

Bancassurance – reaktywacja z uwzględnieniem interesów konsumentów



Rzecznik
Ubezpieczonych

www.rzu.gov.pl

Anna Dąbrowska

Warszawa, 8 października 2015 r.

PROBLEMY

- odmowa spełnienia i zaniżanie wysokości świadczeń;
- problem zwrotu składek ubezpieczeniowych za niewykorzystany okres ubezpieczenia;
- nieprawidłowe praktyki banków, przy zawieraniu lub przystępowaniu do umów ubezpieczenia, jak również przy dochodzeniu roszczeń (brak informacji lub informacja wprowadzająca w błąd)
- dominowały skargi dotyczące umów grupowego ubezpieczenia kredytobiorców i pożyczkobiorców, obejmujących takie ryzyka jak śmierć osoby ubezpieczonej, poważne zachorowanie, utrata zatrudnienia oraz niezdolność do pracy; liczna grupa skarg dotyczyła umów ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym, zawieranych w ramach *bancassurance*

NOWE PRZEPISY

- 1) Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej
- 2) Ustawa o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym

DZIAŁANIA ORGANU NADZORU

- 1) Rekomendacja U dotycząca dobrych praktyk w zakresie bancassurance
- 2) Wytyczne dla zakładów ubezpieczeń dotyczące dystrybucji ubezpieczeń

Art. 18 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

1. W ubezpieczeniu na cudzy rachunek, w szczególności w ubezpieczeniu grupowym, ubezpieczający nie może otrzymywać wynagrodzenia lub innych korzyści w związku z oferowaniem możliwości skorzystania z ochrony ubezpieczeniowej lub czynnościami związanymi z wykonywaniem umowy ubezpieczenia. Nie wyklucza to możliwości zobowiązania się przez ubezpieczonego wobec ubezpieczającego do finansowania kosztu składki ubezpieczeniowej.

2. Zakaz otrzymywania wynagrodzenia lub innych korzyści, obejmuje również osoby działające na rzecz lub w imieniu ubezpieczającego.

Art. 18 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Wyjątek:

Zakaz pobierania wynagrodzenia oraz innych korzyści nie dotyczy umów ubezpieczenia grupowego, zawartych na rachunek pracowników lub osób wykonujących pracę na podstawie umów cywilnoprawnych oraz członków ich rodzin, a także umów zawartych na rachunek członków stowarzyszeń, samorządów zawodowych lub związków zawodowych.

Art. 21 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

1. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia w zakresie ubezpieczeń, o których mowa w dziale I w grupie 3 załącznika do ustawy, zakład ubezpieczeń uzyskuje od ubezpieczającego, w formie ankiety, informacje dotyczące jego potrzeb, wiedzy i doświadczenia w dziedzinie ubezpieczeń na życie oraz jego sytuacji finansowej, tak aby zakład ubezpieczeń mógł dokonać oceny, jaka umowa ubezpieczenia jest odpowiednia do potrzeb ubezpieczającego.

2. W przypadku umowy ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek, w szczególności ubezpieczenia grupowego, o którym mowa w dziale I w grupie 3 załącznika do ustawy, zakład ubezpieczeń uzyskuje, w formie ankiety, informacje dotyczące ubezpieczonego, o których mowa w ust. 1, przed wyrażeniem przez ubezpieczonego zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia zawartej przez ubezpieczającego, tak aby zakład ubezpieczeń mógł dokonać oceny, czy umowa ubezpieczenia jest odpowiednia do potrzeb ubezpieczonego.

Art. 21 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (propozycja ubezpieczenia, rekomendacja i uzasadnienie)

3. Na podstawie analizy uzyskanych informacji zakład ubezpieczeń przedstawia ubezpieczającemu propozycje ubezpieczenia odpowiednie do potrzeb ubezpieczającego wraz z uzasadnieniem, które obejmuje w szczególności zidentyfikowanie potrzeb ubezpieczającego oraz wyjaśnienie, w jaki sposób przedstawione propozycje zaspokajają te potrzeby.

