

Aneks do raportu Rzecznika Ubezpieczonych z 2007 r. pt. „Podstawowe problemy *bancassurance* w Polsce” – skargi z zakresu *bancassurance* wniesione w 2012 r.

- streszczenie -

Mija już pięć lat od opracowania przez Rzecznika Ubezpieczonych raportu pt. „*Podstawowe problemy bancassurance w Polsce*”. Opublikowany w 2007 r. raport zwracał uwagę na to dość nowe wtedy jeszcze zjawisko, wskazując, że interesy konsumentów korzystających z ochrony ubezpieczeniowej za pośrednictwem banku są narażone na szereg zagrożeń. W raporcie, na podstawie obserwacji istniejącej wówczas praktyki, poddano analizie ryzyka naruszenia interesów konsumentów w związku z działaniem tego kanału dystrybucji. Raportowi towarzyszył aneks dotyczący skarg z zakresu *bancassurance* wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych. Ukazywał on dynamikę wnoszonych skarg oraz opisywał ich tematykę.

Rzecznik Ubezpieczonych dostrzegał więc już przed laty problemy związane z funkcjonowaniem *bancassurance* na polskim rynku. Stąd raport i aneks do niego, a następnie liczne wystąpienia poświęcone tej kwestii, skierowane zarówno do wszystkich uczestników tego rynku, jak i instytucji państwowych zajmujących się problematyką ubezpieczeniową i bankową. Koniecznym bowiem stało się ucywilizowanie tego kanału dystrybucji ubezpieczeń, tak by zapewniał on respektowanie uzasadnionych interesów konsumentów oraz podstawowych zasad współżycia społecznego, które powinny obowiązywać w obrębie usług bankowych i ubezpieczeniowych.

Coraz powszechniejsza krytyka pod adresem segmentu *bancassurance* stała się w dużej mierze asumptem do częściowej samoregulacji rynku, mającej na celu ustalenie podstawowych standardów współpracy pomiędzy bankami i zakładami ubezpieczeń. W jej ramach Związek Banków Polskich, przy współudziale Polskiej Izby Ubezpieczeń, przyjął trzy kodeksy dobrych praktyk nazwane „Rekomendacjami”. Wydaje się jednak – co można stwierdzić również w oparciu o liczbę i tematykę skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych – że mimo szczytnych intencji przyświecających twórcom rekomendacji, przyjęte uregulowania, mające charakter „miękkiego prawa”, nie wyeliminowały najważniejszych problemów istniejących na tym rynku. Dostrzegane nieprawidłowości powstają bowiem w podstawowej mierze przez niezdrowy i niezgodny z istotą ubezpieczenia mechanizm podziału składki ubezpieczeniowej, w którym jej większa część nie jest

przeznaczana na ochronę udzielaną przez ubezpieczyciela, jak to powinno mieć miejsce, tak by system ten był zarówno rynkowy, jak i jednocześnie użyteczny społecznie, lecz na prowizję dla banku, która jest ukrytą formą opłaty bankowej, powiększającą koszt usługi oferowanej kredytobiorcom, a co za tym idzie – generującą dodatkowy, niemający zysk banku, zupełnie nieadekwatny do zakresu czynności podejmowanych przez tę instytucję w związku z zawarciem i wykonaniem umowy ubezpieczenia.

Dlatego też Rzecznik Ubezpieczonych z satysfakcją odnotował zdecydowany sygnał płynący ze strony Komisji Nadzoru Finansowego, potwierdzający słuszność zastrzeżeń Rzecznika co do sposobu funkcjonowania kanału *bancassurance*. Mowa o piśmie Przewodniczącego Komisji Nadzoru Finansowego z dnia 21 lutego 2012 r., skierowanym do prezesów zarządów banków i zakładów ubezpieczeń. W piśmie tym zwrócono uwagę na nieprawidłowości wynikające z dotychczasowej współpracy banków i zakładów ubezpieczeń, w szczególności w obszarze ubezpieczeń traktowanych jako zabezpieczenie kredytu. Zaznaczyć nadto należy, iż problemem legalności działania banków, które jako ubezpieczający w grupowych umowach ubezpieczenia otrzymują od ubezpieczyciela określony procent składki z tytułu ubezpieczenia kredytobiorcy, zajął się na wniosek Rzecznika Ubezpieczonych Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów, wszczynając w tej sprawie postępowanie wyjaśniające.

