

MAGDALENA SZCZEPAŃSKA

## Analiza potrzeb klienta w świetle art. 21 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej – wybrane zagadnienia

*W art. 21 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej został nałożony na zakłady ubezpieczeń na życie nowy obowiązek – przeprowadzenia analizy potrzeb ubezpieczonego we wskazanych przez ustawodawcę rodzajach umów. Regulacje prawne dotyczące analizy potrzeb klienta przez ubezpieczyciela są zawarte również w Rekomendacji dla zakładów ubezpieczeń dotyczących badania adekwatności produktu z dnia 22 marca 2016 r. oraz w Rekomendacji U dotyczącej dobrych praktyk w zakresie bancassurance wydanej przez KNF w czerwcu 2014 r. Analiza ww. regulacji prawnych wskazuje, że mają one odmienny zakres, w szczególności w odniesieniu do rodzajów umów, których dotyczą, co w praktyce może rodzić problemy z ich zastosowaniem.*

*Art. 21 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej przewiduje obowiązek zakładu ubezpieczeń przeprowadzenia analizy potrzeb ubezpieczonego w umowie ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek, w szczególności ubezpieczenia grupowego. Regulacja ta powinna być analizowana odrębnie w odniesieniu do umowy indywidualnej i do umowy grupowej. W tego rodzaju umowach badaniu powinny podlegać co do zasady potrzeby ubezpieczonego i jego stan wiedzy, nie zaś – ubezpieczającego. Natomiast w odniesieniu do możliwości finansowych badaniu powinna podlegać kwestia, kto finansuje składkę ubezpieczeniową i – w konsekwencji – kto powinien dysponować środkami finansowymi na jej opłacenie.*

**Słowa kluczowe:** badanie potrzeb, ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, umowa ubezpieczenia zawierana na cudzy rachunek.

### Wstęp

Istota umowy ubezpieczenia polega na realizacji określonych potrzeb ubezpieczonych w postaci pokrycia kosztów szkody lub wystąpienia dodatkowych wydatków, wynikających przede wszystkim z zaistnienia określonych wypadków ubezpieczeniowych. W obrocie występuje szerokie spektrum umów ubezpieczenia, obejmujące różnego rodzaju wypadki ubezpieczeniowe oraz oferujące różne świadczenia. W związku z powyższym decyzja o wyborze konkretnej umowy powinna być

poprzedzona dość wnikliwą analizą konkretnego produktu ubezpieczeniowego z punktu widzenia potrzeb klienta zakładu. Uwzględniając to, że są to kontrakty najwyższego zaufania, należy uznać, iż istotną rolę w zdefiniowaniu potrzeb ubezpieczonego powinien odgrywać sam zakład ubezpieczeń jako profesjonalista, który może na podstawie wiedzy statystycznej zdefiniować abstrakcyjny katalog potrzeb, stanowiący bazę do określenia indywidualnych potrzeb klienta, a w konsekwencji – dokonania wyboru adekwatnego dla niego produktu. Oferowane przez zakłady ubezpieczeń umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym i umowy ubezpieczenia na życie, w których świadczenie zakładu ubezpieczeń jest ustalane w oparciu o określone indeksy lub inne wartości bazowe, mają różnicowany charakter prawny. W przypadku tych umów znaczną rolę odrywa ich funkcja inwestycyjna, w związku z powyższym umowa powinna w szczególności sposób odzwierciedlać potrzeby finansowe ubezpieczonego.

Właściwa analiza potrzeb klienta przez zakład ubezpieczeń pełni swoistą funkcję informacyjną dla klientów, ponieważ rynek usług finansowych, w tym w szczególności usług ubezpieczeniowych, charakteryzuje się ogólną asymetrią informacji. Z reguły potencjalni klienci zainteresowani inwestycjami w instrumenty finansowe nie posiadają specjalistycznej wiedzy o produktach ubezpieczeniowych, ich konstrukcji i charakterze. Taką specjalistyczną wiedzą dysponują natomiast podmioty, które świadczą usługi finansowe. Asymetria informacyjna dotyczy przede wszystkim klientów nieprofesjonalnych, w tym również przedsiębiorców prowadzących działalność gospodarczą na rynku innego rodzaju niż rynek instrumentów finansowych<sup>1</sup>.

