

**Mateusz Kościelniak**

## **Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym – doświadczenia wybranych państw europejskich**

*Artykuł ma na celu ukazanie problemów pojawiających się w związku z umowami ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym w krajach Europy Zachodniej. Szczególny nacisk położono na rynek brytyjski, opisano reakcje organu nadzoru funkcjonującego w tym państwie, a także wprowadzenie miękkich regulacji.*

*Opisano także niezwykle istotne dla rynku rozstrzygnięcia władzy sądowniczej niemieckiej, w których to zakwestionowano klauzule niezgodne z interesem konsumenta.*

*Wskazano także na doniosłość i cel funkcjonowania „Zasad europejskiego prawa ubezpieczeń” na gruncie umowy ubezpieczenia na życie oraz przedstawiono najważniejsze regulacje istotne dla tematyki niniejszego artykułu. Poczyniono także uwagi dotyczące charakteru prawnego umów ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym na tle rozważań wyłaniających się z orzecznictwa włoskiego.*

**Słowa kluczowe:** ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, konsument, Europa, klauzule abuzywne, nadzór.

### **Wstęp**

Przedmiotowe opracowanie o charakterze informacyjnym ma na celu ukazanie, iż Polski rynek ubezpieczeń nie jest osamotniony w problemach dotyczących ubezpieczeń z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Kwestie związane z nieprawidłową sprzedażą (*misselling*) tego typu produktów czy nierentownością inwestycji pojawiały się również w największych państwach europejskich, takich jak: Wielka Brytania, Niemcy, Włochy czy Francja. Państwowe organy kontroli i nadzoru oraz sądownictwa funkcjonujące w tych krajach również musiały stawić czoła wyzwaniom i rozwiązać problemy powstałe na etapie sprzedaży oraz obsługi posprzedażowej umów ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.

Dlatego też w niniejszym artykule zostanie ukazana specyfika rynków państw Europy Zachodniej ze szczególnym uwzględnieniem Wielkiej Brytanii oraz działania organów kontrolnych i wymiaru sprawiedliwości działających w tym państwie, które zostały podjęte w celu eliminacji problemu. Na tle rozważań wynikających z orzecznictwa włoskiego oraz niemieckiego przepro-

wadzona zostanie także analiza mająca na celu określenie, jaki charakter prawny ma umowa ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.

Na szczególną uwagę – w ocenie autora – zasługuje model brytyjski, który można uznać za wzorzec w zakresie reakcji organów nadzoru i Rzecznika Finansowego oraz wszelkich działań podejmowanych w celu znalezienia kompromisu i dogodnych rozwiązań dla konsumentów, którzy zawarli niekorzystne dla nich umowy. Interesujące i przydatne mogą okazać się również rozważania sądownictwa włoskiego, który to zajmował się głównie charakterem prawnym umów ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Zagadnienia związane z wartością wykupu i postanowieniami niedozwolonymi, które umieszczano w warunkach ubezpieczeń z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, były z kolei przedmiotem rozważań niemieckiego Federalnego Trybunału Sprawiedliwości.

### **1. Doświadczenia brytyjskiego rynku finansowego oraz Rzecznika Finansowego działającego w Wielkiej Brytanii**

W Wielkiej Brytanii sprzedaż produktów, które miały charakter analogiczny do ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, największy rozkwit przeżywała w latach 1980–1990. Produkty te – nazywane w Wielkiej Brytanii *mortgage endowment policy* – stanowiły umowę ubezpieczenia na życie i dożycie, będącą zabezpieczeniem kredytu hipotecznego. W związku z problemami, które pojawiły się na etapie sprzedaży oraz wykonania tych umów, a także zagadnieniami podatkowymi oraz niską stopą zwrotu inwestycji produkty te obecnie straciły na znaczeniu na rynku brytyjskim.

W Wielkiej Brytanii niezwykle popularne były kredyty hipoteczne, w których kredytobiorca zobowiązany był spłacać jedynie odsetki, natomiast sam kapitał kredytu z założenia miał zostać spłacony ze środków, które zostały zainwestowane w polisę. Oczywiście, konsument był zobowiązany do tego, aby regularnie opłacać składkę przeznaczoną na inwestycję oraz ochronę ubezpieczeniową.

Jak wynika z powyższego, umowy ubezpieczenia będące zabezpieczeniem kredytu hipotecznego stanowiły jednocześnie długoterminowe plany inwestycyjne zawierające również element ubezpieczeniowy. Zawierane były najczęściej na okres od 10 do 25 lat. Elementem ubezpieczeniowym tego produktu było świadczenie ochrony ubezpieczeniowej na wypadek śmierci ubezpieczonego. A zatem, podobnie jak w polskich realiach, produkty te zawierały zarówno element ochrony ubezpieczeniowej, jak również *stricte* inwestycyjny. Sumy nominalne wpłacane przez konsumenta z zasady miały być inwestowane przez ubezpieczyciela, co miało pozwolić na uzyskanie kwoty pieniężnej umożliwiającej spłatę kapitału. Część regularnej składki przeznaczana była natomiast na ochronę ubezpieczeniową. Zasadniczo konsument we własnym zakresie spłacał same odsetki kredytu oraz wpłacał określoną kwotę pieniężną z przeznaczeniem na polisę inwestycyjną, z której po zakończeniu okresu inwestowania miał być spłacony kapitał kredytu<sup>1</sup>.

W ramach umów ubezpieczenia stanowiących zabezpieczenie kredytu hipotecznego wyróżnia się dwa rodzaje polis inwestycyjnych: *unit link* oraz *with-profits*. Oba różnią się znacznie rodzajem funduszy inwestycyjnych, na które przeznaczane są środki. W produktach typu *unit link* środki zebrane na polisie inwestowane są w fundusze o charakterze podobnym do funduszy powierniczych. Przedsiębiorca oferuje możliwość dokonania inwestycji w wiele rozmaitych

---

<sup>1</sup> Raport Rzecznika Finansowego, *Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, część II*, Warszawa 2016, s. 103, <http://rf.gov.pl/pdf/RAPORT%20UFK-CZ%202-WERSJA%20OST-30-03-2016%20pop.pdf>.

funduszy, a konsument wybiera jeden z nich. Wartość środków zależy od wahań na giełdzie papierów wartościowych.