Niniejszy aneks do raportu na temat podstawowych problemów związanych z segmentem *bancassurance* ma na celu przedstawienie aktualnej problematyki skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych. Problemy związane z tym kanałem dystrybucji ubezpieczeń, mimo prób samoregulacji podejmowanych przez przedstawicieli rynku, wydają się bowiem w dalszym ciągu nabrzmiałe i niosą daleko idące, negatywne konsekwencje dla klientów banków decydujących się na przystąpienie do umów ubezpieczenia oferowanych im przy okazji nabywania produktów bankowych. Tylko niektóre z problemów opisanych w pierwotnym raporcie Rzecznika doczekały się przez ten czas rozwiązania lub uległy marginalizacji, z kolei przedmiotem skarg stały się również nowe, niepokojące praktyki banków oraz zakładów ubezpieczeń, które naruszają interesy konsumentów, budząc przy tym poważne wątpliwości w zakresie ich zgodności z prawem i dobrymi obyczajami.

Na doniesłe znaczenie omawianego zjawiska wskazuje także dynamika skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w związku z istniejącym modelem *bancassurance*. W odniesieniu do ubezpieczeń kredytobiorców, ubezpieczeń związanych z kredytem, ubezpieczeń dla posiadaczy rachunków bankowych i kart płatniczych oraz innych produktów ubezpieczeniowych dystrybuowanych przez banki i pośredników finansowych

liczba skarg na przestrzeni ostatnich lat ulegała zwielokrotnieniu. O ile w 2005 r. skarg takich było zaledwie 62, to w 2007 r. – 143, w 2009 r. – 418, a w 2011 r. już 597. Z kolei w pierwszych trzech kwartałach 2012 r. do Rzecznika wpłynęło 515 takich skarg. Począwszy od 2009 r. ubezpieczenia te stanowią średnio około 4,5 % ogółu skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych.

W niniejszym aneksie omówiona została problematyka skarg z zakresu *bancassurance*, które wpłynęły do Rzecznika Ubezpieczonych w 2012 r. Analizą objęto znaczną część spośród ogółu tej kategorii skarg, jako że część postępowań podjętych przez Rzecznika na wniosek skarżących w dalszym ciągu się jeszcze toczy.

Skargi z zakresu *bancassurance* wnoszone są do Rzecznika Ubezpieczonych przede wszystkim przez członków najbliższej rodziny zmarłych klientów banku, będących zazwyczaj ich spadkobiercami. Dopiero w drugiej kolejności, w pozostałych przypadkach, skarżącymi są sami ubezpieczeni. Ubezpieczającymi w umowach ubezpieczenia, których skargi dotyczą, są najczęściej banki, w części zaś przypadków spółdzielcze kasy oszczędnościowo-kredytowe lub inne instytucje finansowe, oferujące kredyty i pożyczki.

Wśród skarg, które wpływają do Rzecznika, zdecydowanie dominują zarzuty dotyczące odmowy ze strony zakładu ubezpieczeń spełnienia świadczenia wynikającego z zawartej umowy. Kolejne miejsce zajmują zarzuty odnoszące się do składek ubezpieczeniowych, w szczególności w zakresie zwrotu składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia. W dalszej kolejności skarżący zarzucają ubezpieczycielom zaniżanie wysokości przyznanego świadczenia oraz opieszałość w prowadzonym postępowaniu likwidacyjnym. Wreszcie, skargi dotyczą także nieprawidłowych praktyk (zarówno banków, jak i ubezpieczycieli) towarzyszących zawieraniu umów ubezpieczenia lub przystępowaniu do nich oraz wykonywaniu tych umów, w szczególności w związku z zajściem zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową i prowadzonym postępowaniem likwidacyjnym.