## 1. Regulacje prawne dotyczące analizy potrzeb klienta

Poprzednio obowiązująca ustawa z 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej nie zawierała żadnych regulacji prawnych przewidujących obowiązek dokonywania analizy potrzeb klienta przed zawarciem umowy ubezpieczenia. W kodeksie cywilnym ustawodawca również nie umieścił przepisów wprowadzających przedmiotowy obowiązek. W tym zakresie ubezpieczyciele stosowali praktykę przeprowadzania badania potrzeb klienta, jednak nie była ona jednolita, ponieważ posługiwali się opracowaną przez siebie metodologią. Brak regulacji prawnej przedmiotowej kwestii został dostrzeżony zarówno przez ustawodawcę, jak i przez organ nadzoru, czego odzwierciedleniem było wprowadzenie odpowiednich przepisów prawa lub wytycznych bądź rekomendacji przez Komisję Nadzoru Finansowego.

W obecnie obowiązującej ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej w art. 21 ustawodawca nałożył obowiązek przeprowadzania adekwatności danego ubezpieczenia dla konkretnego ubezpieczającego lub ubezpieczonego. Regulacje prawne dotyczące analizy potrzeb klienta przez ubezpieczyciela są zawarte również w Rekomendacji dla zakładów ubezpieczeń dotyczących badania adekwatności produktu – z dnia 22 marca 2016 r. – oraz w Rekomendacji U dotyczącej dobrych praktyk w zakresie *bancassurance* wydanej przez KNF w czerwcu 2014 r. W ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej jedynie jeden przepis został poświęcony

---

1. P. Pest, *Obowiązek badania wiedzy i doświadczenia inwestycyjnego klienta według MiFID a możliwe działania nadzorcze*, <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/> [dostęp: 4.12.2016]. Materiały z ogólnopolskiej konferencji naukowej zorganizowanej przez Studenckie Koło Naukowe Prawa Finansowego FISCUS, działające przy Katedrze Prawa Finansowego na Wydziale Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego, przy udziale Komisji Nadzoru Finansowego, Wrocław, 27-28 października 2011, s. 89–96,

tej kwestii, również w Rekomendacji U regulator jedynie w niewielkim zakresie odniósł się do tego zagadnienia. Kompleksową regulacją dotyczącą tej problematyki jest Rekomendacja dla zakładów ubezpieczeń dotyczących badania adekwatności produktu. W rekomendacji określono szczegółowe zalecenia dotyczące zasad przeprowadzania analizy potrzeb oraz ich umiejscowienia w systemie zarządzania ryzykiem w zakładzie ubezpieczeń. Rekomendacja przewiduje, że należy ją stosować także wobec ubezpieczonego w ubezpieczeniu grupowym na cudzy rachunek. Obowiązek badania adekwatności produktu ma charakter obowiązku rezultatu, co oznacza, że podmiot zobowiązany musi dane o potrzebach i możliwościach konkretnego podmiotu rzeczywiście posiadać, a nie jedynie zwrócić się do potencjalnego klienta o ich przedstawienie.<sup>2</sup>

## 2. Funkcja analizy potrzeb ubezpieczonego

W związku z występującą na rynku instrumentów finansowych asymetrią informacyjną pomiędzy ubezpieczycielem a jego klientami stosowane są różne instrumenty, które mają na celu jej ograniczenie. Jednym z nich jest wprowadzenie obowiązku przeprowadzania przez ubezpieczyciela badania potrzeb ubezpieczonego. Ma ono na celu umożliwienie uzyskania przez potencjalnego klienta zakładu ubezpieczeń informacji pozwalających na podjęcie racjonalnej decyzji o wyborze ubezpieczenia najbardziej odpowiadającego jego potrzebom spośród oferowanych produktów ubezpieczeniowych.