Produkty *with-profits* działają w sposób odmienny. Konsument inwestuje środki w fundusze typu *with-profits* prowadzone przez ubezpieczyciela. Środki z polisy inwestowane są w różnego rodzaju aktywa, takie jak: akcje, obligacje skarbu państwa oraz nieruchomości. W ramach tego produktu fundusz wypłaca do planu inwestycyjnego corocznie premię, która zależy od osiągniętego zysku<sup>2</sup>. Część środków z owej premii z zysku może zostać przekazana na rezerwę i pokrycie ewentualnych strat bądź wyrównanie, gdyby fundusze w przyszłości nie miały przynieść zakładanych zysków. Proces ten nazywany jest wygładzaniem (ang. *smoothing*) i ma na celu zabezpieczenie konsumenta przed niepożądanymi wahaniami na rynku akcji<sup>3</sup>.

Jak wynika ze statystyk prowadzonych przez brytyjskiego regulatora, w 2000 r. 6 mln gospodarstw domowych posiadało około 11 mln polis stanowiących zabezpieczenie spłaty kredytu hipotecznego<sup>4</sup>.

Od marca 2000 r. brytyjski Rzecznik Finansowy (FOS – *Financial Ombudsman Service*) zbadał przeszło 250 000 skarg w przedmiocie wykonania umów ubezpieczenia stanowiących zabezpieczenie kredytu hipotecznego oraz w przedmiocie nieprawidłowości przy sprzedaży takich umów, związanych z udzielaniem konsumentowi niewłaściwych czy błędnych informacji przez pracownika sprzedaży. W 2013 r. liczba skarg związanych z tymi produktami wyniosła 4967, a w 2014 r. nastąpił spadek liczby skarg do 3573<sup>5</sup>.

Główną przyczyną skarg kierowanych do FOS była sytuacja rynkowa określana w Wielkiej Brytanii jako deficyt (ang. *shortfall*). Jest to stan, w którym wartość środków zainwestowanych w polisę na koniec trwania umowy jest mniejsza niż wysokość kapitału kredytu pozostającego do zapłaty<sup>6</sup>. Należy przy tym wskazać, że w latach 90. XX w. stopa zwrotu inwestycji z produktu określana była na 7%, a w latach 80. była nawet wyższa. Po wahaniami giełdowych oraz zmianach poziomu inflacji okazało się, że produkty te nie przynosiły przewidywanej stopy zwrotu i konsumenci nie byli w stanie spłacić kredytów hipotecznych w chwili, gdy zobowiązanie do zapłaty kredytu hipotecznego stawało się wymagalne. W związku z problemami powstałymi na tle sprzedaży oraz wykonania umów ubezpieczenia stanowiących zabezpieczenie kredytu hipotecznego, brytyjscy konsumenci zaczęli masowo wnosić skargi do FOS.

Brytyjski Rzecznik Finansowy jest podmiotem uprawnionym do rozpatrywania oraz rozstrzygnięcia sporów powstałych pomiędzy konsumentem usługi finansowej a przedsiębiorcą świadczącym takie usługi. Instytucja ta została powołana i utworzona w 2001 r. na mocy ustawy o rynkach finansowych z 2000 r.<sup>7</sup> Specyfiką działalności FOS jest to, iż organ ten posiada uprawnienie do wydawania decyzji, które wiążą zarówno przedsiębiorcę, jak i konsumenta. Jeżeli konsument nie zgadza się ze stanowiskiem FOS, ma prawo nie zaakceptować takiej decyzji i złożyć wniosek do sądu o jej zbadanie pod kątem legalności oraz słuszności (ang. *judicial review*). Co ciekawe, podczas gdy polskie rozwiązania prawne przewidują wyłącznie rozpatrywanie sporów na podstawie obowiązujących przepisów prawnych (w tym zasad współżycia społecznego, dobrych obyczajów itp.), to podstawą wydania decyzji przez FOS jest słuszność (ang. *fairness*). FOS, a ściślej arbi-

<sup>2</sup> *Ibidem*, s. 104.

<sup>3</sup> <http://www.royallondon.com/financialguidance/guides/investments/endowment-plans-explained/>.

<sup>4</sup> [http://www.financial-ombudsman.org.uk/publications/technical\\_notes/mortgage-endowments.htm](http://www.financial-ombudsman.org.uk/publications/technical_notes/mortgage-endowments.htm).

<sup>5</sup> [http://www.financial-ombudsman.org.uk/publications/technical\\_notes/mortgage-endowments.htm](http://www.financial-ombudsman.org.uk/publications/technical_notes/mortgage-endowments.htm).

<sup>6</sup> *Ibidem*.

<sup>7</sup> *Financial Services and Markets Act 2000*, [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/81410/consolidated\\_fsma050911.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/81410/consolidated_fsma050911.pdf).

ter czy rzecznik rozpatrujący określony spór, wydaje rozstrzygnięcie w oparciu o to, co uzna za słuszne i sprawiedliwe w świetle okoliczności faktycznych danej sprawy. FOS jest uprawniony również do przeprowadzenia postępowania dowodowego, a więc posiada uprawnienie do wysłuchania stron bądź też wezwania przedsiębiorcy do przedstawienia określonych dokumentów celem zbadania sprawy i wydania rozstrzygnięcia.

Proces rozpatrywania skarg przez FOS wygląda w ten sposób, że w pierwszej kolejności sprawę rozpatruje arbiter (ang. *adjudicator*), który decyduje o tym, czy skarga zostaje przyjęta, czy też nie, a następnie po wysłuchaniu stron proponuje rozstrzygnięcie zaistniałego sporu. W razie wątpliwości co do trafności stanowiska arbitra sprawa rozpatrywana jest przez właściwego rzecznika. W toku rozpatrywania skargi FOS posiada uprawnienie do przeprowadzenia postępowania dowodowego w ten sposób, że może wezwać podmiot, na którego skarga jest złożona, do przedstawienia określonych dokumentów lub opinii biegłych. Istnieje także możliwość przesłuchania stron, jednakże w całej dotychczasowej historii FOS dokonano wyłącznie jednego przesłuchania stron<sup>8</sup>.

