indywidualnego, jak i grupowego. Ze względu na mniej korzystną sytuację prawną konsumenta (ubezpieczonego) w ubezpieczeniu grupowym, m.in. ograniczenie obowiązków informacyjnych po stronie ubezpieczyciela, ale również odpowiedzialność za szkodę, przystąpienie do takiej formy ubezpieczenia może okazać się dużo bardziej problematyczne. Na przełomie ostatnich 2 lat liczba skarg dotyczących grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym znacznie wzrosła, co przedstawiają poniższe wykresy.

Wykres 4. Forma zawarcia umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym w 2011 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w 2011 r.

Wykres 5. Forma zawarcia umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym w 2012 r. (III kwartały)

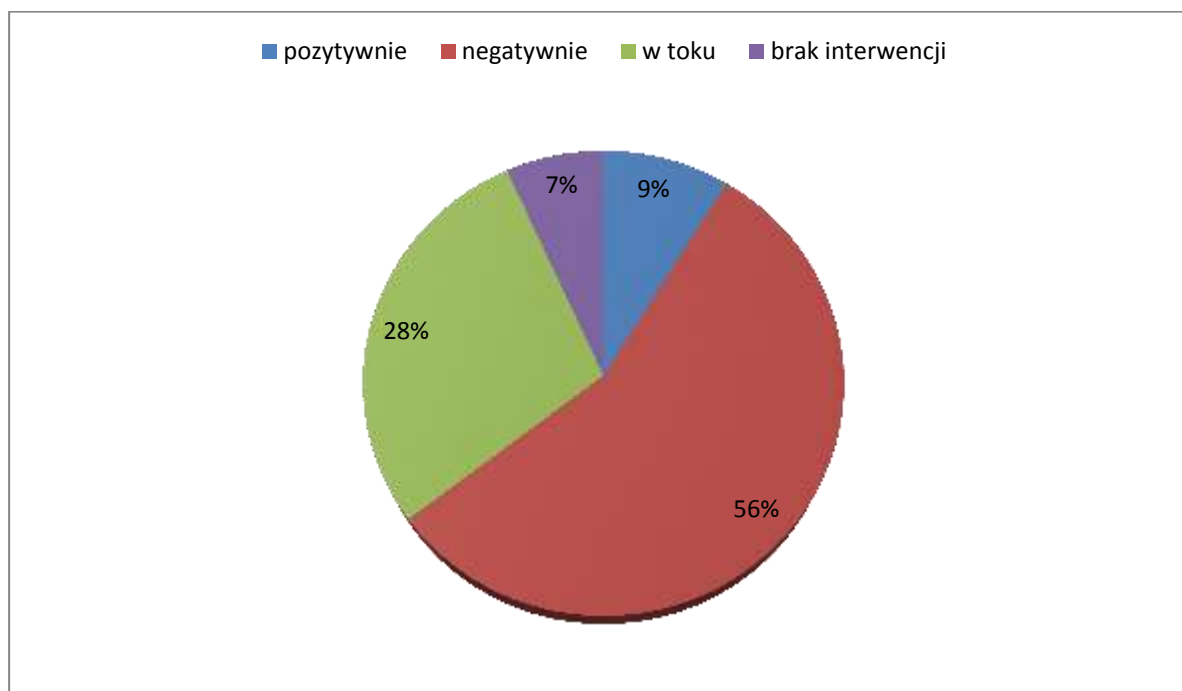


Źródło: opracowanie własne na podstawie skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w 2011 r. (III kwartały).

W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych wynika to z faktu rozbudowania współpracy banków z ubezpieczycielami w zakresie produktów, które mogą być oferowane jako alternatywa dla lokat bankowych. Współpraca ta rozwija się, ze względu na spadające marże w tradycyjnych produktach bankowych oraz wzrastające przychody z tytułu prowizji z pośrednictwa produktów ubezpieczeniowych¹⁹.

Większości spraw nie udaje się zakończyć zgodnie z oczekiwaniami skarżących. Oznacza to, iż w celu zwrotu utraconych środków konsumenci muszą wszcząć postępowanie sądowe, co jest kosztowne, długotrwałe i skomplikowane. Jednocześnie, fakt, iż dochodzenie zwrotu wpłaconych kwot jest możliwe jedynie na drodze postępowania sądowego stawia ubezpieczycieli w korzystniejszej, uprzywilejowanej sytuacji, ponieważ niewielu konsumentów decyduje się ostatecznie na takie rozwiązanie, chociażby przez wzgląd na fakt, iż utracili znaczną kwotę pieniężną i nie mają już środków na pokrycie kosztów sądowych czy też zastępstwa procesowego.

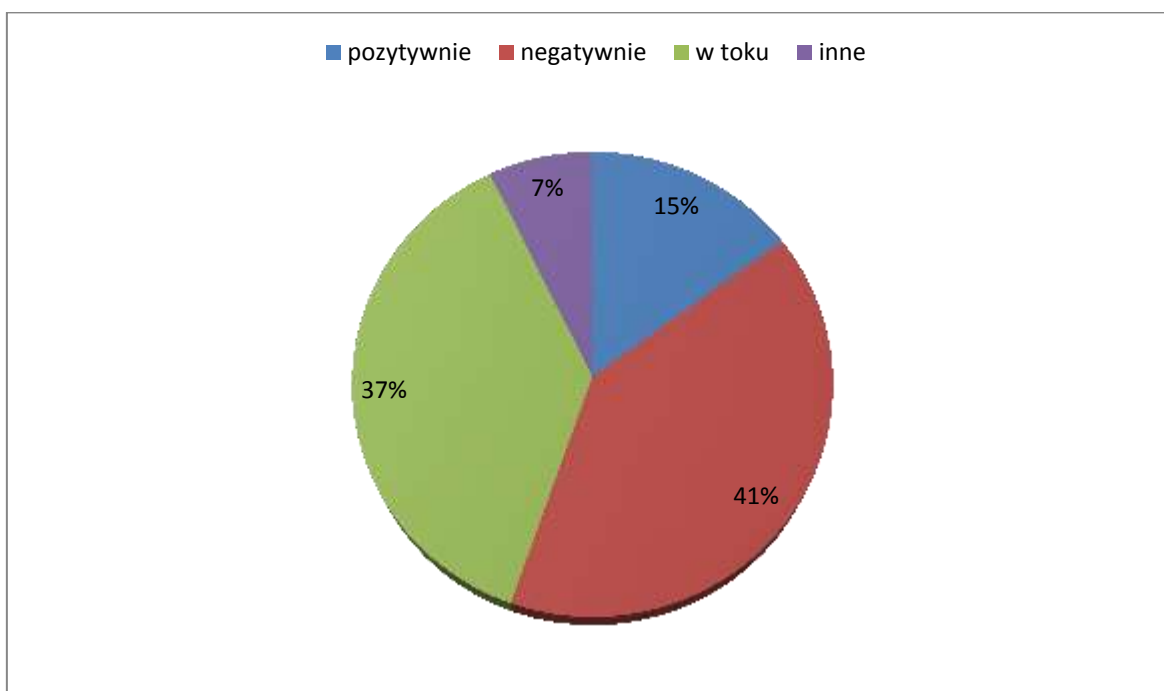
Wykres 6. Wynik interwencji Rzecznika Ubezpieczonych w 2011 r. w sprawie umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych zaczerpniętych z Biura Rzecznika Ubezpieczonych.

¹⁹ Za: W. Glaubitz, *Wartość dodana dla Klienta w bancassurance na podstawie doświadczeń rynku niemieckiego*, III Kongres Bancassurance, Józefów 20-21 października 2011 r.

Wykres 7. Wynik interwencji Rzecznika Ubezpieczonych w 2012 r. (III kwartały) w sprawie umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych zaczerpniętych z Biura Rzecznika Ubezpieczonych.

Rzecznik Ubezpieczonych jest zdania, iż działalność ubezpieczycieli, banków, pośredników i doradców finansowych nie może prowadzić do nieświadomego rozporządzania pieniędzmi przez konsumentów, w tym sprzedaży produktów inwestycyjnych niedostosowanych do potrzeb konsumenta²⁰. Jeżeli zawierając umowę konsument i ubezpieczyciel mają różne cele to znaczy, że nie doszło do złożenia zgodnego oświadczenia obu stron stosunku prawnego. Dlatego niniejszy raport ma na celu zarówno uwrażliwienie konsumentów na praktyki w zakresie sprzedaży ubezpieczeniowych produktów inwestycyjnych, jak również poinformowanie wszelkich instytucji nadzorczych o podejrzeniu naruszenia obowiązujących przepisów prawnych.

²⁰ Rzecznik Ubezpieczonych w pełni podziela w tym zakresie stanowisko Przewodniczącego Komisji Nadzoru Finansowego z dnia 26 września 2012 r., sygn. DOK/WPR/0733/18/1/12/PM.

Rozdział I

Ubezpieczenie z funduszem kapitałowym jako umowa ubezpieczenia na życie

Analizując umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, podstawową kwestią wydaje się udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy umowa taka nadal jest umową ubezpieczenia, czy też już innym stosunkiem cywilnoprawnym. Jest to istotne ze względu na fakt, iż prowadzenie działalności ubezpieczeniowej jest regulowane stosunkowo restrykcyjnymi przepisami i analogicznie powinno być nadzorowane. W związku z faktem, iż regulacje prawne dotyczące umowy ubezpieczenia w Polsce są szcążkowe (29 przepisów w kodeksie cywilnym²¹ oraz kilka przepisów w ustawie o działalności ubezpieczeniowej²²), swoboda w kształtowaniu treści stosunków ubezpieczeniowych jest ogromna. Umowa ubezpieczenia ma być jednak zgodnym oświadczeniem dwóch stron, na podstawie którego powstaje stosunek prawny, w którym jedna ze stron (ubezpieczyciel) zobowiązuje się w zakresie działalności swojego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, natomiast druga ze stron (ubezpieczający) zobowiązuje się zapłacić składkę (art. 805 k.c.). Jedną z cech umowy ubezpieczenia jest jej losowość. Jest ona związana z losowością zajścia zdarzenia określonego w umowie. Zdarzenie losowe to według definicji ustawowej²³ niezależne od woli ubezpieczającego zdarzenie przyszłe i niepewne, którego nastąpienie powoduje uszczerbek w dobrach osobistych lub w dobrach majątkowych²⁴, albo zwiększenie potrzeb majątkowych po stronie ubezpieczającego lub innej osoby objętej ochroną ubezpieczeniową, które w okresie trwania ubezpieczenia może, ale nie musi nastąpić. Zdarzenie losowe stanowiące podstawę wypłaty odszkodowania czy świadczenia przez zakład ubezpieczeń jest szczegółowo określone w umowie ubezpieczenia.

Zarówno kodeks cywilny, jak i ustawa o działalności ubezpieczeniowej wprowadzają podstawowy, dychotomiczny podział umów ubezpieczenia na osobowe i majątkowe. Zgodnie z działem I ustawy o działalności ubezpieczeniowej, ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym są zakwalifikowane jako umowy ubezpieczenia na życie czyli jako ubezpieczenia osobowe. Istnieją jednak argumenty, które mogą wskazywać na to, że umowa taka *de facto* umową ubezpieczenia nie jest. Aby to

²¹ Art. 805-834 k.c.

²² Art. 9, art. 12-13a, art. 15-19, art. 21-26 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr 124, poz. 1151 z późn. zm.).

²³ Art. 2 ust. 1 pkt 18 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej.

²⁴ A. Wąsiewicz, Z.K. Nowakowski, *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, Warszawa-Poznań 1980, s. 46 i nast.

ustalić należy zbadać *essentialia negotii* umowy, a więc zdefiniować przedmiot ubezpieczenia, z którego wynika ryzyko, przejmowane od ubezpieczonego przez ubezpieczyciela, wypadek ubezpieczeniowy, okres ubezpieczenia, sumę ubezpieczenia.

Ponoszenie ryzyka oraz udzielanie ochrony ubezpieczeniowej, mimo, że nie powołane w art. 805 k.c. należy uznać za istotne elementy umowy ubezpieczenia. Ryzyko, które istnieje w momencie zawarcia umowy ubezpieczenia i jest niejako „przenoszone” na inny podmiot jest jednym z najważniejszych jej elementów, a chęć wyzbycia się ryzyka i zabezpieczenia się na wypadek niekorzystnych zdarzeń jest główną przyczyną (*causa*) zawarcia umowy ubezpieczenia i jest jej charakterystycznym elementem. Odwołując się do zapisów warunków umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym wydawałoby się, iż stosowane konstrukcje rzeczywiście odnoszą się do ubezpieczenia osobowego. Przedmiotem ubezpieczenia jest bowiem życie ubezpieczonego lub dożycie przez niego określonego wieku, wypadkiem ubezpieczeniowym jest więc zdarzenie przyszłe, niepewne, niezależne od woli ubezpieczonego. Okres ubezpieczenia zawsze wskazany jest na dokumencie ubezpieczenia. W kontekście ryzyka zagadnieniem wartym uwagi jest połączenie w jednej umowie ubezpieczenia ryzyka zgonu i dożycia ubezpieczonego w określonym w umowie czasie przy zazwyczaj tej samej sumie ubezpieczenia. Takie określenie przedmiotu umowy skutkuje ustaleniem ryzyka na poziomie 100%, gdyż w ustalonym okresie czasu ubezpieczony z pewnością bądź umrze, bądź dożyje – nie ma innej faktycznej możliwości zakończenia takiej umowy. Niepewna staje się wyłącznie wysokość świadczenia oraz podmiot, który ją otrzyma. Jeżeli jednak zdarzenie, które powoduje wypłatę świadczenia przez zakład ubezpieczeń jest pewne, to nie mamy do czynienia z umową ubezpieczenia.

Ryzyko związane z możliwością zajścia zdarzenia określonego w umowie ubezpieczenia powinno stanowić podstawę określenia wysokości składki. Powinna ona co najmniej zapewnić wykonanie wszystkich zobowiązań z umów ubezpieczenia i pokrycie kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej zakładu ubezpieczeń. Zakład ubezpieczeń jest obowiązany gromadzić odpowiednie dane statystyczne w celu ustalania na ich podstawie składek ubezpieczeniowych i rezerw techniczno-ubezpieczeniowych²⁵. W ubezpieczeniach na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, w których składka poza częścią inwestycyjną jest przeznaczana na ochronę w bardzo znikomej

²⁵ Art. 18 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (tekst jedn. Dz. U. z 2010 r., Nr 11, poz. 66 z późn. zm.).

części²⁶ należy wskazać, iż nie jest ona liczona według zasad określonych w powołanym tu przepisie. Jest kwotą ewidentnie pozostającą bez związku z ryzykiem ubezpieczeniowym, które powinno być przez ubezpieczyciela odpowiednio szacowane. W przypadku ubezpieczeń osobowych, im większe ryzyko zaistnienia zdarzenia, tym wyższa powinna być składka.

W ubezpieczeniach na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym wpłacana przez ubezpieczającego (a często samego ubezpieczonego) składka nie jest w całości przeznaczana na ochronę ubezpieczeniową na wypadek śmierci bądź dożycia – czasem nie jest nawet w części przeznaczona na tę ochronę, a tym samym, nie jest wynagrodzeniem za przejęte przez ubezpieczyciela ryzyko. Opłata za ryzyko może być np. pobierana w ramach tzw. opłaty administracyjnej²⁷. Opłata za ochronę ubezpieczeniową pobierana może być tylko w pierwszym roku umowy, a w kolejnych latach już nie²⁸. Zdarza się również, iż w okresie, w którym ryzyko śmierci zwiększa się, ubezpieczyciel przestaje pobierać opłatę za ryzyko²⁹.

W ubezpieczeniu na życie wysokość składki ubezpieczeniowej powinna być wynagrodzeniem za ochronę ubezpieczeniową, a więc powinna być obliczana zgodnie z zasadami matematyki ubezpieczeniowej, na podstawie informacji dotyczących osób, które mają przystąpić do ubezpieczenia, w tym m.in. wieku, ryzyka związanego z wykonywanym zawodem, trybem życia, stanem zdrowia – np. przebytymi chorobami, wysokością i zakresem ochrony ubezpieczeniowej, udzielanej na podstawie umowy ubezpieczenia przez ubezpieczyciela. W ubezpieczeniach na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym tak nie jest – ubezpieczający wpłaca kwotę, którą chce „pomnożyć” w efekcie przekazania jej zakładowi ubezpieczeń – czasem są to wieloletnie oszczędności – jak wskazują skargi – nawet kilkaset tysięcy złotych. Składka ubezpieczeniowa w ubezpieczeniach na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, mimo częściowego rozdzielenia, jest więc *de facto* kwotą, przeznaczoną na inwestycję i pokrycie jej kosztów. Wynika to jednoznacznie zarówno z samej wysokości

²⁶ Np. pismo TU Skandia Życie S.A. z dnia 26 lipca 2011 r., sprawa o sygn. RU/WSI/G/9463/WK/11, opłata za ryzyko ubezpieczeniowe = 0,01 zł miesięcznie.

²⁷ I wynosi 0,12% wartości rachunku ubezpieczeniowego w skali roku zgodnie z § 12 pkt 3 Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie Klientów Banku Ochrony Środowiska S.A. „Najlepszy z Najlepszych”, stosowanych przez TU na Życie Europa S.A., sprawa o sygn. RU/WSI/G/4279/MAR/12.

²⁸ Pismo TU Allianz Życie Polska S.A. z dnia 10 sierpnia 2011 r., pismo o sygn. RU/WSI/G/6027/SP/11.

²⁹ § 7 pkt 4 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Inwestycyjnego „Bonus” ze składką jednorazową o symbolu BON/J/8/2006: „z chwilą ukończenia przez ubezpieczonego 70. roku życia koszt ochrony ubezpieczeniowej przestaje być potrącany”.

tej składki (jeżeli przekracza kilka tysięcy złotych), jak również z treści ogólnych warunków ubezpieczenia:

- *„Jeżeli umowa nie przewiduje wyłącznie ochronnego charakteru składki regularnej, pozostała po pobraniu kosztu ochrony ubezpieczeniowej, część kapitałowa składki regularnej pomniejszona uprzednio o opłatę administracyjną podlega alokacji w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia. Określona w umowie ubezpieczenia część każdej wpłaconej przez ubezpieczającego składki lokacyjnej podlega alokacji. Pozostała po dokonaniu alokacji część składki regularnej oraz lokacyjnej stanowi opłatę pobieraną przez Towarzystwo, przeznaczaną na pokrycie kosztów związanych z zawarciem i wykonywaniem umowy ubezpieczenia”³⁰;*
- *„Środki pochodzące z Twoich Składek są inwestowane w dostępnych w naszej ofercie ubezpieczeniowych funduszach kapitałowych i zapisywane na Rachunku w postaci Jednostek Uczestnictwa”³¹;*
- *„Liczba jednostek uczestnictwa równa jest iloczynowi alokacji Składki regularnej i wartości tej składki, podzielonemu przez Cenę nabycia, obowiązującą w Dniu nabycia jednostek, nie wcześniej jednak niż w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej”³²;*
- *„Alokacja składki – przeliczanie ma jednostki ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych określonej w OWU części składki”³³;*
- *„We wniosku o zawarcie umowy, ubezpieczający składa dyspozycję inwestowania składek, w której wskazuje sposób podziału składek pomiędzy poszczególne pozycje inwestycyjne”³⁴;*
- *„Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego. Ubezpieczenie prowadzone jest z funduszem, w ramach którego gromadzone i inwestowane są*

³⁰ § 12 ust 1 Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Opiekun” nr 3/2012, stosowanych przez TU na Życie AVIVA S.A.

³¹ § 26 ust 1 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Multi Pin Aegon” 2.1, stosowanych przez TU na Życie AEGON S.A.

³² Art. XVI ust. 2 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi „Mój Plan Finansowy” o symbolu OWU RPF2_03.2012, stosowanych przez TU Generali Życie S.A.

³³ § 1 pkt 1 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Inwestycyjnego „Bonus” ze składką jednorazową o symbolu BON/J/8/2006.

³⁴ § 17 pkt 1 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym ze Składką Regularną „Multiportfel Dobry Plan”, stosowanych przez Skandia Życie S.A.

alokowane składki, na zasadach określonych w ogólnych warunkach ubezpieczenia”³⁵.

Stosowane są również dużo bardziej skomplikowane formuły, np.:

- *„Składka jednorazowa – składka płatna w wysokości terminie określonym w deklaracji przystąpienia; składka jednorazowa dzielona jest na dwie części:
1) Składka lokacyjna – stanowi 40% składki jednorazowej i dotyczy części lokacyjnej;
2) Składka inwestycyjna – stanowi 60% składki jednorazowej i dotyczy części inwestycyjnej*”³⁶.

Należy pamiętać, iż zgodnie z przepisem art. 813 k.c. składkę oblicza się za czas trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela. W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu na jaki została zawarta umowa, ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej. Składka w ubezpieczeniach na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym nie jest proporcjonalna do okresu świadczonej ochrony ubezpieczeniowej, a więc nie jest obliczana zgodnie z normą art. 813 k.c. Tym samym, nie ma możliwości zwrotu składki, za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej w przypadku wcześniejszego wygaśnięcia stosunku prawnego. W umowach ubezpieczenia na życie nie jest też powszechną praktyką stosowanie systemu składki jednorazowej, natomiast ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym często są oparte właśnie na jednorazowej wpłacie środków pieniężnych³⁷.

Składka w umowach ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest w części pobierana przez ubezpieczyciela za czynności administracyjne, bądź zarządzanie umową, natomiast w pozostałej części pozostaje niejako do dyspozycji ubezpieczonego, który może wycofać wpłacone środki, czy też rozporządzać nimi poprzez inwestowanie w wybrane fundusze ubezpieczeniowe, co absolutnie nie jest cechą charakterystyczną składek ubezpieczeniowych. Nie ma podstaw prawnych, aby ubezpieczyciel pobierał od ubezpieczającego jakiegokolwiek kwoty ze składki

³⁵ Ogólne warunki ubezpieczeń stosowane przez PZU Życie S.A.

³⁶ § 1 pkt 9 Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie Klientów Banku Ochrony Środowiska S.A. „Najlepszy z Najlepszych”, stosowanych przez Europa TU na Życie S.A., sprawa o sygn. RU/WSI/G/4279/MAR/12.

³⁷ Np. umowy zawarte na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego „Nowa Perspektywa” o symbolu NPER/J/1/2007, stosowanych przez TU na Życie AVIVA S.A.

ubezpieczeniowej. Brak jest ponadto uzasadnienia prawnego do pobierania opłat innych, niż opłata za ryzyko ubezpieczeniowe. Pobieranie innych opłat niż opłata za ochronę ubezpieczeniową powinno prowadzić do uznania, iż umowa taka nie jest umową ubezpieczenia. W umowach ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym pobieranie opłat innych niż opłata za ryzyko jest jednak standardem (szerzej na ten temat w rozdziale IV niniejszego opracowania). Nie kwestionując faktu, iż koszty takie jak koszty akwizycji, czy administracji polisą powinny być uwzględnione przy wyliczaniu składki ubezpieczeniowej w ubezpieczeniu na życie (choć nie są one stosowane w takiej samej formie) należy wskazać, iż ich pobieranie ze składki ubezpieczeniowej świadczy o tym, iż celem umowy nie jest świadczenie ochrony ubezpieczeniowej.

1. Brak odpowiedniej relacji między sumą ubezpieczenia i ryzykiem ubezpieczeniowym a wpłaconą składką

Suma ubezpieczenia jest jednym z *essentialia negotii* umowy ubezpieczenia. W ubezpieczeniu na życie jest to kwota stała, która zostanie wypłacona uposażonemu po śmierci ubezpieczonego – w większości przypadków będzie to kwota wyższa, niż wpłacona jednorazowo składka, choć w przypadku umów ubezpieczenia wieloletnich, suma wpłaconych składek ubezpieczeniowych może przekroczyć sumę ubezpieczenia na wypadek śmierci. Suma ubezpieczenia jest określona w momencie zawierania umowy ubezpieczenia i jest jednym z czynników, które mają wpływ na wysokość składki ubezpieczeniowej. W ubezpieczeniach na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, w przeciwieństwie do „tradycyjnych” ubezpieczeń osobowych suma ubezpieczenia jest zazwyczaj nieokreślona kwotowo, a wręcz niemożliwa do ustalenia w momencie zawierania umowy, gdyż wynika z efektywności inwestycji w fundusze kapitałowe. Dodatkowo, suma ubezpieczenia jest bardzo mocno skorelowana z wysokością wpłacanej składki, bowiem zależy ona wyłącznie od wysokości wpłaconych przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego kwot. W ubezpieczeniach z funduszem kapitałowym brak jest gwarancji wypłaty określonej kwoty. Jeżeli w momencie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego wartość wpłaconych środków pieniężnych będzie równa zeru, to ubezpieczyciel nie ma zazwyczaj obowiązku wypłacić żadnej kwoty pieniężnej, bądź ma obowiązek wypłacić niskie świadczenie.

Związek sumy ubezpieczenia ze składką ubezpieczeniową w ubezpieczeniach z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym polega na tym, że suma ubezpieczenia jest równa wpłaconym składkom, przy czym może być nawet niższa, niż wpłacona składka, co

nie zdarza się w innych umowach ubezpieczenia na życie. W „tradycyjnych” ubezpieczeniach osobowych nie zdarzają się ponadto składki, których wysokość przekracza kilka tysięcy złotych. Jeżeli z kolei suma ubezpieczenia jest ustalona jako kwota stała, to w ubezpieczeniach inwestycyjnych określana jest na minimalnym poziomie. Przykłady takich praktyk przedstawiają następujące zapisy warunków ubezpieczenia:

- *„Sumę ubezpieczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia stanowi wyższa z wartości: 1. suma opłaconych składek: składki pierwszej i składek bieżących; 2. wartość rachunku udziałów”³⁸;*
- *„1. Wysokość Sumy Ubezpieczenia wynosi: 1) 1 zł w przypadku zgonu Ubezpieczonego z przyczyn innych Niż Nieszczęśliwy Wypadek, 2) 2 500 zł w przypadku zgonu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku. 2. Suma Ubezpieczenia jest kwotą stałą przez cały okres, na jaki zawarto Umowę Ubezpieczenia”³⁹;*
- *„Umowa ubezpieczenia może być zawarta w jednym z dwóch wariantów – „Wariant II – wariant umowy ubezpieczenia, w którym suma Ubezpieczenia jest stała i wynosi 1000 zł, zaś składka ubezpieczeniowa od momentu kiedy wartość funduszu przekroczy poziom 1000 zł jest w całości inwestowana”⁴⁰;*
- *„W przypadku śmierci ubezpieczonego sumę ubezpieczenia stanowi wyższa z wartości: 1) gwarantowana suma ubezpieczenia albo 2) wartość rachunku podstawowego, powiększona o wartość rachunku dodatkowego”;*
- *„Suma ubezpieczenia: 100 zł, składka podstawowa płatna miesięcznie: 200 zł”⁴¹.*
- *„Wysokość Sumy Ubezpieczenia wynosi: 1) 1 zł w przypadku zgonu Ubezpieczonego z przyczyn innych Niż Nieszczęśliwy Wypadek, 2) 2500 zł w przypadku zgonu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku. Składka: 20 000 zł”⁴².*

³⁸ § 16 ust. 1 Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie i Dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Plan Regularnego Oszczędzania Zabezpiecz Przyszłość”, stosowanych przez Open Life TU Życie S.A., sprawa o sygn. RU/WSI/G/2967/MAR/12.

³⁹ § 11 ust. 1 i 2 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym ze Składką Jednorazową Dla Klientów BPH S.A. „Premium Profit” stosowanych przez Open Life TU Życie S.A.

⁴⁰ § 2 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Specjalnie dla Ciebie”, stosowanych przez TU Allianz Życie Polska S.A.

⁴¹ Informacja rocznicowa oraz tabela opłat i limitów, sprawa o sygn. RU/WSI/G/5390/AG/11.

⁴² Sprawa o sygn. RU/WSI/G/641/WK/12.

Relacja ekonomiczna pomiędzy wpłacaną składką ubezpieczeniową a sumą ubezpieczenia w umowach ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest więc zupełnie inna niż w ubezpieczeniach na życie, w których jest ustalana według „klasycznych” metod kalkulacji składki i obliczania rezerwy matematycznej, opartych na założonej przez ubezpieczyciela wysokości stopy technicznej⁴³. Tworzenie rezerwy matematycznej w ubezpieczeniu mieszanym związane jest z dwiema okolicznościami: uśrednieniem ryzyka śmierci osoby ubezpieczonej oraz dyskontem świadczenia na wypadek dożycia.

Określenie sumy ubezpieczenia jest kwestią niezwykle istotną, gdyż w ubezpieczeniach na życie o charakterze grupowym, zgoda potencjalnego ubezpieczonego na objęcie ochroną ubezpieczeniową powinna wskazywać wysokość sumy ubezpieczenia (art. 829 § 2 k.c.). Brak możliwości określenia sumy ubezpieczenia może sugerować nieskuteczność oświadczenia o zgodzie na objęcie ubezpieczeniem. 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.

Zawarcie umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem gwarancyjnym nie daje również gwarancji wypłaty w momencie wypadku ubezpieczeniowego kwoty wpłaconej tytułem składki i mimo, iż oczywiście, w ubezpieczeniach osobowych również takiej gwarancji ubezpieczony ani ubezpieczający nie otrzymają, to jednak w obliczu celu w jakim zawierane są te umowy, działanie zakładów ubezpieczeń nie może zostać ocenione jako zgodne z prawem. Umowę taką można by przekornie nazwać umową o depozyt „składki ubezpieczeniowej” z opcją oprocentowania wkładu albo opłatą za przechowanie bez opcji oprocentowania „depozytu ubezpieczeniowego”.

⁴³ E. Stroiński, *Ubezpieczenia osobowe*, (w:) T. Sangowski (red.), *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, cz. 4, Bydgoszcz-Poznań 2002, s. 146.

2. Działalność ubezpieczycieli niezwiązana z działalnością ubezpieczeniową

Ze swej istoty, umowa ubezpieczenia nie jest środkiem służącym osiągnięciu zysków z inwestycji w papiery wartościowe czy fundusze inwestycyjne. Ustawodawca w żadnym z przepisów ogólnych ani przepisów Tytułu XXVII kodeksu cywilnego nie odwołuje się do takiej funkcji umowy ubezpieczenia. Nie jest ona również w żaden odrębny sposób uregulowana przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej. Tym niemniej, umowy te funkcjonują na polskim rynku od wielu lat ewoluując z „prostych” ubezpieczeń na życie, w których suma ubezpieczenia powiększana była o niewielki procent udziału w zysku uzyskanym przez ubezpieczyciela – po ubezpieczenia na życie, w których wartość sumy ubezpieczenia jest całkowicie zależna od ilości i wartości wykupionych jednostek inwestycyjnych bez żadnej gwarancji zwrotu zainwestowanej kwoty oraz bez gwarancji zysku. Ewolucja ta doprowadziła do sytuacji, w której umowy ubezpieczenia na życie stały się instrumentami finansowymi nakierowanymi całkowicie na inwestycję środków finansowych ubezpieczonych, przy czym stały się również niezwykle ryzykowne dla samych inwestujących ze względu na możliwość utraty znacznej części, a czasem nawet całości wpłaconych środków. Nie są one zawierane w celu ochrony na wypadek zaistnienia ryzykownego zdarzenia, ale w celu uzyskania zysku z inwestycji kapitałowych. Zawarcie umowy ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym nie oznacza, że ubezpieczony ma pewność, że w razie zgonu zabezpiecza swoich bliskich poprzez zagwarantowanie im odpowiedniej kwoty pieniężnej. Ubezpieczony uzyskuje instrument, który wiąże się z ryzykiem utraty środków, co nie zapewnia mu „spokojnego snu” – jak wskazują ubezpieczyciele, a wręcz przeciwnie, rodzi coraz większe emocje⁴⁴.

Wracając jednak do porównania treści umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym i celu, w jakim zawierana jest taka umowa, powołać można następujące przykładowe zapisy ogólnych warunków ubezpieczenia:

- *„Ubezpieczenie obejmuje śmierć Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej”⁴⁵;*
- *„Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące zdarzenia zaistniałe w Okresie Odpowiedzialności:*

⁴⁴ Zob. pismo Aviva TU na Życie S.A. z dnia 2 maja 2011 r.: „polisa gwarantuje spokój i materialne wsparcie dla ubezpieczonego oraz jego bliskich w razie nieprzewidzianych sytuacji, które niesie nam życie”, sprawa o sygn. RU/WSI/G/1226/JO/11.

⁴⁵ Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi ze Składką Podstawową Opłacaną Jednorazowo „Plan inwestycyjny Axa” o symbolu PIJ/07/08/10, stosowane przez TU AXA Życie S.A.

1) zgon Ubezpieczonego z przyczyn innych niż Nieszczęśliwy Wypadek, 2) zgon Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – zgon Ubezpieczonego, którego bezpośrednia i wyłączną przyczyną jest Nieszczęśliwy Wypadek”⁴⁶;

- „Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego. Ubezpieczenie obejmuje śmierć Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej”⁴⁷;
- „Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego”⁴⁸;
- „Przedmiotem ubezpieczenia jest życie uczestnika”⁴⁹;
- „Przedmiotem ubezpieczenia jest również dożycie ubezpieczonego określonego wieku”⁵⁰.

W innych, znajdują się takie oto sformułowania:

- „Umowę zawierasz na czas nieoznaczony. Zwróć uwagę, że jednym z podstawowych celów Umowy jest długoterminowe oszczędzanie przez Ciebie pieniędzy (co najmniej przez okres odpowiadający Pierwszemu Okresowi Inwestycji)”⁵¹;
 - „Jest to produkt mający charakter długoterminowej lokaty kapitału”⁵²;
 - „Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonych oraz umożliwienie im gromadzenia środków finansowych przy wykorzystaniu Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych”⁵³
- Ubezpieczenie obejmuje:

⁴⁶ § 3 ust. 1 i 2 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym ze Składką Jednorazową dla Klientów BPH S.A. „Premium Profit”, stosowanych przez TU na Życie Nordea S.A.

⁴⁷ § 5 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi ze składką podstawową opłacaną jednorazowo „Plan inwestycyjny Axa” o symbolu PIJ/07/08/10, stosowanych przez TU AXA Życie S.A.

⁴⁸ § 2 pkt 1 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego „Nowa Perspektywa” o symbolu NPER/J/1/2007, stosowanych przez TU na Życie AVIVA S.A.

⁴⁹ § 4 ust. 1 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi „Opiekun” nr 3/2012, stosowanych przez TU na Życie AVIVA S.A.

⁵⁰ Tak np. § 8 ust. 2 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi „Multi Pin Aegon” 2.1, stosowanych przez TU na Życie AEGON S.A.

⁵¹ § 2 ust. 1 i 2 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi „Multi Pin Aegon” 2.1, stosowanych przez TU na Życie AEGON S.A.

⁵² Pismo Compensa TU na Życie S.A. VIG z dnia 8 kwietnia 2011 r., sprawa o sygn. RU/WSI/G/4636/WK/11.

⁵³ § 2 pkt 1 Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie Klientów Banku Ochrony Środowiska S.A. „Najlepszy z Najlepszych”, stosowanych przez TU na Życie Europa S.A., sprawa o sygn. RU/WSI/G/4279/MAR/12.

1. *Ubezpieczenie na życie i dożycie klientów banku (...) zwane dalej częścią lokacyjną*
2. *Ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym klientów (...) zwane dalej częścią inwestycyjną*⁵⁴.

Czasem, mylące są same nazwy ubezpieczeń z funduszami kapitałowymi:

- „Plan Regularnego Oszczędzania Zabezpiecz Przyszłość”;
- „Plan Inwestycyjny”;
- „Multiportfel Dobry Plan”;
- „Lokata Jubileuszowa”.

Jednak nie tylko inwestycja środków finansowych to cel umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Jest nim również optymalizacja zysków poprzez uniknięcie obowiązku zapłaty podatku od zysków kapitałowych tzw. „podatku Belki”. Ubezpieczenia z funduszami kapitałowymi tak właśnie są reklamowane i pod takimi hasłami znane konsumentom, na co wyraźnie wskazują informacje na temat tego typu produktów udzielane zarówno ustnie, jak również publikowane na stronach internetowych:

- *„Nadal istnieje możliwość ominięcia 19-procentowego „podatku Belki” w inwestycjach. Między innymi nie zapłacimy podatku od zysków kapitałowych przy okazji lokowania pieniędzy w polisy inwestycyjne*⁵⁵;
- *„Czy są jeszcze sposoby na ominięcie „podatku Belki”? Oczywiście! Jeden z nich to poczciwe polisolokaty, czyli lokaty opakowane w ubezpieczenie na życie*⁵⁶;
- *„Euro Asy – inwestycja bez „podatku Belki” – Ubezpieczeniowa Lokata Inwestycyjna Euro Asy to 3-letnia inwestycja ze 100% ochroną kapitału, w formie ubezpieczenia na życie i dożycie*⁵⁷;

⁵⁴ § 2 pkt 3 Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie Klientów Banku Ochrony Środowiska S.A. „Najlepszy z Najlepszych”, stosowanych przez TU na Życie Europa S.A., sprawa o sygn. RU/WSI/G/4279/MAR/12.

⁵⁵ <http://www.kredyciak.pl/w-co-inwestowaae/5163-polisa-inwestycyjna-lokata-bez-podatku-belki.html>, 29 września 2012 r.

⁵⁶ http://serwisy.gazetaprawna.pl/finanse-osobiste/artykuly/607053,czy_sa_jeszcze_sposoby_na_ominięcie_podatku_belki.html, 29 września 2012 r.

⁵⁷ <http://www.analizy.pl/fundusze/wiadomosci/6201/warta%3A-euro-asy--inwestycja-bez-%22podatku-belki%22.html>, 29 września 2012 r.

- „Wpłacona przez klienta składka w 100% pracuje na końcowy wynik – nie pobiera się opłaty wstępnej i za zarządzanie, a osiągnięty zysk na koniec umowy nie jest pomniejszany o 19% „podatku Belki””⁵⁸.

System opodatkowania umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zmieniał się kilkakrotnie na przestrzeni ostatnich lat. „Opakowanie” inwestycji w ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe w umowę ubezpieczenia nie oznacza więc całkowitego „obejścia” obowiązku zapłaty tzw. „podatku Belki”. Jest to zazwyczaj jedynie jego odroczenie do momentu zakończenia okresu inwestycji. Wyjaśnienia wymaga fakt, iż reklamowanie umów ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jako zysk bez „podatku Belki” wprowadza konsumentów w błąd. Umowy te mogą być opodatkowane podatkiem dochodowym od osób fizycznych⁵⁹, jak również podatkiem od zysków kapitałowych⁶⁰. Niemniej jednak, fakt przesunięcia w czasie obowiązku zapłaty podatku jest wykorzystywany w celu reklamowania takich produktów jako bardziej korzystne finansowo i oferujące znacznie lepszy zysk niż tradycyjne lokaty.

Analizując powyższe, wyraźnie widoczny jest cel zawarcia umowy, a zgodnie z art. 65 § 2 k.c. to cel umowy i zgodny zamiar stron jest istotniejszy od dosłownego brzmienia poszczególnych zapisów. Celem zawarcia umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest inwestycja i oszczędzanie w sposób alternatywny do produktów inwestycyjnych oferowanych przez towarzystwa funduszy inwestycyjnych z niewątpliwym złagodzeniem wymogów bezpieczeństwa, nadzoru instytucjonalnego państwa, odpowiedzialności sprzedających, jak i wymogów informacyjnych zarówno na płaszczyźnie publiczno-, jak i prywatno-prawnej. Zgodnie z art. 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, przez działalność ubezpieczeniową rozumie się wykonywanie czynności ubezpieczeniowych związanych z oferowaniem i udzielaniem ochrony na wypadek ryzyka wystąpienia skutków zdarzeń losowych. Zakład ubezpieczeń nie może wykonywać innej działalności poza działalnością ubezpieczeniową i bezpośrednio z nią związaną. Umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym niewiele jednak ma wspólnego z umową ubezpieczenia na życie, a usługi świadczone przez zakład ubezpieczeń na podstawie tego rodzaju umów

⁵⁸ TU na Życie Warta S.A. i Kredyt Bank: Ubezpieczeniowa Lokata Inwestycyjna „Euro Asy”, „Gazeta Ubezpieczeniowa” z dnia 2 lipca 2008 r.

⁵⁹ Art. 25 ust. 15 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (tekst jedn. Dz. U. z 2000 r., Nr 14, poz. 176 z późn. zm.).

⁶⁰ Art. 17 ust. 1 pkt 5 ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.

ewidentnie nie są związane z oferowaniem i udzielaniem ochrony na wypadek ryzyka wystąpienia skutków zdarzeń losowych.