W przypadku obowiązku badania potrzeb ubezpieczonego należy uwzględnić zarówno zakres oferty danego ubezpieczyciela, jak i indywidualną sytuację konkretnego ubezpieczonego pod kątem wyboru odpowiedniego ubezpieczenia. Regulacje zawarte w art. 21 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz w Rekomendacji dla zakładów ubezpieczeń dotyczących badania adekwatności produktu dotyczą umów ubezpieczenia o charakterze inwestycyjnym. W związku z powyższym ocena potrzeb klienta będzie koncentrować się przede wszystkim na inwestycyjnych aspektach tego rodzaju umów, w szczególności: charakteru danego produktu, jego celów inwestycyjnych, jego sytuacji finansowej oraz wiedzy niezbędnej do zrozumienia ryzyk związanych z daną umową. W odniesieniu do zakresu oferty danego ubezpieczyciela należy zwrócić uwagę na to, że określone potrzeby ubezpieczonego mogą być zrealizowane poprzez kilka różnych produktów oferowanych przez ubezpieczyciela i każdy z nich będzie je realizował w wymaganym zakresie. Może również wystąpić sytuacja, w której najbardziej odpowiednią ofertą dla konkretnego ubezpieczonego będzie połączenie kilku umów ubezpieczenia i taka kombinacja będzie zapewniać kompleksowe zaspokojenie jego potrzeb. Z punktu widzenia ubezpieczonego istnieje niebezpieczeństwo zaoferowania produktu, który nie jest odpowiedni dla niego ze względu na zbyt wąski lub zbyt szeroki zakres ubezpieczenia. W szerszym kontekście badania adekwatności produktu dla konkretnego ubezpieczonego powinna być również uwzględniana wysokość składki ubezpieczeniowej.

W literaturze przedmiotu przyjmuje się, że zakres obowiązku badania potrzeb nie jest nieograniczony. W polskim systemie prawnym jest on zdeterminowany zakresem regulacji zawartej w art. 21 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz w Rekomendacji dla zakładów ubezpieczeń dotyczących badania adekwatności produktu. Ubezpieczyciel nie jest zobowiązany do badania np. wszystkich możliwych planów klienta oraz nie musi zdobywać bardzo szczegółowych informacji, w szczególności tych, które są irrelewantne dla określonego typu

---

2. T. Czech, *Kryterium odpowiedniego charakteru usługi inwestycyjnej oraz instrumentów finansowych według MiFID*, „Przegląd Prawa Handlowego” 2009, nr 7, s. 17.

ubezpieczenia.<sup>3</sup> Wydaje mi się, że na etapie tworzenia produktu ubezpieczyciele mogliby zaklasyfikować go do danej grupy produktowej, która byłaby przyporządkowana odpowiedniej grupie klientów. Bazą do dokonania kategoryzacji klientów powinien być przeciętny, typowy klient ubezpieczyciela charakteryzujący się standardowym poziomem wiedzy o produktach ubezpieczeniowych. Budując dany produkt, można sporządzić kartę produktu określającą, dla jakich Klientów (o jakich cechach) jest on odpowiedni.

### 3. Zakres regulacji odnoszących się do analizy badania potrzeb

Analiza ww. regulacji prawnych wskazuje, że mają one odmienny zakres. Art. 21 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej dotyczy ubezpieczeń, o których mowa w dziale I w grupie 3 załącznika do ustawy (umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym i umowy ubezpieczenia na życie, w których świadczenie zakładu ubezpieczeń jest ustalane w oparciu o określone indeksy lub inne wartości bazowe). Rekomendacja dla zakładów ubezpieczeń dotyczących badania adekwatności produktu ma zastosowanie do szerszej kategorii ubezpieczeń: umów ubezpieczenia na życie, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, umów ubezpieczenia na życie, w których świadczenie zakładu ubezpieczeń jest ustalane w oparciu o określone indeksy lub inne wartości bazowe, a także do innych umów ubezpieczenia z działu I załącznika do ustawy, mających zapewnić wartość w dniu zapadalności lub wartość wykupu w przypadku, gdy wartość ta w dniu zapadalności lub wartość wykupu są całkowicie lub częściowo narażone, bezpośrednio lub pośrednio, na wahania rynków. W Rekomendacji U obowiązek badania adekwatności produktu dotyczy wszystkich rodzajów produktów ubezpieczeniowo-inwestycyjnych oferowanych przez bank.