Spośród skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w 2012 r. dominują te dotyczące umów grupowego ubezpieczenia kredytobiorców i pożyczkobiorców, obejmujących takie ryzyka jak śmierć osoby ubezpieczonej, poważne zachorowanie, utrata zatrudnienia oraz niezdolność do pracy. Znaczna liczba skarg odnosi się także do inwestycyjnych produktów ubezpieczeniowych (ubezpieczeń na życie z funduszem kapitałowym), spośród których część jest sprzedawana w ramach *bancassurance*, część zaś – poprzez inne kanały dystrybucji. Z uwagi na ich specyfikę oraz rosnącą popularność, a także kontrowersje towarzyszące temu produktowi, problematyka z nimi związana zostanie w sposób szczegółowy omówiona w odrębnym raporcie

przygotowywanym przez Biuro Rzecznika Ubezpieczonych w oparciu o analizę otrzymanych skarg. Zdecydowanie mniejsza liczba skarg dotyczy natomiast ubezpieczeń oferowanych jako dodatek do kart kredytowych, rachunków bankowych, kont oszczędnościowych i innych zbliżonych produktów bankowych. Kierowane do Rzecznika skargi dotyczą ponadto zawieranych w segmencie *bancassurance* umów ubezpieczenia, których przedmiotem jest kredytowane mienie. W szczególności mowa tu o ubezpieczeniach nieruchomości od ognia i innych ryzyk, ale także ubezpieczeniach rzeczy ruchomych. Skargi te w dużej jednak mierze zawierają zarzuty tożsame z tymi, jakie są kierowane względem umów ubezpieczenia zawieranych za pośrednictwem tradycyjnych kanałów sprzedażowych oraz kanału *direct*.

Analiza skarg wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych wskazuje, iż podstawowym problemem, z jakim borykają się skarżący, jest odmowa zapłaty przez ubezpieczyciela świadczenia z umowy ubezpieczenia na życie w przypadku zgonu kredytobiorcy (pożyczkobiorcy) w wyniku choroby, która zdaniem zakładu ubezpieczeń istniała jeszcze przed datą objęcia go ochroną ubezpieczeniową. Ubezpieczyciele powołują się bowiem na postanowienia zawarte w umowie ubezpieczenia (wzorcem umownym), które wyłączają ich odpowiedzialność. Poszczególne klauzule dają ubezpieczycielowi możliwość odmowy także wówczas, gdy – już po śmierci ubezpieczonego – wykaże on, że objawy choroby, o której ubezpieczony nie wiedział w momencie przystępowania do umowy, występowały przed tym dniem, a nawet wówczas, gdy zostanie stwierdzone, że stan, w związku z którym nastąpił zgon, istniał przed datą rozpoczęcia ochrony. Tym samym możliwość odmowy przysługuje ubezpieczycielowi również w przypadku, gdy przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia choroba nie dawała żadnych objawów, a ubezpieczony nie miał jakiegokolwiek świadomości o jej istnieniu. Niektóre z postanowień przyznają przy tym ubezpieczycielowi prawo do arbitralnej, subiektywnej oceny tego, czy ubezpieczony powinien był wiedzieć w chwili przystępowania do ubezpieczenia o istnieniu niezdiagnozowanej wówczas choroby.

Kolejny problem wyłaniający się z analizy skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych wiąże się ze sposobem ustalania przez zakład ubezpieczeń w toku postępowania likwidacyjnego, czy zgon osoby ubezpieczonej nastąpił w wyniku lub w związku z chorobami, które były leczone przed objęciem jej ochroną ubezpieczeniową. Zakłady ubezpieczeń, w zależności od tego, które rozwiązanie jest dla nich bardziej korzystne, albo trzymają się ściśle zapisu z karty zgonu dotyczącego przyczyny wyjściowej, nie chcąc wziąć pod uwagę konkretnych argumentów wskazujących, że przyczyna ta została ustalona na wyrost, albo też kwestionują przyczynę wpisaną do karty zgonu, jako nie dość dokładną.

Wątpliwości budzi także powszechna praktyka zakładów ubezpieczeń, które rezygnują w ubezpieczeniach grupowych z przeprowadzenia nawet uproszczonego wywiadu medycznego mającego na celu ustalenie stanu zdrowia ubezpieczonego, zastrzegają zaś w treści umów swój brak odpowiedzialności, jeśli przyczyny wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego istniały przed chwilą powstania ochrony ubezpieczeniowej. Prowadzi to do zjawiska polegającego na przystępowaniu do ubezpieczenia osób, względem których już od początku istnieją przesłanki odmowy zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego z uwagi na to, że jeśli zajdzie wypadek ubezpieczeniowy przewidziany w umowie, zostanie on uznany jako następstwo czy konsekwencja chorób zdiagnozowanych lub leczonych przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności ubezpieczyciela.

