

MAGDALENA SZCZEPAŃSKA

<https://doi.org/10.33995/wu2019.2.3>

Analiza potrzeb klienta w ubezpieczeniach na życie

W artykule została przedstawiona problematyka badania potrzeb w ubezpieczeniach na życie. Dokonano w nim analizy regulacji prawnych obowiązujących w tym zakresie, w szczególności art. 8 ustawy o dystrybucji, art. 21 ustawy z 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz postanowień Rekomendacji dla zakładów ubezpieczeń dotyczących badania adekwatności produktu. Wskazano także różnice pomiędzy tymi regulacjami w zakresie ochronnych ubezpieczeń na życie i ubezpieczeń o charakterze inwestycyjnym. Szczegółowo omówiono problematykę analizy potrzeb w ubezpieczeniach na cudzy rachunek. W tekście przedstawiono również praktyczne aspekty badania potrzeb w ubezpieczeniach na życie.

Słowa kluczowe: ubezpieczenia na życie, ubezpieczenia inwestycyjne, potrzeby klienta.

Wstęp

W ostatnich latach ustawodawca szczególną uwagę poświęcił zagwarantowaniu odpowiedniej ochrony klientom, którzy zawierają umowę ubezpieczenia. Ochrona ta ma polegać przede wszystkim na uzyskaniu przez klientów adekwatnej informacji udzielonej w zrozumiałej dla nich formie. W tym celu zostały wprowadzone do porządku prawnego odpowiednie przepisy. W założeniu ustawodawcy zabezpieczenie interesów klientów zakładów ma być oparte na zapewnieniu dostępu do odpowiednich informacji dotyczących ubezpieczenia. Szczególny nacisk w tym aspekcie położono na identyfikację i analizę rzeczywistych potrzeb osób ubiegających się o ochronę ubezpieczeniową.

Regulacje prawne dotyczące analizy potrzeb i wymagań klienta zawarte są zarówno w przepisach o randze ustawowej, jak i w rekomendacjach wydawanych przez KNF. Na poziomie ustawowym kwestie te są uregulowane w art. 21 ustawy z 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej¹ (dalej: u.dz.u.r.) oraz art. 8 ust. 1 z 15 grudnia 2017 roku o dystrybucji

1. Tekst jedn. Dz. U. 2019, poz. 381.

ubezpieczeń² [dalej: u.d.u.]. Należy wskazać, że art. 21 u.dz.u.r. odnosi się jedynie do analizy potrzeb klienta w ubezpieczeniach na życie o charakterze inwestycyjnym. Szczegółowe informacje odnośnie do sposobu rozumienia (sposobu wykładni) przepisów prawa przez organ nadzoru³ w zakresie analizy potrzeb klienta przez ubezpieczyciela są zawarte również w *Rekomendacjach dla zakładów ubezpieczeń dotyczących badania adekwatności produktu* z dnia 22 marca 2016 roku oraz w *Rekomendacji U* dotyczącej dobrych praktyk w zakresie *bancassurance* wydanej przez KNF w czerwcu 2014 roku⁴.

Badanie potrzeb i wymagań klienta w świetle ustawy o dystrybucji ubezpieczeń

Przepis art. 8 ust. 1 u.d.u. stanowi, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia lub umowy gwarancji ubezpieczeniowej dystrybutor ubezpieczeń określa, na podstawie uzyskanych od klienta informacji, jego wymagania i potrzeby oraz podaje w zrozumiałej formie obiektywne informacje o produkcie ubezpieczeniowym w celu umożliwienia klientowi podjęcia świadomej decyzji. W art. 8 ust. 3 u.d.u. określono, że proponowana umowa ubezpieczenia lub umowa gwarancji ubezpieczeniowej powinna być zgodna z wymaganiami i potrzebami klienta w zakresie ochrony ubezpieczeniowej lub ochrony gwarancyjnej.

Adresatem obowiązków nałożonych w art. 8 u.d.u. jest każdy dystrybutor ubezpieczeń. Zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 8 u.d.u. dystrybutor ubezpieczeń został zdefiniowany jako zakład ubezpieczeń, agent ubezpieczeniowy, agent oferujący ubezpieczenia uzupełniające lub broker ubezpieczeniowy. W doktrynie reprezentowane jest stanowisko, że jeśli umowa ubezpieczenia jest zawierana z udziałem pośrednika ubezpieczeniowego, to obowiązki z art. 8 ciążą wyłącznie na nim, nie zaś na zakładzie ubezpieczeń. Zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 10 u.d.u. klientem jest w przypadku umów ubezpieczenia – poszukujący ochrony ubezpieczeniowej, ubezpieczający lub ubezpieczony. W art. 3 ust. 1 pkt 13 u.d.u. zdefiniowano poszukującego ochrony ubezpieczeniowej jako osobę, która wyraziła wobec dystrybutora ubezpieczeń wolę podjęcia czynności służących zawarciu przez nią umowy ubezpieczenia. Jest to zatem przyszły ubezpieczający. Nie jest poszukującym ochrony ubezpieczeniowej przyszły (potencjalny) ubezpieczony⁵.