Powyższe rozbieżności dotyczące zakresu ww. regulacji mogą rodzić poważne trudności w praktyce. Jak wskazano w Rekomendacji dla zakładów ubezpieczeń dotyczących badania adekwatności produktu, produkty oferowane przez ubezpieczycieli cechują się złożonością i dużym stopniem skomplikowania. Elementy przedmiotowe istotne umów ubezpieczenia na życie, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, oraz umów ubezpieczenia na życie, w których świadczenie zakładu ubezpieczeń jest ustalane w oparciu o określone indeksy lub inne wartości bazowe, można zdefiniować na podstawie przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (art. 23 i 24). Natomiast wątpliwości budzi objęcie obowiązkiem stosowania rekomendacji umów ubezpieczeń z działu I grupy 1–4 załącznika do ustawy, mające zapewnić wartość w dniu zapadalności lub wartość wykupu w przypadku, gdy wartość ta w dniu zapadalności lub wartość wykupu jest całkowicie lub częściowo narażona, bezpośrednio lub pośrednio, na wahania rynków. Należy podkreślić, że zawarta w Rekomendacji definicja „produktu” nie precyzuje bliżej tego pojęcia, a jedynie ogranicza się do wymienia ww. ubezpieczeń. W świetle ww. definicji należy odnieść się również do brzmienia pkt 8.1 Rekomendacji 8, w którym wskazano, że zakład ubezpieczeń nie może rekomendować produktu, w przypadku gdy z oświadczenia klienta wynika, że zamierza zawrzeć wyłącznie umowę ubezpieczenia na wypadek śmierci lub dożycia określonego wieku (z działu I grupy 1 załącznika do ustawy), w której suma ubezpieczenia stanowić będzie określoną w momencie zawierania umowy wartość pieniężną, lub umowę ubezpieczenia rentowego (z działu I grupy 4 załącznika do ustawy), w ramach której zakład ubezpieczeń zobowiązuje się

---

3. J.Prolss, A.Martin, *Versicherungsvertragsgesetz*, CH Beck, München, 2015, s. 124.

do spełnienia świadczeń o określonej w momencie zawarcia umowy wysokości. Należy wskazać, że nie odniesiono się w tym przypadku w ogóle do wartości wykupu, które występują w definicji „produktu”, a które mogą występować również w takich umowach. W związku z powyższym, należy uznać, że takie określenie rodzaju ubezpieczenia budzi poważne wątpliwości ponieważ posłużono się zwrotami niedookreślonymi i odbiegającymi od terminologii ubezpieczeniowej, np. „dzień zapadalności”. Ponadto definicja takiego ubezpieczenia powinna uwzględniać specyfikę ubezpieczeń na życie. Co do zasady w ubezpieczeniach na życie stosowana jest stopa techniczna, a zakłady ubezpieczeń dzielą się zyskiem z ubezpieczającymi / ubezpieczonymi w przypadku osiągnięcia stopy zwrotu z działalności inwestycyjnej wyższej niż założona stopa techniczna, np. w formie formuły ustalania wartości wykupu, który jest zawarty. Szeroka interpretacja tego pojęcia spowoduje zakwalifikowanie do tej kategorii bardzo dużej grupy ubezpieczeń na życie, również tych o charakterze ochronnym. W związku z powyższym ubezpieczyciele mogą mieć w praktyce trudności w zakresie ustalenia, które z oferowanych przez nich produktów powinny być objęte procedurą badania adekwatności zgodnie z Rekomendacją dla zakładów ubezpieczeń dotyczących badania adekwatności produktu.

Szczegółowe zalecenia dotyczące zasad przeprowadzania analizy potrzeb zostały zawarte w art. 21 ust. 1. Przepis ten określa, że formą tego badania jest ankieta, na podstawie której ubezpieczyciel uzyskuje informacje dotyczące potrzeb klienta, jego wiedzy i doświadczenia w dziedzinie ubezpieczeń na życie oraz jego sytuacji finansowej. Powyższe oznacza, że ustawodawca przyjęł zasadę pozyskiwania przez ubezpieczyciela wymaganych informacji bezpośrednio od klienta za pomocą wystandaryzowanego formularza. Minimalny zakres danych umieszczonych w ankiecie został określony w rozporządzeniu Ministra Finansów. Powinna ona obejmować informacje dotyczące:

- 1) celu zawarcia lub przystąpienia do umowy;
- 2) poziomu ryzyka inwestycyjnego, jaki ubezpieczający lub ubezpieczony jest w stanie zaakceptować w ramach realizacji wskazanego celu;
- 3) preferowanej częstotliwości opłacania składki ubezpieczeniowej;
- 4) preferowanego okresu obowiązywania umowy ubezpieczenia na życie;
- 5) wieku ubezpieczającego lub ubezpieczonego;
- 6) wiedzy oraz jej źródeł w zakresie ubezpieczeń na życie oraz produktów inwestycyjnych;
- 7) rodzajów dokonanych inwestycji w zakresie ubezpieczeń na życie oraz produktów inwestycyjnych w ciągu ostatnich 5 lat;
- 8) bieżącej sytuacji finansowej ubezpieczającego lub ubezpieczonego.