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, co potwierdza m.in. pobieranie przez ubezpieczycieli opłat za usługi zarządzania „polisą”. Ubezpieczyciele, zamiast zajmować się szacowaniem ryzyka zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego i oferować ochronę na wypadek zaistnienia takiego zdarzenia, tworzą ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe⁶¹. Zarówno utworzenie, jak i dystrybucja jednostek uczestnictwa funduszy inwestycyjnych wymaga uzyskania odpowiedniego zezwolenia Komisji Nadzoru Finansowego⁶². Przyglądając się chociażby deklaracjom przystąpienia do ubezpieczenia, w których to sam konsument wskazuje jakie instrumenty finansowe mają być zakupione za wpłacone przez niego środki finansowe, należy stwierdzić, iż zawierają one zlecenie nabycia instrumentu finansowego. Przyjmowanie i przekazywanie takich zleceń przez ubezpieczającego jest formą działalności maklerskiej⁶³. Działalność maklerska to również zarządzanie portfelami, w skład których wchodzi jeden lub większa liczba instrumentów finansowych, nabywanie oraz zbywanie na własny rachunek instrumentów finansowych, a także samo oferowanie instrumentów finansowych. Przepisów tych nie stosuje się do zakładów ubezpieczeń⁶⁴, co oznacza, iż jednak w praktyce „mogą” one oferować swoje usługi – tożsame z działalnością maklerską, bez odpowiednich zezwoleń, bez obowiązku spełnienia wymogów określonych w ustawie, a także nie ponosząc odpowiedzialności za tę działalność. Stanowi to zagrożenie interesów konsumentów i prowadzi do nadużywania uprzywilejowanej zgodnie z przepisami pozycji ubezpieczycieli w tym zakresie. Gdyby jednak nie fakt, iż umowy tego rodzaju oferowane są przez ubezpieczycieli jako umowy ubezpieczenia na życie, możnaby z powodzeniem stosować wszystkie zasady określone w przepisach dotyczących obrotu instrumentami finansowymi, w tym te przepisy, które w sposób dużo pełniejszy chronią konsumenta przed zawarciem umowy charakteryzującej

⁶¹ Zob. np. § 1 ust. 2 Regulaminu Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego Millenium Master IV, TU Allianz Życie Polska S.A., § 2 ust. 25 Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie i Dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym klientów Getin Banku „Kwartalne Zyski”, oferowanej przez TU na Życie Europa S.A.

⁶² Art. 15 ustawy z dnia 27 maja 2004 r. o funduszach inwestycyjnych (Dz. U. Nr 146, poz. 1546 z późn. zm.).

⁶³ Art. 69 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o obrocie instrumentami finansowymi (Dz. U. Nr 183, poz. 1538 z późn. zm.).

⁶⁴ Zgodnie z art. 70 ustawy o obrocie instrumentami finansowymi.

się znacznym ryzykiem finansowym, nieadekwatnym do jego potrzeb, oczekiwań czy wiedzy⁶⁵. Należy ponadto pamiętać, iż osoby zajmujące się rozpowszechnianiem rekomendacji dotyczących instrumentów finansowych, ich emitentów lub wystawców są obowiązane do zachowania należytej staranności, zapewnienia rzetelności sporządzanych rekomendacji oraz ujawnienia słusznego interesu, a także konfliktów interesów istniejących w chwili ich sporządzania lub rozpowszechniania⁶⁶. Biorąc pod uwagę fakt, iż wiele z umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym to umowy grupowe, obowiązek ten jest jeszcze bardziej istotny.

Podmiot, który deklaruje przyjmowanie środków finansowych (np. w formie lokaty czy innego podobnie działającego produktu finansowego), obarcza pozyskane w ten sposób środki ryzykiem, dodatkowo prowadzi działalność zastrzeżoną dla podmiotów posiadających zezwolenie Komisji Nadzoru Finansowego na prowadzenie działalności bankowej⁶⁷. Zakład ubezpieczeń, jak już wspomniano, nie może jednak wykonywać innej działalności poza działalnością ubezpieczeniową i bezpośrednio z nią związaną⁶⁸. Zdarza się, iż ubezpieczyciele przyznają, iż działalność w zakresie ubezpieczeń z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest inną działalnością gospodarczą, mającą cel zarobkowy⁶⁹. W większości jednak przypadków tak konstruują umowy oraz system ich sprzedaży, aby uniemożliwić postawienie zarzutu prowadzenia czy to działalności bankowej czy maklerskiej bez odpowiednich zezwoleń i z naruszeniem ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym. Nazywanie oferowanej umowy „umową ubezpieczenia na życie” skutkuje powoływaniem się przez ubezpieczycieli, na to, iż nie proponują oni swoim klientom zawarcia skomplikowanej umowy inwestycyjnej, a agenci ubezpieczyciela nie wykonują czynności doradztwa inwestycyjnego, gdyż zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć i dożycie⁷⁰. Dodatkowo, aby uniknąć odpowiedzialności ubezpieczyciele tak konstruują zapisy warunków ubezpieczenia aby wynikało z nich, iż to sam ubezpieczony wybiera fundusze

⁶⁵ Zasady określone w tzw. dyrektywie MiFID i wprowadzone do polskiego systemu prawnego m.in. w ustawie o obrocie instrumentami finansowymi.

⁶⁶ Zgodnie z art. 42 ustawy o obrocie instrumentami finansowymi.

⁶⁷ M. Pachucki, *Piramidy i inne oszustwa na rynku finansowym. Poradnik klienta usług finansowych. Komisja Nadzoru Finansowego*, Warszawa 2012 r., s. 24, http://www.knf.gov.pl/Images/KNF_piramidy_tcm75-28815.pdf, 10 października 2012 r.

⁶⁸ Art. 3 ust. 2 ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

⁶⁹ Zob. pismo TU na Życie AEGON S.A. z dnia 28 marca 2012 r., sprawa o sygn. RU/WSI/G/9251/SP/11.

⁷⁰ Tak np. wyjaśnienia TU Skandia Życie S.A. w piśmie z dnia 8 grudnia 2011 r., sprawa o sygn. RU/WSI/G/10474/AG/11.

inwestycyjne i rozporządza swoimi środkami finansowymi⁷¹, przy czym zauważyć należy, że to przecież ubezpieczyciel wybiera fundusze inwestycyjne, które będą dostępne jego klientom w ramach określonej umowy, a czasem sam je tworzy dla potrzeb danego własnego produktu inwestycyjnego⁷².

Okoliczność przejścia własności środków pieniężnych na ubezpieczyciela oraz określenie sposobu ich inwestowania przez treść zlecenia ubezpieczającego – „sposobu określonego w umowie ubezpieczenia” – skłania do twierdzenia, że praworzeczowe władztwo ubezpieczyciela nad przeniesionymi na niego środkami pieniężnymi podlega ograniczeniu przez treść stosunku zobowiązaniowego, co nadaje umowie ubezpieczenia charakter czynności powierniczej. Cecha ta odróżnia umowę ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym od umów opartych o konstrukcję umowy depozytu nieprawidłowego (np. umowy rachunku bankowego), w których władztwo depozytariusza nie podlega ograniczeniu.

Konstrukcja czynności powierniczej zakłada powstanie stosunku prawnego pomiędzy powierzającym (fiducjantem) a powiernikiem (fiducjariuszem), w ramach którego wyróżnia się dwa elementy: dokonanie przez powierzającego przysporzenia majątkowego na rzecz powiernika (przeniesienie prawa), w wyniku którego ten ostatni może z niego korzystać względem osób trzecich w zakresie wyznaczonym przez to prawo, oraz zobowiązanie powiernika wobec powierzającego, że będzie korzystał z powierzonego mu prawa w ograniczonym zakresie wyznaczonym przez treść umowy powierniczej, a w szczególności że przeniesie z powrotem powierzone prawo na powierzającego⁷³.

Czynności powiernicze mogą mieć charakter czynności powierniczych typu zabezpieczającego oraz czynności powierniczych typu zarządzającego. Drugie są dokonywane w celu nabycia na rzecz powierzającego praw i innych korzyści majątkowych, i mają charakter *obligandi causa*⁷⁴; wykonywane są wyłącznie w interesie powierzającego⁷⁵. W umowach przybierających konstrukcję czynności powierniczej typu

⁷¹ „Ubezpieczony dokonuje wyboru ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, na których jednostki przeliczana będzie część składki podlegającej alokacji” zgodnie z § 7 pkt 2 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Inwestycyjnego „Bonus” ze składką jednorazową o symbolu BON/J/8/2006.

⁷² np. § 1 ust. 2 Regulaminu Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego Millenium Master IV, stosowanego przez TU Allianz Życie Polska S.A., § 2 ust. 25 Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie i Dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Klientów Getin Banku „Kwartalne Zyski”, oferowanej przez TU na Życie Europa S.A.

⁷³ Z. Radwański, (w:) Z. Radwański (red.), *System prawa prywatnego. Prawo cywilne – część ogólna*, t. 2, Warszawa, s. 208; A. Kędzierska-Cieślak, *Powiernictwo. Próba określenia konstrukcji prawnej*, „Państwo i Prawo” 1977, nr 8-9, s. 50.

⁷⁴ Z. Radwański, (w:) Z. Radwański (red.), *op.cit.*, s. 208.

⁷⁵ P. Zawadzka, *Fundusz inwestycyjny w systemie instytucji finansowych*, Warszawa 2009, s. 147.

obligandi causa przyjmuje się, że powiernik zobowiązuje się zarządzać przeniesionym na niego prawem i je zwrócić w okolicznościach określonych w umowie powierniczej wraz z korzyściami uzyskanymi w wyniku zarządu. W czynnościach powierniczych tego typu dopuszcza się przekazanie zarządu prawami profesjonalście za stosownym wynagrodzeniem. Model powierniczy opiera się na istnieniu masy majątkowej nieposiadającej osobowości prawnej i zarządzanej przez wyspecjalizowany podmiot⁷⁶.

Niekorzystnym rozwiązaniem jest ponadto system wypowiedzania umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Ustalanie kilkumiesięcznego okresu wypowiedzenia takiej umowy uniemożliwia konsumentowi natychmiastową wypłatę nawet tej części zainwestowanych środków, które pozostają po pobraniu wszelkich opłat⁷⁷. Mimo, iż w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczyciele najczęściej odstępują od stosowania okresu wypowiedzenia i zezwalają na rozwiązanie umowy ze skutkiem natychmiastowym, to jednak należy liczyć się również z sytuacją, w której odroczenie wykonania prawa rozwiązania umowy będzie długotrwałe, co w przypadku inwestycji w fundusze kapitałowe, których wartości zmieniają się codziennie, może być bardzo niekorzystne dla konsumenta. Dodatkowo, brak zapłaty składki regularnej przez konsumenta może być równoznaczny z wypowiedzeniem przez niego umowy, co skutkować może rozwiązaniem umowy na niekorzystnych dla konsumenta zasadach np. z zastosowaniem wysokiej opłaty likwidacyjnej. Jest to istotne w sytuacji, gdy konsument w momencie zawierania umowy (przystępowania do ubezpieczenia grupowego) nie jest informowany, iż jest to umowa ze składką regularną. Kolejnym aspektem jest zmiana warunków umowy. Konsument w przypadku, gdy nie wyraża zgody na zmianę warunków ubezpieczenia ma jedynie prawo wypowiedzenia umowy, co ponownie może skutkować zastosowaniem wysokich opłat likwidacyjnych, a ponadto, może prowadzić do nadużyć ze strony ubezpieczycieli w celu „przymuszenia” ubezpieczonych do rezygnacji z inwestycji i zatrzymania wpłaconych środków pieniężnych.

⁷⁶ *Ibidem*.

⁷⁷ § 25 ust. 1 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Multi Pin Aegon 2008 Plus”, stosowanych przez TU na Życie AEGON S.A.: umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu w razie wypowiedzenia przez ubezpieczającego z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia.

Rozdział II

Ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy jako ubezpieczenie grupowe

Z perspektywy konsumenta chcącego bezpiecznie zainwestować swoje środki finansowe jeszcze więcej zagrożeń kreuje grupowa umowa ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Przystąpienie do takiej umowy, oprócz wszelkich zagrożeń opisanych w Rozdziale I niniejszego raportu, może skutkować wieloma dodatkowymi a zarazem negatywnymi konsekwencjami.

Grupowe ubezpieczenia na życie stanowiły w 2011 r. ponad połowę rynku ubezpieczeń na życie, przy czym należy zwrócić uwagę, iż niektórzy ubezpieczyciele oferują umowy ubezpieczenia na życie wyłącznie w formie grupowej⁷⁸, bądź w przeważającej części w formie grupowej⁷⁹. Forma grupowej umowy ubezpieczenia jest praktykowana coraz powszechniej nie bez przyczyny. Jest ona prawnie dużo bardziej korzystna dla przedsiębiorców zaangażowanych w usługi ubezpieczeniowe, a więc zarówno dla ubezpieczycieli, banków, pośredników finansowych, doradców finansowych, ale także dla każdego innego podmiotu prawa handlowego, który na ubezpieczeniu chciałby zarobić. Niestety, forma ubezpieczenia grupowego jest dużo mniej korzystna z perspektywy samego konsumenta, gdyż skutkuje odebraniem mu wielu ustawowych uprawnień, które przysługiwałyby mu jako stronie umowy ubezpieczenia w ubezpieczeniu indywidualnym. Z kolei charakter wykonywanych przez ubezpieczających czynności znacznie odbiega od standardowego ubezpieczenia grupowego i paradoksalnie prowadzi do potwierdzenia, iż nazwy takich umów stanowią jedynie kamuflaż faktycznej działalności instytucji finansowych.

Przepis art. 13 ust 3c ustawy o działalności ubezpieczeniowej jest jedynym przepisem prawa polskiego, w którym wspomniana została grupowa forma zawarcia umowy ubezpieczenia. Choć osobowe ubezpieczenia grupowe są popularne na polskim rynku ze względu na tradycyjnie dobrze funkcjonujące ubezpieczenia pracownicze oraz nową na polskim rynku formę ubezpieczeń grupowych, do których przystępują klienci banków, to jednak próżno szukać przepisów szczegółowo regulujących te kwestie, co Rzecznik Ubezpieczonych ocenia negatywnie. Grupowe ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym to umowa, którą zawiera bank lub pośrednik

⁷⁸ Open Life TU Życie S.A. – 100%, TU na Życie Europa S.A. – 99,27% w 2011 r., Dane Komisji Nadzoru Finansowego, www.knf.gov.pl, w 2012 r. był to ubezpieczyciel, na którego do Rzecznika Ubezpieczonych wpłynęło najwięcej skarg dot. ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.

⁷⁹ Benefia TU na Życie S.A. VIG – 96,37%, TU na Życie Cardif Polska S.A. – 95,52%, TU SKOK Życie S.A. – 98,88% w 2011 r., dane Komisji Nadzoru Finansowego.

finansowy jako ubezpieczający i czyni to na rachunek swoich klientów, którzy w ten sposób stają się ubezpieczonymi, a więc korzysta z dobrodziejstw przepisu art. 808 k.c. Przepis ten w swojej treści nie odnosi się wprost do grupy osób, które można objąć ubezpieczeniem, daje jednak podstawę zawarcia umowy ubezpieczenia przez podmiot inny niż sam ubezpieczony. Objęcie danej osoby tzw. ochroną ubezpieczeniową wymaga złożenia odpowiedniego oświadczenia woli – deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia. W omawianej tu sytuacji, umowa zawarta pomiędzy ubezpieczającym i zakładem ubezpieczeń ma jednak jedynie charakter „organizacyjny”. W chwili jej zawierania nie występuje jeszcze żaden ubezpieczony, a w niektórych sytuacjach nie ma nawet funduszu, który jest później podstawą inwestycji środków pieniężnych zebranych ze składek. Powstanie funduszu często wręcz uzależnione jest od zebrania odpowiedniej kwoty pieniężnej ze środków wpłaconych przez przystępujących do ubezpieczenia konsumentów. Ubezpieczeni natomiast pojawiają się w stosunku ubezpieczenia sukcesywnie, to jest w miarę uzyskiwania od nich zgody na objęcie ubezpieczeniem, zgłoszenia ich ubezpieczycielowi, a także wpłaty składki ubezpieczeniowej. Umowa pomiędzy ubezpieczycielem a ubezpieczającym określa więc jedynie zasady i bardzo uproszczony tryb obejmowania ochroną konsumentów, którzy w przyszłości wyrażą na to zgodę. Reguluje ponadto obowiązki administracyjne ubezpieczającego, którego rola w ubezpieczeniu grupowym ogranicza się do zebrania odpowiedniej ilości osób Ubezpieczonych, bądź odpowiednio wysokiej składki wpłaconej przez takie osoby za odpowiednim wynagrodzeniem.

Zgodnie z definicją umowy ubezpieczenia (art. 805 § 1 k.c.), ubezpieczający (tj. bank czy też inny podmiot prawa handlowego) zobowiązany jest do zapłacenia składki; zapłacenie składki stanowi zasadnicze i główne świadczenie ubezpieczającego. Spoczywający na ubezpieczającym obowiązek zapłaty składki sprawia, że umowa ubezpieczenia jest kwalifikowana jako umowa *ex definitione* odpłatna. Zobowiązanie ubezpieczającego do zapłacenia składki stanowi immanentną cechę każdej umowy ubezpieczenia; zobowiązanie to spoczywa na ubezpieczającym, chociażby zawarł on umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek (art. 808 § 2 k.c.). Obarczenie ubezpieczającego obowiązkiem zapłacenia składki w umowie ubezpieczenia na cudzy rachunek stanowi konsekwencję przyjętej w prawie polskim zasady, że strony umowy nie mogą nakładać obowiązków na osoby trzecie: *alterius contractu nemo obligatur* – umowa nie

zobowiązuje osoby trzeciej⁸⁰; zasada ta wpisana jest w naturę zobowiązania (art. 353 k.c.). Roszczenie o zapłacenie składki przysługuje zatem ubezpieczycielowi wobec ubezpieczającego, chociaż zarzut jej niezapłacenia może zostać podniesiony przez ubezpieczyciela także wobec ubezpieczonego (art. 808 § 2 k.c.). Nie ma więc przepisów, które zezwalałyby na wpłatę składki przez ubezpieczonego – konsumenta. Niewyobrażalnym jednak (a także niespotykanym w praktyce) wydaje się, iż roszczenie o zapłatę składki w umowie ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ubezpieczyciel kierowałby do ubezpieczającego np. banku. W praktyce, wezwania do zapłaty zaległej składki ubezpieczeniowej przekazywane są bezpośrednio ubezpieczonemu konsumentowi. Wielokrotnie w skargach konsumentów pojawia się zarzut, iż nie są oni informowani, że umowa, do której przystępują wymaga regularnych wpłat (np. corocznych). Dowiadują się o tym dopiero w momencie otrzymania wezwania ubezpieczyciela do zapłaty zaległej składki ubezpieczeniowej. Wezwanie to nie jest kierowane (zgodnie z przepisami) do ubezpieczającego, a brak wpłaty nie skutkuje rozwiązaniem grupowej umowy ubezpieczenia, a jedynie rozwiązaniem stosunku prawnego pomiędzy ubezpieczycielem a ubezpieczonym.

1. Ograniczenia środków ochrony prawnej przysługujących ubezpieczonemu z uwagi na grupowy charakter umowy ubezpieczenia

Efektywność ochrony prawnej z jakiej może korzystać ubezpieczony konsument doznaje istotnego ograniczenia z uwagi na grupowy charakter umowy ubezpieczenia. Jest to szczególnie widoczne na gruncie prawa cywilnego.

Nadanie umowom ubezpieczenia charakteru grupowego, a tym samym pozbawienie konsumenta pozycji strony umowy czyni wątpliwym również wykorzystanie dla obrony jego interesów konstrukcji przewidzianej w art. 388 k.c. Przepis ten typizując instytucję wyzysku stanowi, że jeżeli jedna ze stron, wyzyskując przymusowe położenie, niedołość lub niedoświadczenie drugiej strony, w zamian za swoje świadczenie przyjmuje albo zastrzega dla siebie lub dla osoby trzeciej świadczenie, którego wartość w chwili zawarcia umowy przewyższa w rażącym stopniu wartość jej własnego świadczenia, druga strona może żądać zmniejszenia swego świadczenia lub zwiększenia należnego jej świadczenia, a w wypadku gdy jedno i drugie byłoby nadmiernie utrudnione, może ona żądać unieważnienia umowy.

⁸⁰ M. Krajewski, *Umowa ubezpieczenia. Komentarz*, Warszawa 2004, s. 84; M. Orlicki, *Umowa ubezpieczenia*, Warszawa 2002, s. 121.

Jak jednak wynika z literalnego brzmienia tej regulacji uprawnienia w niej przewidziane przysługują wyłącznie podmiotowi będącemu stroną umowy i odnoszą się wyłącznie do wzajemnych świadczeń stron umowy. Nawet gdyby istnienie tego uprawnienia wywodzić *per analogiam* z regulacji art. 808 § 3 k.c., która przenosi uprawnienie do żądania spełnienia świadczenia należnego na podstawie umowy ubezpieczenia bezpośrednio na ubezpieczonego (chyba, że strony w umowie postanowią inaczej) to nie można pomijać okoliczności, że dla skutecznego powoływania się na wyzysk, poza wykazaniem obiektywnej dysproporcji między świadczeniem ubezpieczyciela a świadczeniem ubezpieczonego, konieczne jest również wykazanie, że ukształtowaniu stosunku umownego w sposób prowadzący do powstania przedmiotowej dysproporcji towarzyszył naganny zamiar jednej ze stron umowy (w tym przypadku ubezpieczyciela) wykorzystania szczególnych okoliczności w jakich druga strona zawiera umowę, tudzież jej osobistych właściwości (przymusowe położenie, niedołęstwo, niedoświadczenie). Tymczasem, jak już to wielokrotnie podkreślano stroną umowy ubezpieczenia nie jest ubezpieczony, a ubezpieczający, stąd też okoliczności dotyczące osoby ubezpieczonego nie mogłyby być brane pod uwagę przy ocenie tej relacji. Z tej racji powołanie się na wyzysk przez ubezpieczonego pozostającego poza głównym stosunkiem umownym wydaje się na gruncie obecnego brzmienia art. 388 § 1 k.c. niemożliwe.

Fakt nadania umowie formy ubezpieczenia grupowego eliminuje również z katalogu potencjalnych środków ochrony przysługujących ubezpieczonym prawo do dochodzenia roszczeń odszkodowawczych związanych z nieprawidłowym przebiegiem procesu „akwizycji” ubezpieczenia, a więc innymi słowy roszczeń związanych z odpowiedzialnością jaka może się skonkretyzować w przypadku zawarcia umowy indywidualnej z reprezentującym ubezpieczyciela pośrednikiem ubezpieczeniowym. W tym miejscu należy bowiem zwrócić uwagę, że czynności, które w przypadku omawianego segmentu umów ubezpieczenia podejmowane są przez ubezpieczającego na etapie bezpośrednio poprzedzającym wyrażenie przez ubezpieczonego zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową, w tym w szczególności polegające na pozyskiwaniu klientów oraz wykonywaniu czynności przygotowawczych zmierzających do zawierania umów ubezpieczenia, w istocie odpowiadają czynnościom wchodzącym w zakres czynności agencyjnych. O ile jednak naruszenie zasad należytej staranności przy wykonywaniu czynności agencyjnych, przejawiające się choćby w wykorzystaniu wspomnianego wcześniej niedołęstwa, czy też niedoświadczenia drugiej strony umowy, jak również

udzieleniu nieprawdziwych informacji na temat istotnych elementów umowy ubezpieczenia, tudzież zatajeniu takich informacji w okolicznościach towarzyszących zawarciu umowy jednostkowej mogłoby prowadzić do odpowiedzialności za szkody wyrządzone przez agenta ubezpieczeniowego na zasadach przewidzianych w ustawie o działalności ubezpieczeniowej⁸¹, to już w przypadku działalności ubezpieczającego skutek ten nie nastąpi, a same uchybienia tego ostatniego na etapie oferowania konkretnym ubezpieczonym przystąpienia do umowy ubezpieczenia mogą być w zasadzie postrzegane jako stosowanie nieuczciwej praktyki rynkowej, które może skutkować odpowiedzialnością za szkodę na zasadach ogólnych.

2. Ubezpieczenie grupowe jako forma obejścia przepisów o pośrednictwie ubezpieczeniowym

W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych omawiana tu konstrukcja (ubezpieczenie grupowe) stanowi więc niewątpliwie obejście przepisów ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym. Formalnie rzecz ujmując, ubezpieczający, jako strona umowy ubezpieczenia, nie wykonuje czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego. Regulacje ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym wskazują, iż pośrednik ubezpieczeniowy działa w relacji między stronami umowy ubezpieczenia, na zlecenie jednej z nich, sam jednak nie jest stroną stosunku ubezpieczenia. Natomiast w przypadku ubezpieczenia na cudzy rachunek, ubezpieczający przy zawieraniu umowy ubezpieczenia działa w imieniu własnym, choć na rachunek swoich klientów. Tym niemniej, faktyczna działalność ubezpieczającego to właśnie czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego. Należy podkreślić, że jeżeli np. bank jest ubezpieczającym, wówczas nie może on wykonywać na rzecz zakładu ubezpieczeń świadczeń akwizycyjnych ani innych podobnych dotyczących umów ubezpieczenia zawieranych przez ten bank. Wykonywałby je bowiem *de iure* wobec samego siebie, gdyż to on sam jest stroną umowy, która do jej zawarcia może być skłoniona. W praktyce jednak przyjmowane są rozwiązania, w których bank jako ubezpieczający staje się zainteresowany pozyskaniem jak największej liczby potencjalnych ubezpieczonych lub odpowiednio wysokich wpłat ze składek, gdyż od tego zależy również wysokość jego przychodów. Podobnie w żadnym razie ubezpieczający nie może

⁸¹ Zgodnie z art. 11 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, w zależności od tego, czy agent ubezpieczeniowy wykonuje czynności agencyjne na rzecz jednego, czy więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń odpowiedzialność za szkody spowodowane przez agenta obciąża bądź bezpośrednio zakład ubezpieczeń bądź też samego agenta, który w zakresie odpowiedzialności za szkody wynikłe z wykonywania czynności agencyjnych na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej.

podejmować wobec ubezpieczyciela zobowiązań dotyczących inkasa składki ubezpieczeniowej, bowiem to właśnie ubezpieczający zobowiązany jest do jej zapłacenia. Brak jest również podstawy prawnej, dla której ubezpieczający otrzymywałby od zakładu ubezpieczeń prowizję lub inne wynagrodzenie za zawarcie umowy ubezpieczenia lub jej wykonywanie. W szczególności regulacje prawne nie przewidują konstrukcji, w której ubezpieczający dzieli się z zakładem ubezpieczeń składką ubezpieczeniową pochodzącą ze środków dostarczonych przez ubezpieczonych. W praktyce jednak tego typu rozwiązania występują i nie są to przypadki jednostkowe. Jeżeli korzyści finansowe odnoszone przez ubezpieczającego w związku z grupową umową mają zależeć od liczby przyszłych ubezpieczonych bądź od wysokości składki, którą należy zebrać (co jest częstym zjawiskiem w praktyce), ubezpieczający będzie zainteresowany pozyskaniem jak największej liczby osób korzystających z „ochrony ubezpieczeniowej” oraz jak najwyższych wpłat.

Domniemywać należy, że w zdecydowanej większości przypadków ubezpieczający (bank, pośrednik finansowy, a także inny podmiot prawa handlowego) występujący w roli strony grupowej umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym wykonuje *de facto* działalność w zakresie pośrednictwa ubezpieczeniowego nie spełniając wymogów określonych w art. 3 ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym, a postanowienia umowy ubezpieczenia grupowego mogą mieć na celu obejście wymogów zawartych w ustawie o pośrednictwie ubezpieczeniowym, zgodnie więc z art. 58 k.c. mogą zostać w konkretnym przypadku uznane za nieważne.

Wynagrodzenie z tytułu objęcia ochroną ubezpieczeniową konsumenta (prowizja) wypłacane ubezpieczającemu, pośrednikowi finansowemu bądź pośrednikowi ubezpieczeniowemu z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia (objęcia ochroną ubezpieczeniową) może być zachętą do sprzedaży ubezpieczeniowych produktów inwestycyjnych z pominięciem zasad etyki i współzycia społecznego, a nawet ocierających się o działalność przestępczą. Pobieranie wysokich opłat w trakcie trwania umowy oraz w momencie jej rozwiązywania jest korzystne finansowo dla ubezpieczycieli, co może skutkować wprowadzaniem coraz szerszej oferty takich produktów i rozbudowy sieci sprzedaży. Rzecznik Ubezpieczonych jest informowany nawet o praktykach celowego zarządzania umowami ubezpieczenia w niekorzystny dla konsumentów sposób, w celu uzyskania znacznych korzyści finansowych przez sprzedawców. Zdarza się bowiem, iż konsumenci są przekonywani o potrzebie zmiany systemu inwestycji poprzez rozwiązanie obowiązującej umowy ubezpieczenia i zawarcie innej. Dotyczy to w szczególności umów

ubezpieczenia zawieranych wiele lat wcześniej i skutkuje zastosowaniem wysokiej opłaty likwidacyjnej z tytułu rozwiązania poprzedniej umowy ubezpieczenia, Z kolei zawarcie nowej umowy to zysk z tytułu prowizji. Taki system może prowadzić to patologicznych działań nakierowanych bezwzględnie na wyzysk osób ubezpieczonych⁸².

Jeśli osoba prawna (np. bank) występuje jako ubezpieczający, wówczas (jako nie-konsument) jest związana postanowieniami ogólnych warunków ubezpieczenia, gdy tylko mogła z łatwością dowiedzieć się o ich treści, jednakże, aby skutecznie związać konsumenta postanowieniami wzorca umownego, musi być on doręczony razem ze wszystkimi załącznikami przed przystąpieniem do niego do ubezpieczenia⁸³. Wielokrotnie obowiązek ten nie jest wykonywany. Zastępuje go automatycznie podpisywane oświadczenie o zapoznaniu się z ogólnymi warunkami ubezpieczenia, a czasem oświadczenie o akceptacji tych warunków znajdujące się na deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia. Tego typu oświadczenia nie zawierają jednak szczegółowych danych wzorca umownego, który konsument „akceptuje”. Ogólne stwierdzenie, iż zapoznał się on z warunkami ubezpieczenia bez żadnych szczegółów, na podstawie których można by zidentyfikować konkretny wzorzec umowny, nie jest wystarczające do wykazania, iż obowiązek doręczenia tego dokumentu przed zawarciem umowy został wykonany. Z wielu skarg, które trafiły do Rzecznika Ubezpieczonych jednoznacznie wynika, iż ogólne warunki ubezpieczenia nie zostały konsumentowi doręczone⁸⁴, co zdecydowanie należy uznać za nieuczciwą praktykę rynkową⁸⁵, polegającą na wprowadzającym w błąd zaniechaniu, gdyż w istotny sposób zniekształca zachowanie rynkowe przeciętnego konsumenta przed zawarciem umowy, w trakcie jej zawierania, a także po jej zawarciu poprzez nieprzekazanie w sposób jasny, jednoznaczny lub we właściwym czasie istotnych informacji dotyczących produktu. Z kolei doręczanie warunków ubezpieczenia i fakt

⁸² Zob. szczegółowe informacje zawarte w sprawie o sygn. RU/WSI/G/11188/AS/12.

⁸³ W ubezpieczeniach grupowych obowiązek ten może być kwestionowany, ze względu na fakt, iż konsument nie jest stroną umowy, a jedynie podmiotem objętym ochroną na podstawie art. 808 k.c. Jednak w przypadku kwestionowania tego obowiązku pojawia się pytanie, jaka jest inna podstawa prawna związania konsumenta wzorcem umownym? Przepis art. 808 k.c., ani żaden inny dotyczący umowy ubezpieczenia nie wskazuje, iż sam fakt przystąpienia do ubezpieczenia wiąże prawnie konsumenta treścią umowy i zobowiązuje go do wykonywania obowiązków w niej określonych. Z kolei art. 384 § 1 k.c. mówi tylko o związaniu wzorcem drugiej strony umowy, a nie innych jej podmiotów. W opinii autorki, konsument może być związany treścią wzorca tylko w przypadku doręczenia go przed zawarciem umowy, a więc zgodnie z dyspozycją art. 384 § 1 k.c., ewentualnie, w przypadku złożenia oświadczenia o wyrażeniu zgody na związanie konkretnym wzorcem umownym.

⁸⁴ Np. sprawa o sygn. RU/WSI/G/2967/MAR/12.

⁸⁵ W rozumieniu art. 4.1 oraz 6.3. ustawy z dnia 23 sierpnia 2007 r. o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym (Dz. U. Nr 171, poz. 1206 z późn. zm.).

zapłaty składki przez samego konsumenta może prowadzić do wniosku, iż to on jest stroną umowy, a nie bank, pośrednik czy doradca.

3. Uniemożliwianie bezkosztowego odstąpienia od umowy ubezpieczenia

Zgodnie z art. 812 § 4 k.c., jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia, w terminie 30 dni, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni, od dnia zawarcia umowy. Stosowanie konstrukcji ubezpieczenia grupowego (na cudzy rachunek) pozbawia konsumenta możliwości skorzystania z prawa odstąpienia od umowy ubezpieczenia, przysługuje ono bowiem ubezpieczającemu, którym w ubezpieczeniu grupowym nie jest sam konsument. Określone w art. 812 § 4 k.c. prawo ma na celu umożliwienie konsumentowi podjęcia racjonalnej, dobrze przemyślanej decyzji, jak również, a właściwie przede wszystkim, zapoznanie się oraz analizę ogólnych warunków ubezpieczenia. W przypadku grupowych ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym prawo odstąpienia, w niektórych przypadkach jest konsumentom przyznawane przed upływem tzw. okresu subskrypcji. Oznacza to w praktyce skrócenie 30-dniowego terminu na odstąpienie do kilku bądź kilkunastu dni. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia skutkuje więc zazwyczaj zastosowaniem wysokiej opłaty likwidacyjnej, która powoduje utratę wszelkich wpłaconych przez konsumenta środków pieniężnych.

Jak wynika z relacji konsumentów zawartych w skargach do Rzecznika Ubezpieczonych istotną obstrukcją w efektywnym korzystaniu z prawa do rezygnacji z ubezpieczenia w okresie subskrypcji jest również to, że informacje o tym uprawnieniu są zawarte jedynie w ogólnych warunkach ubezpieczenia, nie można natomiast doszukać się ich w treści deklaracji przystąpienia. Ogólne warunki omawianych umów ubezpieczenia zawierają wprawdzie w swej przeważającej części postanowienia przewidujące dla ubezpieczonych możliwość „bezkosztowej” rezygnacji z ubezpieczenia w tzw. okresie subskrypcji, a więc okresie pomiędzy złożeniem deklaracji przystąpienia a rozpoczęciem obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej, jednakże z uwagi na fakt, że przystąpienie do ubezpieczenia jest możliwe aż do ostatniego dnia subskrypcji, praktyczna możliwość skorzystania z tego uprawnienia dla znacznej grupy ubezpieczonych jest iluzoryczna, albowiem im później dojdzie do złożenia deklaracji przystąpienia, tym mniej czasu pozostaje ubezpieczonemu na podjęcie decyzji o skorzystaniu z możliwości wycofania zaangażowanych środków. Warto również zwrócić uwagę, że zastosowanie tego

rozwiązania, które choć pozornie jest korzystne (zwłaszcza w stosunku do obowiązującej w tym zakresie regulacji ustawowej), to jednak prowadzi również do powstania nierówności uprawnień pomiędzy ubezpieczonymi korzystającymi z ochrony ubezpieczeniowej w ramach tej samej umowy ubezpieczenia. Ci z nich, którzy przystąpili do umowy na początku okresu subskrypcji będą bowiem w dużo większym zakresie korzystali z możliwości bezkosztowej rezygnacji z umowy, natomiast ci, którzy przystąpią do niej w ostatnich dniach okresu subskrypcji w praktyce z tego prawa będą mogli skorzystać w ograniczonym zakresie.

Grupowe umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym to bardzo często umowy zawierane pomiędzy podmiotami powiązаныmi kapitałowo. Tym samym, mogą one w dowolny, korzystny dla siebie sposób, kształtować zarówno treść takiej umowy, treść warunków ubezpieczenia, zasady inwestowania pieniędzy zgromadzonych od konsumentów, a także mogą dowolnie decydować o rozwiązaniu takiej umowy i wpływu na te decyzje stron umowy nie mają konsumenci. Zdarza się, iż umowy grupowego ubezpieczenia są zawierane na krótkie okresy (np. jednego roku) z możliwością automatycznego przedłużenia, w przypadku nie złożenia odpowiedniego oświadczenia woli⁸⁶.

Grupowe umowy ubezpieczenia zawierane z pośrednikami finansowymi mogą być w najbliższym czasie coraz bardziej popularne. Wiąże się to z zapowiedziami ostrzejszych regulacji w zakresie *bancassurance* zapowiedzianych przez Komisję Nadzoru Finansowego. W związku z faktem, iż pośrednik finansowy nie jest bankiem, nie będzie on podlegał ewentualnym rekomendacjom ani organu nadzorczego ani samorządu bankowego. Daje to więc pole do stosowania dowolnych, nie zawsze zgodnych z prawem, praktyk przez te właśnie podmioty. Skargi dotyczące nieuczciwych praktyk pośredników finansowych w zakresie umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym już obecnie trafiają do Rzecznika Ubezpieczonych. Pośrednicy finansowi, w związku z nieuregulowaną sytuacją prawną odpowiedzialności cywilnej za „objęcie ochroną ubezpieczeniową” konsumenta mogą uniknąć obowiązku zwrotu jakichkolwiek kosztów osobom poszkodowanym, a biorąc pod uwagę fakt, że ich kapitał często jest znacznie mniejszy niż środki finansowe zgromadzone od konsumentów⁸⁷ za pośrednictwem grupowej umowy ubezpieczenia, konsumenci mogą być bardzo

⁸⁶ § 2 ust. 1 i 2 Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie i Dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Kwartalny Kupon” nr 5/3/2011/GB.

⁸⁷ Dla przykładu Open Finance sp. z o.o. posiada kapitał zakładowy w wysokości 500 000 zł, a w jednej z grupowych umów ubezpieczenia wyznacza sobie cel zgromadzenia od konsumentów 10 000 000 zł.

rozczarowani efektami swojej inwestycji, nawet jeśli będą dochodzić swoich praw na drodze sądowej.

Rozdział III

Naganne praktyki w zakresie umów ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym

Poza zastrzeżeniami dotyczącymi konstrukcji omawianych umów ubezpieczenia, jak również ich treści, wątpliwości budzi również sam sposób ich oferowania, który w wielu przypadkach może stanowić wyraz praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów przejawiającej się zwłaszcza w naruszaniu obowiązku udzielania konsumentom rzetelnej, prawdziwej i pełnej informacji, a także stosowaniu nieuczciwych praktyk rynkowych⁸⁸.

1. Udzielanie nierzetelnych, nieprawdziwych i niepełnych informacji dotyczących umowy ubezpieczenia

Wśród powyższych zastrzeżeń na pierwszy plan wysuwają się te, które dotyczą udzielania przyszłym ubezpieczonym nierzetelnych, nieprawdziwych i niepełnych informacji dotyczących istotnych cech umowy ubezpieczenia, zasad przystępowania i występowania z niej przed upływem okresu na jaki została zawarta, kosztów związanych z jej obsługą i rozwiązaniem, a także roli jaką pełni w umowie sam ubezpieczający.

Jak wynika z relacji ubezpieczonych, które odnajdujemy w skargach, do przedstawienia oferty inwestowania środków pieniężnych w formie grupowej umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym dochodzi najczęściej

⁸⁸ Zakres pojęcia nieuczciwej praktyki rynkowej definiuje art. 4 ustawy o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym, stanowiąc, że praktyka rynkowa stosowana przez przedsiębiorców wobec konsumentów jest nieuczciwa, jeżeli 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 (ust. 1). Za nieuczciwą praktykę rynkową uznaje się w szczególności praktykę rynkową wprowadzającą w błąd oraz agresywną praktykę rynkową, a także stosowanie sprzecznego z prawem kodeksu dobrych praktyk, jeżeli działania te spełniają przesłanki określone w ust. 1 (ust. 2). W art. 5 ust. 1 i art. 6 ust. 1 ustawodawca wskazuje, że praktykę rynkową wprowadzającą w błąd może stanowić zarówno działanie, jeżeli w jakikolwiek sposób powoduje ono lub może powodować podjęcie przez przeciętnego konsumenta decyzji dotyczącej umowy, której inaczej by nie podjął, jak i zaniechanie polegające na pomijaniu istotnych informacji potrzebnych przeciętnemu konsumentowi do podjęcia decyzji dotyczącej umowy i tym samym powodujące lub mogące powodować podjęcie przez przeciętnego konsumenta decyzji dotyczącej umowy, której inaczej by nie podjął.