Dystrybutor ubezpieczeń określa wymagania i potrzeby wskazane w art. 8 u.d.u. na podstawie uzyskanych od klienta informacji i dotyczących tylko tego właśnie podmiotu. Ustawodawca nie określił, w jakiej formie informacje te winny być pozyskane przez dystrybutora. Ze względu na posłużenie się przez ustawodawcę bardzo ogólnym sformułowaniem z przepisu tego nie wynika, jak szczegółowo dystrybutor ma określić te wymagania i potrzeby. Jest to regulacja wprowadzająca

2. Tekst jedn. Dz. U. 2018, poz. 2210 z późn. zm.

3. Szerzej o charakterze rekomendacji KNF: S. Pabian, P. Wajda, *Natura prawna i skutki rekomendacji Komisji Nadzoru Finansowego kierowanych do zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2015, nr 1, s. 109.

4. www.knf.gov.pl/dla_rynku/regulacje_i_praktyka/rekomendacje_i_wytyczne/sektor_ubezpieczeniowy [dostęp: 3.07.2019].

5. J. Pokrzywniak, [w:] *Nowe zasady dystrybucji ubezpieczeń. Zagadnienia prawne*, [red.] J. Pokrzywniak, Wolters Kluwer, Warszawa 2018, LEX, M. Orlicki, *Ubezpieczenie grupowe po wejściu w życie ustawy o dystrybucji ubezpieczeń*, „Prawo Asekuracyjne” 2019, nr 1(98), s. 3.

ogólny obowiązek – uzyskania informacji od klienta w celu określenia na tej podstawie jego wymagań i potrzeb, ale to podmiot zobowiązany jest określić sposób urzeczywistnienia tego celu. Może to rodzić niepewność prawną dla adresatów tego obowiązku⁶. W doktrynie przyjęto, że należy uwzględnić cel określenia wymagań i potrzeb klienta, którym jest zaproponowanie klientowi odpowiedniej dla niego umowy ubezpieczenia lub umowy gwarancji ubezpieczeniowej. W związku z tym nie jest możliwe określenie w uniwersalny sposób wymaganego poziomu szczegółowości badania wymagań i potrzeb klienta dla konkretnej umowy ubezpieczenia, która ma zostać zawarta⁷. Podstawowym celem jest prawidłowe zidentyfikowanie przedmiotu ubezpieczenia oraz dotyczących go ryzyk, podstawowych oczekiwanych parametrów albo ograniczeń zakresu ochrony ubezpieczeniowej. Analiza ta stanowi jedynie asumpt do sformułowania przez dystrybutora najbardziej odpowiedniej propozycji produktu. Powyższe oznacza, że co do zasady dystrybutor ubezpieczeń w ramach realizacji tego obowiązku nie jest zobligowany do pełnej identyfikacji ryzyk, które mogą wiązać się dla klienta z potrzebą ochrony ubezpieczeniowej. Nie wydaje się również zasadne żądanie bardzo szczegółowych informacji pozwalających określić detale ubezpieczenia, ponieważ wtedy zbędny byłby etap dostarczania klientowi informacji o produkcie ubezpieczeniowym⁸.

Analiza potrzeb klienta w świetle ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz rekomendacji KNF

W art. 21 u.d.z.u.r. ustawodawca nałożył obowiązek przeprowadzania badania adekwatności danego ubezpieczenia dla konkretnego ubezpieczającego lub ubezpieczonego. Przepis ten dotyczy ubezpieczeń, o których mowa w dziale I w grupie 3 załącznika do ustawy (ubezpieczenia na życie, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, a także ubezpieczenia na życie, w których świadczenie zakładu ubezpieczeń jest ustalane w oparciu o określone indeksy lub inne wartości bazowe, mają szczególny charakter). W art. 21 ust. 1 u.d.z.u.r. ustawodawca zawarł z kolei szczegółowe zalecenia dotyczące zasad przeprowadzania analizy potrzeb. 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 przyjął 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 z 2 lutego 2016 roku w sprawie minimalnego zakresu danych zamieszczanych w ankiecie dotyczącej potrzeb ubezpieczającego lub ubezpieczonego⁹. Powinna ona obejmować informacje dotyczące:

- 1) celu zawarcia umowy lub przystąpienia do umowy;
- 2) poziomu ryzyka inwestycyjnego, jaki ubezpieczający lub ubezpieczony jest w stanie zaakceptować w ramach realizacji wskazanego celu;

6. A. Tarasiuk, B. Wojno, *Analiza wymagań i potrzeb klienta w procesie dystrybucji ubezpieczeń*, „Prawo Asekuracyjne” 2018, nr 3, s. 3.

7. J. Pokrzywniak, *op. cit.*

8. A. Tarasiuk, B. Wojno, *op. cit.*, s. 3.

9. Dz. U. 2016, poz. 167.

- 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.

Kompleksową regulacją o charakterze *soft law* dotyczącą tej problematyki są *Rekomendacje dla zakładów ubezpieczeń dotyczące badania adekwatności produktu* (dalej także: rekomendacje). W rekomendacjach określono szczegółowe zalecenia dotyczące zasad przeprowadzania analizy potrzeb oraz ich umiejscowienia w systemie zarządzania ryzykiem w zakładzie ubezpieczeń. Rekomendacje przewidują, że zasady te należy stosować także wobec ubezpieczonego w ubezpieczeniu grupowym na cudzy rachunek.

Zakres regulacji odnoszących się do analizy badania potrzeb w ubezpieczeniach na życie

Stosowanie w praktyce ww. przepisów budzi liczne wątpliwości. Analiza regulacji prawnych zawartych w u.d.z.u.r, u.d.u. oraz w *Rekomendacjach dla zakładów ubezpieczeń dotyczących badania adekwatności produktu* wskazuje, że mają one odmienny zakres zastosowania. Art. 21 u.d.z.u.r. dotyczy ubezpieczeń, o których mowa w dziale I w grupie 3 załącznika do ustawy (umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym i umowy ubezpieczenia na życie, w których świadczenie zakładu ubezpieczeń jest ustalane w oparciu o określone indeksy lub inne wartości bazowe), mających szczególny charakter. *Rekomendacje dla zakładów ubezpieczeń dotyczące badania adekwatności produktu* mają 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 u.d.u. ustawodawca przewidział obowiązek badania potrzeb i wymagań klienta przez dystrybutora produktu w odniesieniu do wszystkich rodzajów ubezpieczeń.

Zakresy normowania tych przepisów również nie są tożsame. W art. 8 ust. 3 u.d.u. mowa jest o wymaganiach i potrzebach klienta „w zakresie ochrony ubezpieczeniowej” (co pozwala sformułować sugestię, że nie chodzi o wymagania i potrzeby inwestycyjne). Natomiast art. 21 ust. 1 u.d.z.u.r. dotyczy potrzeb, wiedzy i doświadczenia tak w dziedzinie ubezpieczeń na życie, jak i sytuacji finansowej klienta (a więc odnosi się zarówno do części ochronnej, jak i inwestycyjnej umowy ubezpieczenia na życie)¹⁰.

Pomiędzy art. 8 u.d.u. a art. 21 u.d.z.u.r. występują również inne istotne różnice. W u.d.z.u.r. obowiązek badania potrzeb klienta nałożono na zakład ubezpieczeń, w u.d.u. na dystrybutora, którym może być ubezpieczyciel, ale również inny podmiot. W u.d.z.u.r. jednoznacznie wskazano,

10. J. Pokrzywniak, [w:] *Nowe zasady dystrybucji ubezpieczeń. Zagadnienia prawne*, J. Pokrzywniak (red.), LEX.

że w umowie na cudzy rachunek badaniu podlegają potrzeby ubezpieczonego. W odniesieniu do art. 8 u.d.u. przyjęto, że klientem – osobą poszukującą ochrony – jest przysły ubezpieczający, a nie przysły ubezpieczony. Ze względu na zakres podmiotowy oraz szczegółowość zdefiniowania obowiązku należy uznać, że art. 21 u.dz.u.r. ma charakter *lex specialis* w stosunku do art. 8 u.d.u.