Regulacje uszczegóławiające ww. normę zawiera Rekomendacja dla zakładów ubezpieczeń dotyczących badania adekwatności produktu. Zdefiniowano w niej szczegółowo zakres informacji, które powinny uzyskać zakłady ubezpieczeń w ramach dokonywanej analizy potrzeb. Ponadto określono konsekwencje dokonania analizy potrzeb konkretnego klienta oraz procedurę postępowania w zakresie oferowania adekwatnego produktu. W porównaniu do normy zawartej w art. 21 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej w rekomendacji obowiązek ten sformułowano jako badanie potrzeb i możliwości klienta.

Ankieta zakładu ubezpieczeń w zakresie potrzeb klienta powinna zawierać pytania dotyczące (Rekomendacja 6):

- celu zawarcia lub przystąpienia do umowy ubezpieczenia,
- poziomu ryzyka inwestycyjnego, jaki klient jest w stanie zaakceptować w ramach realizacji wskazanego celu,

- preferowanej częstotliwości opłacania składki ubezpieczeniowej,
- preferowanego okresu obowiązywania umowy ubezpieczenia na życie,
- wieku klienta.

Ankieta zakładu ubezpieczeń w zakresie możliwości klienta powinna zawierać pytania dotyczące (Rekomendacja 7):

- wiedzy oraz jej źródeł w zakresie ubezpieczeń na życie oraz produktów inwestycyjnych;
- rodzajów dokonanych inwestycji w zakresie ubezpieczeń na życie oraz produktów inwestycyjnych w ciągu ostatnich 5 lat;
- bieżącej sytuacji finansowej ubezpieczającego lub ubezpieczonego.

W rekomendacjach 6 i 7 doprecyzowano zakres ww. pytań. W Rekomendacji 7 sformułowano szczegółowe wytyczne dotyczące pytań m.in. w zakresie dokonanych przez potencjalnego klienta ubezpieczycieli inwestycji oraz jego sytuacji finansowej. Zakład ubezpieczeń powinien uzyskać informacje dotyczące umów ubezpieczenia zawartych w ciągu ostatnich 5 lat, innych umów, których przedmiotem było nabycie produktów inwestycyjnych, przybliżonej wartości miesięcznego dochodu netto, za który uważa się średni miesięczny przychód obliczony na podstawie przychodów za sześć miesięcy poprzedzających wypełnienie ankiety, pomniejszony o zaliczkę na poczet podatku dochodowego od osób fizycznych, składki na ubezpieczenie zdrowotne, składki na ubezpieczenie społeczne, alimenty na rzecz innych osób oraz wydatki z tytułu zobowiązań kredytowych i finansowych.

Kwestia konstrukcji kwestionariusza i doboru konkretnych pytań pozostaje w gestii zakładu ubezpieczeń. W literaturze przedmiotu reprezentowane jest stanowisko, że takie kwestionariusze powinny zawierać przede wszystkim pytania konkretne, a nie abstrakcyjne. Odpowiedzi na pytania konkretne są co do zasady bardziej trafne, a więc w większym stopniu odpowiadają rzeczywistości.<sup>4</sup> Co do zasady należy uznać, że zakres wymaganych przez ubezpieczyciela informacji i ich szczegółowość może być zróżnicowana w zależności od stopnia złożoności danego produktu, poziomu ryzyka inwestycyjnego, częstotliwości opłacania składki. Należy podkreślić, że w odniesieniu do umowy ubezpieczenia nie wprowadzono podziału na klientów profesjonalnych i nieprofesjonalnych. Należy uznać, że zakres informacji określony w Rekomendacji jest bardzo szczegółowy i zakłady ubezpieczeń mogą mieć trudności z uzyskaniem tych informacji oraz ich weryfikacją, np. poprzez brak prawa do korzystania z informacji zgromadzonych w Biurze Informacji Kredytowej. Należy uznać, że podobnie jak inne firmy inwestycyjne zobowiązane do badania adekwatności usługi finansowej, ubezpieczyciele mają prawo polegać na informacjach przedstawionych przez swoich klientów, chyba że są świadome lub powinny być świadome, że informacje takie są zdecydowanie nieaktualne, niedokładne lub niepełne.