Rzecznik Ubezpieczonych w niektórych ze spraw, które dotyczyły grupowych ubezpieczeń na życie, stwierdził praktykę niemal automatycznych odmów ze strony ubezpieczycieli, gdy z dokumentacji medycznej wynikało, że ubezpieczony w jakikolwiek sposób nie zastosował się do zaleceń lekarskich. Zarzut w tym przypadku dotyczy tego, że ubezpieczyciel nie bada związku przyczynowego pomiędzy niewypełnieniem zalecenia a zgonem. Kolejny problem wyłaniający się z treści skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych dotyczy postanowień wzorców umownych stanowiących część umowy grupowego ubezpieczenia kredytobiorców, zgodnie z którym w przypadku ubezpieczonych, którzy w dniu zawarcia umowy kredytu ukończyli 65 lat (w przypadku jednego z ubezpieczycieli – 69 lat), ochrona ubezpieczeniowa z tytułu zgonu ubezpieczonego ograniczona jest do zdarzeń powstałych w wyniku nieszczęśliwego wypadku. Wielu klientów w starszym wieku nie zdaje sobie bowiem sprawy, że mimo opłacenia składki za ubezpieczenie na życie, udzielana im ochrona obejmuje tylko i wyłącznie zgon jako następstwo nieszczęśliwego wypadku.

Liczne skargi dotyczą także problemu karencji stosowanej w umowach grupowego ubezpieczenia na życie. Zazwyczaj umowy te przewidują, że okres odpowiedzialności ubezpieczyciela w stosunku do danego ubezpieczonego rozpoczyna się po upływie 90 dni, licząc od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia, z wyjątkiem ubezpieczenia na wypadek zgonu wskutek nieszczęśliwego wypadku, gdzie odpowiedzialność rozpoczyna się od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia. Co znamienne, karencja w udzielanej ochronie jest przewidywana nawet wówczas, gdy umowa ubezpieczenia zawiera restrykcyjne wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela, jeśli zgon nastąpił w związku z chorobami istniejącymi przed dniem przystąpienia do umowy. W takim zaś przypadku karencja nie spełnia swojego normalnego celu, czyli wyeliminowania przypadków, gdy do ubezpieczenia

przystępują osoby, u których wystąpienie zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową jest pewne lub bardzo prawdopodobne. Tego typu praktyka rodzi wiele wątpliwości, skoro deklarowanym celem ubezpieczenia ma być zabezpieczenie zobowiązania ubezpieczonego klienta wobec banku.

Kolejna grupa skarg, które kierowane są do Rzecznika Ubezpieczonych, obejmuje ubezpieczenie z tytułu niezdolności do pracy oraz od utraty pracy. Przeważająca część skarg jest związanych z definicjami zdarzeń ubezpieczeniowych, przewidzianymi we wzorcach umownych. Wiele spośród nich jest bowiem nader wąskich, często też nie uwzględniają one obowiązujących przepisów w zakresie niepełnosprawności czy rent z ubezpieczenia społecznego. Problematiczny jest także status osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę na czas określony, które zazwyczaj posiadają znacznie węższy zakres ochrony, niż pozostali pracownicy. Szczególnie częste jest też definiowanie wypadków ubezpieczeniowych w postaci „inwalidztwa”, „niezdolności do pracy” czy „całkowitej niezdolności do zarobkowania” jako stanu, w którym ubezpieczony nie tylko utracił bezterminowo lub długoterminowo zdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy, ale także została równocześnie spełniona druga przesłanka, mianowicie osoba ta jest trwale i całkowicie lub długoterminowo niezdolna do samodzielnej egzystencji. Niekiedy również przewidziany jest wymóg, że udowodnienie zaistnienia danej przesłanki wymaga podjęcia decyzji przez konkretnie wskazany w umowie organ, co nie zawsze uwzględnia obowiązujące procedury i faktyczną sytuację niektórych ubezpieczonych. Uzależnianie przyznania świadczenia od przedstawienia orzeczenia organu rentowego może zostać uznane za nieuzasadnione utrudnianie dochodzenia roszczeń.