Należy podzielić pogląd reprezentowany w doktrynie, zgodnie z którym dystrybutor nie musi powielać w ankiecie służącej wykonaniu obowiązków z art. 8 u.d.u. pytań wynikających z ankiety wskazanej w art. 21 u.dz.u.r. Nie ma też obowiązku odrębnego przeprowadzenia dwóch ankiet (wymaganej przez art. 8 u.d.u. i przez art. 21 u.dz.u.r.). Pytania te można umieścić w jednym dokumencie.

Przy dokonywaniu analizy potrzeb i wymagań klienta szczególnie istotne wydaje się prawo klienta do odmowy udzielenia informacji. W art. 21 ust. 6 u.dz.u.r. dopuszczono odmowę udzielenia informacji i zawarcie umowy z pominięciem badania. W ustawie o dystrybucji nie uregulowano tej kwestii. Jednak należy przyjąć, że w razie odmowy udzielenia informacji przez klienta dystrybutor nie ponosi odpowiedzialności, jeśli proponowana przezeń umowa okaże się z tymi wymaganiami i potrzebami niezgodna. W przypadku, gdy klient nie chce skorzystać z ochrony wynikającej z regulacji wprowadzającej obowiązek analizy potrzeb i wymagań, świadom mogących wynikać stąd skutków, może zrzec się tej ochrony na zasadzie *volenti non fit iniuria*. Nie powinno się w takiej sytuacji obciążać skutkami takiej decyzji dystrybutora. Dystrybutor nie może w żaden sposób zachęcać klienta do odmowy podania mu informacji o jego wymaganiach i potrzebach (po to, by uwolnić się od obowiązku ich identyfikacji). Należy podkreślić, że odmowa zawarcia umowy z klientem, który nie chce podać informacji niezbędnych do identyfikacji jego wymagań i potrzeb, może być dla dystrybutora bardziej dotkliwa w skutkach niż zaproponowanie klientowi umowy o żądanej przez niego treści bez przeprowadzenia analizy jego wymagań i potrzeb. Klient jest bowiem wówczas pozbawiony ochrony ubezpieczeniowej w ogóle¹¹. Do takich sytuacji należy podchodzić z dużą ostrożnością. Taka praktyka mogłaby mieć zastosowanie do ubezpieczeń o typowych potrzebach, stypizowanej treści, niewymagających dostosowywania do indywidualnych potrzeb, np. ubezpieczeń obowiązkowych. W tym kontekście niedopuszczalne byłoby jednak zawarcie umowy ubezpieczenia zawierającego ryzyko, o którym ubezpieczyciel wie, że nie wystąpi w danym przypadku.

Praktyczne aspekty badania potrzeb w ubezpieczeniach na życie

Postępowanie się ww. przepisami w praktyce może powodować wielorakie trudności. Różny zakres przedmiotowy i podmiotowy regulacji dotyczących analizy potrzeb wymaga od podmiotów zobowiązanych do realizacji tego obowiązku (dystrybutorów, w szczególności ubezpieczycieli) rozstrzygnięcia, jakie przepisy mają stosować. Wątpliwości dotyczą co do zasady ubezpieczeń na życie, ponieważ obowiązują w stosunku do nich nie tylko ogólne normy z u.d.u., ale również szczegółowe regulacje zawarte w art. 21 u.dz.u.r. i w rekomendacjach. Taka decyzja może być trudna, w szczególności w zakresie stosowania rekomendacji, ponieważ mają one zastosowanie m.in. 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

11. J. Pokrzywniak, *op. cit.*

wartość wykupu są całkowicie lub częściowo narażone, bezpośrednio lub pośrednio, na waha-
nia rynków. Ustawodawca nie sformułował definicji tego rodzaju ubezpieczenia, jak również nie
wskazał, jak należy odróżnić te ubezpieczenia od innych¹². W konsekwencji ze względu na różne
konstrukcje ubezpieczeń na życie w niektórych przypadkach trudno jest zakwalifikować kon-
kretny rodzaj ubezpieczenia do danej kategorii. W związku z powyższym w przypadku błędnej
klasyfikacji, zwłaszcza w przypadku przyjęcia, że jest to ubezpieczenie nieobjęte normą zawartą
w art. 21 u.d.z.u.r. lub postanowieniami rekomendacji, brak przeprowadzenia analizy potrzeb zgod-
nie z przepisami lub postanowieniami rekomendacji może spotkać się z istotnymi konsekwencjami
prawnymi wskazanymi w u.d.z.u.r., w szczególności uznaniem takiego działania za nieprawidłowe
i ewentualnymi sankcjami organu nadzoru z tego tytułu.