Znaczna część skarg kierowanych do FOS dotyczyła przypadków określanych jako *misselling*, czyli niewłaściwych praktyk na etapie sprzedaży produktu, polegających najczęściej na udzielaniu konsumentom informacji nierzetelnych, niepełnych, a czasem wręcz nieprawdziwych. Przyczyną kierowania skarg do FOS przez konsumentów były najczęściej następujące sytuacje:

- brak wystarczającej i klarownej informacji, iż na koniec trwania polisy może wystąpić deficyt;
- zapewnianie konsumentów, że kwota uzyskana z inwestycji z pewnością będzie pokrywać wysokość zaciągniętego kredytu hipotecznego;
- brak przeprowadzenia przez doradców finansowych kompletnej oceny stanu finansowego konsumenta, odpowiedniej do stopnia ryzyka inwestycyjnego produktu;
- brak uświadomienia konsumentów, że dochód z inwestycji będzie możliwy, dopiero gdy zakończy się przewidziany w planie okres inwestycyjny;
- doradzanie przez sprzedawców konsumentom, aby zainwestowali środki w polisę, pod pozorem sprzedaży innego produktu finansowego<sup>9</sup>.

Część skarg związanych z problematyką *mortgage endowment policies* dotyczyła okresu sprzed 29 kwietnia 1988 r. (tzw. *A Day*), w tym dniu bowiem weszły w życie przepisy ustawy o usługach finansowych z 1986 r.<sup>10</sup>, które uregulowały działalność przedsiębiorców prowadzących usługi doradztwa inwestycyjnego. Rozstrzygając te sprawy, FOS brał pod uwagę generalne przepisy obowiązujące w brytyjskim porządku prawnym, jednakże nie stosowano unormowań ustawy z 1986 r. Natomiast po wejściu w życie przepisów, które nakładały na przedsiębiorców oferujących produkty *mortgage endowment* określone obowiązki informacyjne, rozstrzygając sprawę, FOS stosował regulacje zawarte w ustawie. Większość sporów zaistniałych w tamtym okresie, tj. przed 29 kwietnia 1988 r., dotyczyła sytuacji, w których:

- przedsiębiorca zobowiązał się do wypłaty świadczenia w określonej wysokości z chwilą rozwiązania umowy, a następnie płatność ta w przyrzeczonej wysokości nie następowała;
- przedsiębiorca nieprawidłowo doradził konsumentowi przy wyborze produktu;
- konsument został wprowadzony w błąd w przedmiocie warunków umowy;

<sup>8</sup> „Omdudsman News” July 2002, <http://www.financial-ombudsman.org.uk/publications/ombudsman-news/18/18.pdf>.

<sup>9</sup> [http://www.financial-ombudsman.org.uk/publications/technical\\_notes/mortgage-endowments.htm](http://www.financial-ombudsman.org.uk/publications/technical_notes/mortgage-endowments.htm).

<sup>10</sup> *Financial services act 1986 r.*, [http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1986/60/pdfs/ukpga\\_19860060\\_en.pdf](http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1986/60/pdfs/ukpga_19860060_en.pdf).

- konsument otrzymał niewystarczającą ilość informacji o funkcji i istocie produktu;
- konsument uzyskał zapewnienie, że z chwilą zakończenia obowiązywania polisy otrzyma środki finansowe, które przeznaczy nie tylko na kredyt, lecz także na inne potrzeby konsumpcyjne (samochód, wakacje itd.);
- konsument miał świadomość ryzyka, jednakże nie był informowany precyzyjnie o jego wysokości w odniesieniu do konkretnej polisy<sup>11</sup>.

## 2. Regulacje nadzorcze i próby przeciwdziałania nieuczciwym praktykom na gruncie brytyjskim

Pierwsze próby rozwiązania powstałych problemów i zaradzenia nieprawidłowościom związanym z ubezpieczeniami inwestycyjnymi w Wielkiej Brytanii miały charakter samoregulacji rynku. Stowarzyszenie Ubezpieczycieli Brytyjskich (ABI – *Association of British Insurers*) wprowadziło kodeks dobrych praktyk, zobowiązujący przedsiębiorców do wysyłania konsumentom tzw. listów projekcyjnych (ang. *re-projection letters*) po 10 latach trwania inwestycji, które następnie miały być wysyłane regularnie co 5 lat. Dokumenty te miały dostarczać konsumentom informacji o przewidywanej wysokości inwestycji na koniec trwania polisy – przy uwzględnieniu warunków rynkowych i obowiązujących stop zwrotu inwestycji. Listy te dzieliły się na następujące kategorie: czerwoną, bursztynową i zieloną. List czerwony oznaczał, że istnieje wysokie ryzyko powstania zjawiska deficytu i inwestycja nie doprowadzi do oczekiwanego rezultatu finansowego. List bursztynowy zawiadamiał konsumenta o znaczącym ryzyku, że inwestycja nie przyniesie założonego zysku. List zielony oznaczał, że inwestycja osiągnie zamierzony cel, a kwota uzyskana z inwestycji pozwoli na spłatę kredytu hipotecznego. Kodeks dobrych praktyk sporządzony przez ABI był od 2004 r. kilkakrotnie nowelizowany<sup>12</sup>.

Brytyjski organ nadzoru finansowego (obecnie: FCA – *Financial Conduct Authority*, a uprzednio: FSA – *Financial Services Authority*) w latach 1999–2000 również zobowiązał ubezpieczycieli do tego, aby informowali konsumentów o możliwości wystąpienia zjawiska *shortfall*, a także aby do informacji o produkcie inwestycyjnym załączali dokumenty sporządzone przez FSA, zawierające kluczowe informacje o ryzyku związanym z produktem, możliwości złożenia reklamacji i skarg, a także informacje o prawach przysługujących konsumentom.