Kolejny problem dotyczy uzależnienia odpowiedzialności ubezpieczyciela od tego, czy całkowita niezdolność do pracy utrzymywała się przez czas wymagany umową w okresie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Skargi dotyczą poza tym również stosowania w umowach ubezpieczenia karencji. Kolejny zdiagnozowany problem dotyczy żądania przez zakład ubezpieczeń w toku likwidacji szkody dokumentów, których ubezpieczony nie jest w stanie przedłożyć i których wymaganie nie posiada odzwierciedlenia w postanowieniach umownych, w praktyce zaś ogranicza odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do zakresu ochrony wynikającego z zawartej umowy ubezpieczenia. Także i w przypadku ubezpieczeń na wypadek utraty pracy oraz niezdolności do pracy zgłaszane problemy dotyczą, podobnie jak przy ubezpieczeniu na życie, wyłączenia udzielanej ochrony ze względu na powiązanie pomiędzy wypadkiem ubezpieczeniowym a wcześniej istniejącą chorobą lub mającym miejsce uprzednio wypadkiem. Wśród skarg obecne są też takie,

które wskazują na automatyczną odmowę ze strony ubezpieczyciela, jeżeli tylko stwierdził on, że ubezpieczony miał problemy ze zdrowiem jeszcze przed przystąpieniem do ubezpieczenia, nawet gdy brak jest dowodów na związek pomiędzy takimi schorzeniami a orzeczoną niezdolnością do pracy. Skargi kierowane do Rzecznika dotyczą nie tylko odmów, ale również wysokości przyznanego świadczenia.

Oprócz ubezpieczenia obejmującego ryzyko zgonu, utraty pracy oraz niezdolności do pracy ubezpieczonego, skargi wniesione do Rzecznika Ubezpieczonych dotyczą także ryzyka poważnego zachorowania. W tym przypadku skarżący nie mogą pogodzić się z odmową spełnienia świadczenia, wskazując, że choroba na którą zachorowali jest ich zdaniem „poważnym zachorowaniem”. Funkcjonujące na rynku ubezpieczenia przewidują jednak ograniczenie odpowiedzialności z tego tytułu tylko do tych kilku lub kilkunastu schorzeń, które zostały enumeratywnie wskazane w treści wzorca umownego.

Kolejna grupa skarg wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych obejmuje problematykę związaną ze składkami ubezpieczeniowymi oraz okresem udzielanej ochrony ubezpieczeniowej. Zgłaszane są problemy dotyczące wysokości zwracanych przez ubezpieczycieli składek, zdaniem bowiem osób skarżących kwoty te są w niektórych przypadkach zaniżone, a ubezpieczyciele stosują zasady obliczania wysokości składki ubezpieczeniowej podlegającej zwrotowi w sposób niezgodny z art. 813 § 1 k.c. Skargi kierowane do Rzecznika dotyczą ponadto sposobu wyliczania i pobierania składki za okres, w którym stosowana była karencja w udzielanej ochronie ubezpieczeniowej. Inny problem dotyczy przypadków nieuprawnionego pobierania składki po zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. W niektórych sytuacjach praktyka taka może wprowadzać w błąd osobę ubezpieczoną, poprzez utwierdzenie jej w przekonaniu, że ochrona ubezpieczeniowa trwa nadal. W wielu skargach zwracana jest uwaga na brak związku pomiędzy długością trwania umowy kredytu lub pożyczki, której zabezpieczeniem ma być ubezpieczenie grupowe, a okresem ochrony ubezpieczeniowej przewidzianym w umowie ubezpieczenia, do której przystąpienia klient jest zmuszony.