W art. 8 ust. 1 wskazuje się z kolei, że praktykę rynkową uznaje się za agresywną, jeżeli przez niedopuszczalny nacisk w znaczny sposób ogranicza lub może ograniczyć swobodę wyboru przeciętnego konsumenta lub jego zachowanie względem produktu i tym samym powoduje lub może powodować podjęcie przez niego decyzji dotyczącej umowy, której inaczej by nie podjął.

Ustawa o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym w dalszej części precyzuje jakie praktyki, tudzież zaniechanie jakich czynności, może stanowić przejaw działania wprowadzającego w błąd, jak również jakie praktyki w każdych okolicznościach uznawane są za agresywne praktyki rynkowe. Przywoływanie ich w tym miejscu niniejszego opracowania nie jest jednak celowe, zwłaszcza, że katalog tych działań nie jest zamknięty.

w sytuacji, gdy osoby te zwracają się do ubezpieczających, będących w głównej mierze bankami oraz przedsiębiorcami, których przedmiotem działalności jest szeroko pojęte doradztwo finansowe, o udzielenie rekomendacji co do najlepszego sposobu ulokowania zgromadzonych oszczędności. To właśnie w odpowiedzi na powyższe zapotrzebowanie dochodzi do przedstawienia oferty zainwestowania posiadanych środków w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym poprzez przystąpienie do umowy ubezpieczenia na życie, przy czym relacje ubezpieczonych wskazują na to, że sposób przedstawienia samej konstrukcji umowy prowadzi bądź to do wywołania przeświadczenia, że jest to rodzaj lokaty bankowej (co wielokrotnie wiąże się z udzieleniem zapewnienia o istnieniu w odniesieniu do niej gwarancji Bankowego Funduszu Gwarancyjnego, a także wypłaty „odsetek”⁸⁹), bądź też, że jest to wprawdzie umowa ubezpieczenia, jednakże ta forma prawna została przybrana wyłącznie w celu wyeliminowania negatywnych skutków podatkowych jakie wiążą się z lokowaniem środków pieniężnych w lokatach bankowych, natomiast sam sposób korzystania z niej jest analogiczny do lokaty, co dotyczy zwłaszcza możliwości wycofania zgromadzonych środków w każdym czasie (lub też po upływie stosunkowo krótkiego okresu) bez ryzyka ich utraty. Zdarzają się ponadto skargi, z których wynika, iż konsumentom przekazano informację, iż zawierają lokatę dodatkowo ubezpieczoną, a więc „podwójnie zabezpieczoną” bądź, że deklaracja przystąpienia do ubezpieczenia to jedynie formalność, na którą nie należy zwracać uwagi.

Z powyższym sposobem przedstawienia informacji dotyczących samej kwalifikacji prawnej umowy związany jest również całkowity brak informacji (tudzież ich zdecydowany niedobór) na temat ochronnej części umowy ubezpieczenia, oraz kosztów związanych z udzielaniem tej ochrony. Powoduje to z kolei, że ubezpieczeni wielokrotnie nie mają świadomości, że umowa zawarta na ich rachunek pełni również funkcję ochronną, a także że w związku z tym z kwoty wpłaconych przez nich składek pobierana jest opłata za ryzyko.

Kolejnym i z punktu widzenia ekonomicznego najbardziej dotkliwym przejawem dezinformacji w zakresie istotnych cech umowy jest brak jednoznacznego wskazania na rodzaj i wysokość opłat pobieranych w związku z obsługą umowy oraz rezygnacją z jej kontynuowania, a także ich wpływu na efektywność przedsięwziętej inwestycji. Jak można wnioskować z relacji skarżących, w większości przypadków informacje na temat

⁸⁹ Ulotka reklamowa Getin Bank S.A. „Kwartalny Profit” – „odsetki wypłacane kwartalnie!”, sprawa o sygn. RU/WSI/G/8562/MAR/12.

wysokości opłat bądź w ogóle nie są przekazywane, bądź też prezentowane są w kontekście przedstawiania efektywności inwestycji na przestrzeni całego okresu obowiązywania umowy. Dla przykładu można wskazać tu przypadek umów gdzie głównym obciążeniem jest opłata likwidacyjna, której współczynnik procentowy jest odwrotnie proporcjonalny do okresu obowiązywania umowy. Fakt jej pobierania jest niejako „przemycany” w informacji o nieopłacalności, tudzież mniejszej efektywności inwestycji w krótszym horyzoncie czasowym.

Można też zaobserwować sytuacje, w których informacje na temat niektórych opłat są eksponowane w celu wywołania wrażenia, że poza nimi nie istnieją żadne inne obciążenia wpływające na zmniejszenie wartości środków gromadzonych przez ubezpieczonych. Ma to odniesienie w szczególności w stosunku do umów, w których opłata likwidacyjna pobierana jest na wypadek rozwiązania umowy po stosunkowo krótkim okresie jej obowiązywania (np. w okresie pierwszych 6 miesięcy obowiązywania umowy zawartej na 10 lub 15 lat), ale jednocześnie istotnym obciążeniem jest pobierana w analogicznym okresie opłata za zarządzanie. Wówczas często dochodzi do eksponowania obiektywnie prawdziwej informacji na temat wysokości i okresu pobierania opłaty likwidacyjnej (ze szczególnym zaakcentowaniem krótkotrwałości okresu, w którym istnieje zagrożenie obciążenia tą opłatą, poprzez co prezentowany produkt wydaje się tym bardziej atrakcyjnym), co ma w oczywisty sposób stanowić zachętę do kontynuowania inwestycji przynajmniej w okresie, w którym może ona zostać naliczona, jednocześnie jednak nie wskazuje się, że w analogicznym okresie wartość ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego ulega zmniejszeniu o opłatę za zarządzanie, która pobierana jest z góry za cały okres obowiązywania umowy⁹⁰.

Kolejnym przejawem nieprawidłowości w zakresie sposobu przekazywania ubezpieczonym informacji na temat istotnych cech umowy jest metoda, za pośrednictwem której prezentowane są możliwe do osiągnięcia rezultaty ekonomiczne planowanej inwestycji. Otóż jak można wnioskować z informacji przekazywanych przez ubezpieczonych, potencjalne korzyści płynące z lokowania środków w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym są prezentowane na tle danych odzwierciedlających historyczne wyniki wyceny instrumentów pochodnych, w które lokowane mają być środki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, przy czym sposób prezentacji przedmiotowej

⁹⁰ Taką konstrukcją zastosowano m.in. w Umowie Ubezpieczenia na Życie i Dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Kwartalny Profit” oferowanej przez Open Life TU Życie S.A., czy też Umowie ubezpieczenia na Życie i Dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Kwartalne Zyski” znajdującego się w ofercie TU na Życie Europa S.A.

prognozy, jak również stopień skomplikowania zasad na jakich opiera się inwestowanie w produkty strukturyzowane prowadzi do wywołania u ubezpieczonych przeświadczenia, że są to wyniki, które rzeczywiście zostały osiągnięte przez ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy, podczas gdy w istocie prezentowane dane, są zaledwie symulacją możliwego do osiągnięcia zarówno w przeszłości jak i w przyszłości wyniku finansowego funduszu, który dopiero jest tworzony⁹¹. Istotne jest również to, że ani przy okazji prezentacji możliwych do osiągnięcia zysków, jak też na żadnym innym etapie prezentacji produktu klientowi nie są informowani o istnieniu i skali ryzyka inwestycyjnego, jakie wiąże się z podjęciem proponowanej formy lokaty kapitału, co w zestawieniu z prezentacją dotyczącą symulacji możliwych do osiągnięcia zysków prowadzi do wywołania wrażenia, że ryzyko takie w ogóle nie istnieje, a co za tym idzie w najgorszym przypadku inwestycja zakończy się odzyskaniem co najmniej kwoty zainwestowanej.

W odniesieniu do okoliczności, w jakich dochodzi do podjęcia przez poszczególnych ubezpieczonych decyzji o wyrażeniu zgody na przystąpienie do umowy ubezpieczenia, należy również wskazać na sposób w jaki prezentowana jest pozycja samego ubezpieczającego. Niezależnie bowiem od tego w jaki sposób prezentowane są informacje na temat treści samej umowy i rzeczywistego zakresu praw i obowiązków z niej wynikających, relacje osób ubezpieczonych wskazują na to, że ubezpieczający, a w istocie jego przedstawiciele prezentowani są jako doradcy klienta, czy też doradcy finansowi, co z kolei prowadzi u potencjalnych ubezpieczonych do wywołania wrażenia, że są to osoby działające wyłącznie w ich interesie i na ich korzyść, a także, że wybór przedstawionego im produktu finansowego nie jest przypadkowy, a stanowi rezultat wszechstronnej analizy przedstawionych przez klienta jego potrzeb, oczekiwań, preferencji inwestycyjnych (w tym skłonności do ryzyka), a także uwarunkowań osobistych (wieku, źródła dochodu). Konsekwencją powyższego jest również przeświadczenie ubezpieczonego, że to on jest stroną umowy zawieranej z ubezpieczycielem, a co za tym idzie, że to wyłącznie jemu przysługują i na nim ciążyą wszystkie prawa i obowiązki z niej wynikające. Stąd też wielokrotnie w skargach wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych można spotkać wyrazy niezrozumienia skarżących wobec niemożliwości

⁹¹ Wśród oferty Umów Ubezpieczenia na Życie i Dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym można znaleźć również takie, w których regulamin funduszu kapitałowego nie precyzuje nawet w jakie konkretnie instrumenty inwestowane będą środki tego funduszu zob. np. Regulamin Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego „Europa Fund MLS/2011/04” oferowanego przez TU na Życie Europa S.A., gdzie w § 4 wskazuje się jedynie, że środki ww. funduszu lokowane są w depozyty terminowe, instrument pochodny o 2-letnim horyzoncie inwestycyjnym oraz środki pieniężne, przy czym struktura aktywów funduszu w odniesieniu do każdego z powyższych instrumentów może zawierać się w wartościach od 0% do 100%.

skorzystania przez nich z uprawnienia do odstąpienia od umowy na zasadach określonych w art. 812 § 4 k.c., czy też niedoręczenia im polisy, potwierdzającej zawarcie umowy.

Obserwacje płynące z analizy skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych wskazują na to, że przyczyny powyższych nieprawidłowości w sposobie oferowania przystąpienia do umowy ubezpieczenia, a także prezentowania informacji na temat jej treści są różnorodne.

Wielokrotnie jest to z pewnością kwestia niedostatecznych kwalifikacji oraz poziomu wiedzy na temat określonej umowy po stronie samych pracowników i przedstawicieli ubezpieczających. Wskazują na to choćby te relacje ubezpieczonych, z których wynika, że przedstawiciele ubezpieczającego bądź to w ogóle nie potrafili udzielić odpowiedzi na stawiane im pytania, bądź też w celu udzielenia odpowiedzi zmuszeni byli zasięgać konsultacji innych osób, co wielokrotnie wiązało się z odroczeniem w czasie przedstawienia klientowi interesujących go informacji.

Skala problemu, a także zbieżność zarzutów formułowanych przez ubezpieczających niepozostających ze sobą w żadnej relacji zależności, pozwala również na wyrażenie obawy, że sposób formułowania przekazu dotyczącego istotnych cech umowy może stanowić element strategii marketingowej przyjętej przez ubezpieczających w celu zgromadzenia jak największej grupy ubezpieczonych, która może świadczyć nie tylko o naruszeniu obowiązku udzielania konsumentom rzetelnej prawdziwej oraz pełnej informacji, ale także stanowić o działaniu wypełniającym znamiona wprowadzającej w błąd praktyki rynkowej, przejawiającej się zarówno w działaniu jak i zaniechaniu. W tym kontekście należy wskazać w szczególności na działania polegające na udzielaniu nieprawdziwych informacji (np. na temat historycznych wyników inwestowania środków ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego), prezentowaniu informacji prawdziwych jednak w sposób mogący wprowadzać w błąd (tu z kolei można wskazać na przedstawianie informacji na temat wysokości opłaty likwidacyjnej w sposób sugerujący jednocześnie, że jest to jedyna opłata pobierana w związku z umową, lub też posługiwanie się pojęciami, których znaczenie obiektywnie nie budzi wątpliwości, jednakże którym w warunkach ubezpieczenia nadano zupełnie inne znaczenie⁹², czy też wreszcie pomijaniu istotnych informacji, jakie potrzebne są przeciętnemu konsumentowi do podjęcia decyzji

⁹² Typowym przykładem takiego działania jest posługiwanie się pojęciem składki zainwestowanej, czy też kwoty zainwestowanej, które to pojęcie konsumenci w oczywisty sposób utożsamiają z całością wpłaconych przez siebie środków, podczas gdy w warunkach poszczególnych ubezpieczeń, termin „składka zainwestowana” definiowany jest jako ta część składki, która po potrąceniu opłat związanych z umową jest rzeczywiście lokowana w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym, tudzież jako z góry umówiona (określona np. w deklaracji przystąpienia) część składki.

dotyczącej przystąpienia do umowy (np. zatajenie informacji o tym, że umowa jest grupową umową ubezpieczenia na życie, że zawierana jest na czas określony, czy też informacji o wysokości pobieranych opłat i wreszcie o skali ryzyka związanego z wybraniem proponowanej formy inwestowania).

Obawa ta jest tym bardziej uzasadniona, jeśli zwrócić uwagę z jednej strony na charakterystykę klientów, którym oferowane jest przystąpienie do ubezpieczenia, a z drugiej strony na pozycję jaką zajmuje w umowie ubezpieczający i związane z tym dla niego potencjalne korzyści.

Przed wszystkim bowiem wydawać by się mogło, że poprzez wzgląd na specyficzne cechy omawianych umów ubezpieczenia, a więc w przeważającej części przypadków bardzo długi horyzont czasowy trwania inwestycji (z reguły jest to 10 lub 15 lat), brak gwarancji ochrony wpłaconego kapitału połączony z wysokim ryzykiem inwestycyjnym, konieczność systematycznego i terminowego opłacania składek (choć ta cecha nie występuje we wszystkich omawianych ubezpieczeniach, można wyróżnić bowiem sporą grupę umów, w których składka opłacana jest jednorazowo), czy też w końcu wysoki stopień skomplikowania zasad na jakich opiera się inwestowanie i jakie są podstawą do ustalenia ostatecznej wartości świadczeń, tego rodzaju forma inwestowania powinna być dedykowana ściśle określonej grupie docelowej, a więc w omawianym przypadku osobom młodym (takim, których wiek wskazuje na to, że w całym okresie obowiązywania umowy utrzymają oni aktywność zawodową), dobrze zorientowanym, skłonny do zaakceptowania ryzyka utraty części zainwestowanego kapitału, a także przede wszystkim dysponującym materialnymi możliwościami zagwarantowania z jednej strony systematycznego finansowania składki, zaś z drugiej strony utrzymania inwestycji przez cały pierwotnie zakładany okres.

Tymczasem z analizy skarg wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych można wysnuć wniosek, że przedmiotowe ubezpieczenia oferowane są bez względu na ocenę charakterystyki indywidualnych potrzeb i możliwości klientów, co prowadzi do tego, że do umowy przystępują wielokrotnie osoby w podeszłym wieku⁹³ (tuż przed osiągnięciem wieku emerytalnego, albo nawet już po jego osiągnięciu), dysponujące jedynie jednorazową kwotą środków pieniężnych (wielokrotnie są to środki pochodzące ze spadków, odpraw emerytalnych, sprzedaży składników majątkowych), które chcą ulokować w sposób gwarantujący im stabilny i nieobarczony ryzykiem zysk, a także

⁹³ Zob. np. sprawy o sygn. RU/WSI/G/4907/AG/12, RU/WSI/G/7525/BD/12, RU/WSI/G/4219/AG/12 i wiele innych.

nieposiadające dochodów na poziomie umożliwiającym utrzymanie ciągłości inwestycji. Są to wielokrotnie również osoby, które właśnie z uwagi na swój wiek, brak doświadczenia, czy też poziom aktywności intelektualnej nie wykazują się dostatecznym rozeznanieniem prezentowanej im tematyki, jak również nie są w stanie dokonać weryfikacji zapewnień o cechach umowy udzielanych im przez przedstawicieli ubezpieczających nawet w oparciu o analizę wzorców umownych. W konsekwencji osoby te opierają swoją decyzję wyłącznie w oparciu o informacje udzielane im przez przedstawicieli ubezpieczających i działając w zaufaniu do nich.

Powyższa charakterystyka grupy konsumentów, którzy stają się ubezpieczonymi, a w zasadzie jej przypadkowość, pozostaje w ścisłej korelacji z rolą, jaką w samej umowie oraz procesie jej oferowania pełni ubezpieczający. W tym miejscu wymaga bowiem podkreślenia, o czym zresztą była już mowa powyżej, że mimo iż banki i inne instytucje finansowe oferujące przystąpienie do ubezpieczenia pełnią w nich rolę ubezpieczających, co sugerowałoby z kolei, że reprezentują one interesy podmiotów, na których rachunek zawierają umowę ubezpieczenia, a także wobec których zobowiązane są one do zachowania lojalności, to jednak w istocie działają one w interesie własnym oraz interesie ubezpieczycieli. Dzieje się tak z uwagi na więź ekonomiczną jaka łączy ubezpieczających z ubezpieczycielami, co ma swój wyraz przede wszystkim w otrzymywaniu od ubezpieczycieli wynagrodzenia za zawarcie umowy na rachunek konkretnego ubezpieczonego, a ponadto nierzadko w pozostawaniu wraz z ubezpieczycielem w jednej grupie kapitałowej. Istnienie już choćby jednego z tych czynników powoduje w sposób oczywisty, że w interesie ubezpieczającego jest podejmowanie przede wszystkim takich działań, które wiązały się będą z osiągnięciem jak największego zysku dla siebie i podmiotów ze sobą powiązanych, a tym samym rola ubezpieczającego sprowadza się tu w istocie do roli agenta ubezpieczeniowego.

2. Nieczytelność wzorców umownych

Kolejnym przejawem nagannej praktyki jaką można zaobserwować w zakresie prezentowania i oferowania konsumentom przystąpienia do umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, która również zdaniem Rzecznika Ubezpieczonych wpisuje się w zarzut udzielania przyszłym ubezpieczonym nierzetelnych, nieprawdziwych i niepełnych informacji jest sposób redagowania wzorców umownych mających zastosowanie do umowy, jak również deklaracji przystąpienia.

Przy całym zrozumieniu złożoności konstrukcji prawnej jaką jest umowa ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zwłaszcza w połączeniu z inwestowaniem w instrumenty pochodne, należy bowiem stwierdzić, że sposób skomplikowania treści wzorców umownych mających zastosowanie do tychże umów czyni je nie tylko całkowicie niezrozumiałymi dla przeciętnych konsumentów⁹⁴, ale też można zaryzykować stwierdzenie, nieprzydatnym dla wyinterpretowania z nich istotnych dla konsumentów treści. Uwaga ta dotyczy zwłaszcza regulaminów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, które są w istocie wzorcami, których postanowienia mają największy wpływ na wartość świadczeń wynikających z umowy. Dodatkowo, sytuację ubezpieczonego komplikuje fakt rozczłonkowania istotnych informacji w różnych wzorcach umownych, w szczególności umieszczanie w odrębnym od ogólnych warunków ubezpieczenia dokumencie zasad pobierania opłat. Powoduje to, iż bardziej świadomy konsument, który żąda doręczenia warunków ubezpieczenia otrzymuje je jednak bez załącznika określającego taryfę opłat. Może to w nim zrodzić przekonanie, iż opłaty nie są pobierane.

Powyższe uwagi należy odnieść również do samej treści deklaracji przystąpienia, zawierającej nie tylko wymagane w art. 829 § 2 k.c. oświadczenia związane z wyrażeniem zgody na zastrzeżenie ochrony ubezpieczeniowej, ale również szereg oświadczeń, których przedmiot jest niezwykle zróżnicowany (począwszy od oświadczeń zawierających zgodę na przetwarzanie danych osobowych, poprzez te, które stanowią potwierdzenie otrzymania i zapoznania się z wzorcami umownymi mającymi zastosowanie do umowy, skończywszy

⁹⁴ Pojęcie przeciętnego konsumenta zdefiniowane zostało w art. 2 pkt 8 ustawy o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym, który stanowi, że pod pojęciem przeciętnego konsumenta rozumie się konsumenta, który jest dostatecznie dobrze poinformowany, uważny i ostrożny; oceny 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.

na oświadczeniach odnoszących się do ryzyka związanego z inwestowaniem). Kumulacja wszystkich tych treści w jednym dokumencie, przy jednoczesnym takim jego zredagowaniu, które prowadzi do tego, że konsument nie ma możliwości dokonania swobodnego wyboru co do tego, które z oświadczeń chce złożyć (nie ma możliwości złożenia podpisu pod każdym z oświadczeń z osobna, albowiem najczęściej są one pogrupowane lub też stanowią jedną całość) wielokrotnie prowadzi do tego, że do podpisania deklaracji dochodzi w sposób niejako „mechaniczny”, jedynie na podstawie zapewnienia doradcy, że jej treść odzwierciedla wcześniej prezentowane informacje.

Rozdział IV

Ubezpieczenie jako inwestycja na przyszłość – opłacalność i efektywność ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym

Ubezpieczyciele w warunkach ubezpieczenia normują odpowiedzialność za osiągnięcie zysków z inwestycji wskazując, iż nie gwarantują osiągnięcia żadnych konkretnych wyników finansowych. Wbrew temu okazuje się, iż taka informacja pojawia się w materiałach reklamowych ubezpieczających⁹⁵. Brak gwarancji osiągnięcia zysku skutkuje tym, iż nie we wszystkich sytuacjach inwestycja za pośrednictwem umowy ubezpieczenia ostatecznie stanowi dla konsumenta jakikolwiek dochód. Wahania cen wartości jednostek funduszy kapitałowych powodują, iż dokładne ustalenie wyniku takiej inwestycji jest tak naprawdę niemożliwe. Może ona zakończyć się stratą znacznej części wpłaconych środków pieniężnych, a wskutek pobrania dodatkowych opłat przez cały okres obowiązywania umowy, może okazać się, iż strata finansowa jest bardzo dotkliwa. Mimo, iż na rynku pojawiają się umowy ubezpieczenia z tzw. gwarancją zwrotu 100% wpłaconego kapitału należy pamiętać, iż nie oznacza ona zwrotu całości wpłaconych środków, a jedynie wypłatę świadczenia w wysokości wartości jednostek zakupionych ze składki ubezpieczeniowej po potrąceniu wszelkich opłat wynikających z umowy. Jako produkt inwestycyjny umowy ubezpieczenia nie zakładają żadnej stopy technicznej, w oparciu o którą byłaby wyliczana wartość wykupu. Co więcej, dopuszczają nawet możliwość zlikwidowania indeksu, którego notowanie na zamknięcie inwestycji decyduje o tzw. premii – wypłacie dodatkowego zysku, i zastąpienie go „innym” o ponoć zbliżonej strukturze. Premia, która ma zostać wypłacona na koniec okresu ubezpieczenia ma charakter umowy zakładu: jeżeli wartość indeksu na zamknięcie inwestycji (wartość indeksu w dacie obserwacji t_{final}) pozostanie w odpowiedniej relacji do wartości indeksu na początku inwestycji (wartość indeksu w dacie obserwacji $t_{initial}$) ubezpieczyciel wypłaci premię w całości albo w części (zgodnie z tzw. współczynnikiem partycypacji w zysku). Czas oczekiwania na spełnienie się indeksu wynosi często 10 albo i więcej lat (np. 15 lat⁹⁶).

Konsument udający się do banku w celu zainwestowania swoich środków pieniężnych, przystępując do umowy ubezpieczenia może ponadto nie mieć świadomości,

⁹⁵ Ulotka Getin Bank S.A.: Kwartalny Profit „Gwarancja zysku”, „Gwarancja zysku – 7,00%”, zob. sprawę o sygn. RU/WSI/GG/8562/MAR/12.

⁹⁶ 15-letni okres „ubezpieczenia” jest charakterystyczny dla linii produktowej „Pareto” TU na Życie Europa S.A. 10-letni okres wyczekiwania występuje w rodzinie produktów „Kwartalne zyski” tego ubezpieczyciela oraz w produktach Open Life TU Życie S.A.

iż jego pieniądze nie są objęte Bankowym Funduszem Gwarancyjnym, a w przypadku upadłości ubezpieczyciela, będzie mógł liczyć na zwrot nie 100%, ale 50% wpłaconej kwoty, lecz nie więcej niż 30 000 euro.

Mając na uwadze stosunkowo długi horyzont inwestycyjny, a także fakt, że inwestowanie w produkty strukturyzowane obarczone jest wysokim ryzykiem, które w całości jest przerzucane na ubezpieczonego, nie do zaakceptowania jest pozbawienie ubezpieczonych możliwości aktywnego reagowania na niekorzystne zmiany wartości jednostek uczestnictwa⁹⁷. Dotyczy to zarówno instytucji wykupu częściowego, przemiany ubezpieczenia w wolne od opłaty składki (ubezpieczenie bezskładkowe), czy zmiany profilu inwestycyjnego.

Kapitałowy charakter ubezpieczenia zakłada możliwość korzystania w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej ze zgromadzonych środków pieniężnych w sytuacji opóźnienia z zapłatą bieżącej składki. Ubezpieczenie bezskładkowe jest typowym rozwiązaniem w ubezpieczeniach typu *unit-linked*. Konsekwencją niezapłacenia składki w terminie w analizowanych produktach jest dorozumiane jako wypowiedzenie umowy ubezpieczenia, skutkujące wypłatą kapitału odpowiednio pomniejszonego o opłatę likwidacyjną⁹⁸. Produkty te nie dają możliwości wycofania części kapitału bądź zmiany sposobu inwestowania poprzez zmianę ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego o agresywnej strukturze na bardziej zachowawczą. Ubezpieczony jest pozbawiony możliwości jakiegokolwiek racjonalnej reakcji na zmieniające się warunki inwestycyjne, co dodatkowo potęgowane jest charakterem indeksów wpływających na wartość jednostki uczestnictwa, niejednokrotnie zupełnie oderwanych od realiów rynku kapitałowego (np. zachowania indeksów giełdowych obrazujących stan gospodarki), albo tak ujętych, że zachowujących się wręcz nieadekwatnie do koniunktury na nich. W przekonaniu Rzecznika Ubezpieczonych produkty inwestycyjne oparte o sztuczne indeksy powinny być przeznaczone wyłącznie dla profesjonalnych uczestników rynku.

⁹⁷ Przykładowe notowania jednostek uczestnictwa w ubezpieczeniowych funduszach kapitałowych została zamieszczona w dalszej części raportu.

⁹⁸ O nieprzystosowaniu art. 830 § 2 k.c. do ubezpieczeń na życie o kapitałowym charakterze – zob. W. Kamiński, *Niezapłacenie składki ubezpieczeniowej w terminie*, „Prawo Asekuracyjne” 2009, nr 4, s. 49-51.

1. Składka pierwsza i bieżąca, składka wpłacona i zainwestowana. Konsekwencje niezapłacenia składki w terminie

W analizowanych produktach rozróżnia się często rodzaje składki np. składkę pierwszą i składkę bieżącą, składkę miesięczną i składkę dodatkową, czy składkę zainwestowaną. Składka pierwsza może być kwotą zadeklarowaną przez ubezpieczonego w wysokości wielokrotnie wyższej niż składka bieżąca⁹⁹. Składka zainwestowana to często wielokrotność składki pierwszej. Wprowadzenie różnych pojęć składki ma na celu wyliczenie łącznej kwoty, jaką ubezpieczony zadeklarował wpłacić w ciągu całego okresu ubezpieczenia, ale przede wszystkim – ustalenie podstawy wyliczenia wielu opłat, które pobierane są w trakcie trwania umowy ubezpieczenia.

Na potrzeby opłaty za zarządzanie dokonywane jest także rozróżnienie składki wpłaconej i składki zainwestowanej: ta druga – w stosunku do tej pierwszej – pomniejszona jest o opłatę za zarządzanie. Opłata za zarządzanie pobierana jest od każdej składki bieżącej¹⁰⁰.

W przypadku, gdy zobowiązanie ubezpieczonego do zapłaty składki polega na zapłacie zróżnicowanych co do kwoty składek – składki pierwszej i składek bieżących, niezapłacenie którejkolwiek ze składek bieżących nie prowadzi do zastosowania mechanizmu ubezpieczenia bezskładkowego, tzn. pobierania wymagalnej kwoty składki z zebranego już kapitału poprzez umorzenie adekwatnej liczby jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Rozwiązanie takie jest powszechne w przypadku ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.

Należy podkreślić, iż stosowanie wielu definicji składki ubezpieczeniowej w jednej umowie ubezpieczenia ma skutek w postaci absolutnego zniekształcenia informacji na temat umowy. Przeciętny konsument nie jest bowiem w stanie rozróżnić powołanych tu pojęć, ani ocenić w jaki sposób pobierane są opłaty z wpłacanej przez niego kwoty.

⁹⁹ Pareto - New Frontier III – przykładowo, składka pierwsza w kwocie 11 250 zł, składka bieżąca w wysokości 295 zł, a składka zainwestowana to 56 250 zł.

¹⁰⁰ Pareto - New Frontier III.

2. Opłaty

Skuteczność prawna zastrzeżenia opłaty uzależniona jest w pierwszej kolejności od ekwiwalentności świadczenia – usługi, za wykonanie której należne jest wynagrodzenie¹⁰¹. Umowa ubezpieczenia ma charakter odpłatny, którego przejawem jest obowiązek zapłaty przez ubezpieczającego składki; składka stanowi wynagrodzenie (świadczenie pieniężne) za świadczenie przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej. Wynagrodzenie w postaci składki obejmuje zarówno ekonomicznie uzasadnione koszty związane z zawarciem i wykonywaniem umowy, jak i spodziewany zysk. Mimo to, w umowach ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym standardem jest pobieranie wielu różnych opłat: opłaty administracyjnej, opłaty alokacyjnej, opłaty za zarządzanie i administrację funduszami¹⁰², opłaty wstępnej¹⁰³, opłaty za prowadzenie indywidualnego rachunku¹⁰⁴ i wiele innych, na które, jak wskazują ubezpieczyciele, składają się koszty akwizycji związane ze sprzedażą produktu (prowizja dla sprzedającego – koszty te stanowią największą część opłaty pobieranej z tzw. składki ubezpieczeniowej), koszty wystawienia polisy, rejestracja polisy, odnotowywanie wpłat, korespondencja z ubezpieczającym, zmiana polisy, wypłata świadczenia, opłata za wpłatę środków przez ubezpieczonego¹⁰⁵. Opłaty te, pobierane w różnych momentach trwania umowy, zmniejszają kwotę przeznaczoną na inwestycję bądź obniżają kwotę ostatecznego świadczenia z umowy ubezpieczenia.

¹⁰¹ Zob. wyrok SN z dnia 13 lipca 2005 r. (sygn. akt I CK 832/04), w którym Sąd Najwyższy dokonał oceny postanowienia wzorca umowy („Taryfy prowizji i opłat bankowych”) stosowanego przez bank w umowie rachunku oszczędnościowo-rozliczeniowego, zastrzegającego na jego rzecz opłatę za dokonanie wypłaty gotówkowej z konta osobistego. Sąd Najwyższy wyraźnie stwierdził, że na gruncie prawa cywilnego „opłata” powinna być postrzegana – niezależnie od przyjętej terminologii – jako wynagrodzenie za spełnienie określonego, dostatecznie wyodrębnionego prawnie świadczenia (usługi); opłata jakkolwiek byłaby nazwana nie może zostać pobrana z tytułu należytego wykonania obowiązku umownego, chociażby powodowałyby to powstanie określonych kosztów.

¹⁰² §11 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Inwestycyjnego „Bonus” ze Składką jednorazową o symbolu BON/J/8/2006.

¹⁰³ § 22 pkt 2 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym, Multiportfel Horyzont stosowanych przez Skandia Życie S.A.

¹⁰⁴ § 30 ust 1 Ogólnych Warunków Terminowego Ubezpieczenia na Życie Związanego z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Kaskada” stosowanych przez HDI Gerling TU Życie S.A., sprawa o sygn. RU/WSI/G/10520.MAR/12.

¹⁰⁵ Zob. np. pismo TU Allianz Życie Polska S.A. z dnia 10 sierpnia 2011 r., sprawa o sygn. RU/WSI/G/6027/SP/11.

2.1. Opłata administracyjna i opłata za zarządzanie

W przypadku umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, zarządzanie na zlecenie ubezpieczającego aktywami nabytymi za powierzone środki pieniężne ma charakter wystarczająco wyodrębnionego świadczenia, za które przysługuje ubezpieczycielowi wynagrodzenie; wynagrodzeniem tym jest „opłata za zarządzanie” pobierana z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego w relacji do wartości zarządzanych aktywów.

W przypadku funduszy inwestycyjnych opłata za zarządzanie środkami zgromadzonymi na rachunku jednostek uczestnictwa kształtuje się na poziomie kilku procent w skali rocznej i uzależniona jest od typu funduszu. Najniższe stawki obowiązują w funduszach rynku pieniężnego i gotówkowych (zwykle od 0,5% do 1,5%) oraz w funduszach obligacyjnych (z reguły od 1% do 2%). Nieco wyższe opłaty za zarządzanie występują w funduszach stabilnego wzrostu (zwykle od 2% do 3,5%), natomiast najwyższe w funduszach zrównoważonych i akcyjnych (przeważnie od 3% do 5%). Jak zatem widać opłaty za zarządzanie nie są wysokie, zwłaszcza w funduszach prowadzących stosunkowo bezpieczną politykę inwestycyjną¹⁰⁶. Opłata za zarządzanie jest pokrywana bezpośrednio ze środków funduszu obciążając jego aktywa. Oznacza to, że jest ona już uwzględniona w wycenie jednostek uczestnictwa lub certyfikatów inwestycyjnych. Wynagrodzenie za zarządzanie jest liczone jako określony procent od średniej wartości aktywów netto funduszu w ciągu roku. Opłata za zarządzanie jest obok opłat manipulacyjnych najważniejszym rodzajem kosztów ponoszonych przez uczestników funduszy inwestycyjnych¹⁰⁷.

Porównanie wysokości opłat pobieranych przez towarzystwa funduszy inwestycyjnych z opłatami pobieranymi przez ubezpieczycieli jest istotne z tego względu, że – jak zostało to wykazane wcześniej – ubezpieczenia na wypadek śmierci i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym niewiele mają wspólnego z umową ubezpieczenia, a stanowią tak naprawdę umowę podobną do umowy o zarządzanie aktywami opartą o strukturę funduszu inwestycyjnego zamkniętego¹⁰⁸.

¹⁰⁶ Informacja ze strony internetowej Izby Zarządzających Funduszami i Aktywami (www.izfa.pl) – „Fakty i mity o funduszach inwestycyjnych”.

¹⁰⁷ *Ibidem*.

¹⁰⁸ Podobieństwa dotyczą chociażby okresu subskrypcji „ubezpieczenia” do przyjmowania zapisów na certyfikaty inwestycyjne danej emisji oraz ich późniejszego przydzielenia – zob. art. 134 ustawy o funduszach inwestycyjnych.

Wśród analizowanych produktów można przykładowo wskazać dwie tendencje pokrywania kosztów ubezpieczenia: umiarkowanej rocznej stopy opłaty administracyjnej (opłaty za zarządzanie)¹⁰⁹ wraz z wysoką opłatą likwidacyjną oraz bardzo wysoka stopa miesięcznej opłaty za zarządzanie¹¹⁰ połączona ze stosunkowo niewielką opłatą likwidacyjną. Ogólnie rzecz biorąc model kosztowy wyznaczony jest przez niskie opłaty bieżące, ale i wysokie opłaty końcowe albo wysokie opłaty bieżące przy niskich opłatach końcowych. Coraz częściej opłaty bieżące są znacznie podwyższane, co umożliwia odstąpienie od stosowania opłaty likwidacyjnej, która została już zakwestionowana przez SOKiK jako niezgodna z prawem.

Opłaty bieżące (opłata administracyjna i opłata za zarządzanie) w niektórych umowach są pobierane od składki zainwestowanej. Podstawą ustalenia opłaty za zarządzanie nie jest – jak w przypadku klasycznych ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym i funduszy inwestycyjnych – bieżąca wartość aktywów (ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego czy funduszu), lecz łączna kwota wszystkich wpłaconych i przyszłych, nawet jeszcze nie wymagalnych składek bieżących, których termin płatności dopiero nadejdzie w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Warto jednak zwrócić uwagę, że nadpłacanie opłaty za zarządzanie, czy opłaty administracyjnej, ze względu na przyjęcie podstawy jej wyliczenia w oparciu o wszystkie składki „przypisane” do umowy ubezpieczenia w ujęciu danego ubezpieczonego, nie prowadził do rekalkulacji opłaty w przypadku wystąpienia przez ubezpieczonego z ubezpieczenia przed założonymi 10 czy 15 latami trwania ochrony ubezpieczeniowej. Tym samym ubezpieczyciel inkasował opłatę, czyli wynagrodzenie za zarządzanie lub administrowanie w oderwaniu od rzeczywiście świadczonej usługi. Postanowienia takie, mając na uwadze argumentację Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, odnoszącą się do adekwatnej relacji pomiędzy wysokością opłaty a zakresem czynności, za którą jest ona pobierana, noszą cechy niedozwolonego postanowienia umowy ze względu na rażącą dysproporcję praw i obowiązków ubezpieczonego z niewątpliwym naruszeniem jego interesów.

¹⁰⁹ Pareto II - Strategia New Frontier XIII – 1,92% rocznie, Pareto II - New Frontier III - 0,96% rocznie.

¹¹⁰ Europa Fund NP/2011/03 - 3,5372% miesięcznie, Europa Fund NP/2011/06 - 4,0726% miesięcznie.

2.2. Opłata likwidacyjna

W przypadku oszczędzania za pośrednictwem funduszy inwestycyjnych z reguły nie ma konieczności określania z góry przez jak długi czas mają być lokowane środki pieniężne. Powierzając środki pieniężne funduszowi inwestycyjnemu otwartemu możemy zatem praktycznie w każdej chwili wycofać się z inwestycji poprzez złożenie zlecenia odkupienia części lub wszystkich posiadanych jednostek uczestnictwa. Umorzenie w ten sposób jednostek uczestnictwa nie naraża nas na utratę uzyskanych wcześniej korzyści, tak jak ma to miejsce w przypadku lokaty terminowej w banku. Skoro inwestowanie w funduszu nie wiąże się z koniecznością zadeklarowania przez nas długości trwania inwestycji (za wyjątkiem uczestnictwa w planie systematycznego oszczędzania, gdzie deklaracja taka jest wymagana), rezygnacja z uczestnictwa w funduszu nie pociąga z reguły konsekwencji w postaci opłat z tytułu wcześniejszego wycofania środków, niezależnie od tego, czy inwestycja trwała tydzień, miesiąc, czy rok. Jedynie nieliczne fundusze, i to z reguły tylko w przypadku niektórych kategorii jednostek uczestnictwa, mogą pobierać opłaty przy odkupieniu jednostek, których wysokość może być zależna od okresu trwania inwestycji. Fundusz może zatem określić, iż np. przed upływem 6 miesięcy od zainwestowania środków, przy ich odkupieniu pobiera opłatę w wysokości 1% wycofywanej kwoty, zaś w przypadku gdy inwestycja ta trwa dłużej niż pół roku, opłata ta nie jest już pobierana¹¹¹.

Odmierna praktyka ukształtowała się w przypadku tzw. ubezpieczeń z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. W praktyce ubezpieczeniowej przyjmowano dotychczas za rzecz naturalną pobieranie przez ubezpieczycieli opłaty likwidacyjnej. Pogląd taki prezentowany był także w doktrynie ubezpieczeniowej, a przekonanie o „normalności” zastrzeżenia opłaty likwidacyjnej wiązało się z przekonaniem, że „*opłata likwidacyjna stanowi pewien rodzaj sankcji przewidzianej przez ubezpieczyciela za wcześniejsze rozwiązanie przez ubezpieczającego umowy ubezpieczenia*”, która to sankcja ma na celu „*zniechęcenie do wcześniejszego rozwiązania umowy lub wypłaty części środków*”¹¹², a to ze względu na umożliwienie prowadzenia ubezpieczycielowi długotrwałej polityki inwestycyjnej¹¹³. Uzasadnianie jednak,

¹¹¹ Informacja ze strony internetowej Izby Zarządzających Funduszami i Aktywami (www.izfa.pl) – „Fakty i mity o funduszach inwestycyjnych”.

¹¹² M. Szczepańska, *Glosa do wyroku Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 14 maja 2010 r. (sygn. akt VI ACa 1175/09)*, LEX nr 694224.