W grudniu 2000 r. FSA opracował raport zawierający odpowiedź na pytania, czy ubezpieczyciele wypełniają obowiązki informacyjne związane z polisami inwestycyjnymi oraz czy przesyłają konsumentom karty informacyjne sporządzone przez FSA. Aby sprawdzić funkcjonowanie rynku, skorzystano z pomocy tzw. tajemniczych klientów, którzy mieli za zadanie zbadać standardy sprzedaży produktów inwestycyjnych. We wnioskach raportu stwierdzono, że pomimo interwencji regulatora (ostrzeżeń oraz wytycznych) brakuje wyraźnej poprawy w standardach sprzedażowych i niektórzy przedsiębiorcy nie potrafią dopasować ryzyka wynikającego z inwestycji do potrzeb i indywidualnej sytuacji konkretnego konsumenta<sup>13</sup>.

W rozwiązanie problemu z ubezpieczeniami inwestycyjnymi zaangażowały się również brytyjskie organy państwowe, a w szczególności parlamentarna Komisja Skarbu Państwa (*Treasure Select Committee*), która w czerwcu 2004 r. wydała dokument *Odpowiedzi na piąty raport komisji – odzyskiwanie zaufania w długoterminowe oszczędności: hipoteki zabezpieczone umową*

<sup>11</sup> [http://www.financial-ombudsman.org.uk/publications/technical\\_notes/mortgage-endowments.htm](http://www.financial-ombudsman.org.uk/publications/technical_notes/mortgage-endowments.htm).

<sup>12</sup> Por. Raport Rzecznika Finansowego, *op. cit.*, s. 113.

<sup>13</sup> Por. D. Severn, *The Financial Ombudsman Service and mortgage endowment complaints*, <http://www.financial-ombudsman.org.uk/assets/pdf/DavidSevernReport.pdf>, s. 30.

*ubezpieczenia*. W odpowiedzi na to brytyjski rząd wydał oświadczenie, w którym zwrócił uwagę na problemy związane ze sprzedażą umów ubezpieczenia oraz liczbę skarg napływających od konsumentów. Rząd pozytywnie ocenił również pracę i politykę FSA w zakresie nadzoru nad ubezpieczeniami inwestycyjnymi. Zwrócono uwagę, że wahania giełdowe oraz niestabilna sytuacja na rynkach finansowych doprowadzi do tego, że konsumenci, którzy zainwestowali w umowy ubezpieczenia stanowiące zabezpieczenie kredytu hipotecznego, mogą ponieść wysokie straty. Ponadto przedstawiono FSA dodatkowe wytyczne w celu lepszego sprawowania nadzoru, w szczególności wskazano, że FSA powinien identyfikować i edukować konsumentów, którzy nie mają odpowiedniej świadomości prawnej i ekonomicznej oraz nie posiadają wiedzy o przysługujących im środkach prawnych. Stwierdzono, że jest to grupa konsumentów, która wymaga szczególnej opieki i troski ze strony państwa.

W oparciu o powyższe zalecenia w grudniu 2004 r. brytyjski organ nadzoru napisał kolejny list do przedsiębiorców, w którym zwrócił szczególną uwagę, że co do zasady poprawie uległy terminowość i jakość procesu rozpatrywania reklamacji, a mimo to wciąż istnieją firmy, które nie respektują przyjętych w tym zakresie standardów. Wskazano też, że w razie powzięcia informacji o problemach przy rozpatrywaniu reklamacji organ nadzoru podejmie niezbędne kroki, aby wyeliminować problemy i nałożyć stosowne sankcje na przedsiębiorców. Zwrócono również uwagę, że stała liczba napływających do FOS skarg na określonych przedsiębiorców wynika z faktu, że ta grupa przedsiębiorców ma kłopot z poprawnym z rozpatrywaniem skarg konsumentów<sup>14</sup>.

Na marginesie należy wskazać, że również w Wielkiej Brytanii problemy z ubezpieczeniami stanowiącymi zabezpieczenie kredytu hipotecznego spowodowały masowy wzrost liczby kancelarii odszkodowawczych (ang. *claims-management companies*)<sup>15</sup>. Podmioty te reprezentowały konsumentów w sporach z przedsiębiorcami, domagając się stosownych odszkodowań.

Na kwestię problemów z ubezpieczeniami stanowiącymi zabezpieczenie kredytu w Wielkiej Brytanii zwróciły uwagę również media oraz organizacje działające na rzecz praw konsumenta. W 2002 r. organizacja Which? rozpoczęła kampanię mającą na celu pomoc konsumentom, którzy zawarli umowę ubezpieczenia stanowiącą zabezpieczenie kredytu hipotecznego. W tym celu założona została strona internetowa zawierająca informacje i wskazówki dotyczące procesu reklamacji oraz sam wzorzec reklamacji. Organizacja ta zawarła również na przedmiotowej stronie kalkulator, który miał być pomocny w celu wyliczenia odszkodowania.

Kolejnym istotnym elementem kampanii Which? było wywieranie wpływu i lobbowanie. W maju 2002 r. organizacja ta wystosowała do przewodniczącego FSA pismo, w którym wyraziła zaniepokojenie, iż konsumenci nie otrzymują wyczerpujących informacji o możliwości uzyskania odszkodowania i nie uzyskują właściwej pomocy ze strony FSA. Co więcej, organizacja Which? zwróciła uwagę FSA, że organ ten powinien bliżej zająć się problematyką niewłaściwej sprzedaży polis inwestycyjnych. Wskazano możliwe działania mające na celu eliminację powstałych problemów, m.in. identyfikację tych przedsiębiorców, którzy dopuścili się największej liczby nieprawidłowości. Dodatkowo zażądano od organu nadzoru, aby publikował oddzielnie dla każdego przedsiębiorcy dane dotyczące zjawiska *shortfall*, a także liczby: wysłanych listów projekcyjnych i rodzajów tych listów, reklamacji wniesionych przeciwko danemu przedsiębiorcy oraz skarg skierowanych do FOS.