Kolejna grupa skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych dotyczy nieprawidłowości towarzyszących likwidacji szkody. W wielu przypadkach problemy zaczynają się już na etapie zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową. Nierzadko bank zachowuje się w sposób opieszwały i zwleka z przekazaniem informacji do ubezpieczyciela. Jednocześnie na ogół podejmuje czynności związane z ustaleniem kręgu spadkobierców odpowiadających za długi spadkowe oraz czynności windykacyjne. Podstawową jednak kwestią, na którą skarżą się osoby kierujące swoje sprawy

do Rzecznika Ubezpieczonych, jest opieszałość w likwidacji szkody. Zakłady ubezpieczeń przedłużające się postępowanie tłumaczą na ogół niezłożeniem wystarczających dokumentów przez bank lub rodzinę zmarłego lub też brak odpowiedzi ze strony placówek medycznych. Zdarza się, że nieterminowość tłumaczona jest przeoczeniem lub błędem pracownika. W sprawach, w których Rzecznik podejmował interwencję, opieszałość zakładu ubezpieczeń powodowała nieuzasadnione wydłużenie postępowania likwidacyjnego o kilka a nawet kilkanaście miesięcy (!).

Skarżący kwestionują ponadto samą treść przesyłanych im przez zakład ubezpieczeń pism, a w szczególności stanowiska odmawiającego spełnienia roszczenia. Często są one niezwykle skrótowe, nie przywołuje się w nich podstawy prawnej odmowy, a jeszcze częściej nie wskazuje na okoliczności faktyczne, które uzasadniają odmowę spełnienia świadczenia. Czasem wręcz robią one wrażenie niechlujnych. Zdarza się, że pismo informujące o odmowie spełnienia roszczenia, które może opiewać na kwotę kilkuset tysięcy złotych, zawiera samo przytoczenie klauzuli umownej, która ma dawać taką możliwość ubezpieczycielowi.

Następna grupa skarg dotyczy nieprawidłowości przy samym zawieraniu umowy ubezpieczenia, a właściwie – ze względu na to, iż w *bancassurance* dominuje model ubezpieczenia grupowego – przystępowaniu w charakterze ubezpieczonego do już zawartej umowy ubezpieczenia, z czym oczywiście wiąże się obowiązek sfinansowania składki ubezpieczeniowej. Nagminne jest podnoszenie przez skarżących, iż kredytobiorca nie miał faktycznej możliwości zapoznania się dokumentem określającym warunki ubezpieczenia, najczęściej dlatego, że nie wręczono mu przed podpisaniem stosownego oświadczenia ogólnych warunków ubezpieczenia lub innego wzorca umownego określającego prawa i obowiązki ubezpieczonego, przekazując mu je już po fakcie, albo w ogóle pomijając spełnienie tego obowiązku. Wskazuje się też na obszerność i niezrozumiały język poszczególnych dokumentów, a także na ich drobny druk, szczególnie w odniesieniu do treści oświadczeń, które towarzyszą zawarciu umowy z bankiem.

Kolejnym problemem, jaki wyłania się z otrzymanych przez Rzecznika skarg, jest niewystarczające informowanie klienta przez pracowników banku lub innych jego przedstawicieli o oferowanym mu ubezpieczeniu – czy jest ono wymogiem uzyskania kredytu lub pożyczki, na jakich warunkach klient będzie mógł wziąć kredyt, jeśli nie zdecyduje się na opłatę składki ubezpieczeniowej, czy bank akceptuje samodzielnie zawarte przez konsumenta ubezpieczenie indywidualne, a wreszcie – w jaki sposób oferowane mu ubezpieczenie chroni jego interes i w jakim zakresie stanowi rzeczywiste zabezpieczenie spłaty jego zobowiązania wobec banku. W szczególności zaś, jaki zakres ochrony –

uwzględniając przewidziane w umowie wyłączenia i prawo ubezpieczyciela do regresu, a także osobistą sytuację klienta (przede wszystkim wiek i stan zdrowia) – będzie mu faktycznie przysługiwał w związku z przystąpieniem do umowy ubezpieczenia grupowego.

Przedstawiona w aneksie analiza skarg wniesionych do Rzecznika Ubezpieczonych w ostatnich miesiącach dowodzi, że kwestie związane z *bancassurance* w dalszym ciągu przysparzają konsumentom wielu problemów, a ubezpieczenia oferowane konsumentom za pośrednictwem banków i innych zbliżonych podmiotów zdecydowanie zbyt często nie spełniają przewidzianych dla nich funkcji. Uwzględniając ten fakt Rzecznik podtrzymuje swój postulat dotyczący konieczności uregulowania w niezbędnym zakresie tak specyficznego kanału dystrybucji sprzedaży ubezpieczeń, jakim jest *bancassurance*. W pełni popieramy zatem zapowiedziane przez Komisję Nadzoru Finansowego wydanie rekomendacji dotyczącej dobrych praktyk ostrożnego i stabilnego zarządzania bankami w zakresie funkcjonowania segmentu *bancassurance*. Jest to z pewnością krok we właściwym kierunku, który przynajmniej częściowo pozwoli na sanację nieprawidłowych praktyk, do których dochodzi na styku współpracy biznesowej pomiędzy bankami i zakładami ubezpieczeń, ze szkodą dla konsumentów.