Ustawodawca przewidział, że informacje dotyczące potrzeb klienta, jego wiedzy i doświadczenia w dziedzinie ubezpieczeń na życie oraz jego sytuacji finansowej powinny być uzyskane przed zawarciem umowy ubezpieczenia lub – w ubezpieczeniu grupowym – przed złożeniem przez ubezpieczonego oświadczenia o przystąpieniu do umowy ubezpieczenia. Przepis ten nie definiuje okresu pomiędzy uzyskaniem informacji a zawarciem umowy. W literaturze przedmiotu przyjmuje się, że jeżeli pojawi się uzasadnione podejrzenie, że posiadane przez zakład ubezpieczeń informacje stały się nieaktualne, to powinien się on zwrócić o potwierdzenie, czy są wciąż zgodne z rzeczywistością. Może zaistnieć również potrzeba przeprowadzenia dodatkowego badania.<sup>5</sup>

---

4. P. Pest, *Obowiązek...*, s. 93–95.

5. T. Czech, *Kryterium...*, s. 17.

#### 4. Analiza potrzeb w ubezpieczeniach grupowych

Art. 21 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej przewiduje obowiązek zakładu ubezpieczeń przeprowadzenia analizy potrzeb ubezpieczonego w umowie ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, w szczególności ubezpieczenia grupowego. Regulacja ta powinna być odrębnie analizowana w odniesieniu do umowy indywidualnej i grupowej.

Ustawodawca w tym przepisie określił, że 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. Powyższa norma oznacza, że ustawodawca nie ograniczył obowiązku analizy potrzeb tylko do strony umowy – ubezpieczającego, ale rozszerzył ten obowiązek ubezpieczyciela również na ubezpieczonego w umowie na cudzy rachunek. W związku z powyższym należy przyjąć, że przepis ten wymaga uzyskania informacji dotyczących konkretnego ubezpieczonego w ubezpieczeniu grupowym. Przyjęcie koncepcji braku obowiązku badania konkretnego ubezpieczonego prowadziłoby do naruszenia obowiązku wskazanego w ustawie, co mogłoby leżeć w interesie ubezpieczyciela, ponieważ wiązałoby się z ograniczeniem kosztów zawarcia umowy ubezpieczenia grupowego.<sup>6</sup> W doktrynie wyrażany jest pogląd, że ankietowanie ubezpieczonych oraz indywidualna ocena ich potrzeb są sprzeczne z podstawowymi zasadami oceny ryzyka w ubezpieczeniach grupowych, ponieważ ocena ryzyka opiera się na globalnej ocenie całej grupy. Należy uznać, że błędne jest utożsamianie badania potrzeb indywidualnych ubezpieczonych w umowie ubezpieczenia grupowego z oceną ryzyka w tym ubezpieczeniu. Ze swej istoty potrzeby konkretnych ubezpieczonych mogą mieć charakter zbliżony do potrzeb innych ubezpieczonych i mogą zostać zabezpieczone w ramach jednego ubezpieczenia grupowego, nie są one jednak tożsame z poziomem ryzyka danej grupy, np. te same potrzeby mogą mieć pracownicy uniwersytetu – w przeważającej części kobiety, i górnicy – w przeważającej części mężczyźni, a jednak dla oceny ryzyka będą to dwie różne grupy.

Analizując kwestię badania potrzeb ubezpieczonych w ubezpieczeniu grupowym, należy uwzględnić istotę tego ubezpieczenia. Ubezpieczenie grupowe jest ubezpieczeniem grupy podmiotów, a nie zbiorem umów indywidualnych. W obrocie występują różnego rodzaju ubezpieczenia grupowe, zarówno o charakterze ochronnym, jak i inwestycyjnym (należy podkreślić, że oba te rodzaje ubezpieczeń mogą mieć formę prawną ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym). Jak wskazano powyżej, w zależności od konkretnego ubezpieczenia różne mogą być potrzeby ubezpieczonych oraz inny może być wymagany zakres wiedzy, doświadczenia i stan finansowy ubezpieczonego. Może wystąpić sytuacja, gdy w ramach jednej zinstytucjonalizowanej grupy, np. pracowników jednego zakładu pracy, zakres potrzeb oraz sytuacja osobista konkretnych ubezpieczonych jest odmienna, w szczególności poziom wiedzy i doświadczenia konkretnych ubezpieczonych jest diametralnie różny lub pojedynczych ubezpieczonych znacząco odbiega od większości ubezpieczonych w danej grupie. W takiej sytuacji jeden produkt może nie realizować wszystkich potrzeb każdego z członków grupy. Szczególne wątpliwości w tym zakresie mogą być związane z wiedzą ekonomiczną ubezpieczonego i jego skłonnością do ryzyka. W związku z powyższym ubezpieczyciel może zaproponować: produkt