Organ nadzoru częściowo przyjął powyższe uwagi oraz zamieścił na swojej stronie internetowej rozszerzoną broszurę informacyjną dla konsumentów, którzy zawarli umowę ubezpieczenia

---

<sup>14</sup> Por. Raport Rzecznika Finansowego, *op. cit.*, s. 114–115.

<sup>15</sup> Por. D. Severn, *op. cit.*, s. 69–71.

stanowiącą zabezpieczenie kredytu hipotecznego. Broszura zawierała dodatkowe informacje o możliwości wnoszenia skarg, prawach z tym związanych oraz obowiązujących procedurach. Organ nadzoru nie zgodził się jednak na ujawnianie danych, o które prosiła organizacja Which?. FSA wskazał, że udostępnienie danych mogłoby spowodować lawinowy wzrost nieuzasadnionych skarg, a także naruszałoby zasady poufności i spowodowałoby nieuprawnione udostępnienie danych osobowych, co w konsekwencji godziłoby w prawa człowieka i prawa konsumenta<sup>16</sup>.

W czerwcu 2005 r. FSA zorganizował spotkanie z przedsiębiorcami w celu omówienia problemów i wyzwań, które powstały po wysłaniu listów projekcyjnych. FSA chciał uzyskać informacje, jakie działania podejmą przedsiębiorcy w toku rozpatrywania skarg, których liczba będzie wzrastać w związku z wysłaniem do konsumentów listów projekcyjnych. FSA szczególnie interesował sposób wdrażania procedur nałożonych na przedsiębiorców przez organ nadzoru. W lipcu 2005 r. FSA wydał kolejny raport, w którym co do zasady pozytywnie ocenił działania przedsiębiorców w zakresie wdrażania procedur oraz rozpatrywania reklamacji. W raporcie stwierdzono jednak, że wciąż funkcjonują przedsiębiorcy, na których składane są liczne skargi i którzy nie rozpatrują reklamacji z należytą starannością, a dalsze prace organu nadzoru skupią się właśnie na tych podmiotach<sup>17</sup>. W październiku 2009 r. FSA wydało również dokument *Treating Customers fairly – structured investment products*<sup>18</sup>, w którym zawarto ogólne wytyczne dla przedsiębiorców w zakresie: sprzedaży produktu, obowiązków informacyjnych, szacowaniu ryzyka oraz obsługi posprzedażowej.

W październiku 2006 r., podczas spotkania Rady FOS zaobserwowano pozytywną tendencję, a mianowicie spadek liczby skarg na dużych przedsiębiorców w przedmiocie umów ubezpieczenia stanowiących zabezpieczenie spłaty kredytu hipotecznego. Stwierdzono, iż spadek ten jest wynikiem dialogu FOS z przedstawicielami biznesu i kooperacji w zakresie rozwiązywania spraw na etapie rozpatrywania reklamacji przez przedsiębiorców. Skupiono się również na współpracy z mniejszymi przedsiębiorcami i w tym celu skontaktowano przedstawicieli mniejszych przedsiębiorstw z pracownikami FOS. Przedyskutowanie najważniejszych spraw i wyjaśnienie sposobów rozstrzygania sporów wpłynęło na to, że przedsiębiorcy ci zaczęli rozpatrywać spory, jeszcze zanim sprawy trafiły do właściwego rzecznika FOS.

W grudniu 2006 r. FSA wydał kolejny raport *Umowy ubezpieczenia na zabezpieczenie spłaty kredytu hipotecznego – dostarczanie lepszych standardów*. W raporcie tym zbadano szybkość i jakość rozpatrywania reklamacji przez przedsiębiorców oraz jakość środków komunikacji z konsumentami. Raport pokazał, że 22 firmy rozpatrywały skargi w sposób budzący wątpliwości FOS. W związku z powyższym 14 spośród nich zostało zobowiązanych do podjęciach pilnych działań w celu polepszenia jakości rozpatrywania reklamacji. Rezultatem wdrożenia wytycznych FOS było rozpatrzenie przez przedsiębiorców 75% spośród 100 000 odrzuconych wcześniej reklamacji. Sprawy te zostały rozpatrzone na korzyść konsumentów, co w konsekwencji skutkowało wypłatą odszkodowań w łącznej wysokości 120 000 000 funtów.

Jak wynika z dokonanej analizy, brytyjski organ nadzoru aktywnie monitował sytuację na rynku sprzedaży polis inwestycyjnych i karał przedsiębiorców za nieuczciwe praktyki przy sprzedaży i wykonywaniu umów ubezpieczenia będących zabezpieczeniem spłaty kredytu hipotecznego. Poniżej przedstawiono informacje na temat kar pieniężnych nakładanych na przedsiębiorców przez brytyjski organ nadzoru.

---

<sup>16</sup> *Ibidem*, s. 41–44.

<sup>17</sup> *Ibidem*, s. 74.

<sup>18</sup> [http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130411080807/http://www.fsa.gov.uk/pubs/other/tcf\\_structured.pdf](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130411080807/http://www.fsa.gov.uk/pubs/other/tcf_structured.pdf).

W listopadzie 2000 r. Royal Scottish Assurance zostało ukarane karą pieniężną w wysokości 2 000 000 funtów za nieprawidłowości przy wycenie składki na polisę inwestycyjną. Jak stwierdził organ nadzoru, ubezpieczyciel nie dochował należytej staranności przy wycenie składki i oszacował składkę na takim poziomie, że polisa inwestycyjna nie osiągnie zamierzonej wysokości pozwalającej na pokrycie kredytu hipotecznego zaciągniętego przez konsumenta<sup>19</sup>.

We wrześniu 2002 r. na Winterthur Life nałożono karę w wysokości 500 000 funtów za nieprawidłowości przy sprzedaży polis inwestycyjnych. Sankcja spowodowała, że ubezpieczyciel zobowiązany był wypłacić łącznie 10 000 000 funtów odszkodowania dla 10 000 konsumentów<sup>20</sup>.