W kontekście badania potrzeb i wymagań klienta należy zwrócić uwagę, że w odniesieniu
do ubezpieczeń na życie obowiązują dwa reżimy prawne. W stosunku do ubezpieczeń z elementem
inwestycyjnym zastosowanie mają art. 21 u.d.z.u.r. oraz postanowienia *Rekomendacji dla zakładów
ubezpieczeń dotyczących badania adekwatności produktu*, a dla pozostałych ubezpieczeń na ży-
cie – art. 8 u.d.u. Pomiędzy tymi regulacjami ustawowymi a postanowieniami ww. rekomendacji
występują istotne różnice, przede wszystkim w zakresie określenia sposobu realizacji obowiązku
badania potrzeb i wymagań klienta. Zarówno art. 21 u.d.z.u.r., jak i rekomendacje zawierają szcze-
gółowe regulacje dotyczące zakresu informacji wymaganych do właściwego przeprowadzenia tego
procesu. W szczególności w rekomendacjach wskazano konkretne pytania, które zakład ubezpieczeń
powinien zadać swojemu ewentualnemu klientowi. Ponadto został określony sposób realizacji tego
obowiązku – ankieta. W przypadku pozostałych ubezpieczeń na życie w art. 8 u.d.u. ustawodaw-
ca nie określił, w jakiej formie informacje te winny być pozyskane przez dystrybutora. Obowiązek
ten został zdefiniowany w sposób generalny, co oznacza, że to podmiot jest zobowiązany okre-
ślić sposób jego realizacji. W związku z powyższym należy uznać, że w przypadku ubezpieczeń
z elementem inwestycyjnym ustawodawca zagwarantował relatywnie wysoki poziom realizacji
obowiązku badania potrzeb, wyrażający się również w porównywalności przeprowadzenia tego
badania przez wszystkie zobowiązane podmioty, czyli ubezpieczycieli. Natomiast w przypadku
pozostałych ubezpieczeń na życie ze względu na brak szczegółowych regulacji można badaniem
objąć odmienne aspekty albo też poddać je analizie bardziej lub mniej szczegółowo. W związku
z powyższym klienci mogą mieć problemy z wyborem adekwatnego produktu ubezpieczeniowego.

Analizując kwestię badania potrzeb i wymagań klienta w ubezpieczeniach na życie, należy
wskazać, że są one z reguły umowami długoterminowymi – w przeciwieństwie do ubezpieczeń
majątkowych. Ta cecha ubezpieczeń na życie może wiązać się z problemami w dokonywaniu
analizy potrzeb. Ubezpieczyciel lub dystrybutor dokonuje przedmiotowej oceny przed zawarciem
umowy ubezpieczenia na podstawie informacji otrzymanych od klienta. W związku z powyższym
ze względu na potencjalny okres obowiązywania umowy ubezpieczyciel lub dystrybutor powinien
zbadać potrzeby w okresie obowiązywania umowy. Jednak należy wziąć pod uwagę, że są one
analizowane na podstawie sytuacji osobistej przyszedłego klienta przed zawarciem umowy. Podmiot
zobowiązany do badania potrzeb może ekstrapolować przyszłe potrzeby klienta, ale nie ma gwa-
rancji, że w długim terminie nie ulegną one zmianie i dokonana analiza stanie się nieadekwatna.
Analizując kwestię zmiany potrzeb w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, należy wziąć pod

12. M. Szczepańska, [w:] *Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Komentarz*, P. Wajda, M. Szcze-
pańska, Wolters Kluwer, Warszawa 2017, s. 192 i nast.