5. Przy ubezpieczeniu grupowym zakład ubezpieczeń przedstawia ubezpieczonemu przed wyrażeniem przez niego zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia zawartej przez ubezpieczającego rekomendację wraz z uzasadnieniem w zakresie skorzystania przez ubezpieczonego z tej ochrony. Uzasadnienie musi obejmować przynajmniej informację, jak zostały zidentyfikowane potrzeby ubezpieczonego oraz wyjaśnienie, w jaki sposób ochrona ubezpieczeniowa udzielana na podstawie umowy ubezpieczenia zaspokaja te potrzeby. Do ubezpieczonego i zakładu ubezpieczeń stosuje się odpowiednio przepisy ust. 3 i 4.

Art. 21 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

4. W przypadku gdy z analizy informacji, o których mowa w ust. 1, wynika, że potrzeby ubezpieczającego są nieadekwatne do jego doświadczenia, wiedzy w dziedzinie ubezpieczeń na życie lub sytuacji finansowej lub brak jest ubezpieczenia odpowiedniego do potrzeb ubezpieczającego, zakład ubezpieczeń przekazuje ubezpieczającemu tę informację z jednoczesnym ostrzeżeniem, że wynik analizy lub oferta zakładu ubezpieczeń uniemożliwia zaoferowanie odpowiedniego ubezpieczenia. Ubezpieczający pisemnie potwierdza otrzymanie tej informacji oraz składa pisemne oświadczenie o zapoznaniu się z ostrzeżeniem. W takim przypadku umowa ubezpieczenia może zostać zawarta tylko na podstawie pisemnego żądania ubezpieczającego.

Art. 21 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

6. W przypadku odmowy wypełnienia przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego ankiety, o której mowa w ust. 1 lub 2, przepisów ust. 3 i 5 nie stosuje się.

7. Przepisów ust. 1–5 nie stosuje się do pracowniczych programów emerytalnych prowadzonych w formie umowy grupowego ubezpieczenia na życie, o których mowa w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o pracowniczych programach emerytalnych.

Art. 22 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

1. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia na życie, jeżeli jest związana z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, o której mowa w dziale I w grupie 3 załącznika do ustawy, zakład ubezpieczeń przekazuje osobie zainteresowanej zawarciem takiej umowy, na piśmie lub, jeżeli ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, podstawowe informacje dotyczące tej umowy.

Art. 22 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i
reasekuracyjnej

5. W przypadku umowy ubezpieczenia, jeżeli jest związana z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, o której mowa w dziale I w grupie 3 załącznika do ustawy, zawieranej na cudzy rachunek, w szczególności ubezpieczenia grupowego, ubezpieczający przekazuje osobie zainteresowanej przystąpieniem do takiej umowy, na piśmie lub, jeżeli ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, informacje, o których mowa w ust. 1. Przepisy ust. 2–4 stosuje się odpowiednio.

Art. 24 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

1. Obowiązek dodatkowych informacji ze strony ubezpieczyciela w przypadku umów ubezpieczenia na życie, w których wysokość świadczenia jest ustalana w oparciu o określone indeksy lub inne wartości bazowe, o której mowa w dziale I w grupie 3 załącznika do ustawy.

2. W przypadku umowy ubezpieczenia na życie, w której wysokość świadczenia jest ustalana w oparciu o określone indeksy lub inne wartości bazowe, zawieranej na cudzy rachunek, w szczególności ubezpieczenia grupowego, ubezpieczający przekazuje osobie zainteresowanej przed przystąpieniem do takiej umowy, na piśmie lub, jeżeli ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, informacje, o których mowa w ust. 1.

Art. 24 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

3. W umowie ubezpieczenia na życie, w której wysokość świadczenia jest ustalana w oparciu o określone indeksy lub inne wartości bazowe, zawartej na okres nie dłuższy niż 5 lat zakład ubezpieczeń w zakresie wynagrodzenia pośrednika ubezpieczeniowego kieruje się zasadą równomiernego rozłożenia w czasie wydatków z tytułu prowizji pośrednika ubezpieczeniowego w okresie ubezpieczenia określonym w umowie ubezpieczenia.