W grudniu 2002 r. FSA ukarał z kolei Abbey Life karą pieniężną w wysokości 1 000 000 funtów za *misselling* umów ubezpieczenia stanowiących zabezpieczenie kredytu hipotecznego oraz nieprawidłowości w stosowaniu procedur sprzedażowych pomiędzy 1995 a 1999 r.<sup>21</sup>

Kolejne kary zostały nałożone w marcu 2003 r. na Scottish Amicable i Royal & Sun Alliance. W pierwszym przypadku kara wyniosła 750 000 funtów, a ubezpieczyciel został ukarany za nieprawidłowości w procedurach, które skutkowały tym, iż pracownicy ubezpieczyciela udzielali konsumentom nieprawidłowych wskazówek i rekomendacji co do wyboru produktu. Organ nadzoru stwierdził również, że ubezpieczyciel nie dochował należytej staranności w procesie sprzedaży. W przypadku Royal & Sun Alliance kara za nieprawidłowe rekomendacje przy wyborze produktu, dokonywane przez doradców finansowych zatrudnionych przez ubezpieczyciela, wyniosła 950 000 funtów<sup>22</sup>.

W dniu 17 grudnia 2003 r. FSA ukarał Friends Provident Life and Pensions karą w wysokości 675 000 funtów za nieprawidłowości proceduralne przy rozpatrywaniu skarg konsumentów posiadających polisę inwestycyjną. FSA stwierdził, że ubezpieczyciel nie wdrożył zaleceń organu nadzoru w sytuacji, gdy miał taką możliwość oraz dysponował odpowiednim czasem na korektę nieprawidłowości<sup>23</sup>.

Z kolei w dniu 18 marca 2014 r. przedsiębiorstwo Allied Dunbar zostało ukarane kwotą 725 000 funtów za nieprawidłowości w rozpatrywaniu skarg dotyczących polis inwestycyjnych w okresie od maja 2001 do kwietnia 2003 r. Organ nadzoru uznał, że procedury były wadliwe, bowiem osoby rozpatrujące reklamacje konsumentów nie brały pod uwagę wszystkich dowodów i okoliczności przy ocenie, czy sprzedaż produktu była prawidłowa, co spowodowało, iż reklamacje nie były należycie rozpatrywane przez przedsiębiorcę<sup>24</sup>.

W maju i czerwcu 2005 r. FSA ukarał Abbey National karą w wysokości 800 000 funtów oraz Legal & General karą w wysokości 575 000 funtów. W pierwszym przypadku, kara została nałożona za niewłaściwe i nierzetelne rozpatrywanie skarg oraz traktowanie konsumentów z nienależytą starannością. Organ nadzoru ustalił, że pomiędzy 2001 a 2003 r. przedsiębiorstwo Abbey National niewłaściwie rozpatrzyło 5000 skarg, z czego 3500 skarg zostało odrzuconych w sytuacji, kiedy powinny być przyjęte. Spowodowało to szkody w wysokości 19 000 000 funtów dla 3500 konsumentów. Na skutek nałożonej sankcji firma Abbey National przeanalizowała wszystkie sprawy odrzucone od stycznia 2000 r., a następnie wypłaciła należne odszkodowania oraz dokonała dogłębnej analizy i weryfikacji procedur dotyczących rozpatrywania skarg.

---

<sup>19</sup> *Ibidem*, s. 34.

<sup>20</sup> *Ibidem*, s. 45.

<sup>21</sup> *Ibidem*, s. 48.

<sup>22</sup> *Ibidem*, s. 50.

<sup>23</sup> *Ibidem*, s. 54.

<sup>24</sup> *Ibidem*, s. 62.



W drugiej sprawie Legal & General otrzymało karę pieniężną w wysokości 575 000 funtów za procedury sprzedażowe, które były wadliwe, co doprowadziło do licznych przypadków sprzedaży w złej wierze (*misselling*). Była to jedyna sprawa, w której przedsiębiorca odwołał się od decyzji nadzorcy do wyższej instancji, tj. Trybunału Usług Finansowych (*Financial Services Tribunal*)<sup>25</sup>.

W styczniu 2006 r. FSA nałożył na Guardian Assurance karę w wysokości 750 000 funtów za nieprawidłowości przy rozpatrywaniu skarg. Po zaleceniach organu nadzoru i nałożonej karze wzrósł wskaźnik przyjętych i rozpatrzonych pozytywnie reklamacji przez przedsiębiorcę<sup>26</sup>.

Sankcje brytyjskiego organu nadzoru są wysokie i dotkliwe oraz powodują realny skutek w postaci zmiany sposobu postępowania przedsiębiorców. Powyższe działania pokazują, że zarówno FOS, jak i FSA jako organy ochrony konsumenta starają się działać możliwe szybko, skutecznie oraz efektywnie. W przypadku dostrzeżenia określonych problemów na rynku również przedsiębiorcy dążą do tego, aby liczba skarg była jak najmniejsza i starają się wprowadzić rozwiązania zalecane przez FOS i FSA. Jak wynika z opisanych działań, organy te w rzeczywistości dbają o to, aby interes konsumenta był należycie chroniony zarówno na etapie zawarcia umowy, jak i na obsłudze posprzedażowej. FSA w sposób wnikliwy kontrolował, czy przedsiębiorcy należycie wykonują instrukcje oraz zalecenia. Dodatkowo niezwykle cenne i przydatne w zakresie ochrony konsumenta są spotkania pracowników FOS z przedstawicielami rynku. Współpraca i dążenie w drodze kompromisu do wprowadzenia rozwiązań należycie chroniących interesy konsumentów są bardzo efektywnymi działaniami.

### **3. Klauzule abuzywne w ogólnych warunkach ubezpieczeń z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym w świetle orzecznictwa sądów niemieckich**

Problemy związane ze sprzedażą i wykonaniem polis inwestycyjnych oraz istnienie klauzul abuzywnych znajdujących się we wzorcach umownych spowodowały, iż również niemiecki Federalny Trybunał Sprawiedliwości pochylił się nad zagadnieniem dopuszczalności pewnych mechanizmów funkcjonujących na gruncie umów ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.