uwagę bardzo szeroką ofertę ubezpieczycieli w zakresie ubezpieczeń na życie, w szczególności to, że niektóre umowy przewidują możliwość wprowadzania zmian już po ich zawarciu. Niektóre ze zmian, dotyczące potrzeb ubezpieczającego / ubezpieczonego, są zdefiniowane już w samej treści zawieranej umowy, np. podwyższanie sumy ubezpieczenia i składki ubezpieczeniowej. Jedne umowy przewidują możliwość poszerzenia zakresu przedmiotowego umowy o nowe ryzyka ubezpieczeniowe, inne zaś prawo do rezygnacji z określonych umów dodatkowych (ryzyk). Ocena tej kwestii powinna być dokonywana w sposób wszechstronny. Należy uwzględnić, że ubezpieczający sam jest w stanie ocenić swoje potrzeby w określonym momencie życia i za pomocą dostępnych instrumentów prawnych może dostosować do nich zakres ochrony, np. zawrzeć nową umowę, rozwiązać już istniejącą, zawrzeć dodatkowe umowy lub zrezygnować z ich zawierania. Wydaje się, że w przypadku gdy ubezpieczający chce rozszerzyć umowę o dodatkowe ryzyka lub zwiększyć sumę ubezpieczenia, powinna zostać przeprowadzona analiza jego potrzeb. W przypadku ubezpieczeń o charakterze inwestycyjnym, w sytuacji gdy analiza potrzeb dokonana przy zawarciu umowy wskazała, że klient nie powinien inwestować w fundusze o wysokim poziomie ryzyka, i ubezpieczyciel nie zaoferował mu takich funduszy, można przyjąć dwa rozwiązania. Po pierwsze – ze względu na charakter tej umowy wyrażający się w tym, że ryzyko umowy ponosi ubezpieczający – zakład ubezpieczeń zamiast ponownej oceny może zastosować procedurę informowania klienta o tym, że dany fundusz charakteryzuje się poziomem ryzyka wyższym niż optymalne dla niego zgodnie z analizą dokonaną przy zawieraniu umowy. Po drugie – ubezpieczyciel może zdecydować się na przeprowadzenie ponownej analizy potrzeb, jednak będzie się to wiązało z praktycznymi trudnościami, np. w zakresie zachowania formy pisemnej.

Analiza potrzeb w ubezpieczeniach na cudzy rachunek

Ustawodawca w art. 21 u.d.z.u.r. przewiduje obowiązek przeprowadzenia przez zakład ubezpieczeń analizy potrzeb ubezpieczonego w umowie ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek, w szczególności ubezpieczenia grupowego. W przepisie tym nie rozróżniono umowy na cudzy rachunek 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, odmiennie niż w art. 8 u.d.u., przewidział, że obowiązek badania przez ubezpieczyciela potrzeb dotyczy ubezpieczonego.

Analizując kwestię badania potrzeb ubezpieczonych w ubezpieczeniu na cudzy rachunek, należy rozróżnić umowę ubezpieczenia grupowego i ubezpieczenia indywidualnego. Ubezpieczenie grupowe jest ubezpieczeniem grupy podmiotów, a nie zbiorem umów indywidualnych. W obrocie rynkowym występują różnego rodzaju ubezpieczenia grupowe – zarówno o charakterze ochronnym, jak i inwestycyjnym. Z tego względu mogą mieć zastosowanie dwa reżimy prawne: określony w art. 21 u.d.z.u.r. oraz określony w art. 8 u.d.u. Powyższe oznacza, że w przypadku umowy o charakterze wyłączenie ochronnym, przy zawarciu której stosowany będzie art. 8 u.d.u., badane

będą potrzeby poszukującego ochrony, czyli ubezpieczającego, a przy ubezpieczeniu z elementem inwestycyjnym zgodnie z wymogami art. 21 u.d.z.u.r. – ubezpieczonych.

W myśl doktryny, gdyby przyjąć, iż w ubezpieczeniu grupowym dystrybutor winien ustalić jedynie wymagania i potrzeby (przyszłego) ubezpieczającego, to w przypadku takich ubezpieczeń realizacja obowiązków z art. 8 u.d.u. byłaby iluzoryczna. W tego rodzaju ubezpieczeniach ubezpieczający zasadniczo nie ma własnych potrzeb w odniesieniu do ochrony ubezpieczeniowej. Z ochrony ubezpieczeniowej korzystać będą bowiem jedynie potencjalni ubezpieczeni. W związku z powyższym zaproponowano następujące rozwiązanie zasygnalizowanego dylematu: otóż należy przyjąć, że na gruncie ubezpieczeń grupowych potrzeba ubezpieczającego wyraża się w dążeniu do zapewnienia optymalnej ochrony potencjalnym ubezpieczonym. Innymi słowy, potrzeba ubezpieczającego jest niejako refleksem potrzeb potencjalnych ubezpieczonych. Na dystrybutorze ciąży więc obowiązek zaferowania przyszlęmu ubezpieczającemu „produktu ubezpieczeniowego” spełniającego potrzeby przyszlętych ubezpieczonych. Informacji o tych potrzebach powinien jednak udzielić dystrybutorowi klient – czyli przyszlęty ubezpieczający¹³. Taka interpretacja nie wynika wprost z przedmiotowego przepisu, ale należy rozumieć, że potrzeba zwerbalizowana przez ubezpieczającego stanowi pochodną potrzeb ubezpieczonych, które ze względu na grupowy charakter ubezpieczenia są stypizowane, a nie zindywidualizowane.