¹¹³ M. Szczepańska, *Charakterystyka prawna opłaty likwidacyjnej pobieranej przez ubezpieczycieli w umowie ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym*, „Wiadomości

iż pobranie 100% wpłaconych przez konsumenta środków w związku z faktem, iż składka ubezpieczeniowa w pierwszych latach obowiązywania umowy ubezpieczenia pokrywa w istotnej części koszty akwizycyjne, a fakt, że rozwiązanie umowy w pierwszych latach jej obowiązywania jest niekorzystne, co jest powszechnie wiadomym¹¹⁴ jest istotnym nadużyciem, szczególnie w obliczu faktu, iż te informacje nie są podawane konsumentowi w momencie podejmowania decyzji o zawarciu (przystąpieniu) umowy, ale dopiero po jej rozwiązaniu i pobraniu tak wysokiej opłaty. Może to być dowodem na to, iż zarówno ubezpieczycielom, jak i ich przedstawicielom zależy na tym, aby za wszelką cenę namówić do dokonania jakiegokolwiek wpłaty konsumenta po to wyłącznie, aby jak największą część tych pieniędzy zachować dla siebie. Dodatkowo argumenty te pozostają w konflikcie z argumentami powoływanymi za konstrukcją ubezpieczenia grupowego, które z zasady ma być formą obniżającą tego typu koszty, a jednak opłaty likwidacyjne na poziomie 100% są normą także w ubezpieczeniach grupowych.

Trzeba wyraźnie podkreślić, że ekonomicznym i techniczno-ubezpieczeniowym uzasadnieniem pobierania tzw. opłaty likwidacyjnej nie są koszty związane z rozwiązaniem umowy ubezpieczenia, czy też wystąpieniem z niej ubezpieczonego, lecz pokrycie kosztów początkowych, związanych z zawarciem umowy ubezpieczenia (głównie kosztów akwizycji, w tym wynagrodzenia prowizyjnego agenta ubezpieczeniowego lub banku *quasi-*ubezpieczającego), a nie zamortyzowanych na skutek zakończenia ubezpieczenia przed terminem założonym w jego planie technicznym (tzw. okresem referencyjnym)¹¹⁵.

Niedopuszczalność pobierania opłaty likwidacyjnej została ostatnimi czasy dwukrotnie zakwestionowana przez Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów w Warszawie¹¹⁶. Niezależnie od argumentacji zawartej w uzasadnieniach wspomnianych wyroków warto mieć na uwadze konsekwencje wynikające z istoty umowy kapitałowego ubezpieczenia na życie oraz konsekwencje ze względu na ograniczenie uprawnień prawnokształtujących.

Ubezpieczeniowe” 2012, nr 1, s. 8. W ocenie autorki długotrwała polityka inwestycyjna podyktowana ma być długoterminowym charakterem umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zwłaszcza ze składką pobieraną regularnie. Uzasadnieniem dla opłaty likwidacyjnej ma być także zabezpieczenie ubezpieczyciela przed niebezpieczeństwem „nagłych, dużych wypłat środków”.

¹¹⁴ Tak: pismo AEGON TU na Życie S.A. z dnia 31 października 2011 r., sprawa o sygn. RU/WSI/G/9251/SP/11.

¹¹⁵ Zob. M. Wiśniewski, *Wartość wykupu polis życiowych z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2012, nr 2, s. 29-44.

¹¹⁶ Wyrok SA w Warszawie z dnia 14 maja 2010 r. (sygn. akt VI ACa 1175/09) oraz wyrok SA w Warszawie z dnia 26 czerwca 2012 r. (sygn. akt VI ACa 87/12).

Przeciwko dopuszczalności pobierania przez ubezpieczyciel opłaty likwidacyjnej ze względu na istotę umowy kapitałowego ubezpieczenia na życie przemawiają następujące argumenty:

- 1) W umowę ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, jako ubezpieczeniem o kapitałowej naturze, wpisuje się uprawnienie do wypłaty rezerwy techniczno-ubezpieczeniowej – wartości wykupu (sumy wykupu); stanowi ona pochodną zasady nieprzepadalności składek. Uprawnienie to może być realizowane w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia – wynika to z tożsamości skutków wypowiedzenia umowy kapitałowego ubezpieczenia na życie i żądania wykupu ubezpieczenia.
- 2) Uprawnienie do wykupu ubezpieczenia powstaje w chwili zawarcia umowy kapitałowego ubezpieczenia na życie; z uprawnieniem tym skorelowany jest obowiązek wypłaty wartości wykupu, aktualizowany przez wypowiedzenie umowy ubezpieczenia na życie¹¹⁷.
- 3) Wypłata wartości wykupu należy do podstawowych obowiązków ubezpieczyciela, podobnie jak zwrot powierzonych środków pieniężnych w przypadku umowy rachunku bankowego, czy czynności powierniczej typu zarządzającego.
- 4) Uczynienie zadość roszczeniu ubezpieczającego o wykup ubezpieczenia stanowi o należytych wykonaniu zobowiązania. Z tych też względów niedopuszczalnym prawnie jest zastrzeżenie opłaty za dokonanie czynności, która nie ma charakteru dostatecznie wyodrębnionego prawnie świadczenia; w kategoriach cywilistycznych „opłata” powinna być traktowana jako wynagrodzenie za spełnienie świadczenia¹¹⁸.
- 5) Podobnie jak wypłata środków z rachunku bankowego, tak i wypłata wartości wykupu ma charakter czynności technicznej. Sam fakt generowania kosztów przez dokonanie czynności technicznej nie uzasadnia jeszcze pobrania z tego tytułu opłaty, jako ekwiwalentu ich poniesienia.
- 6) W przeciwieństwie do umowy zlecenia, jak i umowy *timeshare*¹¹⁹, przepisy poświęcone umowie ubezpieczenia na życie nie przewidują normatywnej podstawy do obciążenia ubezpieczającego, który umowę wypowiada (występuje

¹¹⁷ Uchwała SN z dnia 24 stycznia 1996 r. (sygn. akt III CZP 196/95).

¹¹⁸ Wyrok SN z dnia 13 lipca 2005 r. (sygn. akt I CK 832/04).

¹¹⁹ Zob. wyrok SN z dnia 19 marca 2007 r. (sygn. akt III SK 21/06, OSNP 2008/11-12/181) oraz wyrok SN z dnia 23 marca 2005 r. (sygn. akt I CK 586/04, OSNC 2006/3/51).

z umowy ubezpieczenia grupowego), kosztami jej zawarcia, tj. kosztami pozostającymi w normalnym związku przyczynowym z zawarciem umowy ubezpieczenia na życie.

- 7) Techniczno-ubezpieczeniowym uzasadnieniem tzw. opłaty likwidacyjnej są koszty akwizycyjne, w zasadniczej części determinowane przez wynagrodzenie pośrednika ubezpieczeniowego; opłata likwidacyjna nie stanowi ekwiwalentu kosztów pozostających w normalnym związku przyczynowym z rozwiązaniem umowy ubezpieczenia na życie (wystąpieniem z umowy ubezpieczenia grupowego).
- 8) Umowa ubezpieczenia ma charakter odpłatny, którego przejawem jest obowiązek zapłaty przez ubezpieczającego składki; składka stanowi wynagrodzenie (świadczenie pieniężne) za świadczenie przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej. Wynagrodzenie w postaci składki obejmuje zarówno ekonomicznie uzasadnione koszty związane z zawarciem i wykonywaniem umowy, jak i spodziewany zysk. W przypadku umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, zarządzanie na zlecenie ubezpieczającego aktywami nabytymi za powierzone środki pieniężne ma charakter wystarczająco wyodrębnionego świadczenia, za które przysługuje ubezpieczycielowi wynagrodzenie; wynagrodzeniem tym jest „opłata za zarządzanie” pobierana z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego w relacji do wartości zarządzanych aktywów.

Przeciwko dopuszczalności pobierania przez ubezpieczyciel opłaty likwidacyjnej ze względu na ograniczenie uprawnień prawnokształtujących ubezpieczającego (ubezpieczonego) w umowie kapitałowego ubezpieczenia na życie przemawiają następujące argumenty:

- 1) *„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”¹²⁰.*

¹²⁰ Wyrok SN z dnia 23 marca 2005 r. (sygn. akt I CK 586/04).

- 2) Uprawnienie ubezpieczającego do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia na życie w każdym czasie jej trwania (art. 830 § 1 k.c.) jest uprawnieniem prawnokształtującym, które podlega materialnemu ograniczeniu poprzez zastrzeżenie przez ubezpieczyciela opłaty likwidacyjnej w kwocie, która czyni korzystanie z prawa do zrezygnowania z ubezpieczenia iluzorycznym: osoba rozsądnie oceniająca sprawy powstrzyma się z rezygnacją z ochrony ubezpieczeniowej w tych latach jej trwania, kiedy opłata likwidacyjna wynosi 100% wartości rachunku; wypowiedzenie lub występowanie z umowy ubezpieczenia jest wtedy skrajnie niekorzystne, a niedogodność ekonomiczna skutecznie ogranicza korzystanie z prawa podmiotowego.
- 3) Wystąpienie ubezpieczonego z umowy grupowego ubezpieczenia na życie jest prawem podmiotowym każdego ubezpieczonego; jego realizacja wynika z dobrowolności objęcia ochroną ubezpieczeniową; w jednostkowym ubezpieczeniu na życie na własny rachunek stanowi składową oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia.
- 4) W kontekście umowy ubezpieczenia grupowego substytutem prawa do wypowiedzenia umowy jest prawo do wystąpienia z ubezpieczenia grupowego. Uprawnienie do wystąpienia równoznaczne jest z rezygnacją z ochrony ubezpieczeniowej. Wywołuje ono podobny skutek, jak wypowiedzenie umowy ubezpieczenia grupowego, tzn. powoduje odpadnięcie podstawy do opłacania składek za danego ubezpieczonego.
- 5) Pobranie „opłaty manipulacyjnej” w przypadku odstąpienia albo wypowiedzenia umowy ubezpieczenia w wysokości procentu zwracanej składki zostało uznane za niedozwolone postanowienie umowy¹²¹.

W większości umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym pobieranie przez ubezpieczycieli opłaty likwidacyjnej w przypadku rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej stanowi regułę. Regułą było ustalanie jej w wysokości 100% wartości rachunku w pierwszych 2, a nawet 3 latach¹²², przy czym część ubezpieczycieli aby zakamuflować tę opłatę stosuje dość skomplikowane zapisy

¹²¹ Postanowienie o treści: „W przypadku odstąpienia od umowy lub jej wypowiedzenia nastąpi zwrot części składki z potrąceniem kosztów manipulacyjnych wynoszących 10% wysokości zwracanej składki – nie więcej niż 200 złotych” zostało wpisane do rejestru postanowień uznanych za niedozwolone pod nr 1305 na podstawie wyroku z dnia 11 października 2007 r., wydanego przeciwko TUiR Warta S.A. w Warszawie (sygn. akt XVII AmC 68/06).

¹²² Zob. opłata likwidacyjna w przypadku Umowy Ubezpieczenia na Życie i Dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Pareto”, „Pareto II”.

uniemożliwiający samodzielne wyliczenie wysokości opłaty likwidacyjnej w kolejnych latach umowy¹²³.

Z treści umów ubezpieczenia ani z treści warunków ubezpieczenia nie wynika, aby opłata likwidacyjna była powiązana z kosztami wynikającymi z rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej. Zgodnie z obecną linią orzeczniczą Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w Warszawie, opłata likwidacyjna, która nie pozostaje w adekwatnej relacji do kosztów rozwiązania umowy ubezpieczenia lub wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej stanowi niedozwolone postanowienie umowne¹²⁴.

Pierwsza klauzula wpisana do rejestru niedozwolonych postanowień umów, kwestionująca pobieranie opłaty w pierwszym roku trwania umowy ubezpieczenia w wysokości 100% wartości rachunku jednostek uczestnictwa doprowadziła do zmiany niektórych tabel opłat. Obserwowana jest tendencja zmiany stawek opłaty likwidacyjnej ze 100% w pierwszych 2-3 latach do 80%. Warto jednak nadmienić, że okoliczność ta nie ma większego znaczenia ze względu na treść drugiego wyroku poświęconego opłacie likwidacyjnej, zakazującego stosowania jakichkolwiek stawek w ciągu trwania ochrony ubezpieczeniowej, które byłyby nieadekwatne do kosztów rezygnacji z ubezpieczenia.

Raz jeszcze należy wskazać, że uzasadnieniem pobierania opłaty likwidacyjnej jest pobranie kosztów związanych z zawarciem umowy ubezpieczenia, a w szczególności kosztów pośrednictwa ubezpieczeniowego. Istnienie opłaty likwidacyjnej stanowi kolejny dowód tego, że działania ubezpieczającego (banku) mają charakter czynności agencyjnych, przejawiających się w akwirowaniu na rzecz ubezpieczyciela – tzw. pozyskiwania klienta. Czynność ta jest składową umowy agencyjnej i jest czynnością odpłatną, za którą podmiot ją wykonujący – w ramach prowadzonego przez siebie przedsiębiorstwa – pobiera stosowną prowizję.

¹²³ Zob. np. „stawka opłaty likwidacyjnej (...) jest obliczana wg następującego wzoru: $100\% - (96,7\%)(K-T)$ gdzie: T- mniejsza z dwóch wielkości: a) liczba pełnych lat polisy, za które została zapłacona składka regularna, b) liczba pełnych lat polisy licząc od dnia zawarcia umowy do dnia wystąpienia o wypłatę wartości wykupu, K- okres ubezpieczenia, § 20 pkt 4 ogólnych warunków ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, Multiportfel Horyzont, Skandia Życie S.A. i szczegółowe wyjaśnienia ubezpieczyciela: „stawka opłaty likwidacyjnej aktualnie wynosi: $100\% - (96,7\%)(30-7) = 100\% - 96,7(23) = 100\% - 0,967(23) = 100\% - 0,462177612 = 100\% - 46,2177612\% = 53,78224\% =$ w zaokrągleniu 53,78%”, pismo Skandia Życie S.A. z dnia 26 lipca 2011 r., sprawa o sygn. RU/WSI/G/9463/WK/11.

¹²⁴ Szerzej na ten temat w Rozdziale V niniejszego raportu.

2.3. Odwrotna zależność opłaty likwidacyjnej i opłaty za zarządzanie

Narastające ostatnio ograniczenia w stosowaniu opłaty likwidacyjnej doprowadziły do zmiany taktyki kosztowej stosowanej przez niektórych ubezpieczycieli. Konieczność drastycznego cięcia opłaty likwidacyjnej nie spowodowała bynajmniej istotnej zmiany kosztów ustalanych za czynności akwizycyjne pobieranych przez bank – *quasi-ubezpieczającego*. Po niekorzystnych wyrokach sądowych ubezpieczyciele opakowują koszty akwizycyjne w opłatę za zarządzanie, która teraz – uprzednim wzorem opłaty likwidacyjnej – przybiera horrendalne kwoty.

W niektórych produktach inwestycyjnych w których subskrypcje zaczynały się już po pierwszym niekorzystnym wyroku SOKiK, opłata likwidacyjna przybierała kwoty od kilkunastu procent do kilku procent, osiągając wysokość 0% po upływie 4 miesięcy trwania ochrony ubezpieczeniowej¹²⁵. Degresja w stawkach opłaty likwidacyjnej przełożyła się jednak na wzrost opłaty za zarządzanie do 3,5%-4,1% w skali miesiąca, tj. 42-49% rocznie. Nieprzypadkowo stawka opłaty za zarządzanie przez cały czas trwania 15-letniej ochrony ubezpieczeniowej pozostaje taka sama, jak wysokość stawki opłaty likwidacyjnej w okresie poprzedzającym jej spadek do zera.

Warto jednak mieć na uwadze, że opłata za zarządzanie, podobnie jak opłata likwidacyjna, pobierana jest od składki zainwestowanej, tzn. nawet od tej, która jest jeszcze niewymagalna. W powyższym kontekście niedorzecznym jest tłumaczenie w umowie ubezpieczenia zawieranej pomiędzy ubezpieczycielem a ubezpieczającym (bankiem), że *„opłata za zarządzanie pobierana jest w szczególności w związku z zarządzaniem aktywami ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, prowadzeniem rachunków i rejestrów aktywów ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego oraz przechowywaniem aktywów ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego”*¹²⁶. Inaczej mówiąc, ubezpieczyciel pobiera opłaty za zarządzanie środkami, które jeszcze nie wpłynęły do ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, gdyż nie nadszedł jeszcze termin ich wymagalności, podobnie jak pobiera koszty za przechowywanie wirtualnych aktywów – wirtualnych, gdyż tych, które jeszcze nie zostały nabyte za składki bieżące. Powyższe uprawdopodobnia hipotezę, że „nowa” opłata za zarządzanie stanowi tak naprawdę

¹²⁵ Zob. wysokość opłaty likwidacyjnej w przypadku Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie i Dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Klientów ubezpieczającego „Kwartalne zyski” oferowanej przez TU na Życie Europa S.A.

¹²⁶ Zob. rozdział 7 ust. 4 zd. 3 umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie i Dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Klientów Getin Banku „Kwartalne zyski” oferowanej przez TU na Życie Europa S.A.

lustrzane odbicie „starej” opłaty likwidacyjnej, czyli zakumulowanych kosztów akwizycyjnych i prowizji agencyjnych pobieranych przez bank – *quasi*-ubezpieczającego.

2.4. Opłaty dystrybucyjne i opłata typu *spread*

Nabywanie i zbywanie jednostek funduszy inwestycyjnych wiąże się niekiedy z koniecznością poniesienia opłaty dystrybucyjnej. O ile opłata przy nabyciu jednostek przez uczestnika funduszu występuje w większości przypadków (wyjątek stanowi jedynie część funduszy rynku pieniężnego i gotówkowych lub fundusze objęte czasową promocją bez opłat i nabywane za pośrednictwem internetu), o tyle opłata przy odkupieniu jednostek przez fundusz występuje stosunkowo rzadko. Najczęściej opłaty przy umarzaniu jednostek stosowane są w przypadku wybranych kategorii jednostek danego funduszu i mają one za zadanie zmotywowanie uczestnika do wydłużenia horyzontu inwestycyjnego. W praktyce realizowane jest to w ten sposób, iż opłata przy odkupieniu przez fundusz jednostek zmniejsza się wraz z okresem inwestycji, a po upływie określonego czasu może nawet zostać całkowicie zniesiona. Niektóre fundusze pobierają jednak tę opłatę niezależnie od czasu, jaki upłynął od zakupu jednostek uczestnictwa. Opłata ta może być obniżona w stosunku do wybranych uczestników lub grup uczestników, w oparciu o dodatkowe kryteria (np. dla uczestników planów systematycznego oszczędzania). Może być ona również czasowo obniżona lub nawet całkowicie zniesiona podczas przeprowadzanych akcji promocyjnych¹²⁷.

W tabelach opłat analizowanych produktów nie występowały opłaty dystrybucyjne. Formalnie cena nabycia jednostki uczestnictwa, jak i cena zbycia jednostki uczestnictwa nie były pomniejszane o dodatkowe opłaty w wysokości różnicy jej ceny i aktualnie określonej wartości, związanej z wyceną aktywów ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. W niektórych produktach Rzecznik Ubezpieczonych zauważył jednak drastyczny spadek wartości jednostki uczestnictwa podczas pierwszego jej „notowania”. Okoliczność taka stawia otwarte pytanie o to, czy ubezpieczyciele nie stosowali przypadkiem ukrytej opłaty typu *spread*.

¹²⁷ Informacja ze strony internetowej Izby Zarządzających Funduszami i Aktywami (www.izfa.pl) – „Fakty i mity o funduszach inwestycyjnych”.

3. Ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy i jednostka uczestnictwa

W umowie ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, ze względu na jej inwestycyjny charakter, można odnaleźć zarówno cechy umowy o zarządzanie aktywami na zlecenie, elementy instytucji zbiorowego inwestowania np. funduszy inwestycyjnych, umowy powierniczej, a także umowy depozytu nieprawidłowego, umowy przechowania, umowy zlecenia, umowy pożyczki, jako umów których treść wpisuje się w naturę umowy rachunku bankowego.

Niewątpliwie do elementów przedmiotowych, określających istotę umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, należy utworzenie ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Jest nim wydzielony fundusz aktywów, będący rezerwą tworzoną ze składek ubezpieczeniowych, inwestowany w sposób określony w umowie ubezpieczenia¹²⁸. Ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy jest rezerwą techniczno-ubezpieczeniową przeznaczoną na pokrycie zobowiązań, jakie mogą wyniknąć z zawartej umowy ubezpieczenia¹²⁹. Zgodnie z art. 151 ust. 2 pkt 6 ustawy o działalności ubezpieczeniowej rodzajem rezerwy techniczno-ubezpieczeniowej jest rezerwa ubezpieczeń na życie, gdy ryzyko lokaty ponosi ubezpieczający. Jest ona tworzona w wysokości wartości lokaty dokonanej zgodnie z postanowieniami umowy ubezpieczenia na życie¹³⁰, a ewentualne pożytki cywilne (dochód z dokonanej lokaty) powiększają, zgodnie z postanowieniami warunków umowy ubezpieczenia, wartość rezerwy w całości lub części¹³¹. Aktywa stanowiące pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych są inwestowane w instrumenty finansowe określone w art. 154 ust. 6 ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

Niejednokrotne odesłanie przepisów dotyczących rezerwy ubezpieczenia na życie, gdy ryzyko lokaty ponosi ubezpieczający – do treści umowy ubezpieczenia skłania do przekonania, że określony w umowie ubezpieczenia (ogólnych warunkach ubezpieczenia) sposób, w jaki inwestowane są środki pochodzące ze składek ubezpieczeniowych musi ściśle odpowiadać sposobowi, w jaki inwestowana jest rezerwa ubezpieczeń na życie. Sposób ten dotyczy zarówno struktury aktywów, w które inwestowane są środki pieniężne, jak i limitów inwestycyjnych. W przypadku, gdy ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy składa się z jednostek uczestnictwa konkretnego funduszu inwestycyjnego, określenie

¹²⁸ Zob. art. 2 ust. 1 pkt 13 ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

¹²⁹ Zob. art. 149 ust. 1 pkt 1 i art. 151 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

¹³⁰ Zob. § 43 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2009 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji (Dz. U. Nr 226, poz. 1825).

¹³¹ Zob. art. 151 ust. 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

sposobu inwestowania środków polega na wyborze jednostek tego właśnie funduszu inwestycyjnego.

Ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy stanowi wydzielony fundusz aktywów spośród wszystkich aktywów ubezpieczyciela. Wyodrębnione w ten sposób prawa majątkowe są nabywane przez ubezpieczyciela we własnym imieniu i na własny rachunek. Ich nabycie stanowi jednak wykonanie zobowiązania określonego w umowie ubezpieczenia: ubezpieczyciel nabywa tylko te instrumenty finansowe, które zostały określone w umowie ubezpieczenia. Ubezpieczyciel związany jest zatem treścią zlecenia ubezpieczającego.

W umowie ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym nabyte przez ubezpieczyciela aktywa nie są zwrotnie przenoszone na ubezpieczającego, lecz na podstawie ich wyceny ustalana jest wartość jednostki uczestnictwa, a co za tym idzie kwota świadczenia ubezpieczeniowego i kwota wartości wykupu; jednostka uczestnictwa pełni tutaj wyłącznie funkcję pojęciową i nie inkorporuje żadnych praw majątkowych. Ubezpieczyciel nie jest zastępcą pośrednim, jak np. komisant lub dom maklerski, który nabywa określone aktywa w imieniu własnym, lecz na cudzy rachunek, tzn. z obowiązkiem ich przeniesienia na dającego zlecenie. Ubezpieczającemu przysługuje jednak roszczenie o zwrotne przeniesienie środków pieniężnych w kwocie odpowiadającej aktualnej wartości rezerwy – tzw. wartości wykupu.

4. Na czym polega inwestowanie w ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe

4.1. Aktywa „nabywane” za jednostki uczestnictwa

Wykonując treść zlecenia ubezpieczonego, ubezpieczyciel nabywa we własnym imieniu i na własny rachunek określone w umowie ubezpieczenia aktywa. Aktywa te stanowią pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych tylko w przypadku spełnienia ustawowych wymogów¹³². Dopuszczalność inwestowania rezerwy techniczno-ubezpieczeniowej w aktywa nie objęta przepisem jest uwarunkowana uzyskaniem indywidualnego zezwolenia Komisji Nadzoru Finansowego¹³³.

Zapisanie określonej liczby jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego na indywidualnym rachunku jednostek danego ubezpieczonego poprzedzone

¹³² O ile należą do kategorii aktywów określonych w art. 154 ust. 6 pkt 1-22 ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

¹³³ Po przeprowadzenia postępowania administracyjnego na podstawie art. 154 ust. 9 ustawy pod warunkiem, że spełnią one test walutowości, zróżnicowania, rozproszenia, dostosowania.

jest ogłoszeniem tzw. subskrypcji. W trakcie jej trwania ubezpieczeni mogą przystępować do umowy ubezpieczenia grupowego. Warunkiem przystąpienia jest dokonanie wpłaty na poczet składki, czy to składki jednorazowej, czy też składki pierwszej oraz pierwszej składki bieżącej¹³⁴. Dojście ubezpieczenia do skutku uwarunkowane jest pozyskaniem w okresie subskrypcji odpowiedniego zbioru składek. W przypadku nieosiągnięcia minimalnego poziomu subskrypcji¹³⁵, okres subskrypcji może zostać jednostronnie wydłużony przez ubezpieczyciela, a w przypadku jego bezskutecznego upływu ubezpieczenie nie dochodzi do skutku, a wpłacone środki pieniężne podlegają zwrotowi.

4.2. Ustalenie wartość początkowej jednostki uczestnictwa

Tak, jak to zostało wcześniej powiedziane, kwocie środków pieniężnych pochodzących z wpłat na poczet składki przyporządkowywana jest adekwatna liczba jednostek uczestnictwa w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym. Jednostka uczestnictwa pełni tutaj rolę miernika wartości.

Zasadą jest, że liczba zapisywanych jednostek uczestnictwa odpowiada kwocie, jaka znajduje swoje pokrycie w aktywach ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Do powyższego niezbędne jest zarówno dokonanie wyceny aktywów ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, jak i ustalenie wartości jednostki uczestnictwa.

W analizowanych produktach inwestycyjnych aktywami ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego są instrumenty finansowe powiązane z indeksami. Przykładowo mogą to być certyfikaty depozytowe powiązane z indeksem, emitowane w serii, mające charakter dłużnych papierów wartościowych o określonym terminie zapadalności.

Ze względu na charakter umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, właścicielem aktywów jest ubezpieczyciel. To ubezpieczyciel nabywa od emitenta we własnym imieniu i na własny rachunek certyfikaty powiązane z indeksem, a emitent je wykupuje od nabywcy w terminie zapadalności.

W przypadku niektórych produktów, wartość jednostki uczestnictwa ustala się w oparciu o wartość aktywów netto nie rzadziej niż raz w miesiącu. Jej notowania zamieszczane są na stronie internetowej ubezpieczyciela. Początkowa wartość jednostki uczestnictwa została ustalona „na sztywno” w warunkach ubezpieczenia¹³⁶.

¹³⁴ Tak np. ubezpieczenie Libra III.

¹³⁵ W przypadku ubezpieczenia Libra III minimalna kwota subskrypcji to 2,5 mln zł.

¹³⁶ W przypadku ubezpieczenia Libra III wartość początkowa jednostki uczestnictwa ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego „Europa Fund LIBIII/2011/09” została ustalona na 200 zł.

Wyciągi notowań jednostek uczestnictwa wskazują na regułę zawyżenia początkowej wartości jednostki uczestnictwa w stosunku do notowania rynkowego. Początkowa wartość jednostki ma charakter, jak się wydaje wyłącznie teoretyczny, nieodzwierciedlający rzeczywistej wartości aktywów.

Tabela 1. Przykładowa zmiana wartości ceny jednostki uczestnictwa w porównaniu z ceną nominalną

Nazwa ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego	Cena nominalna j.u.	Cena pierwszego notowania j.u.	Zmiana w %
Pareto – New Frontier II	200 zł	158,56 zł	21%
Pareto II – New Frontier	200 zł	143,87 zł	28%
Pareto II – New Frontier III	200 zł	118,14 zł	41%
Pareto II – Strategia New Frontier XI	200 zł	146,60 zł	27%
Europa Fund NP/2011/03	100 zł	94,74 zł	5%

Źródło: opracowanie własne.

4.3. Indeks

W warunkach Giełdy Papierów Wartościowych w Warszawie publikowane są 22 indeksy Głównego Rynku, z czego część publikowana jest w trakcie trwania notowań ciągłych (np. WIG, WIG20), a część trzykrotnie w ciągu sesji giełdowej: po pierwszym i drugim *fixingu* oraz na zamknięcie sesji (WIG-Poland, indeksy sektorowe)¹³⁷.

Najbardziej rozpoznawalnym i pierwszym indeksem jest WIG, który obecnie obejmuje wszystkie spółki notowane na głównym rynku GPW spełniające kryteria bazowe uczestnictwa w indeksach. W indeksie WIG obowiązuje zasada dywersyfikacji, mająca na celu ograniczenie udziału pojedynczej spółki i sektora giełdowego. Jest indeksem dochodowym i przy jego obliczaniu uwzględnia się zarówno ceny zawartych w nim akcji, jak i dochody z dywidend i praw poboru¹³⁸.

Ustalanie i publikacja indeksów dokonuje się na podstawie „Szczegółowych zasad konstrukcji i podawania do publicznej wiadomości indeksów i subindeksów

¹³⁷ Zob. publikację Giełdy Papierów Wartościowych w Warszawie S.A. „Indeksy Giełdy Papierów Wartościowych w Warszawie” – kwiecień 2012 r., s. 5.

¹³⁸ *Ibidem*, s. 7.

giełdowych”¹³⁹. Każdy indeks posiada algorytm oraz formuły obliczenia współczynników korygujących¹⁴⁰ („dokumentację techniczną”), na podstawie których jest wyliczany, sposób wyznaczenia uczestników, wpływ dywidendy i prawa poboru na jego notowanie.

Indeksy wykorzystywane w umowach ubezpieczenia mają nieco inny charakter. Metodologia tworzenia indeksów jest poufna. Nie ma zatem możliwości zweryfikowania, tak jak w przypadku wspomnianych indeksów giełdowych, nie tylko sposobu ich ustalenia, ale także możliwości zorientowania się, w oparciu o jakie założenia są one kreowane i jakie czynniki ekonomiczne mają na niego zasadniczy wpływ. Nie wiadomo zatem, jak taki „poufny” indeks może zachować się w konsekwencji dobrej koniunktury w Polsce, Europie, Stanach Zjednoczonych, etc. Nie wiadomo, jakie czynniki makroekonomiczne mają na niego wpływ. Ogólnie mówiąc, nie wiadomo, czy wzrost określonych czynników (instrumentów bazowych) będzie rzutować na jego wzrost, czy wręcz przeciwnie na jego spadek. Wszystko pozostaje „tajemnicą” handlową podmiotów zaangażowanych w jego utworzenie i obliczanie. Ubezpieczony nie dysponuje zatem żadnymi przesłankami, na podstawie których mógłby podejmować racjonalne decyzje dotyczące jego „inwestycji w ubezpieczenie” w przypadku spadku indeksu.

Dla ubezpieczonych wysoce niebezpiecznym byłoby, gdyby wszystkie czynności związane z indeksem dokonywałyby się pomiędzy podmiotami powiązаныmi ze sobą, tj. twórca indeksu („sponsor indeksu”), agent obliczeniowy, emitent instrumentu bazowego (instrumentu finansowego powiązanego z indeksem), gwarant instrumentu bazowego, a także depozytariusz należeliby do jednej grupy kapitałowej¹⁴¹. Gdyby tak było, to oznaczałoby, że istnieje uzasadniona wątpliwość czy sytuacja taka pozwala na zachowanie wymogów bezstronności i rzetelności przy konstruowaniu i wyliczaniu indeksu, skoro jego wartość w określonych dniach obserwacji, a w szczególności w dniu zapadalności instrumentu bazowego, rzutuje bezpośrednio na wysokość premii wypłacanej

¹³⁹ „Szczegółowe zasady konstrukcji i podawania do publicznej wiadomości indeksów i subindeksów giełdowych” stanowią załącznik do uchwały nr 1394/2011 Zarządu Giełdy Papierów Wartościowych w Warszawie S.A. z dnia 14 listopada 2011 r.

¹⁴⁰ Zob. publikację Giełdy Papierów Wartościowych w Warszawie S.A. „Podstawowe algorytmy indeksów giełdowych” – stan na 26 marca 2012 r.

¹⁴¹ Zob. np. informacje zamieszczone na stronie internetowej Banku BNP Paribas Polska S.A. dla produktu strukturyzowanego „Euro Stars II”, opartego o indeks „BNP Paribas Flexible Star Managers (PLN Hedged)”: „Euro Stars II jest produktem strukturyzowanym, w formie grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie TU na Życie WARTA S.A. (...) BNP Paribas jest Sponsorem („Sponsor Indeksu”) indeksu BNP Paribas Flexible Star Managers (PLN Hedged) („Indeks”), który jest kalkulowany przez BNP Paribas Arbitrage SNC („Agent Kalkulacyjny Indeksu”). Ani Sponsor Indeksu oraz Agent Kalkulacyjny Indeksu (...) nie ponosi żadnej odpowiedzialności wobec inwestujących w produkt „Euro Stars II”, w tym między innymi w zakresie poprawności, kompletności oraz kontynuowania publikowania Indeksu”, <http://www.bnpparibas.pl/finanse-osobiste/euro-stars-2.asp>.

ubezpieczonym. Pozostaje także otwarte pytanie o bezpieczeństwo środków zdeponowanych u depozytariusza wspólnego dla całej grupy kapitałowej.

Warto także zauważyć, że nie zachodzi bezpośrednia relacja pomiędzy zachowaniem indeksu, a zachowaniem jednostki uczestnictwa w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym z instrumentem bazowym opartym o indeks¹⁴². Trudny jest do wyjaśnienia zaobserwowany przez autora przypisu paradoks: drastyczny spadek wartości jednostki uczestnictwa oraz utrzymywanie się jej notowań w ewidentnym kanale spadkowym oraz utrzymywanie się indeksu w trendzie bocznym.

Rzecznik Ubezpieczonych podziela powyższe spostrzeżenie. Przedkładane w skargach zestawienia notowań jednostek uczestnictwa w przypadku produktów inwestycyjnych co-operacji TU na Życie Europa S.A., Open Finance S.A., Getin Banku S.A. w połączeniu z podmiotami z grupy BNP Paribas wskazują nie tylko na tendencje spadkowe notowań jednostek uczestnictwa, jak i drastyczne spadki wartości jednostki uczestnictwa po pierwszej wycenie. Trudnym do wytłumaczenia jest powód, ze względu na który wartość wyjściowa jednostki uczestnictwa wynosi 200 zł albo 400 zł, a pierwsze jej „notowanie” osiąga wartość 158,56 zł – jak w przypadku Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego „Pareto – New Frontier II”. Trudno także zrozumieć, dlaczego dla tego samego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego i dla tego samego indeksu BNP Paribas New Frontier 8 Europe Excess Return Index (BNPINF8E), notowanego tak samo dla dwóch różnych przypadków przyjmowane są różne wartości początkowe jednostek uczestnictwa: 200 zł i 400 zł¹⁴³.

Nasuwa się także pytanie, czy notowanie jednostki uczestnictwa „Pareto – New Frontier II” jest rzeczywiście notowaniem, a jej cena stanowi wynik zachowań inwestorów rynkowych, czy też jest ona ustalana w oparciu o jakieś wyszukane rachunkowe metody wyceny. Odpowiedź na to pytanie nie jest możliwa do udzielenia przez Rzecznika Ubezpieczonych ze względu na brak dostępu do metod wyceny aktywów ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, a tym samym jednostki uczestnictwa, jak i sposobu ustalania jej początkowej wartości.

Rzecznik Ubezpieczonych zauważa, że reguły rządzące powyższymi produktami inwestycyjnymi są bardzo niejasne. Nie wiadomo nic albo wiadomo bardzo niewiele na

¹⁴² Zob. M. Samcik „Subiektywnie o finansach” – „Spece od polis inwestycyjnych kontratakują: uwaga na aneksy do umów!”, gdzie rozbieżność dotyczyła co-produktu inwestycyjnego TU na Życie Europa S.A. i Idea Banku S.A. o nazwie „Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy Libra Fund 2011/2012” opartego na indeksie BNP Paribas Libra Emerging Markets PLN ER Index (BNPIFLEP), <http://samcik.blox.pl/2012/11/Spece-od-polis-inwestycyjnych-kontratakuja-uwaga.html>.

¹⁴³ Sprawy o sygn. RU/WSI/G/AG/13640/11 i RU/WSI/G/6008/AG/11.

temat sposobu ustalania wartości jednostki uczestnictwa, w tym jej wartości początkowej, sposobu zachowania się indeksu, relacji pomiędzy indeksem a wartością jednostki uczestnictwa. Dostępność tekstu warunków ubezpieczenia i regulaminów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych jest bardzo ograniczona, w większości przypadków nie są one zamieszczane na stronach internetowych ubezpieczycieli. Podobnie ma się odsyłanie do notowania indeksów na stronie internetowej serwisu Bloomberg (www.bloomberg.com), która nie jest w języku polskim, i która w swojej niekomercyjnej wersji wcale nie musi zawierać informacji o indeksach lub są one zbyt lakoniczne, aby mogły stanowić podstawę chociażby mglistego wyobrażenia o ich strukturze i zasadach działania (w przeciwieństwie do np. WIG, WIG20).

Inwestycja w *quasi*-ubezpieczenie obarczona jest wszelkiego rodzaju ryzykami: ryzykiem kredytowym emitenta i gwaranta, ryzykiem wiarygodności depozytariusza, ryzykiem zmienności i nieprzewidywalności indeksu, ryzykiem poprawności wyliczenia indeksu, ryzykiem likwidacji indeksu, ryzykiem stóp procentowych, ryzykiem kursów wymiany walut, ryzykiem braku rynku wtórnego instrumentu bazowego, a nade wszystko ryzykiem braku zysku lub pokrycia przynajmniej kosztów inwestycji. Rzecznika Ubezpieczonych raz jeszcze wyraża przekonanie, że produkty tego typu powinny być oferowane wyłącznie w obrocie profesjonalnym.

4.4. Wartość wykupu

Ubezpieczeni mają prawo do rezygnacji z ubezpieczenia. Wystąpienie z umowy ubezpieczenia grupowego wiąże się z obowiązkiem wypłaty przez ubezpieczyciela wartości wykupu. Kwota stanowiąca wartość wykupu niejednokrotnie pomniejszana jest o opłatę likwidacyjną w wysokości 100% wartości rachunku jednostek uczestnictwa w ciągu pierwszych 2-3 lat trwania „ochrony ubezpieczeniowej”. Wyroki Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów uznały taką praktykę za niedozwoloną i zakazały stosowania klauzul o podobnej istocie we wszystkich umowach ubezpieczenia. Nie oznacza to jednak, że interes ubezpieczonych jest w pełni zachowany.

Kwota wykupu wyliczana jest na podstawie wartości jednostki uczestnictwa ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, którego aktywa zainwestowane zostały w produkty strukturyzowane. Wcześniej podawane przykłady drastycznych spadków wartości jednostek uczestnictwa wskazują, że wypłacane kwoty mogą w niektórych przypadkach stanowić ledwie skromny procent ich pierwotnej wartości. Przykładem może

być sprawa opisana w skardze dotyczącej ubezpieczenia w TU na Życie Europa S.A. z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym „Pareto - New Frontier II”, opartego o indeks BNP Paribas New Frontier 8 Europe Excess Return Index (BNPINF8E), w którym wartość rachunku jednostek uczestnictwa w przeciągu 2 lat spadła z 18 tys. 400 zł do 7 tys. 852 zł, tj. o blisko 59%. Ubezpieczyciel będąc zapytany w wystąpieniu przez Rzecznika Ubezpieczonych o skomplikowany charakter ubezpieczenia, a co za tym idzie trudnym do zrozumienia przez przeciętnego konsumenta, odpowiedział następującymi słowami dwóch wiceprezesów: *„Towarzystwo [na Życie „Europa” SA] pragnie zaznaczyć, że zgodnie z art. 2 pkt 8 ustawy o nieuczciwych praktykach rynkowych, konsument to konsument, który jest dostatecznie dobrze poinformowany, uważny i ostrożny. Mając powyższe na uwadze, w ocenie Towarzystwa przeciętny konsument do którego kierowane jest ubezpieczenie na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym „Pareto” i podpisując deklarację przystąpienia jest świadomy zaciągniętych zobowiązań i opłat związanych z przystąpieniem do ubezpieczenia”*. Podobnie wypowiada się Prezes Zarządu innego ubezpieczyciela: *„Wydaje się, że opłaty likwidacyjne są opisane w taki sposób, że przeciętny uczeń po szkole podstawowej powinien zrozumieć, co go czeka, gdy wcześniej zerwie umowę. (...) „Opłaty likwidacyjne są dla klienta narzędziem samodyscyplinującym. Ilu z nas ma w sobie tyle dyscypliny, żeby przez 10 lat regularnie jakąś kwotę odkładać? Opłaty likwidacyjne to tak naprawdę jedyny sposób, żeby zmobilizować część klientów do tego, by oszczędzali. Zaletą tych opłat jest również to, że klient nie jest narażony na ataki agresywnych pośredników, próbujących zrywać stare kontrakty i przerzucać je do innych firm¹⁴⁴”*.