4. W umowie ubezpieczenia na życie, w której wysokość świadczenia jest ustalana w oparciu o określone indeksy lub inne wartości bazowe, zawartej na okres dłuższy niż 5 lat lub na czas nieokreślony zakład ubezpieczeń w zakresie wynagrodzenia pośrednika ubezpieczeniowego kieruje się zasadą równomiernego rozłożenia w czasie wydatków z tytułu prowizji pośrednika ubezpieczeniowego w okresie nie krótszym niż 5 lat.

Art. 26 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w dziale I w grupie 3 załącznika do ustawy, oraz umowy ubezpieczenia na życie lub dożycie, w której świadczenie zakładu ubezpieczeń z tytułu dożycia jest równe składce ubezpieczeniowej powiększonej o określony w umowie ubezpieczenia wskaźnik, w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy rocznej informacji, o której mowa w art. 20 ust. 3.

Art. 26 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

2. W przypadku umowy ubezpieczenia na życie zawartej na cudzy rachunek, o której mowa w dziale I w grupie 3 załącznika do ustawy, oraz zawartej na cudzy rachunek umowy ubezpieczenia na życie lub dożycie, w której świadczenie zakładu ubezpieczeń z tytułu dożycia jest równe składce ubezpieczeniowej powiększonej o określony w umowie ubezpieczenia wskaźnik, ubezpieczony może wystąpić z umowy ubezpieczenia ze skutkiem odstąpienia od tej umowy, w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy, zgodnie z art. 20 ust. 6 pkt 2, rocznej informacji, o których mowa w art. 20 ust. 3 i 4.

Art. 26 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

3. W przypadku odstąpienia lub wystąpienia z umowy ubezpieczenia na życie, w której wysokość świadczenia jest ustalana w oparciu o określone indeksy lub inne wartości bazowe, o której mowa w dziale I w grupie 3 załącznika do ustawy, oraz umowy ubezpieczenia na życie lub dożycia, w której świadczenie zakładu ubezpieczeń z tytułu dożycia jest równe składce ubezpieczeniowej powiększonej o określony w umowie ubezpieczenia wskaźnik, zakład ubezpieczeń wypłaca wartość opłaconych składek pomniejszonych nie więcej niż o 4%. Zakład ubezpieczeń może pomniejszyć wypłacane kwoty o koszt udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, chyba że koszty te zostały rozliczone wcześniej. Jeżeli ubezpieczony finansował koszt składki ubezpieczeniowej, ubezpieczający niezwłocznie zwraca ubezpieczonemu kwoty wypłacone przez zakład ubezpieczeń.

Art. 26 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

4. W przypadku odstąpienia lub wystąpienia z umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, zakład ubezpieczeń wypłaca wartość jednostek ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych według stanu na dzień otrzymania informacji o odstąpieniu lub wystąpieniu z umowy pomniejszoną nie więcej niż o 4%. Zakład ubezpieczeń może pomniejszyć wypłacane kwoty o koszt udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, chyba że koszty te zostały rozliczone wcześniej. Jeżeli ubezpieczony finansował koszt składki ubezpieczeniowej, ubezpieczający niezwłocznie zwraca ubezpieczonemu kwoty wypłacone przez zakład ubezpieczeń.

Art. 2 pkt 2 ustawy
o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego
i o Rzeczniku Finansowym

2) reklamacja – wystąpienie skierowane do podmiotu rynku finansowego przez jego klienta, w którym klient zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez podmiot rynku finansowego;

Art. 3 ustawy
o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego
i o Rzeczniku Finansowym

1. Reklamacja może być złożona w każdej jednostce podmiotu rynku finansowego obsługującej klientów.
2. Reklamacja może być złożona:
 - 1) w formie pisemnej – osobiście, w jednostce podmiotu rynku finansowego obsługującej klientów, albo przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy – Prawo pocztowe;
 - 2) ustnie – telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce, o której mowa w ust. 1;
 - 3) w formie elektronicznej z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej, o ile takie środki zostały do tego celu wskazane przez podmiot rynku finansowego.