6. F. Herdter, *Der Gruppenversicherungsvertrag*, VWW, Karlsruhe 2010, s. 97.

o poziomie ryzyka dostosowanym do osób o najmniejszej skłonności do ryzyka i wiedzy ekonomicznej, produkt z uśrednionym poziomem ryzyka według standardu całej grupy, lub też produkt z kilkoma wyodrębnionymi podgrupami. W przypadku ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym należy podkreślić, że poziom ryzyka może być uzależniony nie od konstrukcji produktu, ponieważ w ramach danego ubezpieczenia może występować kilkadziesiąt różnych funduszy, ale od wyboru ubezpieczonego konkretnej strategii inwestycyjnej. Odnosząc się jednak do istoty ubezpieczenia grupowego, należy wskazać, że polega ono na skonstruowaniu produktu, który zawiera wystandaryzowany zakres ryzyk danego typu ubezpieczenia, uwzględniający potrzeby przeciętnej grupy ubezpieczonych, np. pracownicze ubezpieczenie na życie lub ubezpieczenie na życie kredytobiorców. Ze standardowym charakterem ubezpieczeń grupowych związany jest ich niższy koszt dla ubezpieczyciela, co wywiera bezpośredni wpływ na obniżenie wysokości składki ubezpieczeniowej. W związku z powyższym ubezpieczeni mogą uznać, że ubezpieczenie grupowe – nawet jeżeli jego zakres jest zbyt szeroki lub w innym zakresie nie odpowiada ich potrzebom – to jednak ze względu na wysokość składki jest dla nich najbardziej odpowiednim produktem ubezpieczeniowym.

Odrębnie powinna zostać przeanalizowana kwestia badania potrzeb ubezpieczonego w indywidualnej umowie ubezpieczenia na cudzy rachunek. W tym przypadku istotne jest zbadanie relacji pomiędzy ubezpieczającym a ubezpieczonym. Wydaje się, że można badać odrębnie potrzeby ubezpieczonego, a drugiej strony możliwości, w szczególności finansowe, ubezpieczającego. W przypadku bowiem, gdy to ubezpieczający finansuje składkę z własnych środków, to badaniu powinien podlegać jego status finansowy i możliwość opłacania składek w przyszłości. W związku z powyższym to jemu mogą przysługiwać uprawnienia do podejmowania decyzji w stosunku do środków inwestowanych w ramach umowy. W przypadku finansowania składki przez ubezpieczonego to jego możliwości finansowe powinny zostać poddane analizie. Szczególne wątpliwości budzi kwestia przeprowadzania badania w przypadku, gdy ubezpieczony jest nieletni.

## Podsumowanie

Produkty finansowe, w tym również ubezpieczenia na życie, w zależności od ich rodzaju i konstrukcji odzwierciedlają różne ekonomiczne potrzeby klienta. Z tego względu istotną rolę odgrywa zaoferowanie umowy odpowiadającej danemu konkretnemu klientowi. Obecnie na rynku instrumentów finansowych obserwowana jest tendencja oferowania produktów zindywidualizowanych, dopasowanych do potrzeb klientów, w szczególności klientów coraz bardziej świadomych i wymagających. Nabywanie standardowych produktów, nieuwzględniających indywidualnych preferencji, nie jest już atrakcyjne dla klienta. W celu zaoferowania adekwatnego dla danego konsumenta produktu przed zawarciem umowy dokonywana jest analiza jego potrzeb, aby na jej podstawie móc zaoferować umowę, która będzie dla niego najbardziej odpowiednia. Ma ona na celu zmniejszenie asymetrii informacyjnej pomiędzy firmą inwestycyjną a jej klientem.