Niemiecki Federalny Trybunał Sprawiedliwości (BGH – *Bundesgerichtshof*) w swoich kluczowych orzeczeniach uznał, że produkty typu *unit link* powinny być kwalifikowane jako produkty inwestycyjne. W związku z taką interpretacją pojawiła się odpowiedzialność ubezpieczycieli za praktyki związane z nieprawidłową sprzedażą (*misselling*) oraz za szkody, które ponieśli posiadacze polis w związku z „gwarantowanymi płatnościami” określanymi w ogólnych warunkach ubezpieczeń.

W analizowanych orzeczeniach uznano, że ubezpieczyciel powinien konstruować ogólne warunki ubezpieczenia w taki sposób, aby konsument miał przejrzystość co do związku poszczególnych klauzul w umowie. Wskazywano także, że ubezpieczyciel powinien przedstawiać konsumentom stosowne informacje dotyczące produktu bez względu na fakt, że umowa była zawierana przez pośrednika finansowego. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do tego, aby działać zawsze w interesie konsumenta. Informacje dotyczące produktu powinny zawierać: dane dotyczące ryzyka oraz opłat pobieranych przez ubezpieczyciela, informację na temat prawa ubezpieczyciela do rozporządzenia zyskiem z inwestycji na poczet ewentualnych strat oraz prawa ubezpieczyciela do podjęcia określonych działań w razie uzyskiwania niekorzystnych wyników z inwestycji.

---

<sup>25</sup> *Ibidem*, s. 73–74.

<sup>26</sup> *Ibidem*, s. 80.

Podobnie jak w Polsce, w Niemczech ubezpieczenia inwestycyjne sprzedawane były za pośrednictwem doradców finansowych, którzy przekonywali klientów, aby ci inwestowali w polisy kapitałowe, które miały być zabezpieczeniem spłat kredytów i pożyczek zaciąganych przez konsumentów. Od pośredników finansowych konsumenci uzyskiwali w dokumentach marketingowych informację wskazującą przykładowo, że kapitał inwestycyjny będzie wzrastał o 8,5% co roku, podczas gdy drobnym drukiem w tych samych dokumentach zawarto informację, że według oceny ubezpieczyciela wartość stopu zwrotu z inwestycji będzie wynosiła 6% w skali roku. Co istotne, w analizowanych sprawach sąd uznał, że konsumenci niemieccy są przyzwyczajeni do tradycyjnej umowy ubezpieczenia na życie, w ramach której otrzymują zagwarantowane świadczenie pieniężne i dodatkowo świadczenia z zysku wypracowanego przez ubezpieczyciela.

W orzeczeniach podnoszono również argumenty podawane przez ubezpieczycieli, które jednak w ocenie sądu nie były wystarczające i nie pozwalały na wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela. Ubezpieczyciele powoływali się m.in. na przepisy prawa oraz wcześniej obowiązujące precedensy, które wskazywały, że ubezpieczyciel nie posiada względem konsumenta żadnych obowiązków informacyjnych w sytuacji, gdy umowa została zawierana poprzez pośrednika finansowego. Sąd uznał, że normy te nie mogą mieć zastosowania w przypadku ubezpieczenia z elementami inwestycyjnymi. Wskazano także, że podstawą wyłączenia odpowiedzialności nie może być fakt, że ubezpieczenia inwestycyjne zawierające najistotniejsze postanowienia umowy ubezpieczenia oraz materiały reklamowe posiadały liczne odnośniki do ogólnych warunków ubezpieczenia. Ubezpieczyciele nie mogli również powoływać się na fakt, że ogólne warunki ubezpieczenia zawierały definicję niskich zysków kapitałowych oraz że konsumenci byli informowani o fakcie, iż korzyści uzyskane z polisy inwestycyjnej będą mniejsze niż odsetki z kredytu pieniężnego<sup>27</sup>.

Analizując orzecznictwo niemieckie, w pierwszej kolejności należy zwrócić uwagę na orzeczenie Federalnego Trybunału Sprawiedliwości z dnia 25 lipca 2012 r.<sup>28</sup> Przedmiotowy spór, dający asumpt do wydania powyższego orzeczenia, powstał pomiędzy związkiem konsumenckim użyteczności publicznej wpisanym na listę kwalifikowanych organizacji (odpowiednik polskiego stowarzyszenia chroniącego interesy konsumentów) a niemieckim zakładem ubezpieczeń.

W sentencji wyroku zakazano pozwanemu ubezpieczycielowi stosowania określonych klauzul w umowach ubezpieczenia z funduszem kapitałowym, które zawierane były z konsumentami. W razie naruszenia zakazu Sąd zastrzegł sobie uprawnienie do wymierzenia członkom zarządu pozwanego ubezpieczyciela kary grzywny do kwoty 250 000 euro, a w razie braku możliwości wyegzekwowania kary pieniężnej – kary aresztu porządkowego, nałożonej na członków zarządu maksymalnie na okres do 2 lat.

Zakaz stosowania określonych klauzul abuzywnych dotyczył zarówno postanowień stosowanych w okresie od 2001 do 2006 r. znajdujących się w *Ogólnych warunkach ubezpieczenia dla kapitałowych ubezpieczeń na życie (AVB – KLV)* i w *Ogólnych warunkach ubezpieczenia na życie dla ubezpieczeń emerytalnych związanych z funduszami inwestycyjnymi (AVB – F-PRV)*.

Ogólnie rzecz ujmując, w sentencji orzeczenia zakwestionowano klauzule dotyczące wypowiedzenia umowy, przekształcenia jej w bezskładkowe ubezpieczenie na życie, rozliczenia wartości wykupu, potrącenia z tytułu przedterminowego rozwiązania umowy oraz rozliczenia kosztów zawarcia umowy. Warto wskazać, że do polisy kapitałowego ubezpieczenia na życie oraz do odroczonego ubezpieczenia emerytalnego dołączano tabele wartości gwarantowanych, w których

<sup>27</sup> <http://www.nortonrosefulbright.com/knowledge/publications/69445/insurance-updater-europe>.