Cóż za sofistyka! Na podstawie wpływających skarg, Rzecznik Ubezpieczonych może zdecydowanie wskazać, iż jest zupełnie odwrotnie, niż wskazują na to ubezpieczyciele. Na podstawie skarg wpływających do Biura można wskazać, że ten rodzaj umowy ubezpieczenia na życie jest często oferowany przez pracowników banków klientom, którzy są przekonani, że zakładają lokatę bankową. Trudno też zakładać inaczej, skoro miejscem akwirowania przez pracowników banku jest właśnie placówka bankowa. Przykłady wskazują, że nie są oni rzetelnie informowani o wysokości opłat. Można z dużą pewnością założyć, że gdyby byli świadomi kosztów, które wiążą się z quasi-ubezpieczeniem, nie zdecydowaliby się na taką inwestycję tym bardziej, że są one

¹⁴⁴ M. Biedzki, M. Biedzki o opłatach likwidacyjnych, „Dziennik Ubezpieczeniowy” z dnia 23 listopada 2012 r., nr 227(3128).

niepomiarne większe niż te, które związane są z założeniem lokaty bankowej i jej ewentualnym zerwaniem przed założonym końcem.

Z kolei argument, iż opłata likwidacyjna jest jedynym sposobem na przymuszenie konsumenta do kontynuowania niekorzystnej umowy przez kilkanaście lat jest wręcz absurdalny, gdyż u jego podstaw leży założenie, że konsumenta należy przywiązać, zmusić, a nawet grozić, mu aby umowę kontynuował. Umowa to zgodne oświadczenie stron, a nie wymuszanie na jednej z nich zachowania korzystnego dla przedsiębiorcy, bo z pewnością pobieranie opłat przez 15 lat, zamiast przez 1-2 lata należy uznać za korzystne wyłącznie dla ubezpieczyciela.

4.5. Symulacje

Raport przygotowany przez Rzecznika Ubezpieczonych byłby niepełny, gdyby zabrakło w nim odniesienia do podstawowych wyliczeń, na których opierają się założenia techniczne produktu inwestycyjnego będącego ubezpieczeniem tylko z nazwy.

Zamieszczone poniżej symulacje obrazują ogólną efektywność wehikułu finansowego, jakim jest *quasi*-ubezpieczenie na wypadek śmierci i dożycia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Produkt ten należy traktować jako produkt *stricto* inwestycyjny. Ze względów na marginalny poziom opłaty za ochronę ubezpieczeniową, albo wręcz ujęcie jej przez ubezpieczycieli jako części składowej innych opłat bieżących, składka ochronna została pominięta w wyliczeniach.

Wyliczenia zostały dokonane na podstawie wzorów matematycznych zawartych w produktach, które występują rzeczywiście w obrocie z konsumentami. Informacje o nich Rzecznik Ubezpieczonych czerpał ze skarg, które wpłynęły do Biura oraz z powszechnie dostępnych informacji zamieszczonych w Internecie. W wyliczeniach posłużono się historycznymi notowaniami rzeczywistych jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, podobnie jak rzeczywistymi notowaniami indeksów.

Ażeby nie być stronniczym, Rzecznik Ubezpieczonych postanowił zrezygnować z podania nazwy produktów inwestycyjnych, które stanowiły przedmiot odniesienia do jego wyliczeń. Zaprezentowane wyliczenia dotyczą jednak tych produktów i tych ubezpieczycieli, których udział w skargach na tego typu wehikuły finansowe był największy.

Wyodrębnione zostały dwa różniące się między sobą produkty, z których każdy został przedstawiony w dwóch przykładach: dla niezmiennej wartości jednostki

uczestnictwa (ceny nominalnej) oraz dla jednostki uczestnictwa, której wartość podlegała notowaniom, a cena rynkowa różniła się na niekorzyść od ceny nominalnej. Przykłady z zafiksowaną ceną jednostki uczestnictwa miały na celu zobrazowanie mechanizmu kosztowego *quasi*-ubezpieczenia, który przybierał wartości tym bardziej niekorzystne dla konsumentów, im wartość jednostki uczestnictwa ulegała dalszej deprecjacji. Każdy z produktów generował po stronie klientów wysokie koszty.

Wyliczenia dokonane dla każdego z produktów kończą się ogólnymi wnioskami. Analizując ich efektywność, zwrócono uwagę na dwa poziomy referencyjne – poziom wyznaczony przez łączne koszty inwestycji oraz poziom wyznaczony przez zysk alternatywny.

Produkt I

Przykład 1 – dla stałej ceny jednostki uczestnictwa równej cenie nominalnej

Parametry ubezpieczenia	
Okres ubezpieczenia (w miesiącach)	180
Składka pierwsza (SP)	50 000 PLN
Składka zainwestowana (SZ) ¹⁾	250 000 PLN
Składka bieżąca (SB) ²⁾	1 311 PLN
Oплата administracyjna (OA)	0,96%
Oплата administracyjna (OA) (miesięcznie) ³⁾	200 PLN
Składka zainwestowana (SB netto) ⁴⁾	1 111 PLN

Oплата likwidacyjna (OL)⁵⁾	
Rok polisowy	% SZ
1	100,00%
2	100,00%
3	100,00%
4	75,00%
5	50,00%
6	30,00%
7	20,00%
8	15,00%
9	10,00%
10	5,00%
11	4,00%
12	3,00%
13	2,00%
14	1,00%
15	1,00%

Legenda

- 1) $SZ = SP/20\%$ Składka zainwestowana stanowi łączną kwotę składek należnych z tytułu przystąpienia do umowy ubezpieczenia grupowego; jest to łączna kwota składek, jaką ubezpieczony wpłaci przez 15 lat trwania ochrony ubezpieczeniowej. Składka zainwestowana wyliczana jest na podstawie zadeklarowanej kwoty składki pierwszej.
- 2) $SB = ((SZ - SP) + (SZ * 15 * OA)) / 180$ Składka bieżąca to składka, jaką ubezpieczony zobowiązuje się wpłacać miesięcznie przez 15 lat trwania ochrony ubezpieczeniowej. Składka bieżąca wyliczana jest przy uwzględnieniu zadeklarowanej kwoty składki pierwszej.
- 3) OA Opłatę administracyjną stanowi kwota będąca iloczynem stawki procentowej i składki zainwestowanej; jest ona pobierana miesięcznie od łącznej kwoty składek, jaką ubezpieczony wpłaci przez 15 lat trwania ochrony ubezpieczeniowej. Dla stawki procentowej równej 0,96% – opłata administracyjna wynosi 200 PLN płatnych miesięcznie.
- 4) SB netto Składka bieżąca netto, to składka bieżąca płatna miesięcznie, pomniejszona o kwotę opłaty administracyjnej.
- 5) OL Opłata likwidacyjna wyliczana jest jako procent składki zainwestowanej, co oznacza, że w przypadku wystąpienia przez ubezpieczonego z ubezpieczenia w danym roku polisowym, jego wartość rachunku jednostek uczestnictwa zostanie pomniejszona o opłatę, liczoną zawsze od łącznej kwoty składek, jaką ubezpieczony wpłaciłby przez 15 lat trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Wyczenia												
Rok polisowy	Składka zainwestowana (SZ) (w PLN)	SB netto (w PLN)	OA (w PLN)	Składka zainwestowana (SZ) (narastająco)	Cena ju ¹⁾	Liczba nabytych ju	Liczba ju (narastająco)	Wartość rachunku ²⁾	Wartość wykupu ³⁾	Zysk/strata ubezpieczonego (w PLN) ⁴⁾	Zysk/strata ubezpieczonego (w %) ⁵⁾	Hipotetyczna cena ju ⁶⁾
1	65 732	63 332	2 400	65 732	200	317	317	63 332	-	-65 732	-100,00%	-
2	15 732	13 332	2 400	81 464	200	67	383	76 664	-	-81 464	-100,00%	-
3	15 732	13 332	2 400	97 196	200	67	450	89 996	-	-97 196	-100,00%	-
4	15 732	13 332	2 400	112 928	200	67	517	103 328	25 832	-87 096	-77,13%	874,33
5	15 732	13 332	2 400	128 660	200	67	583	116 660	58 330	-70 330	-54,66%	441,15
6	15 732	13 332	2 400	144 392	200	67	650	129 992	90 994	-53 398	-36,98%	317,36
7	15 732	13 332	2 400	160 124	200	67	717	143 324	114 659	-45 465	-28,39%	279,30
8	15 732	13 332	2 400	175 856	200	67	783	156 656	133 158	-42 698	-24,28%	264,13
9	15 732	13 332	2 400	191 588	200	67	850	169 988	152 989	-38 599	-20,15%	250,46
10	15 732	13 332	2 400	207 320	200	67	917	183 320	174 154	-33 166	-16,00%	238,09
11	15 732	13 332	2 400	223 052	200	67	983	196 652	188 786	-34 266	-15,36%	236,30
12	15 732	13 332	2 400	238 784	200	67	1 050	209 984	203 684	-35 100	-14,70%	234,46
13	15 732	13 332	2 400	254 516	200	67	1 117	223 316	218 850	-35 666	-14,01%	232,59
14	15 732	13 332	2 400	270 248	200	67	1 183	236 648	234 282	-35 966	-13,31%	230,70
15	15 732	13 332	2 400	285 980	200	67	1 250	249 980	247 480	-38 500	-13,46%	231,11
Suma	285 980	249 980	36 000			1 250						
	% składki wpłaconej	87,41%	12,59%									

Legenda

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 1) 200 PLN | 200 PLN to cena nominalna jednostki uczestnictwa ustalona na sztywno przez ubezpieczyciela w treści umowy ubezpieczenia grupowego. Jest to cena, po której ubezpieczyciel przeliczył na jednostki uczestnictwa składkę pierwszą. W wyliczeniu przyjęto, że wszystkie składki bieżące będą zamieniane na jednostki uczestnictwa po kursie 200 PLN. |
| 2) Wartość rachunku | Wartość rachunku odpowiada kwocie będącej iloczynem liczby jednostek uczestnictwa zapisanych na indywidualnym rachunku jednostek uczestnictwa i ich ceny – w tym przykładzie ceny nominalnej. |
| 3) Wartość wykupu | Wartość wykupu odpowiada wartości rachunku pomniejszonej o opłatę likwidacyjną; jest ona podana na dany rok polisowy i odpowiada kwocie, która zostałaby wypłacona ubezpieczonemu w przypadku wystąpienia przez niego z umowy ubezpieczenia grupowego. |
| 4) Zysk/Strata ubezpieczonego w PLN | Różnica wyrażona w PLN pomiędzy składką wpłaconą do danego roku (składką w ujęciu narastającym – składką skumulowaną) a wartością wykupu. |
| 5) Zysk/Strata ubezpieczonego w % | Stopa zwrotu z inwestycji (ubezpieczenia), tj. iloraz różnicy składki skumulowanej i wartości wykupu do składki skumulowanej. |
| 6) Hipotetyczna cena ju | Cena jednostki uczestnictwa (ju), przy której stopa zwrotu z inwestycji wyniosłaby 0%, czyli cena jednostki uczestnictwa przy której wartość wykupu byłaby równa składce skumulowanej: ubezpieczony otrzymuje to, co wpłacił. |

Przykład 2 – dla ceny jednostki uczestnictwa oszacowanej na podstawie danych historycznych

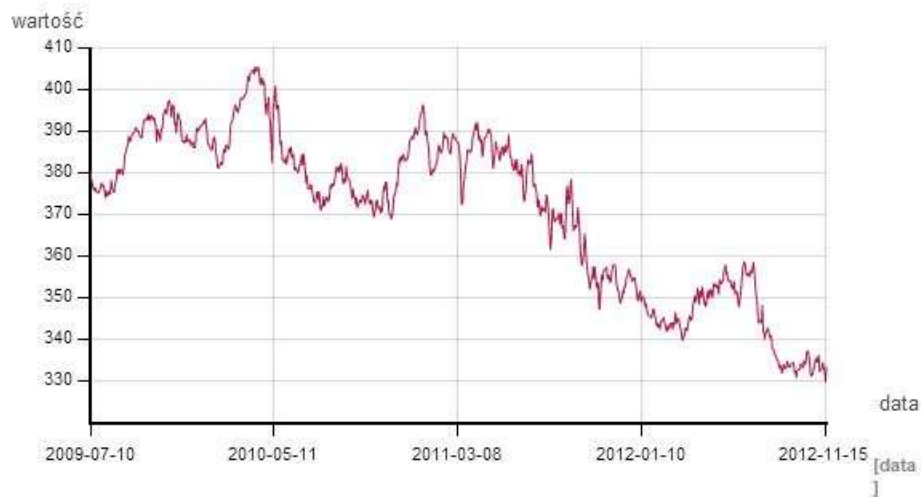
Parametry ubezpieczenia	
Okres ubezpieczenia (w miesiącach)	180
Składka pierwsza (SP)	50 000 PLN
Składka zainwestowana (SZ) ¹⁾	250 000 PLN
Składka bieżąca (SB) ²⁾	1 311 PLN
Oплата administracyjna (OA)	0,96%
Oплата administracyjna (OA) (miesięcznie) ³⁾	200 PLN
Składka zainwestowana (SB netto) ⁴⁾	1 111 PLN

Oплата likwidacyjna (OL)⁵⁾	
Rok polisowy	% SZ
1	100,00%
2	100,00%
3	100,00%
4	75,00%
5	50,00%
6	30,00%
7	20,00%
8	15,00%
9	10,00%
10	5,00%
11	4,00%
12	3,00%
13	2,00%
14	1,00%
15	1,00%

Legenda

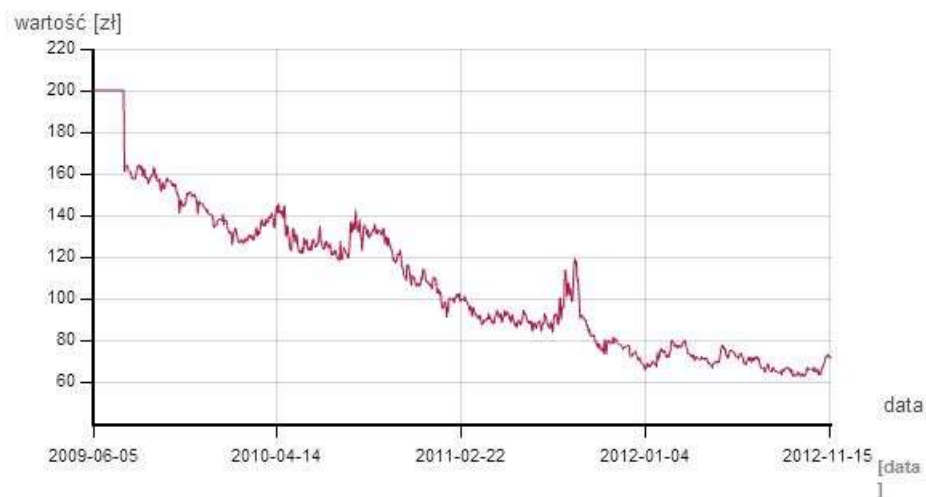
- 1) $SZ = SP/20\%$ Składka zainwestowana stanowi łączną kwotę składek należnych z tytułu przystąpienia do umowy ubezpieczenia grupowego; jest to łączna kwota składek, jaką ubezpieczony wpłaci przez 15 lat trwania ochrony ubezpieczeniowej. Składka zainwestowana wyliczana jest na podstawie zadeklarowanej kwoty składki pierwszej.
- 2) $SB = ((SZ - SP) + (SZ * 15 * OA)) / 180$ Składka bieżąca to składka, jaką ubezpieczony zobowiązuje się wpłacać miesięcznie przez 15 lat trwania ochrony ubezpieczeniowej. Składka bieżąca wyliczana jest przy uwzględnieniu zadeklarowanej kwoty składki pierwszej.
- 3) OA Opłatę administracyjną stanowi kwota będąca iloczynem stawki procentowej i składki zainwestowanej; jest ona pobierana miesięcznie od łącznej kwoty składek, jaką ubezpieczony wpłaci przez 15 lat trwania ochrony ubezpieczeniowej. Dla stawki procentowej równej 0,96% – opłata administracyjna wynosi 200 PLN płatnej miesięcznie.
- 4) SB netto Składka bieżąca netto, to składka bieżąca płatna miesięcznie, pomniejszona o kwotę opłaty administracyjnej.
- 5) OL Opłata likwidacyjna wyliczana jest jako procent składki zainwestowanej, co oznacza, że w przypadku wystąpienia przez ubezpieczonego z ubezpieczenia w danym roku polisowym, jego wartość rachunku jednostek uczestnictwa zostanie pomniejszona o opłatę, liczoną zawsze od łącznej kwoty składek, jaką ubezpieczony wpłaciłby przez 15 lat trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Indeks*



* wykres pochodzi ze strony internetowej ubezpieczyciela

Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy*



* wykres pochodzi ze strony internetowej ubezpieczyciela

Jednostka uczestnictwa (notowania)¹⁾			
Rok	Miesiąc	Cena	Zmiana (%)
2009	lip	400,00²⁾	
	sie	158,56	-60,36%
	wrz	152,56	-3,78%
	paź	140,77	-7,73%
	list	140,46	-0,22%
	gru	134,02	-4,58%
2010	sty	125,56	-6,31%
	lut	129,17	2,88%
	marz	136,03	5,31%
	kwi	131,14	-3,59%
	maj	121,66	-7,23%
	cze	135,05	11,01%
	lip	118,22	-12,46%
	sie	131,72	11,42%
	wrz	131,20	-0,39%
	paź	119,28	-9,09%
	list	106,26	-10,92%
	gru	107,25	0,93%
2011	sty	90,86	-15,28%
	lut	98,93	8,88%
	marz	88,61	-10,43%
	kwi	90,87	2,55%
	maj	85,80	-5,58%
	cze	88,58	3,24%
2012	19 list³⁾	71,93	-82,02%

Legenda

- 1) Jednostka uczestnictwa (notowania) Notowania jednostki uczestnictwa zostały zaczerpnięte z zestawienia przygotowanego przez ubezpieczyciela na potrzeby skargi, dotyczącej konkretnej umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym powiązany z indeksem (sprawa o sygn. RU/WSI/G/6008/AG/11).
- 2) 400 PLN 400 PLN to cena nominalna jednostki uczestnictwa ustalona na sztywno przez ubezpieczyciela w treści umowy ubezpieczenia grupowego. Jest to cena, po której ubezpieczyciel przeliczył pierwszą składkę na jednostki uczestnictwa.
- 3) 71,93 PLN Na dzień 19 listopada 2012 r. bieżąca cena jednostki uczestnictwa wyniosła 71,93 PLN. Cena bieżąca jednostki uczestnictwa w porównaniu do jej ceny nominalnej spadła o 328,07 PLN, tj. o 82,02%.

Wyliczenia												
Rok polisowy	Składka zainwestowana (SZ) (w PLN)	SB netto (w PLN)	OA (w PLN)	Składka zainwestowana (SZ) (narastająco)	Cena ju ¹⁾	Liczba ju nabytych w danym roku polisowym	Liczba ju (narastająco)	Wartość rachunku ²⁾	Wartość wykupu ³⁾	Zysk/strata ubezpieczonego (w PLN) ⁴⁾	Zysk/strata ubezpieczonego (w %) ⁵⁾	Hipotetyczna cena ju ⁶⁾
1	65 732	63 332	2 400	65 732	145	436	436	63 332	-	-65 732	-100,00%	-
2	15 732	13 332	2 400	81 464	124	107	543	67 555	-	-81 464	-100,00%	-
3	15 732	13 332	2 400	97 196	91	147	690	62 545	-	-97 196	-100,00%	-
4	15 732	13 332	2 400	112 928	87	152	843	73 681	18 420	-94 508	-83,69%	395,27
5	15 732	13 332	2 400	128 660	84	158	1 001	84 332	42 166	-86 494	-67,23%	192,47
6	15 732	13 332	2 400	144 392	81	164	1 165	94 480	66 136	-78 256	-54,20%	133,46
7	15 732	13 332	2 400	160 124	78	171	1 337	104 105	83 284	-76 840	-47,99%	113,07
8	15 732	13 332	2 400	175 856	75	178	1 515	113 185	96 207	-79 649	-45,29%	102,80
9	15 732	13 332	2 400	191 588	72	186	1 702	121 698	109 528	-82 060	-42,83%	93,57
10	15 732	13 332	2 400	207 320	68	195	1 897	129 617	123 136	-84 184	-40,61%	85,26
11	15 732	13 332	2 400	223 052	65	205	2 101	136 916	131 440	-91 612	-41,07%	80,96
12	15 732	13 332	2 400	238 784	62	215	2 316	143 565	139 258	-99 526	-41,68%	76,72
13	15 732	13 332	2 400	254 516	59	227	2 543	149 529	146 538	-107 978	-42,42%	72,52
14	15 732	13 332	2 400	270 248	56	240	2 783	154 772	153 224	-117 024	-43,30%	68,38
15	15 732	13 332	2 400	285 980	52	254	3 037	159 252	157 659	-128 321	-44,87%	64,94
Suma	285 980	249 980	36 000			3 037						
	% składki wpłaconej	87,41%	12,59%									

Legenda

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 1) Cena jednostki uczestnictwa | Dla pierwszego roku polisowego została przyjęta cena jednostki uczestnictwa, odpowiadająca średniej arytmetycznej ceny jednostki uczestnictwa z 13-go dnia każdego miesiąca 2010 r. Cena jednostki uczestnictwa w kolejnych latach polisowych została oszacowana jako cena jednostki uczestnictwa z roku poprzedniego z uwzględnieniem średniej arytmetycznej zmiany notowania ceny jednostki uczestnictwa z 13-go dnia każdego miesiąca 2010 r., wynoszącej -4 PLN. |
| 2) Wartość rachunku | Wartość rachunku odpowiada kwocie będącej iloczynem liczby jednostek uczestnictwa zapisanych na indywidualnym rachunku jednostek uczestnictwa i ich ceny. |
| 3) Wartość wykupu | Wartość wykupu odpowiada wartości rachunku pomniejszonej o opłatę likwidacyjną; jest ona podana na dany rok polisowy i odpowiada kwocie, która zostałaby wypłacona ubezpieczonemu w przypadku wystąpienia przez niego z umowy ubezpieczenia grupowego. |
| 4) Zysk/Strata ubezpieczonego w PLN | Różnica wyrażona w PLN pomiędzy składką wpłaconą do danego roku (składką w ujęciu narastającym – składką skumulowaną) a wartością wykupu. |
| 5) Zysk/Strata ubezpieczonego w % | Stopa zwrotu z inwestycji (ubezpieczenia), tj. iloraz różnicy składki skumulowanej i wartości wykupu do składki skumulowanej. |
| 6) Hipotetyczna cena ju | Cena jednostki uczestnictwa, przy której stopa zwrotu z inwestycji wyniosłaby 0%, czyli cena jednostki uczestnictwa przy której wartość wykupu byłaby równa składce skumulowanej; ubezpieczony otrzymuje to, co wpłacił. |

Wnioski

- 1) Przez 15 lat trwania inwestycji w *quasi*-ubezpieczenie, ubezpieczyciel pobiera opłatę za obsługę w łącznej wysokości 12,59% wpłaconej składki. W przypadku pozostania przez ubezpieczonego do końca trwania ochrony ubezpieczeniowej, 12,59% wpłaconej składki stanowi zasadniczy koszt inwestycji. Koszt ten jest niezależny od ceny jednostki uczestnictwa.
- 2) Rzeczywista kwota zainwestowanych środków w jednostki uczestnictwa wynosi 249 980 PLN (87,41% łącznej kwoty wpłaconych składek).
- 3) Poniesiony koszt może zostać zrekompensowany wyłącznie przez premię wypłaconą przez ubezpieczyciela. Premia ta wyliczana jest na podstawie formuły: „premia = składka zainwestowana * max(0; Indeks_final/Indeks_initial - 1)”. Inaczej mówiąc, wyłącznie wtedy, gdy kurs zamknięcia indeksu (Indeks_final) będzie o 14,40% wyższy od jego kursu początkowego (Indeks_initial), koszty poniesione przez ubezpieczonego zostaną zrekompensowane kwotą premii, a ubezpieczony „wyjdzie na zero”. Każda wartość indeksu powyżej poziomu Indeks_initial powiększonego o 14,40% oznacza generowanie zysku, a każda wartość poniżej tego poziomu oznacza generowanie straty.
- 4) Dla inwestycji równej kwocie składki wpłaconej (tj. składki pierwszej w wysokości 50 000 PLN oraz 180 składek bieżących wpłacanych miesięcznie, każda w kwocie 1 311 PLN – przy zastosowaniu procentu składanego o rocznej stopie 3,0% i rocznej kapitalizacji odsetek – alternatywny zysk wynosi 32,62% łącznej kwoty wpłaconych składek. Rzeczywista stopa oprocentowania, tj. pomniejszona o 19,0% podatek dochodowy od zysków kapitałowych, wynosi 26,41%. Inaczej mówiąc, gdyby ubezpieczony założył lokatę bankową oprocentowaną 3,0% w skali roku z roczną kapitalizacją odsetek (tj. dopisaniem odsetek po każdym roku do kwoty lokaty), na którą wpłacane byłyby środki pieniężne na początku danego roku w wysokości 12 razy 1311 PLN, to po 15 latach jej trwania uzyskałby rzeczywistą stopę procentową netto (tj. bez podatku) równą 26,41%. Czyli do kwoty 285 980 PLN mógłby dopisać 75 568 PLN, a łączna kwota kapitału byłaby równa 361 548 PLN.
- 5) Roczna stopa procentowa w wysokości 3,0% odpowiada mniej więcej rocznej stopie technicznej stosowanej przez ubezpieczycieli w klasycznych ubezpieczeniach na życie i dożycie, tj. stopie, o którą dyskontowane są rezerwy na dożycie, aby wpłacona składki „na dożycie” odpowiadały sumie na wypadek dożycia.

- 6) Aby zysk z inwestycji w *quasi*-ubezpieczenie był równy zyskowi alternatywnemu (tj. rzeczywistej stopie równej 26,41%), indeks na zakończenie inwestycji musiałby być o 44,63% wyższy od indeksu początkowego.
- 7) Bazując na wskaźnikach historycznych indeksu, jego wartość początkowa dla rozważanej inwestycji (Indeks_initial) wyniosła mniej więcej 380 pkt. Po 3 latach i 3 miesiącach wartość ta wyniosła mniej więcej 330 pkt. Oznacza to spadek o 13,0%. Na dzień poczynionej obserwacji, poziom indeksu, który kompensuje koszty to 435 pkt, co oznacza, że indeks musiałby wzrosnąć o 31,73% od jego obecnego poziomu, żeby ubezpieczony „wyszedł na zero”. Warto mieć na uwadze, że relacja procentu spadku indeksu do procentu wzrostu indeksu kształtuje się następująco:
- spadek indeksu o 10% odpowiada jego wzrostowi o 11,1%;
 - spadek o 20% odpowiada jego wzrostowi o 25%;
 - spadek o 50% odpowiada jego wzrostowi o 100% (musiałby wzrosnąć 2 razy);
 - spadek o 75% odpowiada jego wzrostowi o 300% (musiałby wzrosnąć 4 razy);
 - spadek o 95% odpowiada jego wzrostowi o 1900% (musiałby wzrosnąć 20 razy).
- Oznacza to, że jeżeli dany indeks utrzymuje się w trendzie spadkowym i w porównaniu do jego obserwacji początkowej (Indeks_initial) spadnie o 75,0%, to aby powrócić do tego samego punktu (Indeks_initial) musiałby wzrosnąć o 300% (Indeks_final), czyli być o 4 razy wyższy.
- 8) Wykres WIG dla tego samego przedziału obserwacji, co inwestycja w *quasi*-ubezpieczenie



Źródło: Giełda Papierów Wartościowych S.A., http://www.gpw.pl/indeksy_gieldowe.

Różnica pomiędzy kursem otwarcia (Indeks_initial) a kursem zamknięcia (Indeks_final) wynosi 314,2 pkt, co oznacza wzrost indeksu WIG w tym samym przedziale obserwacji o 1,0%.

- 9) Wartość jednostki uczestnictwa dla obserwowanego indeksu spadła od stycznia 2010 r. do listopada 2012 r. z 200 PLN (cena nominalna jednostki uczestnictwa) do 34,28 PLN. Spadek ten wyniósł 82,86%. Znacząca jest różnica ceny nominalnej jednostki uczestnictwa (200 PLN) i jej ceny pierwszego notowania (118,14 PLN), co stanowiło „na wejście” spadek na wartości o prawie 41,0%. Warto zauważyć, że symulacja w przykładzie 2 dla ceny jednostki uczestnictwa oszacowanej na podstawie danych historycznych, zakładała spadek jej wartości o 3 PLN rocznie. Nawet przy tak ostrożnym założeniu cena jednostki uczestnictwa na koniec 15 roku polisowego wyniosła 64 PLN, czyli była prawie dwa razy większa niż cena jednostki uczestnictwa według jej notowania na dzień 19 listopada 2012 r., a więc przed końcem 3 roku polisowego. Wyniosła ona 34,28 PLN. Gdyby uwzględnić jej wartość w symulacji, ostateczne wyniki byłyby jeszcze bardziej niekorzystne dla ubezpieczonych.
- 10) Zauważalna jest dysproporcja pomiędzy spadkiem wartości indeksu i spadkiem wartości jednostki uczestnictwa. W tym samym okresie obserwacji spadek indeksu wyniósł 15,0%, a spadek ceny jednostki uczestnictwa 82,0%.
- 11) Należy pamiętać, że notowania indeksu istotne są ze względu na wpływ jego wartości w dniu zamknięcia inwestycji na wysokość premii i przekroczenie poziomu referencyjnego wyznaczonego przez poziom kompensaty kosztów *quasi*-ubezpieczenia oraz przez poziom alternatywnego zysku. Notowanie jednostki uczestnictwa istotne jest natomiast w przypadku wystąpienia ubezpieczonego z *quasi*-ubezpieczenia przed końcem trwania inwestycji. Cena jednostki uczestnictwa wpływa bezpośrednio na wartość rachunku jednostek uczestnictwa, a po potrąceniu opłaty likwidacyjnej – na wartość wykupu.
- 12) Symulacja oparta o stałą wartość jednostki uczestnictwa (przykład 1) wskazuje, że najmniej korzystne jest zrezygnowanie z inwestycji w 3 i w 4 roku polisowym – wtedy ubezpieczony traci najwięcej pieniędzy. Podobnie jest w przypadku symulacji zakładającej spadek wartości jednostki uczestnictwa (przykład 2). Ciekawe jest jeszcze to, że w drugim przykładzie najmniej korzystne jest zrezygnowanie z inwestycji w ostatnim roku jej trwania, a rezygnacja na 2 i 3 lata przed jej końcem generuje stratę porównywalną ze stratą na skutek rezygnacji w 3 i 4 roku polisowym. Paradoksalnie, w przypadku stałego spadku wartości jednostki uczestnictwa, najbardziej opłacalne

jest wystąpienie w pierwszym roku polisowym albo od 7 do 9 roku polisowego, niejako w środku inwestycji. Zastanawiające jest, czy taki właśnie rozkład straty nie jest związany z wiedzą o przewidywalnym zachowaniu ubezpieczonych, którzy być może bardziej są skłonni zaakceptować stratę w pierwszym i drugim roku trwania *quasi*-ubezpieczenia, ale już nie wystarcza im cierpliwości i rezygnują w 3 roku jej trwania lub w 4, gdy opłata likwidacyjna wynosi już nie 100%, lecz 75%. Podobnie rzecz może się mieć w przypadku końca okresu inwestycji, kiedy ubezpieczeni mogą być już nieco znecierpliwieni 15. letnim okresem trwania *quasi*-ubezpieczenia i chcą jak najszybciej się z niego „wypisać”. Wtedy jednak tracą najwięcej.

Produkt II

Przykład 1 – dla stałej ceny jednostki uczestnictwa równej cenie nominalnej

Parametry ubezpieczenia	
Okres ubezpieczenia (w miesiącach)	180
Składka pierwsza (SP)	50 000 PLN
Składka zainwestowana (SZ) ¹⁾	250 000 PLN
Składka bieżąca (SB) ²⁾	1 311 PLN
Oплата administracyjna (OA)	0,96%
Oплата administracyjna (OA) (miesięcznie) ³⁾	200 PLN
Składka zainwestowana (SB netto) ⁴⁾	1 111 PLN

Oплата likwidacyjna (OL)⁵⁾	
Rok polisowy	% SZ
1	100,00%
2	100,00%
3	100,00%
4	75,00%
5	50,00%
6	30,00%
7	20,00%
8	15,00%
9	10,00%
10	5,00%
11	4,00%
12	3,00%
13	2,00%
14	1,00%
15	1,00%

Legenda

- 1) $SZ = SP/20\%$ Składka zainwestowana stanowi łączną kwotę składek należnych z tytułu przystąpienia do umowy ubezpieczenia grupowego; jest to łączna kwota składek, jaką ubezpieczony wpłaci przez 15 lat trwania ochrony ubezpieczeniowej. Składka zainwestowana wyliczana jest na podstawie zadeklarowanej kwoty składki pierwszej.
- 2) $SB = ((SZ - SP) + (SZ * 15 * OA)) / 180$ Składka bieżąca to składka, jaką ubezpieczony zobowiązuje się wpłacać miesięcznie przez 15 lat trwania ochrony ubezpieczeniowej. Składka bieżąca wyliczana jest przy uwzględnieniu zadeklarowanej kwoty składki pierwszej.
- 3) OA Opłatę administracyjną stanowi kwota będąca iloczynem stawki procentowej i składki zainwestowanej; jest ona pobierana miesięcznie od łącznej kwoty składek, jaką ubezpieczony wpłaci przez 15 lat trwania ochrony ubezpieczeniowej. Dla stawki procentowej równej 0,96% – opłata administracyjna wynosi 200 PLN płatnych miesięcznie.
- 4) SB netto Składka bieżąca netto, to składka bieżąca płatna miesięcznie, pomniejszona o kwotę opłaty administracyjnej.
- 5) OL Opłata likwidacyjna wyliczana jest jako procent składki zainwestowanej, co oznacza, że w przypadku wystąpienia przez ubezpieczonego z ubezpieczenia w danym roku polisowym, jego wartość rachunku jednostek uczestnictwa zostanie pomniejszona o opłatę, liczoną zawsze od łącznej kwoty składek, jaką ubezpieczony wpłaciłby przez 15 lat trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Wyczenia												
Rok polisowy	Składka wpłacona (w PLN)	SB netto (w PLN)	OA (w PLN)	Składka wpłacona (narastająco)	Cena ju ¹⁾	Liczba nabytych ju	Liczba ju (narastająco)	Wartość rachunku ²⁾	Wartość wykupu ³⁾	Zysk/strata ubezpieczonego (w PLN) ⁴⁾	Zysk/strata ubezpieczonego (w %) ⁵⁾	Hipotetyczna cena ju ⁶⁾
1	65 732	63 332	2 400	65 732	200	317	317	63 332	-	-65 732	-100,00%	-
2	15 732	13 332	2 400	81 464	200	67	383	76 664	-	-81 464	-100,00%	-
3	15 732	13 332	2 400	97 196	200	67	450	89 996	-	-97 196	-100,00%	-
4	15 732	13 332	2 400	112 928	200	67	517	103 328	25 832	-87 096	-77,13%	874,33
5	15 732	13 332	2 400	128 660	200	67	583	116 660	58 330	-70 330	-54,66%	441,15
6	15 732	13 332	2 400	144 392	200	67	650	129 992	90 994	-53 398	-36,98%	317,36
7	15 732	13 332	2 400	160 124	200	67	717	143 324	114 659	-45 465	-28,39%	279,30
8	15 732	13 332	2 400	175 856	200	67	783	156 656	133 158	-42 698	-24,28%	264,13
9	15 732	13 332	2 400	191 588	200	67	850	169 988	152 989	-38 599	-20,15%	250,46
10	15 732	13 332	2 400	207 320	200	67	917	183 320	174 154	-33 166	-16,00%	238,09
11	15 732	13 332	2 400	223 052	200	67	983	196 652	188 786	-34 266	-15,36%	236,30
12	15 732	13 332	2 400	238 784	200	67	1 050	209 984	203 684	-35 100	-14,70%	234,46
13	15 732	13 332	2 400	254 516	200	67	1 117	223 316	218 850	-35 666	-14,01%	232,59
14	15 732	13 332	2 400	270 248	200	67	1 183	236 648	234 282	-35 966	-13,31%	230,70
15	15 732	13 332	2 400	285 980	200	67	1 250	249 980	247 480	-38 500	-13,46%	231,11
Suma	285 980	249 980	36 000			1 250						
	% składki wpłaconej	87,41%	12,59%									

Legenda

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 1) 200 PLN | 200 PLN to cena nominalna jednostki uczestnictwa ustalona na sztywno przez ubezpieczyciela w treści umowy ubezpieczenia grupowego. Jest to cena, po której ubezpieczyciel przeliczył na jednostki uczestnictwa składkę pierwszą. W wyliczeniu przyjęto, że wszystkie składki bieżące będą zamieniane na jednostki uczestnictwa po kursie 200 PLN. |
| 2) Wartość rachunku | Wartość rachunku odpowiada kwocie będącej iloczynem liczby jednostek uczestnictwa zapisanych na indywidualnym rachunku jednostek uczestnictwa i ich ceny – w tym przykładzie ceny nominalnej. |
| 3) Wartość wykupu | Wartość wykupu odpowiada wartości rachunku pomniejszonej o opłatę likwidacyjną; jest ona podana na dany rok polisowy i odpowiada kwocie, która zostałaby wypłacona ubezpieczonemu w przypadku wystąpienia przez niego z umowy ubezpieczenia grupowego. |
| 4) Zysk/Strata ubezpieczonego w PLN | Różnica wyrażona w PLN pomiędzy składką wpłaconą do danego roku (składką w ujęciu narastającym – składką skumulowaną) a wartością wykupu. |
| 5) Zysk/Strata ubezpieczonego w % | Stopa zwrotu z inwestycji (ubezpieczenia), tj. iloraz różnicy składki skumulowanej i wartości wykupu do składki skumulowanej. |
| 6) Hipotetyczna cena ju | Cena jednostki uczestnictwa, przy której stopa zwrotu z inwestycji wyniosłaby 0%, czyli cena jednostki uczestnictwa przy której wartość wykupu byłaby równa składce skumulowanej: ubezpieczony otrzymuje to, co wpłacił. |

Przykład 2 – dla ceny jednostki uczestnictwa oszacowanej na podstawie danych historycznych

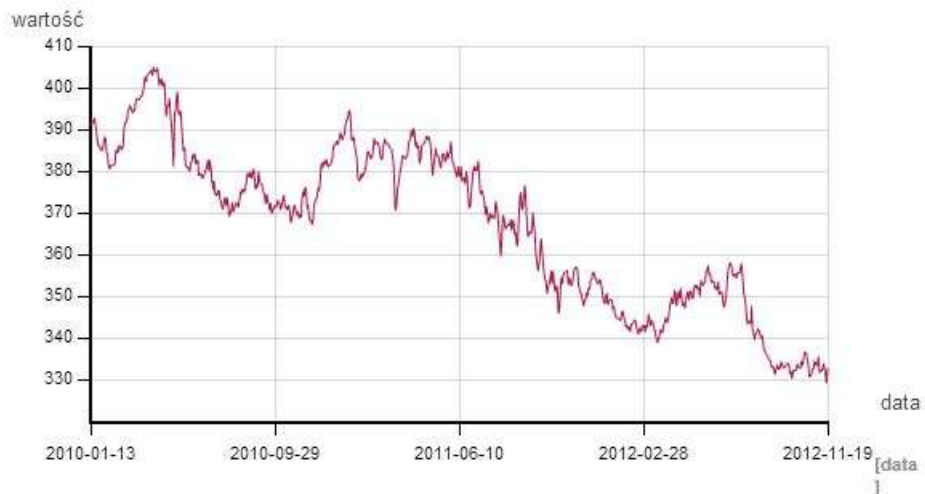
Parametry ubezpieczenia	
Okres ubezpieczenia (w miesiącach)	180
Składka pierwsza (SP)	50 000 PLN
Składka zainwestowana (SZ) ¹⁾	250 000 PLN
Składka bieżąca (SB) ²⁾	1 311 PLN
Oплата administracyjna (OA)	0,96%
Oплата administracyjna (OA) (miesięcznie) ³⁾	200 PLN
Składka zainwestowana (SB netto) ⁴⁾	1 111 PLN

Oплата likwidacyjna (OL)⁵⁾	
Rok polisowy	% SZ
1	100,00%
2	100,00%
3	100,00%
4	75,00%
5	50,00%
6	30,00%
7	20,00%
8	15,00%
9	10,00%
10	5,00%
11	4,00%
12	3,00%
13	2,00%
14	1,00%
15	1,00%

Legenda

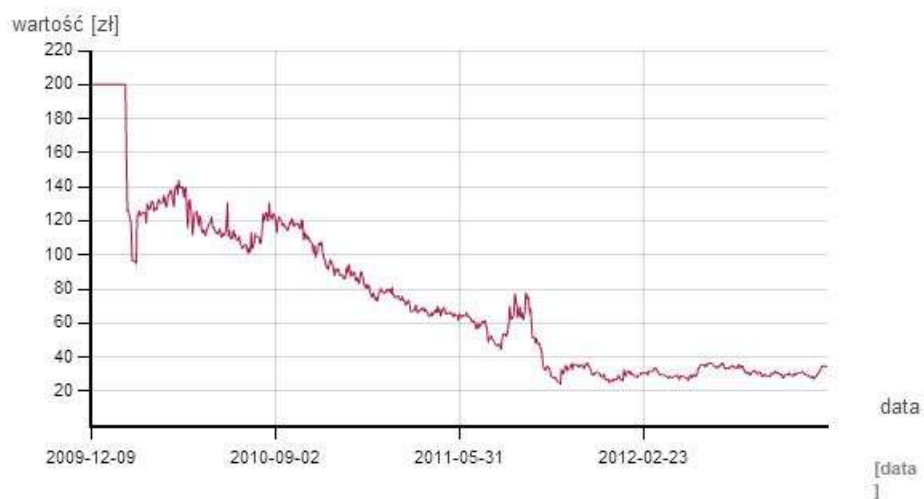
- 1) $SZ = SP/20\%$ Składka zainwestowana stanowi łączną kwotę składek należnych z tytułu przystąpienia do umowy ubezpieczenia grupowego; jest to łączna kwota składek, jaką ubezpieczony wpłaci przez 15 lat trwania ochrony ubezpieczeniowej. Składka zainwestowana wyliczana jest na podstawie zadeklarowanej kwoty składki pierwszej.
- 2) $SB = ((SZ - SP) + (SZ * 15 * OA)) / 180$ Składka bieżąca to składka, jaką ubezpieczony zobowiązuje się wpłacać miesięcznie przez 15 lat trwania ochrony ubezpieczeniowej. Składka bieżąca wyliczana jest przy uwzględnieniu zadeklarowanej kwoty składki pierwszej.
- 3) OA Opłatę administracyjną stanowi kwota będąca iloczynem stawki procentowej i składki zainwestowanej; jest ona pobierana miesięcznie od łącznej kwoty składek, jaką ubezpieczony wpłaci przez 15 lat trwania ochrony ubezpieczeniowej. Dla stawki procentowej równej 0,96% – opłata administracyjna wynosi 200 PLN płatnych miesięcznie.
- 4) SB netto Składka bieżąca netto, to składka bieżąca płatna miesięcznie, pomniejszona o kwotę opłaty administracyjnej.
- 5) OL Opłata likwidacyjna wyliczana jest jako procent składki zainwestowanej, co oznacza, że w przypadku wystąpienia przez ubezpieczonego z ubezpieczenia w danym roku polisowym, jego wartość rachunku jednostek uczestnictwa zostanie pomniejszona o opłatę, liczoną zawsze od łącznej kwoty składek, jaką ubezpieczony wpłaciłby przez 15 lat trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Indeks*



* wykres pochodzi ze strony internetowej ubezpieczyciela

Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy*



* wykres pochodzi ze strony internetowej ubezpieczyciela

Jednostka uczestnictwa (notowania)¹⁾			
Rok	Miesiąc	Cena	Zmiana (%)
2010	sty	200,00²⁾	
	lut	118,14	-40,93%
	marz	128,19	8,51%
	kwi	115,44	-9,95%
	maj	118,33	2,50%
	cze	110,68	-6,46%
	lip	101,07	-8,68%
	sie	120,80	19,52%
	wrz	116,66	-3,43%
	paź	98,34	-15,70%
	list	87,40	-11,12%
	gru	86,03	-1,57%
2012	19 list³⁾	34,28	-82,86%

Legenda

-
- 1) Jednostka uczestnictwa (notowania) Notowania jednostki uczestnictwa zostały zaczerpnięte z zestawienia przygotowanego przez ubezpieczyciela na potrzeby skargi dotyczącej konkretnej umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym powiązany z indeksem (sprawa o sygn. RU/WSI/G/5636/AG/11).
- 2) 200 PLN 200 PLN to cena nominalna jednostki uczestnictwa ustalona na sztywno przez ubezpieczyciela w treści umowy ubezpieczenia grupowego. Jest to cena, po której ubezpieczyciel przeliczył pierwszą składkę na jednostki uczestnictwa.
- 3) 34,28 PLN Na dzień 19 listopada 2012 r. bieżąca cena jednostki uczestnictwa wyniosła 34,28 PLN. Cena bieżąca jednostki uczestnictwa w porównaniu do jej ceny nominalnej spadła o 165,72 PLN, tj. o 82,86%.