Analiza potrzeb klienta ma niezmiernie istotne znaczenie dla klientów zakładów ubezpieczeń, w szczególności zainteresowanych zawarciem umowy ubezpieczenia na życie. Przeciętny klient nie jest w stanie zdefiniować w sposób kompetentny swoich potrzeb i oczekiwać w stosunku do produktu ubezpieczeniowego. Klient potrzebuje, aby zakład ubezpieczeń na podstawie jego indywidualnej sytuacji zaoferował mu adekwatne ubezpieczenie. Należy wskazać, że oferowane przez ubezpieczycieli produkty są różnorodne i skomplikowane, mogą więc w odmienny sposób



zaspokajając potrzeby klienta. Badanie adekwatności produktu ma szczególne znaczenie na polskim rynku, ponieważ polscy konsumenci z reguły nie dysponują wszechstronną wiedzą ekonomiczną ani szczegółowymi informacjami dotyczącymi ubezpieczeń na życie. W takiej sytuacji niektórzy z nich nie posiadają wiedzy wystarczającej, aby samodzielnie podjąć decyzję, jaki produkt będzie dla nich najbardziej odpowiedni. W przypadku ubezpieczeń o charakterze inwestycyjnym mogą mieć trudności z określeniem swojego profilu inwestycyjnego, a w szczególności – poziomu akceptacji ryzyka. Z tego względu wprowadzenie obowiązku badania adekwatności produktu stanowi celowe i zasadne rozwiązanie. Jeśli chodzi o obowiązek badania potrzeb, to zarówno ustawodawca, jak i regulator skoncentrowali się na ubezpieczeniach o charakterze inwestycyjnym, jednak przedmiotowy obowiązek powinien dotyczyć wszystkich rodzajów ubezpieczeń na życie, a nie tylko ich wybranych rodzajów.

W ramach przedmiotowego badania potencjalnemu ubezpieczającemu / ubezpieczonemu przedstawiane są teoretyczne potrzeby, które mogą się zrealizować w stosunku do niego. Następnie dokonywany jest zindywidualizowany wybór potrzeb oraz wprowadzana ich hierarchia. W zależności od rodzaju ubezpieczenia (indywidualne, grupowe), jego konstrukcji, poziomu ryzyka inwestycyjnego zakłady ubezpieczeń w ramach obowiązujących regulacji mogą wypracować własne schematy badania potrzeb i możliwości ubezpieczonego.

## Wykaz źródeł

- Czech T., *Kryterium odpowiedniego charakteru usługi inwestycyjnej oraz instrumentów finansowych według MiFID*, „Przegląd Prawa Handlowego” 2009, nr 7.
- Herdter F., *Der Gruppen versicherungsvertrag*, VVW, Karlsruhe 2010.
- Materiały z ogólnopolskiej konferencji naukowej zorganizowanej przez Studenckie Koło Naukowe Prawa Finansowego FISCUS, działające przy Katedrze Prawa Finansowego na Wydziale Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego, przy udziale Komisji Nadzoru Finansowego, Wrocław, 27–28 października 2011.
- Pest P., *Obowiązek badania wiedzy i doświadczenia inwestycyjnego klienta według MiFID a możliwe działania nadzorcze*, <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/> [dostęp: 4.12.2016].
- Prolss J., Martin A., *Versicherungsvertragsgesetz*, CH Beck, München, 2015.

## The analysis of a customer's needs in the light of Article 21 of the Insurance and Reinsurance Activity Act – selected problems

*Article 21 of the Insurance and Reinsurance Activity Act imposes a new obligation on insurance companies: they are required to make an analysis of an insured's needs for certain types of contracts of the legislator's choosing. The same requirement is also contained in the Recommendation for insurance companies regarding the examination of the product's suitability of 22 March 2016 and the Recommendation U on good practices in bancassurance issued by the PFSA in June 2014. The review of the above regulatory acts shows that they differ in scope, specifically in respect of types of contracts they refer to, which may lead to problems with the Recommendations' application.*

*Pursuant to Article 21 of the Insurance and Reinsurance Activity Act, an insurance company is obliged to make an analysis of an insured's needs for insurance contracts on someone else's account, and specifically group insurance contracts. This legal obligation should be examined separately with regard to individual and group contracts. The subject of an analysis in such contracts should be the needs and state of knowledge of the insured and not those of the policyholder. As regards financial capacity, it should be examined who pays the premium and therefore who should dispose of funds allocated for the payment.*

**Keywords:** examination of needs, unit-linked life insurance, insurance contract on someone else's account.

**DR HAB. MAGDALENA SZCZEPAŃSKA** – Katedra Prawa Ubezpieczeń, Wydział Prawa i Administracji, Uniwersytet Warszawski