W ubezpieczeniu grupowym, w szczególności przy liczebnie dużych grupach, różne mogą być potrzeby ubezpieczonych, różny także może być zakres wiedzy, doświadczenia i stan finansowy poszczególnych ubezpieczonych. W takiej sytuacji ze względu na specyfikę ubezpieczenia grupowego, które z istoty swej dotyczy grupy, a nie indywidualnych osób, umowa ubezpieczenia powinna być dostosowana do potrzeb uśrednionych na poziomie całej grupy. Ubezpieczenie takie powinno zawierać wystandaryzowany zakres ryzyk danego typu ubezpieczenia, uwzględniający potrzeby przeciętnej grupy ubezpieczonych, np. pracownicze ubezpieczenie na życie lub ubezpieczenie na życie kredytobiorców. Należy wskazać, że powszechnie oferowane są ubezpieczenia grupowe, w których zawarto ryzyka niedotyczące każdego z ubezpieczonych, np. ryzyko urodzenia dziecka i ryzyko zgonu rodziców współmałżonka.

W doktrynie wskazuje się, że na gruncie art. 8 ust. 1 u.d.u. określenie wymagań i potrzeb nie wymaga analizy potrzeb każdego potencjalnego ubezpieczonego w ubezpieczeniu grupowym, lecz wystarczające jest ustalenie potrzeb typowego członka grupy. Argumentem za tym stanowiskiem jest istota ubezpieczenia grupowego, która polega na tym, że ochrona ubezpieczeniowa jest świadczona co do zasady w identycznym zakresie dla każdego członka grupy, w oparciu o pewne założenia co do typowych cech wszystkich członków owej zbiorowości. Nie prowadzi się zatem indywidualnej oceny ryzyka i nie ustala się odrębnie zakresu ochrony dla każdego ubezpieczonego¹⁴.

Ocena adekwatności danego ubezpieczenia powinna uwzględniać również jego aspekt ekonomiczny. Ze specyfiką ubezpieczeń grupowych (zakres ubezpieczenia, sposób zawierania) jest związany ich niższy koszt dla ubezpieczyciela w porównaniu do ubezpieczeń indywidualnych, co wpływa na niższą wysokość składki ubezpieczeniowej. W związku z tym należy uwzględnić, że ubezpieczenie grupowe – nawet jeżeli jego zakres jest zbyt szeroki lub w części nie odpowiada

13. J. Pokrzywniak, *op. cit.*

14. *Ibidem.*

potrzebom ubezpieczonych – w ocenie kompleksowej ze względu na wysokość składki jest dla nich najbardziej odpowiednim produktem ubezpieczeniowym¹⁵.

W przypadku umów ubezpieczenia na cudzy rachunek pewną specyfikę, oddziałującą na kwestię badania potrzeb, wykazują indywidualne umowy ubezpieczenia. W tym przypadku istotne znaczenie ma relacja pomiędzy ubezpieczającym a ubezpieczonym, ponieważ w ofercie ubezpieczycieli znajdują się różne rodzaje i konstrukcje tego rodzaju ubezpieczeń. W przypadku ubezpieczeń z elementem inwestycyjnym ustawodawca jednoznacznie zobowiązał ubezpieczyciela do zbadania potrzeb ubezpieczonego, w przypadku ubezpieczeń ochronnych badaniu podlegają potrzeby i wymagania ubezpieczającego. Jednak zarówno ubezpieczyciel, jak i inny dystrybutor dokonujący analizy potrzeb powinien uwzględnić konstrukcję tego ubezpieczenia, w szczególności zbadać zakres praw i obowiązków ubezpieczającego i ubezpieczonego. Jako istotne kryteria powinny być uwzględnione następujące cechy ubezpieczenia: jaki podmiot finansuje składkę, jaki podmiot ma prawo do wartości wykupu oraz, w przypadku ubezpieczeń inwestycyjnych, jaki podmiot ma prawo wyboru i zmiany ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych. W związku z powyższym w niektórych przypadkach celowe jest badanie potrzeb i wymagań zarówno ubezpieczającego, jak i ubezpieczonego. W zależności od rodzaju umowy istotne jest zbadanie statusu ekonomicznego podmiotu finansującego składkę. W kontekście regulacji ustawowej zawartej w art. 21 u.d.z.u.r. wątpliwości budzi kwestia przeprowadzania badania, jeśli ubezpieczonym jest nieletni.