Należy wszakże mieć na względzie pewne ograniczenia związane z istotą rekomendacji wydawanych przez Komisję Nadzoru Finansowego. Dotyczą one zarówno charakteru prawnego rekomendacji, które nie są aktami normatywnymi o charakterze powszechnie obowiązującym, jak i zakresu podmiotowego, ponieważ skierowane są one wyłącznie do podlegających polskiemu nadzorowi banków, względem zaś pozostałych podmiotów, w tym również zakładów ubezpieczeń, mogą one być traktowane co najwyżej jako niewiążące wytyczne. Dlatego celem wyeliminowania wszelkich patologii nieodzowne wydaje się podjęcie prac legislacyjnych nad zmianami w obowiązujących przepisach prawa, które na chwilę obecną w niedostatecznym stopniu regulują *bancassurance*.

Uważamy, że podstawowym problemem modelu *bancassurance* w polskich realiach jest łączenie przez banki (lub inne podmioty tego segmentu) ról pośrednika ubezpieczeniowego i ubezpieczającego. Bank powinien jednoznacznie informować, czy jest pośrednikiem działającym w interesie zakładu ubezpieczeń, czy też ubezpieczającym, który z tego tytułu nie pobiera żadnych prowizji i nie jest w związku z tym narażony na konflikt interesów. Nie jest bowiem do pogodzenia łączenie ról ubezpieczającego i pośrednika w sytuacji, gdy bank jako kontrahent i partner biznesowy zakładu ubezpieczeń zarabia tym więcej, im mniej na to ubezpieczenie wyda ubezpieczyciel (klauzula *no claims bonus*). Niekiedy również bank jest powiązany z zakładem ubezpieczeń kapitałowo, a nawet

pozostaje z nim w jednej grupie kapitałowej. W takim przypadku bank jest więc żywotnie zainteresowany tak naprawdę tym, by ubezpieczony przystąpił do umowy ubezpieczenia na jak najgorszych warunkach (w relacji cena-jakość), a w razie zgłoszenia przez niego lub jego spadkobierców roszczeń – by roszczenie zostało oddalone, względnie by wypłacono jak najniższe świadczenie. To bowiem wygeneruje dla banku największe zyski i nie będzie stało na przeszkodzie w podjęciu windykacji (w razie potrzeby również egzekucji) z majątku dłużnika, jeżeli zaś kredyt jest zabezpieczony hipoteką, zastawem czy przewłaszczeniem – bank będzie mógł zaspokoić się na tej podstawie.

Koniecznym jest ponadto zapewnienie nieograniczonej swobody wyboru przez klienta ubezpieczyciela, z którego oferty chce skorzystać. Jeżeli konieczność posiadania ochrony ubezpieczeniowej przez klienta jest rzeczywiście motywowana chęcią zabezpieczenia wiarygodności przysługującej bankowi, nie ma znaczenia, który z ubezpieczycieli ponosił będzie ryzyko z tym związane, jeżeli tylko konsument spełni podstawowe i uczciwe wymogi formalne dotyczące przedmiotu i zakresu ubezpieczenia oraz cesji praw do odszkodowania. Takie rozwiązanie zapewni konkurencyjność na tym rynku i spowoduje, że umowy ubezpieczenia oferowane za pośrednictwem banków będą musiały być atrakcyjne, tak by parametrami ceny i jakości dorównywały ubezpieczeniom indywidualnym, a nawet z nimi wygrywały, dzięki upustom wynegocjowanym przez banki dla swoich klientów. Taka jest zresztą obecnie logika funkcjonowania ubezpieczeń grupowych poza segmentem *bancassurance*, nie ma zatem powodu by i tutaj nie stworzyć warunków dla podobnych mechanizmów.