Wyczenia												
Rok polisowy	Składka wpłacona (w PLN)	SB netto (w PLN)	OA (w PLN)	Składka wpłacona (narastająco)	Cena ju ¹⁾	Liczba nabytych ju	Liczba ju (narastająco)	Wartość rachunku ²⁾	Wartość wykupu ³⁾	Zysk/strata ubezpieczonego (w PLN) ⁴⁾	Zysk/strata ubezpieczonego (w %) ⁵⁾	Hipotetyczna cena ju ⁶⁾
1	65 732	63 332	2 400	65 732	109	580	580	63 332	–	-65 732	-100,00%	–
2	15 732	13 332	2 400	81 464	106	126	706	74 802	–	-81 464	-100,00%	–
3	15 732	13 332	2 400	97 196	103	130	836	85 867	–	-97 196	-100,00%	–
4	15 732	13 332	2 400	112 928	100	134	969	96 516	24 129	-88 799	-78,63%	437,83
5	15 732	13 332	2 400	128 660	96	138	1 108	106 735	53 368	-75 292	-58,52%	214,35
6	15 732	13 332	2 400	144 392	93	143	1 251	116 510	81 557	-62 835	-43,52%	149,49
7	15 732	13 332	2 400	160 124	90	148	1 399	125 825	100 660	-59 464	-37,14%	127,41
8	15 732	13 332	2 400	175 856	87	154	1 553	134 664	114 464	-61 392	-34,91%	116,56
9	15 732	13 332	2 400	191 588	84	160	1 713	143 009	128 708	-62 880	-32,82%	106,79
10	15 732	13 332	2 400	207 320	80	166	1 879	150 842	143 300	-64 020	-30,88%	97,96
11	15 732	13 332	2 400	223 052	77	173	2 052	158 141	151 816	-71 236	-31,94%	93,69
12	15 732	13 332	2 400	238 784	74	180	2 232	164 886	159 939	-78 845	-33,02%	89,45
13	15 732	13 332	2 400	254 516	71	189	2 421	171 050	167 629	-86 887	-34,14%	85,25
14	15 732	13 332	2 400	270 248	67	198	2 619	176 609	174 843	-95 405	-35,30%	81,09
15	15 732	13 332	2 400	285 980	64	208	2 826	181 533	179 717	-106 263	-37,16%	77,75
Suma	285 980	249 980	36 000			2 826						
	% składki wpłaconej	87,41%	12,59%									

Legenda

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 1) Cena jednostki uczestnictwa | Dla pierwszego roku polisowego została przyjęta cena jednostki uczestnictwa, odpowiadająca średniej arytmetycznej ceny jednostki uczestnictwa z 13-go dnia każdego miesiąca 2010 r. Cena jednostki uczestnictwa w kolejnych latach polisowych została oszacowana jako cena jednostki uczestnictwa z roku poprzedniego z uwzględnieniem średniej arytmetycznej zmiany notowania ceny jednostki uczestnictwa z 13-go dnia każdego miesiąca 2010 r., wynoszącej -4 PLN. |
| 2) Wartość rachunku | Wartość rachunku odpowiada kwocie będącej iloczynem liczby jednostek uczestnictwa zapisanych na indywidualnym rachunku jednostek uczestnictwa i ich ceny. |
| 3) Wartość wykupu | Wartość wykupu odpowiada wartości rachunku pomniejszonej o opłatę likwidacyjną; jest ona podana na dany rok polisowy i odpowiada kwocie, która zostałaby wypłacona ubezpieczonemu w przypadku wystąpienia przez niego z umowy ubezpieczenia grupowego. |
| 4) Zysk/Strata ubezpieczonego w PLN | Różnica wyrażona w PLN pomiędzy składką wpłaconą do danego roku (składką w ujęciu narastającym – składką skumulowaną) a wartością wykupu. |
| 5) Zysk/Strata ubezpieczonego w % | Stopa zwrotu z inwestycji (ubezpieczenia), tj. iloraz różnicy składki skumulowanej i wartości wykupu do składki skumulowanej. |
| 6) Hipotetyczna cena ju | Cena jednostki uczestnictwa, przy której stopa zwrotu z inwestycji wyniosłaby 0%, czyli cena j jednostki uczestnictwa przy której wartość wykupu byłaby równa składce skumulowanej: ubezpieczony otrzymuje to, co wpłacił. |

Wnioski

- 1) Przez 15 lat trwania inwestycji w *quasi*-ubezpieczenie, ubezpieczyciel pobiera opłatę za obsługę w łącznej wysokości 12,59% wpłaconej składki. W przypadku wytrzymania przez ubezpieczonego do końca trwania ochrony ubezpieczeniowej, 12,59% wpłaconej składki stanowi zasadniczy koszt inwestycji. Koszt ten jest niezależny od ceny jednostki uczestnictwa.
- 2) Rzeczywista kwota zainwestowanych środków w jednostki uczestnictwa wynosi 249 980 PLN (87,41% łącznej kwoty wpłaconych składek).
- 3) Poniesiony koszt może zostać zrekompensowany wyłącznie przez premię wypłaconą przez ubezpieczyciela. Premia ta wyliczana jest na podstawie formuły: „premia = składka zainwestowana * max(0; Indeks_final/Indeks_initial - 1)”. Inaczej mówiąc, wyłącznie wtedy, gdy kurs zamknięcia indeksu (Indeks_final) będzie o 14,40% wyższy od jego kursu początkowego (Indeks_initial), koszty poniesione przez ubezpieczonego zostaną zrekompensowane kwotą premii, a ubezpieczony „wyjdzie na zero”. Każda wartość indeksu powyżej poziomu Indeks_initial powiększonego o 14,40% oznacza generowanie zysku, a każda wartość poniżej tego poziomu oznacza generowanie straty.
- 4) Dla inwestycji równej kwocie składki wpłaconej (tj. składki pierwszej w wysokości 50 000 PLN oraz 180 składek bieżących wpłacanych miesięcznie, każda w kwocie 1311 PLN – przy zastosowaniu procentu składanego o rocznej stopie 3,0% i rocznej kapitalizacji odsetek – alternatywny zysk wynosi 32,62% łącznej kwoty wpłaconych składek. Rzeczywista stopa oprocentowania, tj. pomniejszona o 19,0% podatek dochodowy od zysków kapitałowych, wynosi 26,41%. Inaczej mówiąc, gdyby ubezpieczony założył lokatę bankową oprocentowaną 3,0% w skali roku z roczną kapitalizacją odsetek (tj. dopisaniem odsetek po każdym roku do kwoty lokaty), na którą wpłacane byłyby środki pieniężne na początku danego roku w wysokości 12 razy 1311 PLN, to po 15 latach jej trwania uzyskałby rzeczywistą stopę procentową netto (tj. bez podatku) równą 26,41%. Czyli do kwoty 285 980 PLN mógłby dopisać 75 568 PLN, a łączna kwota kapitału byłaby równa 361 548 PLN.
- 5) Roczna stopa procentowa w wysokości 3,0% odpowiada mniej więcej rocznej stopie technicznej stosowanej przez ubezpieczycieli w klasycznych ubezpieczeniach na życie i dożycie, tj. stopie, o którą dyskontowane są rezerwy

na dożycie, aby wpłacone składki „na dożycie” odpowiadały sumie na wypadek dożycia.

- 6) Ażeby zysk z inwestycji w *quasi*-ubezpieczenie był równy zyskowi alternatywnemu (tj. rzeczywistej stopie równej 26,41%), indeks na zakończenie inwestycji musiałby być o 44,63% wyższy od indeksu początkowego.
- 7) Bazując na wskaźnikach historycznych indeksu, jego wartość początkowa dla rozważanej inwestycji (Indeks_initial) wyniosła mniej więcej 390 pkt. Po 2 latach i 10 miesiącach wartość ta wyniosła mniej więcej 330 pkt. Oznacza to spadek o 15,0%. Na dzień poczynionej obserwacji, poziom indeksu, który kompensuje koszty to 446 pkt, co oznacza, że na ten moment indeks musiałby wzrosnąć o 35,0%, żeby ubezpieczony „wyszedł na zero”. Warto mieć na uwadze, że relacja procentu spadku indeksu do procentu wzrostu indeksu kształtuje się następująco:
 - spadek indeksu o 10% odpowiada jego wzrostowi o 11,1%;
 - spadek o 20% odpowiada jego wzrostowi o 25%;
 - spadek o 50% odpowiada jego wzrostowi o 100% (musiałby wzrosnąć 2 razy);
 - spadek o 75% odpowiada jego wzrostowi o 300% (musiałby wzrosnąć 4 razy);
 - spadek o 95% odpowiada jego wzrostowi o 1900% (musiałby wzrosnąć 20 razy).Oznacza to, że jeżeli dany indeks utrzymuje się w trendzie spadkowym i w porównaniu do jego obserwacji początkowej (Indeks_initial) spadnie o 75,0%, to aby powrócić do tego samego punktu (Indeks_initial) musiałby wzrosnąć o 300% (Indeks_final), czyli być o 4 razy wyższy.
- 8) Wykres WIG dla tego samego przedziału obserwacji, co inwestycja w *quasi*-ubezpieczenie



Źródło: Giełda Papierów Wartościowych S.A., http://www.gpw.pl/indeksy_gieldowe.

Różnica pomiędzy kursem otwarcia (Indeks_initial) a kursem zamknięcia (Indeks_final) wynosi 314,2 pkt, co oznacza wzrost indeksu WIG w tym samym przedziale obserwacji o 1,0%.

- 9) Wartość jednostki uczestnictwa dla obserwowanego indeksu spadła od stycznia 2010 r. do listopada 2012 r. z 200 PLN (cena nominalna jednostki uczestnictwa) do 34,28 PLN. Spadek ten wyniósł 82,86%. Znacząca jest różnica ceny nominalnej jednostki uczestnictwa (200 PLN) i jej ceny pierwszego notowania (118,14 PLN), co stanowiło „na wejście” spadek na wartości o prawie 41,0%. Warto zauważyć, że symulacja w przykładzie 2 dla ceny jednostki uczestnictwa oszacowanej na podstawie danych historycznych, zakładała spadek jej wartości o 3 PLN rocznie. Nawet przy tak ostrożnym założeniu cena jednostki uczestnictwa na koniec 15 roku polisowego wyniosła 64 PLN, czyli była prawie dwa razy większa niż cena jednostki uczestnictwa według jej notowania na dzień 19 listopada 2012 r., a więc przed końcem 3 roku polisowego. Wyniosła ona 34,28 PLN. Gdyby uwzględnić jej wartość w symulacji, ostateczne wyniki byłyby jeszcze bardziej niekorzystne dla ubezpieczonych.
- 10) Zauważalna jest dysproporcja pomiędzy spadkiem wartości indeksu i spadkiem wartości jednostki uczestnictwa. W tym samym okresie obserwacji spadek indeksu wyniósł 15,0%, a spadek ceny jednostki uczestnictwa 82,0%.
- 11) Należy pamiętać, że notowania indeksu istotne są ze względu na wpływ jego wartości w dniu zamknięcia inwestycji na wysokość premii i przekroczenie poziomu referencyjnego wyznaczonego przez poziom kompensaty kosztów quasi-ubezpieczenia oraz przez poziom alternatywnego zysku. Notowanie jednostki

uczestnictwa istotne jest natomiast w przypadku wystąpienia ubezpieczonego z *quasi*-ubezpieczenia przed końcem trwania inwestycji. Cena jednostki uczestnictwa wpływa bezpośrednio na wartość rachunku jednostek uczestnictwa, a po potrąceniu opłaty likwidacyjnej – na wartość wykupu.

- 12) Symulacja oparta o stałą wartość jednostki uczestnictwa (przykład 1) wskazuje, że najmniej korzystne jest zrezygnowanie z inwestycji w 3 i w 4 roku polisowym – wtedy ubezpieczony traci najwięcej pieniędzy. Podobnie jest w przypadku symulacji zakładającej spadek wartości jednostki uczestnictwa (przykład 2). Ciekawe jest jeszcze to, że w drugim przykładzie najmniej korzystne jest rezygnowanie z inwestycji w ostatnim roku jej trwania, a rezygnacja na 2 i 3 lata przed jej końcem generuje stratę porównywalną ze stratą na skutek rezygnacji w 3 i 4 roku polisowym. Paradoksalnie, w przypadku stałego spadku wartości jednostki uczestnictwa, najbardziej opłacalne jest wystąpienie w pierwszym roku polisowym albo od 7 do 9 roku polisowego, niejako w środku inwestycji. Zastanawiające jest, czy taki właśnie rozkład straty nie jest związany z wiedzą o przewidywalnym zachowaniu ubezpieczonych, którzy być może bardziej są skłonni zaakceptować stratę w pierwszym i drugim roku trwania *quasi*-ubezpieczenia, ale już nie wystarcza im cierpliwości i rezygnują w 3 roku jej trwania lub w 4, gdy opłata likwidacyjna wynosi już nie 100%, lecz 75%. Podobnie rzecz może się mieć w przypadku końca okresu inwestycji, kiedy ubezpieczeni mogą być już nieco zniecierpliwieni 15-letnim okresem trwania *quasi*-ubezpieczenia i chcą jak najszybciej się z niego „wypisać”. Wtedy tracą jednak najwięcej.

Rozdział V

Klauzule abuzywne – nieodłączny element warunków umów ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym

W przypadku umów ubezpieczeń powiązanych z funduszami kapitałowymi Rzecznik Ubezpieczonych dostrzega szereg nieprawidłowości związanych ze stosowaniem przez ubezpieczycieli niedozwolonych postanowień umownych zarówno już wpisanych do rejestru prowadzonego przez Prezesa UOKiK, jak również tych, które na miano klauzul abuzywnych w pełni zasługuje.

Umowa ubezpieczenia co do zasady jest bardzo złożoną konstrukcją prawną w zakresie treści jak również specyficznego języka. Przy dużym stopniu jej skomplikowania, dochodzi ponadto do konstruowania zapisów niejednoznacznych, których efektem są trudności interpretacyjne. Może to skutkować zakwestionowaniem określonego zapisu umownego jako spełniającego przesłanki niedozwolonego postanowienia umownego. Na znaczny stopień komplikacji treści umowy wpływa także fakt połączenia w jedną całość dwóch różnych bytów prawno-ekonomicznych takich jak: umowa ubezpieczenia i umowa o charakterze inwestycyjnym.

W konkluzji stwierdzić należy, że analiza i zrozumienie produktu ubezpieczeniowego powiązanego z inwestowaniem wymaga od konsumentów nie tylko większego czasu niż to ma miejsce w przypadku tradycyjnych umów ubezpieczenia na życie, ale także ponadprzeciętnej wiedzy z zakresu ekonomii i finansów. Wszystko to stawia pod znakiem zapytania sens adresowania tego rodzaju produktów ubezpieczeniowych do konsumentów, których świadomość ubezpieczeniowa oraz wiedza dotycząca ryzyka wiążącego się z instrumentami finansowymi jest niewielka.

Dla uznania postanowienia umowy za niedozwolone konieczne jest spełnienie łącznie następujących przesłanek: zawarcia postanowienia we wzorcu umownym, a w konsekwencji nie uzgodnienie tego postanowienia indywidualnie z konsumentem, ukształtowania przez to praw i obowiązków konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, skutkującego rażącym naruszeniem interesów konsumenta, przy czym postanowienie to nie może określać głównych świadczeń stron, jeżeli zostały one sformułowane w sposób jednoznaczny.

Poniżej zostały przedstawione najczęściej pojawiające się w analizowanych umowach klauzule abuzywne. Należy podkreślić, iż poniższe opracowanie podaje jedynie przykłady postanowień wzorców umownych, które najczęściej stosowane są w praktyce w

sposób rażąco naruszający interes konsumenta. W praktyce, w umowach ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym występuje znacznie więcej zapisów niezgodnych z prawem, jednak omówienie ich wymagałoby przygotowania kilkusetstronicowego opracowania i wielomiesięcznej dodatkowej pracy.

1. Postanowienia umowne wpisane do rejestru klauzul niedozwolonych

1.1. Klauzula nr 2161

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 14 maja 2010 r. (sygn. akt VI ACa 1175/09), po rozpoznaniu apelacji od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie, Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 29 czerwca 2009 r. (sygn. akt AmC 274/09), uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści: *„Oplata 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 1 rok”*.

Postanowienie to w dniu 4 lutego 2011 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 2161.

Sąd, uznając zakwestionowane postanowienie za niedozwolone i zakazując jego stosowania w obrocie z konsumentami, wskazał że *„(...) w istocie ubezpieczyciel przewidział tu dla ubezpieczonego swoistą sankcję za rezygnację z dalszego kontynuowania umowy bez powiązania jej z realnie poniesionymi wydatkami, w przypadku zawarcia ubezpieczenia na rzecz konkretnej osoby, przy czym ma owo zastrzeżenie charakter uniwersalny, tzn. jest całkowicie niezależne od wartości posiadanych przez ubezpieczonego jednostek uczestnictwa. Tak sformułowane postanowienie narusza dobre obyczaje, gdyż sankcjonuje przejście przez ubezpieczyciela całości 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”.

Sąd jednocześnie podkreślił niekorzystną w danej konstrukcji umowy ubezpieczenia, tj. ubezpieczenia grupowego, sytuację prawną ubezpieczonego. Ubezpieczony bowiem nie będąc stroną umowy (ubezpieczającym) nie mógł zawrzeć umowy ubezpieczenia i z tej racji nie miał możliwości bezpośredniego oddziaływania na jej treść. Jednakże jako osoba, na rzecz której umowa została zawarta, będąca jednocześnie uprawnioną z umowy ubezpieczenia – jej beneficjentem, odgrywa istotną rolę w powstałym stosunku zobowiązaniowym. Dlatego też treść umowy nawet w przypadku, gdy konsument nie jest stroną umowy, lecz jest ona zawierana na jego rzecz nie może wpływać niekorzystnie na jego sytuację prawną, kształtując ją niezgodnie z jego interesem oraz dobrym obyczajem.

W ocenie Sądu, nie ulega wątpliwości, że postanowienie umowne dotyczące opłaty likwidacyjnej stosowane przez ubezpieczycieli w analizowanym wzorcu umownym, nie jest indywidualnie uzgodnione z konsumentem, a tym samym ubezpieczony nie ma żadnego wpływu na ukształtowanie umowy w tym zakresie. Postanowienie związane z opłatą likwidacyjną nie dotyczy także głównych świadczeń stron, którymi są: udzielenie ochrony ubezpieczeniowej i spełnienie świadczenia ubezpieczeniowego przez ubezpieczyciela w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego oraz ciążąca na ubezpieczającym (w przypadku ubezpieczenia grupowego będzie nim bank) zapłata składki ubezpieczeniowej.

W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych stosowanie we wzorcu umownym opłaty likwidacyjnej, której już sam charakter stanowi, iż pełni ona funkcję odstraszącą, tj. odzeganą ubezpieczonego od rezygnacji inwestowania pieniędzy w formie ubezpieczenia grupowego czy też indywidualnego, przeto po części spełnia ona także rolę odstępnego, jest sprzeczna z dobrymi obyczajami oraz narusza uczciwość w obrocie, godząc w interesy konsumenta. Konsument bowiem powierza ubezpieczycielowi kapitał stanowiący, w wielu przypadkach, oszczędności całego życia, a przez zaistniałą sytuację związaną ze stosowaniem opłaty likwidacyjnej, ubezpieczyciel uzyskuje jego kosztem wymierną korzyść.

Warto mieć na uwadze fakt, że w umowach ubezpieczeń o charakterze inwestycyjnym w formie ubezpieczenia grupowego to na ubezpieczonym, nie zaś ubezpieczającym, spoczywa cały ciężar ekonomiczny związany z udzielaniem ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej, podczas gdy rola ubezpieczającego sprowadzona została tylko do czynności związanych z obsługą ubezpieczenia, w

szczegółności tych o charakterze akwizycyjnym i organizacyjnym. Dla ubezpieczonych nie jest więc rzeczą obojętną kwestia wysokości pobieranych przez ubezpieczyciela opłat, skoro takie wydatki są pokrywane bezpośrednio z ich środków.

Jeżeli więc stosowana przez ubezpieczyciela opłata likwidacyjna będzie pełniła rolę swoistej sankcji (kary umownej bądź odstępnego) za rezygnację z dalszego kontynuowania umowy bez powiązania jej z realnie poniesionymi kosztami przez ubezpieczyciela, przeto nie może budzić wątpliwości, że postanowienie tak sformułowane naruszać będzie dobre obyczaje, albowiem – co do zasady – skutkować będzie przejęciem przez ubezpieczyciela znacznej części lub też całości zainwestowanych przez ubezpieczonego środków pieniężnych w całkowitym oderwaniu od skali poniesionych przez ubezpieczyciela wydatków.

Stąd też za niewystarczające uznać należy uzasadnienie stosowania opłaty likwidacyjnej, na jakie często powołują się ubezpieczyciele, a mianowicie na rzekomo powszechnie znany fakt wysokich kosztów wykupu alokowanych środków w pierwszych latach obowiązywania umowy ubezpieczenia z uwagi na wyższe opłaty manipulacyjne. Nie może również stanowić dostatecznego usprawiedliwienia dla stosowania tak rygorystycznego automatyzmu okoliczność, że umowy ubezpieczenia na życie mają ze swej natury długoterminowy charakter, zaś stosowanie we wzorcach umownych opłaty likwidacyjnej determinuje motywację do oszczędzania, tudzież „trwania” w umowie ubezpieczenia.

1.2. Klauzula nr 1749

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 13 maja 2009 r. (sygn. akt VI ACa 1365/08), po rozpoznaniu apelacji od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 16 czerwca 2008 r. (sygn. akt XVII AmC 111/07), uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez TU na Życie ING Nationale-Nederlanden Polska S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Wartość wykupu jest to procent rezerwy matematycznej przypadającej na daną umowę główną z wyłączeniem rezerwy na świadczenie dodatkowe umowy głównej, zgodnie z poniższą tabelą:

- Liczba pełnych lat polisowych, za które opłacono wszystkie składki całkowite;

- *Wartość wykupu jako procent rezerwy matematycznej przypadającej na daną umowę główną z wyłączeniem rezerwy na świadczenie dodatkowe umowy głównej:*

a) 2 lata 80% wartości wykupu;

b) 3 lata – 85% wartości wykupu,

c) 4 lata – 90% wartości wykupu.

Wysokość wartości wykupu oblicza się według stanu rezerwy matematycznej przypadającej na umowę główną z wyłączeniem rezerwy na świadczenie dodatkowe umowy głównej, na wcześniejszy z dni (dalej: dzień wartości wykupu):

a) dzień następujący po ostatnim dniu opłaconego okresu, tj. termin płatności składki całkowitej najdawniej wymagalnej albo

b) dzień rozwiązania lub wygaśnięcia umowy głównej.

Wartość wykupu, obliczona zgodnie z postanowieniami ust. 1 i 2, jest pomniejszana o sumę zaległych składek całkowitych lub powiększana o część opłaconej składki całkowitej należnej za okres, w jakim Ubezpieczyciel nie będzie udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

Gdy składka za umowę główną została opłacona jednorazowo, Ubezpieczający nabywa prawo do wypłaty wartości wykupu dnia następnego, licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności.

Wartość wykupu stanowi wtedy 95% rezerwy matematycznej z wyłączeniem rezerwy na świadczenie dodatkowe umowy głównej, przypadającej na daną umowę główną w dniu rozwiązania umowy głównej.

Jeżeli dzień wartości wykupu przypada po przekształceniu umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe, to wartość wykupu stanowi 95 % rezerwy matematycznej z wyłączeniem rezerwy na świadczenie dodatkowe umowy głównej”.

Postanowienie to w dniu 18 listopada 2009 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1749.

Powyższe postanowienie jest przykładem nieumiejętnego redagowania warunków ubezpieczenia i skutków do jakich prowadzi stosowanie we wzorcach umownych niezrozumiałych dla konsumentów pojęć, w tym zaś konkretnym przypadku, niemającego swojego odpowiednika na gruncie prawa ubezpieczeniowego, zwrotu „rezerwa matematyczna”. Jego treść jest niejednoznaczna, a wręcz myląca. Określając wartość wykupu ubezpieczyciel posłużył się niezrozumiałym zwrotem „rezerwa matematyczna”, który nie był objaśniony w żadnym miejscu w ogólnych warunkach ubezpieczenia. Pozwalało to więc ubezpieczycielowi na dowolne i nieweryfikowalne określenie kwoty należnej ubezpieczonemu, natomiast konsument rozwiązując umowę ubezpieczenia,

skazany był wyłącznie na wyliczenie ubezpieczyciela, opierające się w istocie na nieznanym ubezpieczonemu i nieokreślonych w umowie czynnikach. W ocenie powoda, postanowienie to w sugestywny sposób nakazywało sądzić konsumentowi, że w przypadku rozwiązania umowy otrzyma on kwotę w wysokości od 80% do 95% środków wpłaconych ubezpieczycielowi. W praktyce zapis prowadził do tego, że ubezpieczyciel wypłacał 80-95% wartości „rezerwy matematycznej”, która obliczana była przez ubezpieczyciela na podstawie znanych tylko jemu warunków. W ocenie strony powodowej zakwestionowane postanowienie było sprzeczne z treścią art. 385 § 2 k.c., art. 12 ust. 3 i 4 oraz art. 13 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej. Ponadto ubezpieczyciel formułując tak niejednoznaczne postanowienie umowne w rzeczywistości nałożył na konsumenta obowiązek zapłaty rażąco wygórowanego odstępnego, co wyczerpywało znamiona klauzuli abuzywnej, o której mowa w art. 385³ pkt 17 k.c.

Sąd Apelacyjny w Warszawie, przychylając się do stanowiska strony powodowej, w wyroku z dnia 13 maja 2009 r. (sygn. akt VI ACa 1365/08) zmienił zaskarżony wyrok Sądu I instancji i uznał, że postanowienie to jest niedozwolone oraz zakazał jego stosowania.

W ocenie Sądu określenie wartości wykupu jako procentu rezerwy matematycznej było niezrozumiałe dla przeciętnego konsumenta, ponieważ była to klasyczna sytuacja objaśniania nieznanego przez nieznaną. Symptomatyczne były zresztą usilne starania powoda, czynione przed wniesieniem pozwu, o poznanie szczegółowego wyliczenia wypłaconej mu kwoty tytułem wykupu wraz z podaniem podstaw prawnych oraz o wskazanie przepisu pozwalającego na zdefiniowanie wyrażenia „rezerwa matematyczna”. Dopiero w toku postępowania sądowego pozwany ujawnił wewnętrzny regulamin tworzenia, wykorzystywania i rozwiązywania rezerw techniczno-ubezpieczeniowych. Jego zapisy również były niezrozumiałe z uwagi na użycie pojęć języka matematyki ubezpieczeniowej. Nie negując konieczności posługiwania się przez ubezpieczyciela skomplikowanymi obliczeniami matematycznymi nie sposób było się zgodzić z sytuacją, w której ubezpieczony odstępując od umowy ubezpieczenia był zaskoczony porażająco niską wartością wykupu. Oczywistym było, że zapisy zakwestionowanego postanowienia nie mogą być rozumiane jako zobowiązanie do wypłacenia kwoty odpowiadającej procentowemu udziałowi w sumie wpłaconych składek, ale za niedopuszczalne uznać należało postępowanie ubezpieczyciela, które uniemożliwiało ubezpieczającemu przy zawieraniu umowy poznanie choćby szacunkowej wartości ekonomicznej, kryjącej się pod określeniem „wartość wykupu jest to procent wartości matematycznej”. Specyficzność

pojęcia „wartość wykupu”, znana wąskiemu gronu osób trudniących się profesjonalnie ubezpieczeniami, była dla przeciętnego konsumenta całkowicie niezrozumiała i dlatego w ocenie Sądu stanowiło niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c.

1.3. Klauzula nr 3834

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 26 czerwca 2012 r. (sygn. akt VI ACa 87/12), po rozpoznaniu apelacji od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 7 listopada 2011 r. (sygn. akt XVII AmC 1704/09), uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez AEGON Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Oplata 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%
8	30%
9	20%
10	10%”.

Postanowienie to o ww. treści w dniu 16 października 2012 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 3834.

Jak wynika z treści ww. postanowienia ubezpieczyciel ustala wysokość opłaty likwidacyjnej na poziomie sięgającym w pierwszych 2 latach obowiązywania umowy ubezpieczenia 99% zainwestowanych środków. Takie zaś ukształtowanie warunków umowy w sposób, który w przypadku jej wcześniejszego rozwiązania praktycznie pozbawia konsumenta zwrotu wpłaconych składek za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej narusza zarówno indywidualne jak i zbiorowe interesy konsumentów stanowiąc klauzulę abuzywną.

Powód podniósł, iż wysokość opłaty likwidacyjnej jest rażąco wygórowana i sprawia, że w przypadku wygaśnięcia umowy ubezpieczenia (np. w wypadku odstąpienia

od umowy), ubezpieczony jest pozbawiony możliwości zwrotu wpłaconych uprzednio składek, które przepadają na rzecz ubezpieczyciela. Tak ukształtowana zasada „odstępnego” konstytuuje regułę niezwracania ubezpieczającemu wpłaconych pieniędzy, prowadząc w ten sposób do ukształtowania stosunku zobowiązaniowego w sposób nierównorzędny i rażąco niekorzystny dla konsumenta. Wygórowana wysokość „opłaty likwidacyjnej” nie znajduje jakiegokolwiek uzasadnienia faktycznego i nie może być traktowana jako zrównoważenie kosztów działalności ubezpieczyciela, które ponosi on w związku z wykonaniem umowy.

W ocenie Sądu omawiane postanowienie umowne należało uznać za niedozwolone. Sąd zwrócił uwagę, że w razie wygaśnięcia umowy ubezpieczenia w pierwszych 2 latach po jej zawarciu, pozwana obciąża konsumenta opłatami: likwidacyjną (99%) i od wykupu (1%), co w konsekwencji oznacza, iż ubezpieczyciel zatrzymuje całość wpłaconych przez ubezpieczającego środków. W tym stanie rzeczy za słuszny uznano zarzut, iż niemożliwym jest, żeby koszty związane z wygaśnięciem umowy uzasadniały zatrzymanie 100% środków zgromadzonych przez ubezpieczonego, tym bardziej, że w czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia pobierane są od ubezpieczonego także inne opłaty.

Kwestionowany zapis rażąco narusza interes konsumenta, gdyż prowadzi do uzyskiwania przez ubezpieczyciela korzyści, kosztem ubezpieczonego, zwłaszcza wówczas, gdy ten ostatni zgromadzi na swoim rachunku osobistym aktywa o znacznej wartości. Sąd nie zgodził się z twierdzeniem strony ubezpieczyciela, iż mieści się w ramach dobrych obyczajów i równego traktowania stron umowy ubezpieczenia, aby opłata likwidacyjna nie tylko rekompensowała ubezpieczycielowi koszty własne, ale także miała na celu zapewnienie ubezpieczycielowi „godziwego” zysku. Takie twierdzenie pozostaje bowiem w oczywistej sprzeczności z cytowanym już wielokrotnie wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 19 marca 2007 r. (sygn. akt III SK 21/06), a podzielenie stanowiska apelującego oznaczałoby, że „godziwym” zyskiem w rozumieniu pozwanej jest przejęcie praktycznie całości środków zgromadzonych przez konsumenta w razie wygaśnięcia umowy ubezpieczenia (w 2 pierwszych latach), co w sposób oczywisty narusza równowagę stron umowy. Opłata ta, mimo iż jak sugerowałaby to jej nazwa powinna stanowić równowartość rzeczywistych kosztów ponoszonych przez zakład ubezpieczeń w związku z wcześniejszym rozwiązaniem umowy, stanowi w istocie rodzaj odstępnego.

2. Postanowienia umowne, które w ocenie Rzecznika Ubezpieczonych spełniają przesłanki uznania ich za klauzule abuzywne

1. „Zgodnie z § 29 ust. 4 każdego z trzech ogólnych warunków ubezpieczenia, kwota wartości polisy przeznaczona do wypłaty jest pomniejszana o należną opłatę likwidacyjną oraz opłatę od wykupu określoną w Tabeli opłat i limitów.

Oplata likwidacyjna w o.w.u. wynosi¹⁴⁵:

Rok polisy:

1. 2,0 składki podstawowej należnej za 1 rok polisy
2. 2,0 składki podstawowej należnej za 1 rok polisy
3. 1,5 składki podstawowej należnej za 1 rok polisy
4. 1,5 składki podstawowej należnej za 1 rok polisy
5. 1,5 składki podstawowej należnej za 1 rok polisy
6. 1,4 składki podstawowej należnej za 1 rok polisy
7. 1,2 składki podstawowej należnej za 1 rok polisy
8. 1,0 składki podstawowej należnej za 1 rok polisy
9. 0,8 składki podstawowej należnej za 1 rok polisy
10. 0,6 składki podstawowej należnej za 1 rok polisy

Od 11 roku – 0,0 składki podstawowej należnej za 1 rok polisy

Oplata od wykupu wynosi:

- a) od 1-szego do 10-tego roku polisy 1% wypłacanej wartości podstawowej polisy
- b) od 11-tego do 19-tego roku polisy 0,5% wypłacanej wartości podstawowej polisy
- c) od 20-tego roku polisy 0% wypłacanej wartości podstawowej polisy¹⁴⁶.

Z treści powołanego zapisu wynika więc, że w przypadku otrzymania przez ubezpieczyciela oświadczenia ubezpieczającego o wypowiedzeniu umowy, ubezpieczyciel dokonuje wypłaty kwoty znacznie pomniejszonej niż wartość rachunku w momencie wypowiedzenia. Zastosowanie wskazanych wyżej opłat likwidacyjnych, prowadzi zatem do utraty wszelkich środków wpłaconych w pierwszym roku obowiązywania umowy ubezpieczenia.

¹⁴⁵ Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi „Plan Inwestycyjny AXA” ze składką podstawową opłacaną regularnie o symbolu PIR/07/08/10, stosowane przez TU AXA Życie S.A.

¹⁴⁶ Podobne zapisy znajdują się również w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi „Plan Inwestycyjny AXA Plus” ze Składką Podstawową Opłacaną Regularnie o symbolu PLUS/08/10/20, oraz w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi „Plan Inwestycyjny AXA Premia” ze Składką Podstawową Opłacaną Regularnie o symbolu PRE/08/07/18, stosowanych przez TU AXA Życie S.A.

Natomiast w przypadku wykupu ubezpieczenia w późniejszych latach, kwota, którą otrzymuje ubezpieczający jest również pomniejszana w istotny sposób, przy czym opłata likwidacyjna maleje z każdym rokiem obowiązywania umowy ubezpieczenia. W odniesieniu do rezygnacji z umowy ubezpieczenia przed upływem 11 lat od dnia zawarcia, w każdym przypadku ubezpieczający traci składkę wpłaconą w pierwszym roku obowiązywania umowy bądź w całości, bądź w znacznej części.

Treść powyższego postanowienia jest więc prawie identyczna z treścią postanowienia wpisanego do rejestru pod nr 2161. Stosowanie postanowień wzorców umów o treści tożsamej z treścią postanowień uznanych za niedozwolone prawomocnym wyrokiem Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów i wpisanych do rejestru, o którym mowa w art. 479⁴⁵ § 2 k.p.c. może być uznane w stosunku do innego przedsiębiorcy za praktykę naruszającą zbiorowe interesy konsumentów (szerzej na ten temat w Rozdziale VI niniejszego raportu). Jak wskazał Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 13 lipca 2006 r. (sygn. akt III SZP 3/06) niektórzy przedsiębiorcy dopuszczają się praktyk, polegających na tym, że w miejsce klauzul wpisanych do rejestru powstają nowe, których skutki są takie same, ale które mają zmodyfikowaną nieznacznie treść. Praktykę taką, zdaniem Sądu, należy uznać za naganną i sprzeczną z celami instytucji abstrakcyjnej kontroli wzorców umownych. Stosowanie klauzuli o zbliżonej treści do klauzuli wpisanej do rejestru, która wywołuje takie same skutki, godzi tak samo w interesy konsumentów, jak stosowanie klauzuli identycznej co wpisana do rejestru.