Podsumowanie

Analiza potrzeb klienta ma niezmiernie istotne znaczenie dla klientów zakładów ubezpieczeń, w szczególności zainteresowanych zawarciem umowy ubezpieczenia na życie, ponieważ przeciętny klient niekiedy nie jest w stanie zdefiniować w sposób kompetentny swoich potrzeb i oczekiwań w stosunku do produktu ubezpieczeniowego. W związku z tym ustawodawca dla zabezpieczenia interesów klienta nałożył obowiązek analizy jego potrzeb i wymagań na dystrybutora, w szczególności na zakład ubezpieczeń. Wprowadzenie obowiązku badania adekwatności produktu stanowi celowe i zasadne rozwiązanie. Jednak regulacja realizacji przedmiotowego obowiązku przez ustawodawcę budzi wątpliwości, przedstawione szerzej w niniejszym artykule.

W kontekście badania potrzeb i wymagań klienta należy zwrócić uwagę, że w odniesieniu do ubezpieczeń na życie obowiązują dwa reżimy prawne. W stosunku do ubezpieczeń z elementem inwestycyjnym zastosowanie ma art. 21 u.d.z.u.r. oraz *Rekomendacje dla zakładów ubezpieczeń dotyczące badania adekwatności produktu*, a dla pozostałych ubezpieczeń na życie art. 8 u.d.u. Podstawowe różnice pomiędzy tymi przepisami dotyczą rodzajów ubezpieczeń, do których się odnoszą, oraz podmiotu zobowiązanego do przeprowadzenia analizy. Art. 21 u.d.z.u.r. oraz rekomendacje zawierają szczegółowe regulacje dotyczące zakresu informacji wymaganych do właściwego przeprowadzenia tego procesu, w szczególności został określony sposób realizacji tego obowiązku – ankieta. W przypadku pozostałych ubezpieczeń na życie w art. 8 u.d.u. ustawodawca nie określił, w jakiej formie informacje te winny być pozyskane przez dystrybutora. Obowiązek ten został zdefiniowany w sposób generalny, co oznacza, że to podmiot zobowiązany jest określić

15. M. Szczepańska, *Analiza potrzeb klienta w świetle art. 21 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej – wybrane zagadnienia*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2016, nr 3, s. 93.

sposób jego realizacji. Ponadto należy wskazać, że niektóre kwestie nie zostały w ogóle przez ustawodawcę uregulowane – jak np. odmowa udzielenia informacji przez klienta w ubezpieczeniach innych niż o charakterze inwestycyjnym oraz analiza potrzeb w trakcie trwania stosunku ubezpieczenia. W konsekwencji, pomimo wprowadzenia określonych przepisów prawa, obowiązek badania potrzeb i wymagań klienta może być w praktyce realizowany niejednolicie, co może wpłynąć na jego ostateczny efekt.

Wykaz źródeł

- Orlicki M., *Ubezpieczenie grupowe po wejściu w życie ustawy o dystrybucji ubezpieczeń*, „Prawo Asekuracyjne” 2019, nr 1 [98].
- Pabian S., Wajda P., *Natura prawna i skutki rekomendacji Komisji Nadzoru Finansowego kierowanych do zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2015, nr 1.
- Pokrzywniak J., [w:] *Nowe zasady dystrybucji ubezpieczeń. Zagadnienia prawne*, Pokrzywniak J. [red.], Wolters Kluwer, Warszawa 2018, LEX.
- Tarasiuk A., Wojno B., *Analiza wymagań i potrzeb klienta w procesie dystrybucji ubezpieczeń*, „Prawo Asekuracyjne” 2018, nr 3.
- Szczepańska M., *Analiza potrzeb klienta w świetle art. 21 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej – wybrane zagadnienia*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2016, nr 3.
- Szczepańska M., [w:] *Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Komentarz*, Wajda P., Szczepańska M., [red.], Wolters Kluwer, Warszawa 2017.

Analysis of customer needs in life insurance

The article presents the issues of examination of customer needs in life insurance. The legal regulations concerning this matter were analyzed, in particular: article 8 of the Act on distribution, article 21 of the Act of 11 September 2015 on insurance and reinsurance activities and the provisions of Recommendations for insurance companies on product adequacy testing. The paper indicates the differences between these regulations in the area of life insurance and investment insurance. The article also presents practical aspects of examination of needs in life insurance. The examination of needs in third party insurance were discussed in detail.

Keywords: life insurance, investment insurance, customer needs.

DR HAB. MAGDALENA SZCZEPAŃSKA – Katedra Prawa Ubezpieczeń Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego.

e-mail: magdalena.szczepanska@wpia.uw.edu.pl

nr orcid: 0000-0003-1040-5792