Banki i zakłady ubezpieczeń powinny zostać zobowiązane do zapewnienia, by oferowany klientowi produkt miał przynajmniej w podstawowym stopniu pokrycie w jego indywidualnej sytuacji. Niedopuszczalne jest kreowanie po stronie kredytobiorców przekonania, że dany produkt ubezpieczeniowy jest dopasowany do ich potrzeb i w razie potrzeby zapewni spłatę zadłużenia, jeżeli jego przedmiot, zakres ochrony czy wyłączenia odpowiedzialności powodują, że dany klient faktycznie otrzymuje iluzoryczną jedynie ochronę ubezpieczeniową.

Wprowadzony winien być mechanizm, dzięki któremu ubezpieczenie wymagane przy kredycie czy pożyczce, finansowane w całości przez klienta, przestanie być zawołowaną formą obejścia przepisów antylichwiarskich o maksymalnym poziomie odsetek, opłat, prowizji i kosztów związanych z zawarciem umowy z bankiem.

Należy również zapewnić spełnienie przez banki wysokich standardów informacyjnych wobec konsumentów. Potrzebna jest pełna jawność i transparentność w obszarze ryzyka

ponoszonego przez klienta, a także w zakresie kosztów składki i zakresu ochrony. Konsument musi mieć zapewnioną rzeczywistą możliwość zapoznania się z treścią umowy i to jeszcze przed podjęciem decyzji w tej sprawie. Ważnym aspektem spełnienia obowiązku informacyjnego przez bank powinno być przekazanie klientowi precyzyjnych zasad występowania z roszczeniem regresowym. Regres nie powinien być możliwy w sytuacjach, kiedy to ochronę ubezpieczeniową w związku z ryzykiem braku spłaty kredytu finansował sam kredytobiorca.

Ubezpieczony, jak i jego spadkobiercy, powinni mieć możliwość samodzielnego zgłoszenia wypadku ubezpieczycielowi, jak również dostęp do dokumentacji związanej z realizacją umowy ubezpieczenia, która ma wpływ na odpowiedzialność ubezpieczyciela i wysokość należnego świadczenia. Banki winny zapewnić klientom pomoc w realizacji umowy ubezpieczenia, w szczególności poprzez aktywny udział w procesie rozpatrywania roszczeń, a w razie potrzeby analizę zasadności stanowiska końcowego ubezpieczyciela i ewentualne złożenie odwołania. W razie zaś odmowy przyjęcia odpowiedzialności przez ubezpieczyciela, bank na żądanie tych osób powinien cedować prawo do świadczenia z umowy ubezpieczenia, jeżeli sam nie zamierza ich dochodzić na drodze sądowej.

Zdaniem Rzecznika Ubezpieczonych rekomendacja w pierwszej kolejności powinna mieć za zadanie wprowadzenie dla banków takich standardów działania, które w efekcie zapewnią zgodność funkcjonowania kanału *bancassurance* z przepisami kodeksu cywilnego (w tym również w zakresie takich klauzul generalnych, jak dobre obyczaje, zasady współżycia społecznego i społeczno-gospodarczy cel zobowiązania) oraz ustaw o działalności ubezpieczeniowej, pośrednictwie ubezpieczeniowym, przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym, zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i kredycie konsumenckim.

Wydaje się, iż konieczność uzdrowienia opisywanego kanału dystrybucji ubezpieczeń przebija się do świadomości coraz szerszego grona osób i podmiotów, w tym również przedstawicieli rynku bankowego i ubezpieczeniowego. Rzecznik Ubezpieczonych wyraża zatem nadzieję, że za słowami wypowiedzianymi przez reprezentanta środowiska bankowego Krzysztofa Pietraszkiewicza (prezesa Związku Banków Polskich) – *„Chcemy służyć ludziom i rozwiązywać ich problemy. Chcemy, żeby do nas przyszli i mieli poczucie, że zrobili dobry interes”* – pójdą również konkretne czyny. Strategiczny alians bankowo-ubezpieczeniowy musi bowiem być użyteczny społecznie, a konsumenci korzystający z *bancassurance* powinni być traktowani jako równoprawni partnerzy, a nie – jak dotychczas ma to miejsce – dostawcy tanich przychodów dla banków i zakładów ubezpieczeń.