2. Za naruszające dobre obyczaje, równowagę stron umowy uznać należy takie postanowienia, które prowadzą do wydłużenia czasu realizacji wykupu ubezpieczenia w stosunku do chwili rozwiązania umowy przez ubezpieczonego. Dla przykładu, postanowienie umowne, na podstawie którego umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu na skutek wypowiedzenia umowy przez ubezpieczającego, przez co ubezpieczyciel dokonuje umorzenia jednostek uczestnictwa z ewidencjonowanych na rachunku podstawowym oraz na rachunku dodatkowym po cenie jednostek uczestnictwa obowiązującej w dniu wyceny danego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego następującego nie później niż w terminie 24 dni od dnia rozwiązania umowy ubezpieczenia¹⁴⁷.

¹⁴⁷ Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi „Plan Inwestycyjny AXA” ze Składką Podstawową Opłacaną Regularnie o symbolu PIR/07/08/10, stosowane przez TU AXA Życie S.A.

Jak więc wynika z treści powołanego zapisu, w przypadku otrzymania przez ubezpieczyciela oświadczenia ubezpieczającego o wypowiedzeniu umowy, ubezpieczyciel ma prawo wybrać dowolnie 1 z 24 dni następujących po rozwiązaniu umowy, który to dzień, według wyboru ubezpieczyciela, będzie podstawą do rozliczenia wartości kwoty przypadającej ubezpieczającemu po rozwiązaniu umowy. W związku z powyższym, ubezpieczający nie jest w stanie ustalić, w jakim konkretnie dniu nastąpi umorzenie jednostek, a co za tym idzie, jaką kwotę otrzyma w związku z rozwiązaniem umowy ubezpieczenia. Nieprecyzyjna podstawa ustalania kwoty pozostającej do wypłaty ubezpieczającemu przyznaje ubezpieczycielowi uprawnienie do dokonywania jednostronnego wyboru dnia, który będzie stanowił podstawę wyceny już po złożeniu oświadczenia o wypowiedzeniu umowy, przez co naraża konsumenta na rażąco niekorzystne ukształtowanie jego sytuacji ekonomicznej. Tym samym zapis ten, w ocenie Rzecznika Ubezpieczonych, pozostaje w sprzeczności z treścią art. 385¹ § 1 k.c.

Treść powyższego postanowienia należy uznać za niejednoznaczną, co wskazuje na niedopuszczalne postępowanie ubezpieczyciela, które uniemożliwia ubezpieczającemu przy zawieraniu umowy, ale także w momencie wypowiedzenia, poznanie choćby szacunkowej wartości ekonomicznej kwoty, którą otrzyma w związku z rozwiązaniem umowy wskutek jej wypowiedzenia. Kwotę, którą ma otrzymać ubezpieczający oblicza się w sposób niedający się skonkretyzować. Za niedopuszczalne uznać należy postępowanie ubezpieczyciela, które uniemożliwia ubezpieczającemu przy zawieraniu umowy poznanie nie tylko szacunkowej wartości ekonomicznej, ale nawet konkretnej daty, kryjącej się w treści zapisu „nie później niż w terminie 24 dni”, która będzie podstawą określenia tej kwoty. Co prawda, analizowane ogólne warunki ubezpieczenia zawierają w § 2 ust. 5 definicję „dnia umorzenia”, która przewiduje umorzenie jednostek w bardzo krótkim czasie (3 dni), co jest dużo korzystniejsze dla konsumenta, niemniej jednak definicja ta nie została użyta w kontekście rozwiązania umowy ubezpieczenia m.in. wskutek jej wypowiedzenia przez ubezpieczającego. Wydaje się więc, iż ubezpieczający, którzy rezygnują z usług ubezpieczyciela przed okresem wskazanym w umowie, są traktowani mniej korzystnie niż ubezpieczający, wobec których rozwiązanie umowy następuje po okresie ustalonym w umowie. Dodatkowo, fakt stosowania innych zasad wyceny w omawianych przypadkach może przeciętnego konsumenta wprowadzać w błąd. Może on bowiem błędnie zrozumieć, że również w przypadku wypowiedzenia umowy rozliczenie jednostek nastąpi w terminie 3-dniowym.

Ubezpieczający, chcący rozwiązać umowę z ubezpieczycielem przed upływem okresu, na który zawarta została umowa często sprawdza – poprzez pośrednika ubezpieczeniowego bądź portal internetowy – aktualną wartość polisy i na tej podstawie podejmuje (bądź nie) decyzję o wypowiedzeniu umowy. Okazuje się jednak, iż ostateczna kwota, która jest przekazywana ubezpieczającemu może być znacznie niższa, niż kwota, którą znał ubezpieczający podejmując decyzję o rozwiązaniu umowy. Wpływ na to ma niewątpliwie długi okres przejściowy, który zgodnie z kwestionowanym postanowieniem ogólnych warunków ubezpieczenia przysługuje ubezpieczycielowi do dokonania wyceny jednostek. Jednocześnie, ubezpieczyciel może wybrać dowolny – z 24 dni – termin wyceny jednostki, co oznacza, iż konsument nie może samodzielnie ustalić ani sprawdzić jaka kwota powinna mu być wypłacona po rozwiązaniu umowy. Długi termin można uznać za niekorzystny dla konsumenta również z tego powodu, iż wahania cen jednostek w tak długim czasie mogą być znaczne, co ubezpieczyciel może wykorzystać na swoją rzecz. Z pewnością dokonanie wyceny jednostek funduszy inwestycyjnych w krótkim czasie (np. 3 dni) wiąże się z dużo mniejszym ryzykiem powstania różnicy pomiędzy kwotą, którą spodziewał się otrzymać ubezpieczający w momencie wypowiedzenia umowy a kwotą, którą faktycznie otrzyma po jej wypowiedzeniu.

W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych zapis stosowany przez ubezpieczyciela może także naruszać przepisy kodeksu cywilnego. Zgodnie z art. 805 § 1 k.c.: *„Przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swojego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę”*. Poprzez takie kształtowanie zasad wykupu ubezpieczenia, jak w opisanym tu przypadku, naruszona zostaje definicja umowy ubezpieczenia, gdyż zakład ubezpieczeń nie wypłaca określonego z góry świadczenia, a wypłaca kwotę, której wysokość ubezpieczający poznaje *de facto* dopiero w momencie jej wypłaty na konto. Oczywiście Rzecznik Ubezpieczonych zdaje sobie sprawę z faktu, iż umowa ubezpieczenia z funduszem kapitałowym ma nie tylko charakter ochronny, ale przede wszystkim inwestycyjny, to jednak zakład ubezpieczeń musi stosować się do obowiązujących przepisów prawnych i nie może prowadzić działalności innej, niż *stricte* ubezpieczeniowa. W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych zapis ogólnych warunków ubezpieczenia skutkujący uniemożliwieniem poznania faktycznej kwoty, którą otrzyma ubezpieczający z tytułu umowy może być więc uznany za sprzeczny z zasadami określonymi w art. 805 § 1 k.c. Zgodnie z zasadą swobody umów (art. 353 §1 k.c.) strony umowy mogą ukształtować treść stosunku prawnego zgodnie z ich uznaniem, jednak jego

treść lub cel nie mogą sprzeciwiać się właściwości (naturze) stosunku, ustawie ani zasadom współżycia społecznego.

Wskazane sformułowania mogą ponadto wypełniać dyspozycję art. 385³ pkt 9 i 11 k.c. Stosownie do art. 385³ k.c., w razie wątpliwości uważa się, że niedozwolonymi postanowieniami umownymi są te, które w szczególności m.in. przyznają kontrahentowi konsumenta uprawnienia do dokonywania wiążącej interpretacji umowy (pkt 9). Przyznanie profesjonalście uprawnienia dokonywania interpretacji postanowień umownych, która byłaby wiążąca dla konsumenta, może być szczególnie ryzykowne dla tego ostatniego, zważywszy, że postanowienia te mogą zawierać tzw. zwroty niedookreślone, które profesjonalista będzie tłumaczył w sposób korzystny dla siebie, a z reguły niekorzystny dla konsumenta. Ta niedozwolona klauzula może być także uważana za sprzeczną z zasadą słuszności kontraktowej, a nawet z samą istotą umowy, skoro ostateczne „nadanie treści” jej postanowieniom pozostawia w gestii jednej tylko strony¹⁴⁸. Kwestionowane zapisy ogólnych warunków ubezpieczenia uprawniają zakład ubezpieczeń do dokonywania wiążącej interpretacji umowy i jednostronnego stwierdzania zgodności wysokości świadczenia z umową. Wynika to z faktu dowolnego wyboru dnia, który będzie podstawą wyliczenia kwoty wypłacanej ubezpieczającemu.

Zgodnie z art. 385¹ § 1 zd. 1 k.c. postanowienia umowy zawieranej z konsumentem nie uzgodnione indywidualnie nie wiążą go, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy (niedozwolone postanowienia umowne). Stosownie do przepisu art. 385¹ § 3 k.c., nie uzgodnione indywidualnie są te postanowienia umowy, na których treść konsument nie miał rzeczywistego wpływu. W szczególności odnosi się to do postanowień umowy przejętych z wzorca umowy zaproponowanego konsumentowi przez kontrahenta. Uwzględniając powyższe nie ulega więc wątpliwości, iż postanowienia wskazanych ogólnych warunkach ubezpieczenia. należy określić jako nie uzgodnione indywidualnie. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 13 lipca 2005 r. (sygn. akt I CK 832/04) wskazał, iż działanie wbrew dobrym obyczajom (w zakresie kształtowania treści stosunku obligacyjnego) oznacza tworzenie przez partnera konsumenta takich klauzul umownych, które godzą w równowagę kontraktową stron takiego stosunku. Z kolei rażące naruszenie interesów konsumenta polega na nieusprawiedliwionej dysproporcji praw i obowiązków na niekorzyść konsumenta w określonym stosunku umownym.

¹⁴⁸ C. Żuławska, (w:) G. Bieniek (red.), *Komentarz do kodeksu cywilnego. Księga trzecia. Zobowiązania*, t. 1, Warszawa 2007, s. 156-157.

W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych postanowienia umowne wywołujący podobny skutek jak postanowienie o treści: *„Towarzystwo dokona umorzenia jednostek uczestnictwa po cenie jednostek uczestnictwa obowiązującej w dniu wyceny danego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego następującego nie później niż w terminie 24 dni od dnia rozwiązania umowy ubezpieczenia”*, także nie odpowiadają wymogom prawa wynikającym z przepisu art. 12 ust. 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, zgodnie z którym ogólne warunki ubezpieczenia oraz umowa ubezpieczenia powinny być formułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 10 grudnia 2003 r. (sygn. akt V CK 35/03) potwierdził, iż w razie niejasności czy wątpliwości co do poszczególnych postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia, należy interpretować je na korzyść ubezpieczonego, sprzeczne bowiem z zasadami współzycia społecznego jest obciążanie ubezpieczonych negatywnymi konsekwencjami wadliwej i niedbałej ich redakcji. Wskazane postanowienie ogólnych warunków ubezpieczenia jest wyjątkowo niejednoznaczne i niedookreślone, kształtując prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i rażąco naruszając jego interesy.

3. Kolejnym przykładem postanowienia umownego, które może być uznane za niedozwolone jest postanowienie o treści: *„Towarzystwo wypłaci uprawnionemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości Sumy Ubezpieczenia lub Wartości Rachunku Ubezpieczającego w zależności od tego, która wartość jest wyższa”*¹⁴⁹.

Powyższy sposób określenia świadczenia ubezpieczeniowego budzi wątpliwości Rzecznika Ubezpieczonych z punktu widzenia zgodności z naturą i celem umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, a także zgodności z bezwzględnie obowiązującym art. 805 § 1 k.c., zgodnie z którym w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego ubezpieczyciel zobowiązany jest spełnić na rzecz ubezpieczonego świadczenie określone w umowie. Świadczenie z umowy ubezpieczenia na życie nie jest opodatkowane podatkiem dochodowym. Natomiast wypłata zgromadzonych na rachunku środków pieniężnych podlegających inwestowaniu w ramach ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych podlega opodatkowaniu podatkiem od zysków kapitałowych tzw. „podatkiem Belki”.

Istotą umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest to, że jedynie część składki przeznaczana jest na pokrycie ryzyka udzielania ochrony

¹⁴⁹ § 5 ust. 1 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym o symbolu IFU-GTC-0104, stosowanych przez TU AEGON Życie S.A.

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. 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.

Za równie niezgodny z celem umowy ubezpieczenia należy uznać fakt, że w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia na skutek wypłaty świadczenia nie został przewidziany wykup środków zgromadzonych na Rachunku Ubezpieczającego. Jak już była o tym mowa powyżej, środki te nie są bowiem składką ubezpieczeniową *sensu stricto* przeznaczoną na pokrycie kosztów udzielania ochrony ubezpieczeniowej, stąd też zatrzymanie jej przez ubezpieczyciela uznać należy za prowadzące do bezpodstawnego wzbogacenia po jego stronie.

W tym kontekście należy również zwrócić uwagę, że rozwiązanie umowy wskutek wypłaty świadczenia w przypadku, gdy nie doszło do wyczerpania sumy ubezpieczenia, powinno skutkować zobowiązaniem zakładu ubezpieczeń do zwrotu składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej, o czym stanowi art. 813 § 1 k.c.

4. Za naruszające równowagę stron umowy oraz dające daleko rozumianą swobodę w wiążącej interpretacji umowy ubezpieczycielowi należy uznać takie postanowienia umowne,

które przewidują, że w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel może tworzyć nowe fundusze oraz w uzasadnionych przypadkach likwidować fundusze istniejące.

W odniesieniu do powyższego należy zwrócić uwagę, że zgodnie z art. 13 ust. 4 pkt 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej zakład ubezpieczeń jest obowiązany do zawarcia w umowie ubezpieczenia wykazu oferowanych ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych. Oznacza to, że postanowienia dotyczące tego w jakich funduszach ubezpieczający mogą alokować swoje składki stanowi element umowy, a skoro tak, to należy uznać, że bez zmiany umowy ubezpieczenia nie jest możliwe dokonywanie zmian w wykazie funduszy, zwłaszcza w zakresie ich likwidacji. Nawet abstrahując od powyższego wymogu nie trudno dostrzec, że brak sprecyzowania okoliczności, w czasie których wystąpienia będzie uprawnione do likwidacji funduszy i zastąpienia ich innymi budzi poważne wątpliwości co do zgodności z prawem.

Zgodnie z art. 385¹ § 1 zd. 1 k.c. postanowienia umowy zawieranej z konsumentem nie uzgodnione indywidualnie nie wiążą go, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy (niedozwolone postanowienia umowne). Stosownie do przepisu art. 385¹ § 3 k.c., nie uzgodnione indywidualnie są te postanowienia umowy, na których treść konsument nie miał rzeczywistego wpływu. W szczególności odnosi się to do postanowień umowy przejętych z wzorca umowy zaproponowanego konsumentowi przez kontrahenta. Uwzględniając powyższe nie ulega więc wątpliwości, iż postanowienia wskazanych ogólnych warunków ubezpieczenia należy określić jako nie uzgodnione indywidualnie. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 13 lipca 2005 r. (sygn. akt I CK 832/04) wskazał, iż działanie wbrew dobrym obyczajom (w zakresie kształtowania treści stosunku obligacyjnego) oznacza tworzenie przez partnera konsumenta takich klauzul umownych, które godzą w równowagę kontraktową stron takiego stosunku. Z kolei rażące naruszenie interesów konsumenta polega na nieusprawiedliwionej dysproporcji praw i obowiązków na niekorzyść konsumenta w określonym stosunku umownym.

Zgodnie zaś z art. 385³ pkt 9 k.c. za niedozwolone postanowienie umowne uznać należy te, które przyznają kontrahentowi konsumenta uprawnienia do dokonywania wiążącej interpretacji umowy. Brak więc uregulowania w ogólnych warunkach ubezpieczenia sytuacji, od których zależy ziszczenie się uprawnienia do likwidacji i zmiany funduszu rodzi sposobność do swobodnej interpretacji po stronie ubezpieczyciela ww. postanowienia, naruszając tym samym równowagę stron stosunku ubezpieczenia.

5. W związku z powyżej przedstawionym zagadnieniem za stanowiące istotne naruszenie interesów konsumentów poprzez faktyczne pozbawienie ich prawa do decydowania o sposobie inwestowania ich środków, uznać należy postanowienie, z którego wynika, że „Towarzystwo może dokonać zmiany sposobu lokowania środków Funduszu przez zbycie ustalonej przez Towarzystwo liczby jednostek uczestnictwa Funduszu Inwestycyjnego oraz nabycie jednostek uczestnictwa innego Funduszu Inwestycyjnego, prowadzącego politykę inwestycyjną na zbliżonym poziomie ryzyka”¹⁵⁰.

W tym miejscu należy bowiem stwierdzić, że podstawowym czynnikiem determinującym decyzję o alokacji składki w określonym ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym jest właśnie to, w jakim funduszu inwestycyjnym inwestowane są aktywa ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Przyznanie więc Towarzystwu uprawnienia do zmiany sposobu inwestowania w obrębie danego funduszu kapitałowego prowadzi w praktyce do pozbawienia ubezpieczającego możliwości decydowania o sposobie alokacji składki i może oznaczać nieformalną zmianę tej alokacji mimo braku dyspozycji transferu. Ponadto, za naganną sytuację uznać należy tę, w której regulamin funduszy nie określa w jakich funduszach inwestycyjnych alokowane są aktywa poszczególnych funduszy kapitałowych, co właściwie uniemożliwia konsumentom dokonania właściwego wyboru sposobu inwestowania.

6. Niewątpliwie zagrożenie dla sytuacji prawnej konsumentów stanowi uprawnienie po stronie ubezpieczyciela do zmiany wysokości opłat potrącanych ze składek ubezpieczeniowych w trakcie jej obowiązywania. Dlatego też takie postanowienie, wedle którego ubezpieczyciel ma prawo zmiany sposobu pobierania oraz corocznej zmiany wysokości opłat uznać należy za naruszające art. 353¹ k.c. oraz art. 13 ust. 4 pkt 5 ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

Jak wynika bowiem z art. 13 ust. 4 pkt 5 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, zakład ubezpieczeń jest obowiązany do zawarcia w umowie ubezpieczenia zasad ustalania wysokości kosztów oraz wszelkich innych obciążeń potrącanych ze składek ubezpieczeniowych lub z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Oznacza to, że postanowienia dotyczące tego, w jaki sposób pobierane są opłaty oraz jaka powinna być ich wysokość stanowią element umowy, a skoro tak, to należy uznać, że bez zmiany umowy ubezpieczenia nie jest możliwe

¹⁵⁰ Art. 4 ust. 3 Regulaminu Funduszy o symbolu UNI-BLx-0104, stanowiącego załącznik do Ogólnych warunków Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym o symbolu IFU-GTC-0104, stosowanych przez TU na Życie Aegon S.A.

dokonywanie zmian w powyższym zakresie. W tym też świetle, zgodnie z art. 385³ pkt 9 k.c. powyższą praktykę uznać należy za niedozwolone postanowienie umowne, które przyznaje ubezpieczycielowi uprawnienie do jednostronnie wiążącej interpretacji umowy, wyrażając w ten sposób brak poszanowania dla praw ubezpieczającego.

7. Kolejnym postanowieniem, które zdaniem Rzecznika Ubezpieczonych jest niekorzystne dla ubezpieczających (i ubezpieczonych) i spełnia przesłanki uznania jego za niedozwolone postanowienie umowne określone w art. 385¹ § 1 k.c. jest zapis o następującej treści: *„W chwili rozpoczęcia każdego miesiąca polisy odpowiednia liczba jednostek jest odejmowana, według obowiązujących wskaźników, z rachunku jednostek na pokrycie opłaty administracyjnej i kosztów ryzyka ubezpieczeniowego wynikającego ze świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego oraz świadczeń z tytułu ryzyk dodatkowych określonych w polisie. Wysokość kosztów potrącanych za ryzyko jest uzależniona między innymi od: wieku i płci Ubezpieczonego, oceny ryzyka ubezpieczeniowego przy zawarciu umowy ubezpieczenia, rodzaju i wysokości świadczeń oraz wartości polisy”*¹⁵¹.

Na mocy powyżej cytowanego postanowienia, ubezpieczyciel jest uprawniony do pobierania opłat o nieokreślonej wysokości, której ubezpieczony nie zna ani na etapie przedkontraktowym, ani nie jest o nich informowany w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia. Nie jest ona bowiem określona w żadnym dodatkowym punkcie ogólnych warunkach ubezpieczenia, czy też załączniku, który otrzymywałby konsument. Ubezpieczony nie poznaje nawet wysokości opłat w momencie rozwiązania umowy, gdyż standardowo te informacje nie są mu przekazywane. Ubezpieczyciel wypłaca kwotę świadczenia pomniejszoną o opłaty administracyjne ustalone na podstawie wskaźników nieznanymi ubezpieczonemu, a więc według swojego własnego uznania.

W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych wynika z tego jednoznacznie, iż system wyliczania opłaty administracyjnej jest zależny wyłącznie od woli ubezpieczyciela. Zgodnie z art. 385³ pkt 9 k.c., w razie wątpliwości uważa się, że niedozwolonymi postanowieniami umownymi są te, które w szczególności przyznają kontrahentowi konsumenta uprawnienia do dokonywania wiążącej interpretacji umowy. Z kolei w tym samym przepisie (pkt 11) wskazano, iż niedozwolone są ponadto klauzule przyznające kontrahentowi konsumenta wyłączne uprawnienie do stwierdzenia zgodności świadczenia z umową.

¹⁵¹ § 12 ust 3 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego PLUS 11/98, stosowanych przez AVIVA TU na Życie S.A.

W opisywanej sytuacji konsument nie ma żadnej możliwości skontrolowania wysokości należnego świadczenia ani wysokości opłat, do których pobrania ma prawo ubezpieczyciel. Nieprecyzyjna podstawa ustalania wysokości kosztów ryzyka i opłaty administracyjnej przyznaje zakładowi ubezpieczeń uprawnienie do dokonywania jednostronnego ustalania wysokości takich kosztów, co naraża konsumenta na rażąco niekorzystne ukształtowanie jego sytuacji ekonomicznej.

8. Za nieprawidłowe uznać należy także rozwiązanie w ogólnych warunkach ubezpieczenia, w którym ubezpieczyciel wprowadza opłatę z tytułu wyrównania zaległych składek regularnych znacznie przewyższającą wysokość ustawowych odsetek za opóźnienie¹⁵². Zapis o takim charakterze może stanowić niedozwolone postanowienie umowne, o którym mowa w art. 385¹ k.c., a także stoi w sprzeczności z art. 481 k.c.

W tym miejscu należy bowiem zwrócić uwagę, że świadczenie ubezpieczającego w umowie ubezpieczenia sprowadza się wyłącznie do obowiązku zapłaty składki w kwocie ustalonej w umowie, a zatem jest to świadczenie pieniężne. Stąd też skutkiem opóźnienia w zapłacie tego świadczenia może być wyłącznie żądanie wierzyciela zapłaty odsetek ustawowych za czas opóźnienia, niezależnie od tego czy poniósł z tego tytułu szkodę, a także od tego, co było przyczyną opóźnienia. W razie zwłoki wierzyciel może również dochodzić naprawienia szkody na zasadach ogólnych. Tymczasem przewidziana w stosowanej przez ubezpieczyciela tabeli opłat i limitów opłata za wyrównanie zaległych składek swoją wysokością znacznie przewyższa wartość odsetek za zwłokę, a co za tym idzie stanowi rodzaj kary umownej o rażącej wysokości, w zestawieniu z wysokością składki regularnej, i nieznajdującej odzwierciedlenia w analogicznym obciążeniu ubezpieczyciela, której zastrzeżenie *de lege lata* jest ponadto możliwe wyłącznie w przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania o charakterze pieniężnym.

9. Za klauzulę abuzywną kształtującą prawa i obowiązki konsumenta z rażącym naruszeniem jego interesów można uznać postanowienie dotyczące uprawnienia ubezpieczyciela do pobrania „*opłaty zmiennej od całkowitego wykupu jako równowartości łącznych opłat za prowadzenie rachunku do ostatniego dnia roku trwania umowy, w*

¹⁵² Art. VI ust. 7 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi „Generali Beneficio” ze Składką Regularną, stosowanych przez TU Generali Życie S.A.

którym ubezpieczony skończyłby 65 lat” (nie dłużej jednak niż za 10 lat)¹⁵³. Naruszenie dobrych obyczajów przejawia się tym, że obliczona w powyższy sposób opłata konsumuje znaczną część zgromadzonych środków.

W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych brak jest bowiem podstaw do tego, aby w ramach opłaty za wykup, która już przez wzgląd na samą swoją nazwę, winna odzwierciedlać koszty rozwiązania umowy, ubezpieczyciel rekompensował sobie spodziewane koszty prowadzenia rachunku przez następne 10 lat, będących jednocześnie okresem, w którym ubezpieczyciel ochrony nie świadczy. W tym miejscu należy bowiem zwrócić uwagę, że pobieranie opłat za prowadzenie rachunku znajduje swoje uzasadnienie w zobowiązaniu ubezpieczyciela do prowadzenia i obsługi tego rachunku. Tymczasem wraz z rozwiązaniem umowy ubezpieczenia i realizacją wykupu ubezpieczyciel jest zwolniony z tych obowiązków, a co za tym idzie w pobraniu równowartości tych opłat za okres wskazany w zapisie warunków ubezpieczenia można doszukać się swoistej kary umownej za wcześniejsze rozwiązanie umowy ubezpieczenia. Ubezpieczający nie jest ponadto w stanie ustalić jaką kwotę otrzyma w związku z rozwiązaniem umowy ubezpieczenia. Treść zapisu należy uznać za niejednoznaczną, co wskazuje na niedopuszczalne postępowanie ubezpieczyciela, uniemożliwiające ubezpieczającemu przy zawieraniu umowy, ale także w momencie wypowiedzenia, poznanie choćby szacunkowej wartości ekonomicznej kwoty, którą otrzyma w związku z rozwiązaniem umowy wskutek jej wypowiedzenia.

Dodatkowo, analizując treść powołanego tu zapisu należy wskazać, że jak wynika z treści skarg wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych, wprowadza on w błąd przeciętnych konsumentów. Zapis ten bowiem nie wskazuje wprost konkretnej kwoty bądź procentowej wartości opłaty likwidacyjnej, co skutkuje uznaniem przez ubezpieczonych, iż taka opłata nie jest pobierana, co jest niezgodne z prawdą.

¹⁵³ § 22 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Super Fundusz Plus”, stosowanych przez Compensa TU na Życie S.A. V.I.G.

Rozdział VI

Odpowiedzialność ubezpieczyciela i banku

Odpowiedzialność ubezpieczyciela jak i ubezpieczającego z tytułu naruszenia prawa w związku z oferowaniem, zawarciem oraz wykonywaniem omawianych umów ubezpieczenia może się konkretyzować na wielu płaszczyznach i odnosić do wszystkich ww. etapów. Trzeba jednak zwrócić uwagę, że nadanie omawianej kategorii umów grupowego charakteru w istotny sposób odpowiedzialność tę modyfikuje, a także może doprowadzić do znacznego jej osłabienia, a przynajmniej utrudnić jej zidentyfikowanie.

1. Odpowiedzialność administracyjna

1.1. Odpowiedzialność z tytułu stosowania praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów

Jak już była o tym szerzej mowa w Rozdziałach III i V niniejszego raportu, sposób oferowania przystąpienia do umowy ubezpieczenia, jak również kształtowania jej postanowień może wypełniać znamiona praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów¹⁵⁴.

Katalog praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów nie jest oczywiście zamknięty, wskazuje na to w sposób jednoznaczny użycie sformułowania „w szczególności”, stąd też nie ulega wątpliwości, że za praktykę naruszającą zbiorowe interesy konsumentów można uznać również każde inne zachowanie przedsiębiorcy, które wypełnia łącznie dwie przesłanki, tj. narusza zbiorowe interesy konsumentów oraz jest bezprawne. Jako przykład niezdefiniowanej wprost, ale sankcjonowanej w orzecznictwie sądowym praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów można tu wskazać choćby posługiwanie się wzorcami umownymi, których zastosowanie prowadzi do tych samych rezultatów w sferze praw i obowiązków konsumentów, jak postanowienia wpisane do rejestru postanowień wzorców umowy uznanych za niedozwolone¹⁵⁵.

¹⁵⁴ Zgodnie z art. 24 ust. 2 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów, z przez praktykę naruszającą zbiorowe interesy konsumentów rozumie się godzące w nie bezprawne działanie przedsiębiorcy, w szczególności stosowanie postanowień wzorców umów, które zostały wpisane do rejestru postanowień wzorców umowy uznanych za niedozwolone, naruszanie obowiązku udzielania konsumentom rzetelnej, prawdziwej i pełnej informacji, a także nieuczciwe praktyki rynkowe lub czyny nieuczciwej konkurencji.

¹⁵⁵ Należy zwrócić uwagę, na tendencję panującą w orzecznictwie sądowym; w uchwale Izby Pracy, Ubezpieczeń Społecznych i Spraw Publicznych z dnia 13 lipca 2006 r. (sygn. akt III SZP 3/06) Sąd Najwyższy stwierdził, że „stosowanie postanowień wzorców umów o treści tożsamej z treścią postanowień uznanych za niedozwolone prawomocnym wyrokiem Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów i wpisanych do rejestru, o którym mowa w art. 479⁴⁵ § 2 k.p.c. może być

Z uwagi na to, że ubezpieczyciel i ubezpieczający realizują w omawianych umowach odmienne role, również rozkład ich odpowiedzialności za stosowanie praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów może być odmienny, tak jak zresztą odmienny charakter mają same naruszenia.

Jeśli chodzi o stosowanie postanowień wzorców umów, które zostały wpisane do rejestru postanowień wzorców umowy uznanych za niedozwolone, tudzież postanowień z nimi tożsamy, zastosowanie sankcji wynikających z ustawy możliwe będzie w istocie jedynie w odniesieniu do ubezpieczyciela, jako przedsiębiorcy, który wzorcem się posługuje (choć z drugiej strony nie można wykluczyć sytuacji, w której o ile treść wzorca została wypracowana wspólnie przez ubezpieczyciela i ubezpieczającego, również ten ostatni mógłby zostać uznany za podmiot stosujący praktyki naruszające zbiorowe interesy konsumentów w odniesieniu do tych postanowień, które dotyczą bezpośrednio relacji pomiędzy ubezpieczającym a ubezpieczonym), jednakże już ocena wymogu udzielania konsumentom rzetelnej, pełnej i prawdziwej informacji, jak również stosowania nieuczciwych praktyk rynkowych tudzież czynów nieuczciwej konkurencji może być dokonana zarówno w odniesieniu do ubezpieczyciela, jak i, a może nawet przede wszystkim w odniesieniu do zachowań ubezpieczającego¹⁵⁶.

Trzeba bowiem zaakcentować, że z uwagi na grupowy charakter umowy ubezpieczenia, całokształt czynności poprzedzających objęcie konsumenta ochroną

uznane w stosunku do innego przedsiębiorcy za praktykę naruszającą zbiorowe interesy konsumentów (art. 23a ust. 2 ustawy z dnia 15 grudnia 2000 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2003 r. Nr 86, poz. 804 z późn. zm.)”, z kolei w uzasadnieniu wyroku Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 26 stycznia 2010 r. (sygn. akt XVII Ama 118/08), w którym Sąd stwierdził, że „praktyka naruszająca zbiorowe interesy konsumenta w rozumieniu przepisu art. 24 ustawy z dnia 16.02.2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. Nr 50, poz. 331 z późn. zm.) obejmuje również przypadki wprowadzania jedynie zmian kosmetycznych polegających na przestawieniu szyku wyrazów lub zastąpieniu jednych wyrazów innymi, jeżeli tylko wykładnia postanowienia pozwoli stwierdzić, że jego treść mieści się w hipotezie zakazanej klauzuli. Stosowanie klauzuli o zbliżonej treści do klauzuli wpisanej do rejestru, która wywołuje takie same skutki, godzi tak samo w interesy konsumentów, jak stosowanie klauzuli identycznej co wpisana do rejestru.” Przeciwnie stanowisko w odniesieniu do powyższej kwestii zawarte zostało natomiast w wyroku SA w Warszawie z dnia 22 sierpnia 2005 r. (sygn. akt XVII Ama 21/05).

¹⁵⁶ W zakresie pojęcia nieuczciwych praktyk rynkowych por. uwagi zawarte w Rozdziale III niniejszego raportu.

Zgodnie z art. 3 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (tekst jedn. Dz. U. z 2003 r., Nr 153, poz. 1503) czynem nieuczciwej konkurencji jest działanie sprzeczne z prawem lub dobrymi obyczajami, jeżeli zagraża lub narusza interes innego przedsiębiorcy lub klienta (ust. 1). Czynami nieuczciwej konkurencji są w szczególności: wprowadzające w błąd oznaczenie przedsiębiorstwa, fałszywe lub oszukańcze oznaczenie pochodzenia geograficznego towarów albo usług, wprowadzające w błąd oznaczenie towarów lub usług, naruszenie tajemnicy przedsiębiorstwa, nakłanianie do rozwiązania lub niewykonania umowy, naśladownictwo produktów, pomawianie lub nieuczciwe zachwalanie, utrudnianie dostępu do rynku, przekupstwo osoby pełniącej funkcję publiczną, a także nieuczciwa lub zakazana reklama, organizowanie systemu sprzedaży lawinowej oraz prowadzenie lub organizowanie działalności w systemie konsorcyjnym (ust. 2).

ubezpieczeniową, a także związanych z samym zawarciem umowy na rachunek konkretnego ubezpieczonego odbywa się w relacji ubezpieczający – ubezpieczony. Stąd też to na ubezpieczającym spoczywa odium odpowiedzialności za rzetelne i wyczerpujące udzielenie konsumentom wszystkich niezbędnych informacji na temat umowy, jak również za stosowanie praktyk, które w istotny sposób kształtują proces decyzyjny tychże konsumentów.

Zgodnie z art. 26 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów wydaje decyzję o uznaniu praktyki za naruszającą zbiorowe interesy konsumentów i nakazującą zaniechanie jej stosowania, jeżeli stwierdzi naruszenie zakazu określonego w art. 24 ust. 1. W decyzji, o której mowa w ust. 1, Prezes Urzędu może określić środki usunięcia trwających skutków naruszenia zbiorowych interesów konsumentów w celu zapewnienia wykonania nakazu, w szczególności zobowiązać przedsiębiorcę do złożenia jednokrotnego lub wielokrotnego oświadczenia o treści i w formie określonej w decyzji. Może również nakazać publikację decyzji w całości lub w części na koszt przedsiębiorcy (ust. 2).

Art. 106 ust. 1 pkt 4 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów uprawnia z kolei Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów do nałożenia na przedsiębiorcę, który dopuszcza się stosowania praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów kary pieniężnej w wysokości nie większej niż 10% przychodu osiągniętego w roku rozliczeniowym poprzedzającym rok nałożenia kary.

2. Odpowiedzialność cywilna ubezpieczyciela i ubezpieczającego. Cywilnoprawne środki ochrony przysługujące ubezpieczonemu

Odpowiedzialność ubezpieczyciela i ubezpieczającego może realizować się również na gruncie prawa cywilnego, przy czym z uwagi na różnorodność źródeł tej odpowiedzialności może się ona konkretyzować zarówno na płaszczyźnie relacji wynikających z umowy zawartej na rzecz konkretnego ubezpieczonego, jak w toku abstrakcyjnej kontroli wzorców umownych stosowanych w umowach.

2.1. Postępowanie w sprawie uznania postanowień wzorca umowy za niedozwolone

Jak już była o tym mowa w Rozdziale V niniejszego raportu, wiele z postanowień wzorców umów stosowanych w umowach ubezpieczenia będących przedmiotem analizy niniejszego raportu, bądź wprost odzwierciedla treść wzorców, które zostały wpisane do

rejestrze postanowień wzorców umowy uznanych za niedozwolone, tudzież prowadzi do powstania tych samych skutków w sferze prawa i obowiązków konsumentów, bądź też spełnia znamiona niedozwolonych postanowień umownych określonych w art. 385¹ § k.c., tj. stanowi nieuzgodnione indywidualnie postanowienia umów kształtujących prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy¹⁵⁷.

W związku z tym najdalej idącym środkiem ochrony przed stosowaniem tego rodzaju postanowień umownych, jest powództwo o uznanie postanowień wzorca za niedozwolone¹⁵⁸.

Zgodnie z art. 479³⁸ k.p.c. legitymacja do wytoczenia powództwa o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolony przysługuje każdemu, kto według oferty pozwanego mógłby zawrzeć z nim umowę zawierającą postanowienie, którego uznania za niedozwolone żąda się pozwem¹⁵⁹. Powództwo może wytoczyć także organizacja pozarządowa, do której zadań statutowych należy ochrona interesów konsumentów, powiatowy (miejski) rzecznik konsumentów oraz Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, a także zagraniczna organizacja wpisana na listę organizacji uprawnionych w państwach Unii Europejskiej do wszczęcia postępowania o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone¹⁶⁰.

Uprawnienie do wytoczenia powództwa przysługuje również prokuratorowi¹⁶¹ oraz Rzecznikowi Praw Obywatelskich¹⁶².

W razie uznania powództwa sąd w sentencji wyroku zakazuje wykorzystywania wskazanych w nim postanowień wzorców, a wyrok po uprawomocnieniu i wpisaniu do rejestru postanowień wzorców umowy uznanych za niedozwolone ma skutek *erga omnes*.

Sposób ukształtowania legitymacji czynnej w sprawach o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolony, jak również rozszerzona skuteczność wyroku powodują,

¹⁵⁷ W tym miejscu należy nadmienić, że mimo iż z uwagi na konstrukcję umowy konsumenci nie są jej stronami, to jednak postanowienia umów ubezpieczenia zawieranych na ich rachunek podlegają dyspozycji art. 385¹ § k.c. z mocy art. 808 § 5 k.c.

¹⁵⁸ Uregulowane w art. 479³⁶ – 479⁴⁵ k.p.c.

¹⁵⁹ Przenosząc to na grunt umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek należy wyrazić pogląd, że przez wzgląd na dyspozycję art. 808 § 5 k.c., legitymacja do wytoczenia powództwa przysługuje również osobie, na której rachunek mogłoby dojść do zawarcia umowy, wszak jedynie w odniesieniu do tych postanowień, które kształtują jej prawa i obowiązki.

¹⁶⁰ Opublikowaną w Dzienniku Urzędowym Wspólnot Europejskich, jeżeli cel jej działania uzasadnia wystąpienie przez nią z takim żądaniem dotyczącym wzorców umów stosowanych w Polsce, zagrażających interesom konsumentów w państwie członkowskim, w którym organizacja ta ma swoją siedzibę.

¹⁶¹ Art. 7 k.p.c.

¹⁶² Zgodnie z art. 14 pkt 4 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (tekst jedn. Dz. U. z 2001 r., Nr 14, poz. 147).

że kontrola abstrakcyjna postanowień wzorców umów jest niezwykle skutecznym i jednocześnie niewymagającym zaangażowania konkretnych konsumentów środkiem ochrony. Stosowanie postanowień wzorców umów, które zostały wpisane do rejestru postanowień wzorców umowy uznanych za niedozwolone stanowi bowiem, jak już wyżej była o tym mowa, praktykę naruszającą zbiorowe interesy konsumentów, co z kolei rodzi zagrożenie sankcją w postaci kary pieniężnej, jaką jest uprawniony nałożyć Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów. Z tej przyczyny kwestią niezwykle istotną jest aby w szczególności organy instytucjonalne, które posiadają uprawnienia do inicjowania kontroli sądowej wzorców umownych wykazywały w tej mierze wzmoczoną aktywność.

2.2. Bezskuteczność wobec konsumenta niedozwolonych postanowień umownych

Poza kontrolą abstrakcyjną wzorców umów, art. 385¹ § 1 k.c. przewiduje również możliwość kontroli incydentalnej postanowień konkretnej umowy zawartej z konsumentem, tudzież, tak jak w omawianym przypadku, na rachunek konsumenta. Kontrola taka może mieć miejsce wyłącznie w postępowaniu toczącym się między stronami, których dotyczy spór. Rezultatem tej kontroli, w przypadku ustalenia przez sąd, że określone postanowienie umowy spełnia wymienione w ww. normie znamiona klauzuli abuzywnej, jest uznanie, że postanowienie to nie wiąże konsumenta.