Art. 4 ustawy

o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym

1. Podmiot rynku finansowego zamieszcza w umowie zawieranej z klientem następujące informacje dotyczące procedury składania i rozpatrywania reklamacji:

- 1) miejsce i formę złożenia reklamacji;
- 2) termin rozpatrzenia reklamacji;
- 3) sposób powiadomienia o rozpatrzeniu reklamacji.

2. W odniesieniu do klientów, którzy nie zawarli umowy z podmiotem rynku finansowego, informacje, o których mowa w ust. 1, powinny zostać dostarczone w ciągu 7 dni od dnia, w którym nastąpiło zgłoszenie roszczeń klienta wobec podmiotu rynku finansowego.

Art. 5 ustawy
o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego
i o Rzeczniku Finansowym

1. Po złożeniu przez klienta reklamacji, zgodnie z wymogami, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 1, podmiot rynku finansowego rozpatruje reklamację i udziela klientowi odpowiedzi w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji.
2. Odpowiedź, o której mowa w ust. 1, podmiot rynku finansowego może dostarczyć pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek klienta.

Art. 6 ustawy
o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego
i o Rzeczniku Finansowym

Odpowiedzi, o której mowa w art. 5 ust. 1, należy udzielić bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.

Art. 7 ustawy

o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego
i o Rzeczniku Finansowym

W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w art. 6, podmiot rynku finansowego w informacji przekazywanej klientowi, który wystąpił z reklamacją:

- 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
- 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
- 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.

Art. 8 ustawy
o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego
i o Rzeczniku Finansowym

W przypadku niedotrzymania terminu określonego w art. 6, a w określonych przypadkach terminu określonego w art. 7, reklamację uważa się za rozpatrzoną zgodnie z wolą klienta.

(art. 5 k.c.)

Art. 9 ustawy

o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym

Odpowiedź, o której mowa w art. 5 ust. 1, powinna zawierać w szczególności:

- 1) uzasadnienie faktyczne i prawne, chyba że reklamacja została rozpatrzona zgodnie z wolą klienta;
- 2) wyczerpującą informację na temat stanowiska podmiotu rynku finansowego w sprawie skierowanych zastrzeżeń, w tym wskazanie odpowiednich fragmentów wzorca umowy lub umowy;
- 3) imię i nazwisko osoby udzielającej odpowiedzi ze wskazaniem jej stanowiska służbowego;
- 4) określenie terminu, w którym roszczenie podniesione w reklamacji rozpatrzonej zgodnie z wolą klienta zostanie zrealizowane, nie dłuższego niż 30 dni od dnia sporządzenia odpowiedzi

Art. 10 ustawy

o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym (odpowiedź odmowna)

W przypadku nieuwzględnienia roszczeń wynikających z reklamacji klienta treść odpowiedzi, o której mowa w art. 5 ust. 1, powinna zawierać również pouczenie o możliwości:

- 1) odwołania się od stanowiska zawartego w odpowiedzi, jeżeli podmiot rynku finansowego przewiduje tryb odwoławczy, a także o sposobie wniesienia tego odwołania;
- 2) skorzystania z instytucji mediacji albo sądu polubownego, albo innego mechanizmu polubownego rozwiązywania sporów, jeżeli podmiot rynku finansowego przewiduje taką możliwość;
- 3) wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego;
- 4) wystąpienia z powództwem do sądu powszechnego ze wskazaniem podmiotu, który powinien być pozwany i sądu miejscowo właściwego do rozpoznania sprawy

Dziękuję za uwagę



**Rzecznik
Ubezpieczonych**

www.rzu.gov.pl