W tym miejscu należy jednak z całą mocą podkreślić, co jest oczywiste na gruncie art. 385¹ § 2 k.c., ale co jednak, jak można wnioskować z kontekstu skarg napływających do Rzecznika Ubezpieczonych, budzi niezrozumienie wśród konsumentów, że bezskuteczność zakwestionowanego postanowienia umownego nie unicestwia bytu prawnego całej umowy, albowiem w pozostałym, nieobarczonym wadliwością zakresie obowiązuje ona nadal. Tak więc umowa, co do której poszczególnych postanowień dojdzie do uznania ich bezskuteczności, w każdym przypadku będzie obowiązywała w pozostałym zakresie, przy czym należy zwrócić uwagę na trafny pogląd wyrażony w doktrynie, że w przypadku uznania bezskuteczności postanowienia umownego, dochodzi do jego zniesienia w całości, nie zaś tylko w zakresie, w jakim wypełnia ono przesłanki, o których mowa w art. 385¹ § 1 k.c.¹⁶³

W praktyce, choć rozwiązanie przyjęte przez ustawodawcę należy uznać za racjonalne, to jednak może ono nastroczać wiele trudności. W przypadku wyeliminowania wielu z postanowień uznanych za niedozwolone może bowiem dojść do sytuacji, w której

¹⁶³ Por. W. Popiołek, (w:) K. Pietrzykowski (red.), *Kodeks Cywilny. Komentarz do art. 1 – 449^{1o}*, t. 1, wyd. 6.

regulacja samej umowy będzie niewystarczająca dla wyinterpretowania z niej treści niektórych praw i obowiązków stron umowy (tak może się stać choćby w przypadku postanowień dotyczących ustalenia wartości wykupu), a co za tym idzie konieczne będzie dokonanie „rekonstrukcji” treści umowy wyłącznie z przepisów bezwzględnie obowiązującego prawa (oczywiście w powiązaniu z pozostałymi w mocy jej postanowieniami), co z uwagi na złożony charakter umów ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi (por. rozważania zawarte w Rozdziałach I i II niniejszego raportu) może i z pewnością będzie prowadziło do sporów między ubezpieczonymi a ubezpieczycielami.

2.3. Odpowiedzialność za stosowanie nieuczciwej praktyki rynkowej

Stosowanie nieuczciwej praktyki rynkowej zostało stypizowane w art. 24 ust. 2 pkt 3 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów jako jeden z przejawów praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów. Poza sankcją administracyjną przewidzianą w ww. regulacji za stosowanie tego rodzaju praktyki, w ustawie o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym przewidziano również cywilnoprawny mechanizm ochrony konsumenta, którego interes został zagrożony lub naruszony zastosowaniem takiej praktyki. Zgodnie z art. 12 konsumentowi przysługuje uprawnienie do:

- domagania się zaniechania stosowania nieuczciwej praktyki rynkowej;
- usunięcia skutków tej praktyki;
- złożenia jednokrotnego lub wielokrotnego oświadczenia odpowiedniej treści i w odpowiedniej formie;
- naprawienia wyrządzonej szkody na zasadach ogólnych, w szczególności żądania unieważnienia umowy z obowiązkiem wzajemnego zwrotu świadczeń oraz zwrotu przez przedsiębiorcę kosztów związanych z nabyciem produktu;
- zasądzenia odpowiedniej sumy pieniężnej na określony cel społeczny związany ze wspieraniem kultury polskiej, ochroną dziedzictwa narodowego lub ochroną konsumentów.

Prawo dochodzenia roszczeń¹⁶⁴ przysługuje również Rzecznikowi Praw Obywatelskich, Rzecznikowi Ubezpieczonych, krajowym lub regionalnym organizacjom,

¹⁶⁴ Związanych z zaniechaniem stosowania nieuczciwej praktyki rynkowej, złożeniem oświadczenia odpowiedniej treści i w odpowiedniej formie, a także zasądzenia odpowiedniej sumy pieniężnej na określony

których celem jest ochrona interesów konsumentów, a także powiatowym (miejskim) rzecznikom konsumentów.

cel społeczny związany ze wspieraniem kultury polskiej, ochroną dziedzictwa narodowego lub ochroną konsumentów.

2.4. Uchylenie się od skutków oświadczenia woli o przystąpieniu do umowy złożonego pod wpływem błędu lub podstęp

Art. 808 k.c., który przewiduje możliwość zawarcia umowy ubezpieczenia na rachunek osoby trzeciej, nie uzależnia zawarcia tego kontraktu od zgody osoby, której ochrona ubezpieczeniowa ma być udzielana. Tak więc co do zasady zawarcie umowy na rachunek osoby trzeciej jest uzależnione wyłącznie od woli ubezpieczyciela i ubezpieczającego, a sam ubezpieczony nie musi nawet o tym wiedzieć. Zasada ta doznaje istotnej modyfikacji na gruncie regulacji odnoszącej się do ubezpieczeń osobowych. Zgodnie bowiem z art. 829 § 2 k.c. w umowie ubezpieczenia na życie zawartej na cudzy rachunek, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się nie wcześniej niż następnego dnia po tym, gdy ubezpieczony oświadczył stronie wskazanej w umowie, że chce skorzystać z zastrzeżenia na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej. Oświadczenie powinno obejmować także wysokość sumy ubezpieczenia. Również zmiana umowy na niekorzyść ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do otrzymania sumy ubezpieczenia w razie śmierci ubezpieczonego wymaga zgody tego ubezpieczonego.

Odnosząc powyższe do omawianego segmentu umów ubezpieczenia na życie należy więc stwierdzić, że z mocy samego prawa zgodą konsumenta w przypadku zawarcia przez ubezpieczającego na jego rachunek umowy ubezpieczenia musi być objęty co najmniej fakt rozpoczęcia obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej oraz ustalenia dotyczące wysokości sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci i dożycia. Zachowanie powyższej formy można by jednak uznać za wystarczające w „klasycznym” ujęciu umowy ubezpieczenia na życie, a więc modelu, w którym przedmiotem umowy pozostaje wyłącznie ochrona ubezpieczeniowa udzielana ubezpieczonemu na wypadek śmierci lub dożycia przez niego określonego wieku, a składka ubezpieczeniowa odzwierciedla wyłącznie świadczenie wzajemne ubezpieczającego w zamian za udzielanie tej ochrony. Ten model ulega jednak zakłóceniu w przypadku omawianych umów ubezpieczenia. Przede wszystkim bowiem, o czym również była już szerzej mowa w Rozdziale I niniejszego raportu, charakter ochronny umowy ma tu znaczenie marginalne, wręcz iluzoryczne. Głównym celem umowy jest natomiast inwestowanie składek i osiągnięcie oczekiwanego rezultatu finansowego, co bez wątpienia nie stanowi *essentialia negotii* umowy ubezpieczenia. W związku ze wspomnianym celem umowy mamy tu jednak do czynienia z przeniesieniem na konsumenta wielu obowiązków, które w kodeksowym ujęciu umowy ubezpieczenia spoczywają na ubezpieczającym, w tym w szczególności obowiązku zapłaty składki. Zobowiązanie to nie wynika wprawdzie z ogólnych warunków

ubezpieczenia¹⁶⁵, nie mniej jednak jego istnienie można wyinterpretować z treści stosunku prawnego, który – jak może się wydawać poprzez przystąpienie do umowy – nawiązuje się również między ubezpieczającym a ubezpieczonym¹⁶⁶, a którego treścią jest bądź zobowiązanie ubezpieczonego do postawienia do dyspozycji ubezpieczającego kwoty pieniężnej niezbędnej do pokrycia należności ubezpieczającego z tytułu składki, bądź też, co częstsze, zobowiązanie do zapłaty za ubezpieczającego składki bezpośrednio na rachunek ubezpieczyciela, co w istocie spełnia przesłanki umowy o zwolnienie z długu, o której mowa w art. 392 k.c.¹⁶⁷

W tym miejscu należy zwrócić uwagę, że brak jednoznacznego sformułowania treści stosunku prawnego jaki nawiązuje się pomiędzy ubezpieczającym a ubezpieczonym w istotny sposób utrudnia zdefiniowanie zakresu odpowiedzialności ubezpieczającego wobec ubezpieczonego, jak również możliwych do zastosowania przez ubezpieczonego środków ochrony prawnej. Ma to praktyczne znaczenie choćby w odniesieniu do omawianego w niniejszym punkcie zagadnienia uchylenia się od skutków oświadczenia woli. Trzeba mieć bowiem na uwadze, o czym szerzej mowa będzie poniżej, że zgodnie z dyspozycją art. 84 § 1 k.c. błąd, na który chce się powołać strona uchylająca się od skutków złożonego przez siebie oświadczenia woli musi dotyczyć treści czynności prawnej. Tym samym brak jednoznacznego sformułowania treści stosunku prawnego jaki nawiązuje się pomiędzy ubezpieczonym a ubezpieczającym z chwilą podpisania przez niego deklaracji przystąpienia, może stanowić również istotne utrudnienie w ocenie przesłanek skutecznego skorzystania z uprawnienia wynikającego z art. 84 k.c.

Jak każde oświadczenie woli, również deklaracja zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową może być oceniana przez pryzmat możliwych do wystąpienia wad oświadczenia woli, przy czym z uwagi na zakres problematyki objętej niniejszym

¹⁶⁵ Wyjątkiem są tu np. Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie i Dożycie „Pareto” o symbolu 2009_GBPARII_v.03 i 2009_GBPARII_v.09, gdzie wprost przewidziano, że obowiązek zapłaty składki spoczywa na ubezpieczonym, jednakże w późniejszych wzorcach dotyczących tej umowy TU na Życie Europa S.A. odstąpiło od stosowania tych postanowień. Na marginesie należy jednak jedynie wspomnieć, że ich skuteczność wobec ubezpieczonych byłaby wątpliwa; co najwyżej postanowienie to można by rozpatrywać w kontekście umowy o świadczenie przez osobę trzecią stypizowanej w art. 391 k.c.

¹⁶⁶ Za koncepcją nawiązania się między ubezpieczającym a ubezpieczonym relacji kontraktowej wypowiada się M. Orlicki – zob. M. Orlicki, *Pozycja prawna banku w ubezpieczeniach bancassurance*, „Prawo Asekuracyjne” 2008, nr 2, s. 68.

¹⁶⁷ Pierwsze z wskazanych rozwiązań ma zastosowanie dość rzadkie i odnosi się w zasadzie jedynie do zapłaty pierwszej składki i to w zasadzie również w przypadkach, gdy ubezpieczony już wcześniej powierzył ubezpieczającemu środki z których ma być pokryta ta składka (np. w formie lokaty), w przypadku składek kolejnych lub też w przypadku gdy w posiadaniu ubezpieczającego nie znajdują się żadne środki ubezpieczonego to ubezpieczony jest podmiotem bezpośrednio opłacającym składkę na rachunek bankowy ubezpieczyciela wskazany w deklaracji przystąpienia lub certyfikacie potwierdzającym objęcie ochroną ubezpieczeniową.

raportem, w szczególności zaś wyływające ze skarg uwagi konsumentów dotyczące nieprawidłowości w procesie prezentacji umów ubezpieczenia, jak również braku jednoznacznego wyeksponowania roli ubezpieczającego, poniższe rozważania ograniczą się tylko do tych rodzajów wadliwości, które stanowią o tzw. nieważności względnej.

Zgodnie z art. 84 k.c. w razie błędu co do treści czynności prawnej można uchylić się od skutków prawnych swego oświadczenia woli. Jeżeli jednak oświadczenie woli było złożone innej osobie, uchylenie się od jego skutków prawnych dopuszczalne jest tylko wtedy, gdy błąd został wywołany przez tę osobę, chociażby bez jej winy, albo gdy wiedziała ona o błędzie lub mogła z łatwością błąd zauważyć; ograniczenie to nie dotyczy czynności prawnej nieodpłatnej (§ 1). Można powoływać się tylko na błąd uzasadniający przypuszczenie, że gdyby składający oświadczenie woli nie działał pod wpływem błędu i oceniał sprawę rozsądnie, nie złożyłby oświadczenia tej treści (błąd istotny) (§ 2).

Z powyższego płynie więc wniosek, że aby możliwe było skuteczne uchylenie od skutków oświadczenia woli o wyrażeniu zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową konieczne jest wykazanie zaistnienia następujących przesłanek:

1. Błąd musi dotyczyć treści czynności prawnej. Przenosząc to na grunt omawianej problematyki należałoby stwierdzić, że skoro deklaracja zgody z mocy art. 829 § 2 k.c. obejmuje przynajmniej zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową oraz wysokość sumy ubezpieczenia, a ponadto, jak wskazano powyżej, w przypadku modyfikacji wynikającego z przepisów prawa zakresu praw i obowiązków ubezpieczającego, w szczególności zaś przeniesienia części z nich na osobę ubezpieczonego, także zgodę ubezpieczonego na dokonanie tej modyfikacji, to błędne przekonanie ubezpieczonego na temat rzeczywistej treści przedsięwziętej czynności może dotyczyć nie tylko samej deklaracji przystąpienia (jako przykład można tu wskazać sytuację, w której konsument przystępuje do ubezpieczenia działając w przeświadczeniu, że zawiera umowę lokaty bankowej), ale także treści samej umowy ubezpieczenia. Konstatacja ta wydaje się być uzasadniona zwłaszcza w kontekście treści samej deklaracji, która odnosi się wprost do postanowień umowy ubezpieczenia i mających do niej zastosowanie wzorców umownych.
2. Błąd musi być istotny, a zatem musi istnieć uzasadnione (potwierdzone przesłankami obiektywnymi) przypuszczenie, że gdyby błędzący nie działał pod wpływem błędu i oceniał sprawę rozsądnie nie złożyłby oświadczenia określonej

treści, tj. w omawianym przypadku oświadczenia o wyrażeniu zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową.

3. W przypadku, gdy oświadczenie jest składane drugiej stronie, a tak dzieje się w przypadku omawianych umów ubezpieczenia musi zaistnieć dodatkowo okoliczność wywołania błędu przez drugą stronę chociażby bez jej winy, albo okoliczność, że druga strona o błędzie wiedziała lub też z łatwością mogła się dowiedzieć. Wymóg ten nie istnieje w przypadku czynności nieodpłatnych.

Art. 86 k.c. stanowi z kolei, że jeżeli błąd wywołała druga strona podstępnie, uchylenie się od skutków prawnych oświadczenia woli złożonego pod wpływem błędu może nastąpić także wtedy, gdy błąd nie był istotny, jak również wtedy, gdy nie dotyczył treści czynności prawnej (§ 1). Podstęp osoby trzeciej jest jednoznaczny z podstępem strony, jeżeli ta o podstępie wiedziała i nie zawiadomiła o nim drugiej strony albo jeżeli czynność prawna była nieodpłatna (§ 2).

Powyższy przepis przewiduje więc, że w przypadku tzw. błędu kwalifikowanego, nie musi zaistnieć ani przesłanka istotności błędu, ani też nie musi on dotyczyć treści czynności prawnej. W przypadku podstępu błąd może dotyczyć więc również sfery motywacyjnej¹⁶⁸. Dla ustalenia, że błąd został wywołany przez podstępne działanie drugiej strony konieczne jest jednak przypisanie jej działaniu cech umyślności w działaniu mającym na celu doprowadzenie błędzącej strony do złożenia oświadczenia woli o pożądanej przez drugą stronę treści.

Rezultatem skutecznego powołania się na błąd oświadczenia woli (czy to w postaci podstawowej czy też kwalifikowanej) jest nieważność zdziałanej pod jego wpływem czynności, co w odniesieniu do umowy ubezpieczenia na życie i dożycie prowadzi do konstatacji, że zachodzić będzie sytuacja braku zgody ubezpieczonego na objęcie go ochroną ubezpieczeniową, a co za tym idzie również samo zawarcie umowy nie będzie możliwe, co wreszcie w konsekwencji powinno prowadzić do zwrotu całości uiszczonych składek.

Przenosząc powyższe rozważania natury teoretycznej na grunt problematyki zawartej w niniejszym opracowaniu, trzeba zwrócić uwagę, że analiza treści składanych przez ubezpieczonych deklaracji zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową pod względem

¹⁶⁸ M.in. w wyroku SN z dnia 10 września 1997 r. (sygn. akt I PKN 251/97) Sąd Najwyższy stwierdził, że „Do uchylenia się od skutków prawnych oświadczenia woli złożonego pod wpływem błędu wywołanego podstępnie wystarczy, aby błąd dotyczył sfery motywacyjnej, stanowiącej przyczynę złożenia oświadczenia woli (art. 86 KC)”.

możliwości wystąpienia wad oświadczenia woli w postaci błędu i podstępu, powinna być dokonywana przez pryzmat relacji, jaka wywiązuje się pomiędzy ubezpieczającym (a w zasadzie przedstawicielem ubezpieczającego) a potencjalnym ubezpieczonym. To bowiem w relacji między tymi podmiotami dochodzi do prezentacji informacji, które stanowią przesłankę podjęcia decyzji, której odzwierciedleniem są oświadczenia zawarte w deklaracji przystąpienia. Jak wynika przy tym z opisów okoliczności towarzyszących przystąpieniu do umowy, zawartych w skargach napływających do Rzecznika Ubezpieczonych, na tym właśnie etapie dochodzi do wywołania u ubezpieczonych błędnego przekonania co do rzeczywistej treści umowy. Praktyki naruszające interesy konsumentów na etapie zawierania i wykonywania umowy ubezpieczenia, mogące jednocześnie stanowić przykłady działań wywołujących błąd zostały szczegółowo opisane w Rozdziale III niniejszego raportu, stąd też przywoływanie ich w tym miejscu jest niecelowe. Należy jedynie zwrócić uwagę, że wykazanie ich rzeczywistego zastosowania w okolicznościach konkretnego przypadku może stanowić istotny dowód dla wykazania, że ubezpieczony działał pod wpływem błędu, a co za tym idzie jego oświadczenie o uchyleniu się od skutków oświadczenia woli złożonego w tym warunkach może być skuteczne.

W kontekście powyższego nie można pominąć okoliczności, na którą zarówno zakłady ubezpieczeń, jak i ubezpieczający powołują się w odpowiedzi na składane przez ubezpieczonych oświadczenia woli o uchyleniu się od skutków oświadczeń woli składanych pod wpływem błędu lub podstępu. Otóż najczęściej pojawiającą się argumentacją dla odparcia zarzutów kierowanych przez ubezpieczonych w zakresie wprowadzenia w błąd co do treści przedsięwziętej czynności prawnej, jest stwierdzenie o doręczeniu ubezpieczonym i zapoznaniu się przez nich z wzorcami umownymi mającymi zastosowanie do umowy (na potwierdzenie powyższej okoliczności ubezpieczeni składają stosowne oświadczenia zawarte w deklaracji przystąpienia), co w ocenie ubezpieczycieli ma stanowić dowód na to, że wywołanie błędu co do istotnych cech umowy nie było możliwe. W tym miejscu należy jednak zwrócić uwagę, że choć złożenie wskazanego powyżej oświadczenia istotnie może w okolicznościach danego przypadku statuować domniemanie rzeczywistego zapoznania się ubezpieczonego z treścią umowy (zasady doświadczenia życiowego wskazują jednak na to, że z uwagi na obszerność i zawilość treści wzorców umownych kreujących umowę ubezpieczenia, do zapoznania się konsumentów z tymi dokumentami w rzeczywistości nie dochodzi, nawet, jeśli faktycznie zostały one im dostarczone), to jednak wymaga podkreślenia, że przede wszystkim, nawet

fakt zapoznania się z tekstem umowy sam w sobie nie eliminuje możliwości działania w błędzie co do jej rzeczywistej treści, a ponadto nawet oświadczenie o zapoznaniu się z treścią wzorców umownych złożone na piśmie może być zakwestionowane za pomocą innych dowodów¹⁶⁹, albowiem przede wszystkim dla wyrażenia zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową ustawa nie przewiduje żadnej formy szczególnej, w tym w szczególności formy pisemnej pod rygorem nieważności, a po wtóre złożenie oświadczenia o zapoznaniu się z ogólnymi warunkami ubezpieczenia nie stanowi istotnego elementu takiej zgody.

Jedynie na marginesie należy zwrócić uwagę, 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 irrelevantną, albowiem określony w art. 384 § 1 k.c. obowiązek doręczenia wzorca dotyczy tylko drugiej strony umowy (co zresztą w odniesieniu do tzw. grupowych umów ubezpieczenia należy uznać za rozwiązanie wysoce niekorzystne), którą w omawianym przypadku jest ubezpieczający.

Kończąc powyższą część rozważań należy wreszcie stwierdzić, że choć uchYLENIE się od skutków oświadczenia woli złożonego pod wpływem błędu lub podstępny jest z uwagi na swój skutek prawny niezwykle skuteczną formą ochrony ubezpieczonego (prowadzi bowiem w konsekwencji do „odwrócenia” stanu rzeczy powstałego na skutek zawarcia na jego rachunek umowy ubezpieczenia) to jednak nie każda rozbieżność między przeświadczeniem ubezpieczonego o treści umowy z jej treścią rzeczywistą może podlegać kwalifikacji jako błąd oświadczenia woli. Nie można bowiem wykluczyć sytuacji, w której informacje przekazane ubezpieczonemu przez przedstawiciela ubezpieczonego będą kompletne, rzetelne i prawdziwe, natomiast ich analiza doprowadzi ubezpieczonego do błędnego przeświadczenia o możliwym do osiągnięcia celu umowy. Dla przykładu można tu choćby przywołać sytuację, gdy na podstawie przedstawionej symulacji możliwych do osiągnięcia zysków, ubezpieczony nabiera przekonania, że jest to zysk, który z całą pewnością zostanie wygenerowany. Jak bowiem stwierdził Sąd Najwyższy¹⁷⁰, błąd oznacza mylne wyobrażenie o istniejącym stanie rzeczy lub mylne wyobrażenie o treści złożonego oświadczenia woli, nie odnosi się do sfery motywacyjnej; nadto błąd dotyczyć musi stanu istniejącego w momencie zawierania umowy, nie zaś okoliczności, które

¹⁶⁹ Zgodnie z art. 247 k.p.c. dowód ze świadków lub z przesłuchania stron przeciwko osnowie lub ponad osnowę dokumentu obejmującego czynność prawną może być dopuszczony między uczestnikami tej czynności tylko w wypadkach, gdy nie doprowadzi to do obejścia przepisów o formie zastrzeżonej pod rygorem nieważności i gdy ze względu na szczególne okoliczności sprawy sąd uzna to za konieczne.

¹⁷⁰ W wyroku SN z dnia 6 maja 1997 r. (sygn. akt II CKN 91/97).

nastąpiły w toku wykonywania umowy, doprowadzając stronę do przekonania, że decyzja o jej zawarciu była błędna.

3. Odpowiedzialność karna

3.1. Wykonywanie czynności agencyjnych oraz czynności agenta ubezpieczeniowego bez upoważnienia

Zestawienie pozycji ubezpieczonego w omawianych w niniejszym opracowaniu umowach grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi (zwłaszcza w kontekście wykonywania przez niego wszystkich tych praw i obowiązków jakie są charakterystyczne dla ubezpieczającego) z pozycją ubezpieczającego, którego rola sprowadza się w istocie do pośrednictwa między zakładem ubezpieczeń a ubezpieczonym w przekazaniu informacji wynikających z art. 13 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, a także pośrednictwa (choć nie zawsze) w zapłacie składki ubezpieczeniowej, prowadzi nie tylko do wniosku, że omawiane umowy mogą być w istocie zakwalifikowane jako umowy jednostkowe (o czym szerzej była mowa w Rozdziale II niniejszego raportu), ale również, uzasadnia konstatację, że czynności wykonywane przez ubezpieczających mogą w okolicznościach konkretnego przypadku zostać zakwalifikowane jako czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego w formie działalności agencyjnej. Jest to wniosek prawdopodobny zwłaszcza w tych przypadkach, gdy ubezpieczający otrzymuje od ubezpieczyciela z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia na rachunek konkretnego ubezpieczonego jednorazowe wynagrodzenie w formie prowizji¹⁷¹.

Zgodnie z art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym (Dz. U. Nr 124, poz. 1154 z późn. zm.), pośrednictwo ubezpieczeniowe polega na wykonywaniu przez pośrednika za wynagrodzeniem czynności faktycznych lub czynności prawnych związanych z zawieraniem lub wykonywaniem umów ubezpieczenia. Art. 4 pkt 1 ww. ustawy wskazuje, że czynności te, w zakresie działalności agencyjnej (z uwagi na charakter więzi łączącej ubezpieczającego z ubezpieczycielem, jedynie ta forma pośrednictwa ubezpieczeniowego może być bowiem w omawianym zakresie przedmiotem ewentualnych rozważań), wykonywanej w imieniu i na rzecz zakładu ubezpieczeń, polegają na pozyskiwaniu klientów, wykonywaniu czynności przygotowawczych zmierzających do zawierania umów ubezpieczenia, zawieraniu umów ubezpieczenia oraz uczestniczeniu w administrowaniu i wykonywaniu umów

¹⁷¹ Fakt gratyfikowania ubezpieczającego za pomocą premii ubezpieczeniowej z tytułu przystąpienia ubezpieczonego do ubezpieczenia, której stawka jest szczegółowo określona w umowie ubezpieczenia wynika z informacji udzielonych Rzecznikowi Ubezpieczonych przez TU na Życie Europa S.A. w piśmie z dnia 3 września 2012 r., sprawa o sygn. RU/WSI/G/7438/AG/12.

ubezpieczenia, także w sprawach o odszkodowanie, jak również na organizowaniu i nadzorowaniu czynności agencyjnych.

Przenosząc to na grunt omawianej problematyki, bazując z jednej strony na zawartych w skargach wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych opisach okoliczności związanych w szczególności z objęciem poszczególnych ubezpieczonych umowami ubezpieczenia, z drugiej zaś strony na postanowieniach samych umów ubezpieczenia oraz ogólnych warunków ubezpieczenia można stwierdzić, że katalog czynności agencyjnych wskazanych w ww. przepisach ustawy odpowiada w istocie czynnościom faktycznym i prawnym podejmowanym przez ubezpieczającego. Nie ulega bowiem wątpliwości, że w odróżnieniu od klasycznego modelu grupowej umowy ubezpieczenia (o ile o istnieniu takowego można w ogóle mówić, albowiem umowa grupowa jako taka nie doczekała się regulacji ustawowej)¹⁷² do zawarcia umowy nie dochodzi z uwagi na istnienie pewnej, w niewielkim choćby stopniu skonkretyzowanej grupy potencjalnych ubezpieczonych, których objęcie ochroną ubezpieczeniową leży w interesie ubezpieczającego. Przeciwnie, dopiero po zawarciu umowy zarówno ubezpieczyciel jak i ubezpieczający rozpoczynają proces jej „akwizycji”. W tym procesie ubezpieczający podejmuje szereg czynności charakterystycznych właśnie dla czynności agencyjnych poprzedzających samą procedurę zawarcia umowy, a mianowicie organizuje i prowadzi działania mające na celu pozyskanie jak największej liczby konsumentów, na rachunek których możliwe będzie zawarcie umowy, dokonuje prezentacji umowy używając przy tym szerokiego wachlarza metod marketingowych, a także podejmuje czynności przygotowawcze do zawarcia samej umowy. Co istotne, jak już wyżej wskazano, czynności te są podejmowane odpłatnie, albowiem każdorazowe doprowadzenie do wyrażenia przez konsumenta zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową (do tego w istocie sprowadza się bowiem przystąpienie do ubezpieczenia) wiąże się z obowiązkiem zapłaty przez ubezpieczyciela wynagrodzenia na rzecz ubezpieczającego. Ten właśnie element działalności ubezpieczającego, a więc pozyskiwanie za wynagrodzeniem potencjalnych ubezpieczonych, jest najbardziej charakterystyczny dla działalności agencyjnej. Trzeba bowiem zwrócić uwagę, że w przypadku umowy zawieranej na rachunek osoby trzeciej, ubezpieczający co do zasady nie

¹⁷² Dotychczasowa praktyka dotycząca tzw. grupowych umów ubezpieczenia wskazuje na to, że umowy te zawierane są na potrzeby skonkretyzowanej, choć nie koniecznie spersonalizowanej, grupy potencjalnych ubezpieczonych, których łączy z ubezpieczającym określona więź, czy to o charakterze prawnym, czy faktycznym. Więż ta stanowi swoiste uzasadnienie dla zawarcia przez ubezpieczającego umowy ubezpieczenia. Do popularnych przypadków zawierania grupowych umów ubezpieczenia należy zawieranie tzw. umów pracowniczych, czy też umów zawieranych przez samorządy zawodowe na rzecz swoich członków.

działa w celu osiągnięcia korzyści, w każdym razie nie korzyści rozumianej jako wynagrodzenie za samo zawarcie umowy ubezpieczenia. Nie stanowi to z pewnością *causa* umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek.

Również na etapie wykonywania umowy ubezpieczający wykonuje szereg czynności, które mieszczą się w katalogu czynności agencyjnych. Można tu wskazać choćby na pośrednictwo przy przekazywaniu dokumentacji związanej z zawarciem umowy ubezpieczenia, rozpatrywanie reklamacji związanych z nieprawidłowościami w bieżącej obsłudze umowy przez ubezpieczyciela, czy też wreszcie wykonywanie czynności związanych z realizacją wykupu. W tym miejscu należy wskazać, że wprawdzie zarówno regulacje kodeksu cywilnego, jak i ustawy o działalności ubezpieczeniowej również przewidują udział ubezpieczającego w wykonywaniu umowy ubezpieczenia, to jednak wymaga podkreślenia, że fakt otrzymania wynagrodzenia za zawarcie umowy wyraźnie te czynności determinuje. Z tej przyczyny wydaje się więc, że czynnik wynagrodzenia za zawarcie umowy powinien być jednym z tych, które w sposób szczególny rozróżniają działanie w charakterze pośrednika ubezpieczeniowego od działania w charakterze ubezpieczającego, a więc strony umowy.

Mając na uwadze powyższe można więc stwierdzić, że całokształt okoliczności towarzyszących zawarciu umowy ubezpieczenia, gromadzeniu grupy ubezpieczonych, na rachunek których zawarta zostaje umowa ubezpieczenia, a także rozkład ról pomiędzy ubezpieczycielem, ubezpieczającym oraz ubezpieczonym w omawianym segmencie umów ubezpieczenia wskazuje na istnienie uzasadnionego podejrzenia co do tego, że rola ubezpieczającego sprowadza się tu do roli agenta ubezpieczeniowego, a czynności wykonywane przez jego pracowników są czynnościami agencyjnymi. Zgodnie z ustawą o pośrednictwie ubezpieczeniowym działalność agencyjna jest jednak działalnością reglamentowaną. W związku z tym zarówno prowadzenie działalności agencyjnej jak i wykonywanie czynności agenta ubezpieczeniowego bez uprawnienia stanowi występki, za popełnienie którego art. 47 ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym przewiduje karę grzywny, karę ograniczenia wolności lub karę pozbawienia wolności. Tej samej karze podlega ten, kto wykonuje działalność agencyjną działając w imieniu osoby prawnej.

3.2. Odpowiedzialność za popełnienie przestępstwa oszustwa (art. 286 k.k.)

Działanie mające na celu doprowadzenie potencjalnego ubezpieczonego do podjęcia decyzji o przystąpieniu do ubezpieczenia poprzez wprowadzenie go w błąd, lub też

wykorzystanie błędu, poza tym że może stanowić przejaw praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów lub też przesłankę będącą podstawą do uchylenia się od skutków oświadczenia woli złożonego pod wpływem błędu lub podstępny, może stanowić także przedmiot oceny z punktu widzenia prawa karnego, w tym w szczególności pod kątem wypełnienia znamion czynu zabronionego stypizowanego w art. 286 k.k. Zgodnie z § 1 tego przepisu przestępstwa oszustwa dopuszcza się ten, kto w celu osiągnięcia korzyści majątkowej doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia własnym lub cudzym mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd albo wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsięwziętego działania.

Aby jednak mówić o popełnieniu przestępstwa oszustwa, poza wykazaniem przesłanek strony przedmiotowej przestępstwa, konieczne jest również wykazanie istnienia po stronie osoby, która dopuszcza się tego czynu przestępczego zamiaru, przy czym z uwagi na to, że oszustwo jest przestępstwem kierunkowym, niezbędne jest wykazanie istnienia po stronie sprawcy zarówno zamiaru doprowadzenia do niekorzystnego rozporządzenia (jakim w omawianym przypadku byłoby wyrażenie zgody na zawarcie na rachunek osoby ubezpieczonej niekorzystnej umowy ubezpieczenia z jednoczesnym przejściem przez tę osobę obowiązku opłacania składek), ale też celu, jaki temu zamiarowi towarzyszy, a mianowicie chęci osiągnięcia korzyści majątkowej.

Z uwagi na istnienie powyższych wymogów w zakresie strony podmiotowej przestępstwa oszustwa trzeba stwierdzić, że nie każde wprowadzenie w błąd, uzasadniające uchylenie się od skutków złożonego pod jego wpływem oświadczenia woli, pozwala na przyjęcie ustalenia, że na szkodę ubezpieczonego doszło do popełnienia przestępstwa oszustwa. Tym samym nie sposób w tym miejscu formułować wniosku, że każde działanie przedstawicieli ubezpieczających, którzy dokonują prezentacji umowy ubezpieczenia, w wyniku której konsument podejmuje decyzję o przystąpieniu do ubezpieczenia dopuszczają się jednocześnie przestępstwa na szkodę ubezpieczonego. Nie można jednak wykluczyć, że w okolicznościach konkretnych przypadków istotnie może dojść do wypełnienia znamion tego czynu zabronionego zwłaszcza w tych przypadkach, gdy wynagrodzenie przedstawiciela ubezpieczającego jest uzależnione od doprowadzenia do zawarcia umowy na rzecz konkretnej osoby ubezpieczonej.

W kontekście powyższego warto też zwrócić uwagę, że popełnienie przez osobę reprezentującą ubezpieczającego przestępstwa oszustwa, zgodnie z art. 16 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary może stanowić podstawę odpowiedzialności samego

ubezpieczającego¹⁷³, co z kolei może skutkować orzeczeniem wobec niego kary pieniężnej, przepadku korzyści lub równowartości korzyści osiągniętej chociażby pośrednio z czynu zabronionego (choć tu środek ten nie jest orzekany w sytuacji, gdy korzyść lub jej równowartość podlega zwrotowi na rzecz innego uprawnionego podmiotu), czy wreszcie orzeczeniem określonych w ustawie zakazów wśród których można wymienić chociażby zakaz promocji lub reklamy prowadzonej działalności, wytwarzanych lub sprzedawanych wyrobów, świadczonych usług lub udzielanych świadczeń.

3.3. Prowadzenie działalności w zakresie obrotu instrumentami finansowymi oraz działalności bankowej bez zezwolenia

Jak już była o tym mowa w Rozdziale II niniejszego raportu, co do zasady działalność polegająca na przyjmowaniu i przekazywaniu zleceń nabycia instrumentów finansowych, oferowaniu, nabywaniu lub zbywaniu takich instrumentów jest działalnością maklerską, której prowadzenie wymaga zezwolenia Komisji Nadzoru Finansowego¹⁷⁴. Jej prowadzenie bez wymaganego zezwolenia jest zagrożone karą grzywny do 5 000 000 zł¹⁷⁵. Skonkretyzowanie się odpowiedzialności w tym zakresie jest uzależnione od wykazania, iż umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest w istocie umową pozorną, której celem jest faktyczne świadczenie usług maklerskich, co na gruncie art. 83 § 3 k.c. jest możliwe, jednakże jest uzależnione nie tylko od oceny treści samej umowy, ale również wykazania istnienia zgodnego zamiaru stron, co do zawarcia pozornej czynności prawnej¹⁷⁶. W sytuacji, gdy dwiema stronami umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym są ubezpieczyciel i bank (a więc w ubezpieczeniach grupowych) wydaje się to dość proste.

Również prowadzenie działalności polegającej na przyjmowaniu środków finansowych i obarczaniu ich ryzykiem, a więc czynności z zakresu działalności bankowej,

¹⁷³ Warunkiem skonkretyzowania się tej odpowiedzialności jest ustalenie, że czyn zabroniony został popełniony przez jedną z osób, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary, jeśli jej zachowanie przyniosło lub mogło przynieść podmiotowi zbiorowemu korzyść, choćby niemajątkową. Ponadto z art. 5 ww. ustawy wypływa wniosek, że odpowiedzialność ta ma miejsce gdy do czynu zabronionego doszło w następstwie niezachowania wymogów należytej staranności w zakresie doboru osób działających w imieniu podmiotu zbiorowego tudzież zapewnieniu takiej organizacji podmiotu zbiorowego, która pozwoliłaby na uniknięcie popełnienia czynu zabronionego.

¹⁷⁴ Art. 69 ust. 1 ustawy o obrocie instrumentami finansowymi.

¹⁷⁵ Art. 178 ustawy o obrocie instrumentami finansowymi.

¹⁷⁶ 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.

bez wymaganego zezwolenia stanowi występki zagrożony karą grzywny do 5 000 000 zł i karą pozbawienia wolności do lat 3¹⁷⁷.

¹⁷⁷ Art. 171 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Prawo bankowe (Dz. U. Nr 140, poz. 939 z późn. zm.).

Wnioski

Współpraca ubezpieczycieli z innymi instytucjami finansowymi nakierowana na sprzedaż produktów ubezpieczeniowo-inwestycyjnych nasuwa szereg wątpliwości i zastrzeżeń co do ich zgodności z porządkiem prawnym. Występujące w praktyce naruszenia równowagi stron umów ubezpieczenia na życie, w tym produkty z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, nie doczekały się również do tej pory regulacji prawnych ani stanowczego działania nadzorczego. Praktyka wskazuje, iż wyjątkowo dynamiczny rozwój tego segmentu rynku coraz poważniej narusza interes ekonomiczny coraz większej grupy konsumentów. 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. W efekcie tego, co jednocześnie wynika z analizy skarg, które wpłynęły do Rzecznika Ubezpieczonych, wobec połączenia w jednej umowie elementów umowy ubezpieczenia oraz umowy inwestycyjnej, konsument nie otrzymuje ani należytej ochrony ubezpieczeniowej jego życia i zdrowia, ani oczekiwanego zysku z podejmowanej inwestycji, nieświadomie finansując głównie działalność zakładów ubezpieczeń i banków.

Ponadto, analizując faktyczną rolę ubezpieczającego i ubezpieczonych należy stwierdzić, iż grupowe umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym są *de facto* umowami indywidualnymi, w części przypadków oferowanymi przez osoby wykonujące czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego oraz działalność maklerską bez odpowiednich uprawnień, co niewątpliwie ma znaczący wpływ na coraz poważniejsze naruszenia praw konsumentów przy sprzedaży tego typu produktów.

Nie czekając na zmianę prawa, istnieje aktualnie szereg możliwości prawnych podjęcia skutecznych działań w zakresie ochrony konsumentów umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Do tej pory niestety wykorzystano niewiele z nich, a wydaje się, że przyszedł najwyższy czas aby stanowczo ograniczyć patologie toczące ten segment rynku. Podejmując działania przywracające równowagę na rzecz konsumentów, należy wziąć pod uwagę fakt, iż ubezpieczyciele we współpracy ze swoimi partnerami biznesowymi, dynamicznie zmieniają zasady obowiązujące w poszczególnych produktach, tworzą nowe wzorce umów, dopasowując je głównie do swoich (nie konsumentów) potrzeb. Widać to np. w odniesieniu do opłat pobieranych w

ubezpieczeniach na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Początkowo, opłata likwidacyjna w przypadku zbyt wczesnego rozwiązania umowy ubezpieczenia powodowała zatrzymanie znacznej części (a najczęściej całości) wpłaconych przez ubezpieczonego środków. Obecnie, w związku z zakwestionowaniem na drodze sądowej zapisów dotyczących opłat likwidacyjnych, wysokie opłaty obciążające konsumentów pobierane są już na początku umowy, opakowane tylko w odmienne nazewnictwo.

Przeprowadzone badania pokazują również, że zawarcie umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym wiąże się dla konsumenta z ogromnym ryzykiem dotyczącym nie tylko zawarcia umowy, której skutków konsument nie rozumie, ale również możliwości utraty pieniędzy. Wydaje się, że z tych względów tak skomplikowane, a tym samym niezrozumiałe umowy nie powinny być oferowane osobom, które mają niewystarczającą wiedzę na temat umów ubezpieczenia, szczególnie w przypadku, gdy przychodzą do instytucji zaufania publicznego – banku, z zamiarem bezpiecznego ulokowania i pomnożenia oszczędności.

Wydaje się również, że ubezpieczyciele, banki oraz pośrednicy finansowi i ubezpieczeniowi, którzy z premedytacją doprowadzili do zawarcia przez konsumentów niekorzystnych umów, powinni ponieść na tyle dotkliwe konsekwencje swoich działań, aby po pierwsze uzyskane korzyści nie były wyższe od poniesionej kary, a po drugie, aby skutecznie wyeliminować i zniechęcić na przyszłość do stosowania praktyk opisanych w niniejszym raporcie.

Raport przygotowali pracownicy i eksperci Biura Rzecznika Ubezpieczonych:

mec. Anna Gadomska-Orłowska, Wojciech Kamieński, Cezary Orłowski, Małgorzata Więcko