<sup>28</sup> Orzeczenie BGH z dnia 25 lipca 2012 r. (IV ZR 201/10, <http://lexetius.com/2012,3543>).

podawano dla każdego roku trwania ubezpieczenia zagwarantowaną wartość wykupu oraz gwarantowaną bezskładkową kwotę ubezpieczenia. Wartości te miały odzwierciedlać ostateczną kwotę przeznaczoną do wypłaty dla zawierającego umowę ubezpieczenia po dokonaniu potrącenia z tytułu przedterminowego rozwiązania umowy.

W sentencji orzeczenia zakwestionowano m.in. następujące postanowienia:

- w przypadku wypowiedzenia umowy wartość wykupu obliczana jest zgodnie z regułami matematyki ubezpieczeniowej jako wartość czasowa;
- przy obliczaniu wartości wykupu dokonuje się potrącenia uznanego za stosowne;
- konsument zobowiązany jest udowodnić, że potrącenie nie powinno stosowane bądź jeżeli miałyby być stosowane, to w niższej wysokości;
- sumy o wartości mniejszej niż 10 euro pozostające po potrąceniu nie będą zwracane.

Kwestionowane zapisy wskazywały również, że wypowiedzenie ubezpieczenia jest zawsze dla konsumenta niekorzystne. Postanowienia stwierdzały, że w początkowej fazie trwania umowy ubezpieczenia, z uwagi na rozliczenie kosztów metodą Zillmera, nie ma żadnej wartości wykupu. Dalej wskazywano, że wartość wykupu odpowiada co najmniej ustalonej w trakcie zawierania umowy minimalnej sumie gwarancyjnej, której wysokość uzależniona jest od terminu, w którym umowa zostanie zakończona.

Jeżeli chodzi o postanowienia określające zasady przejścia na ubezpieczenie bezskładkowe, to wskazano, że również suma bezskładkowego ubezpieczenia jest obliczana zgodnie z uznanymi regułami matematyki ubezpieczeniowej. Sumę wynikającą z ubezpieczenia, będącą do dyspozycji w celu utworzenia bezskładkowej sumy ubezpieczenia, pomniejsza się o uznaną za stosowną sumę potrącenia. Konsument ma prawo udowodnić, że potrącenie nie powinno być stosowane bądź powinno być zastosowane w mniejszej wysokości. Również i w tym przypadku zakwestionowane zapisy wskazują, że przekształcenie w ubezpieczenie bezskładkowe jest dla konsumenta niekorzystne. Wskazano dodatkowo, że w początkowym okresie konsumentowi nie będzie przysługiwać żadna suma bezskładkowego ubezpieczenia oraz że suma ta będzie ustalana tzw. metodą Zillmera. W kwestionowanym postanowieniu zaznaczono, że suma bezskładkowego ubezpieczenia odpowiada co najmniej ustalonej w trakcie zawierania umowy minimalnej sumie gwarancyjnej, której wysokość zależy od terminu, w którym miało miejsce zwolnienie z obowiązku składkowego. Dalej wskazano, że szczegółowe informacje dotyczące bezskładkowych sum ubezpieczenia znajdują się w tabeli wartości gwarantowanych.

W omawianych postanowieniach Sąd zakwestionował również wspomnianą wcześniej metodę Zillmera – zgodnie z tą metodą pierwsze składki pobierane są na umorzenie kosztów zawarcia umowy, o ile nie są one przeznaczone na świadczenie w przypadku zdarzenia objętego ubezpieczeniem i na koszty przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego w danym okresie ubezpieczeniowym. W omawianych postanowieniach ubezpieczyciel odwołał się do § 4 rozporządzenia w sprawie rezerwy matematycznej ubezpieczeń na życie, gdzie metoda ta jest zdefiniowana.

Sąd zakazał również stosowania postanowień, które wskazują, że zarówno przy wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia, jak i przy przejściu na bezskładkowy okres ubezpieczenia w pierwszych 2 latach trwania umowy – ze względu na rozliczenie kosztów zawarcia umowy – nie ma żadnej wartości wykupu ani składek na utworzenie bezskładkowego ubezpieczenia.

Sąd uznał za niedozwolone także postanowienie, które określa zasady pobierania i wyrównywania kosztów zawarcia umowy. Zgodnie z tym postanowieniem koszty zawarcia umowy określone są w § 43 ust. 2 rozporządzenia w sprawie rachunkowości przedsiębiorstw i są one uwzględnione ryczałtowo w wysokości składki. Tytułem kosztów zawarcia umowy ubezpieczyciel przyznał sobie prawo do pobrania 4% wartości składek zapłaconych przez konsumenta. W kwe-

stionowanym postanowieniu wskazano, że koszty zawarcia umowy rozliczane są w równych ratach i uwzględnione są w składce ubezpieczeniowej przez pierwsze 2 lata trwania ubezpieczenia.

Federalny Trybunał Sprawiedliwości – na mocy rewizji złożonych przez obie strony sporu – uznał, że rewizja powoda jest skuteczna, natomiast rewizja pozwanego w istocie jest nieuzasadniona. W swoim uzasadnieniu podzielił oraz rozwinął argumentację przedstawioną przed Sądem Apelacyjnym, który uprzednio rozstrzygał w sprawie.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego wyżej wskazane klauzule są nieskuteczne, bowiem nie spełniają wymogu przejrzystości w myśl § 307 ust. 1 zd. 2 niemieckiego kodeksu cywilnego (BGB – *Bürgerliches Gesetzbuch*)<sup>29</sup>. Zgodnie z tą normą nieuzasadnione zróżnicowanie pozycji konsumenta w umowie z przedsiębiorcą może również powstać wówczas, gdy treść umowy jest niejasna i niezrozumiała. Natomiast sankcją za niejasność i niezrozumiałość postanowienia jest jego bezskuteczność.

W uzasadnieniu trafnie wskazano, że przeciętnemu konsumentowi zawierającemu umowę kapitałowego ubezpieczenia na życie nie udostępnia się wyliczenia wartości wykupu bądź bezskładkowej sumy ubezpieczenia. Ani w ogólnych warunkach ubezpieczenia, ani w tabelach wartości gwarantowanych nie dokonuje się zróżnicowania pomiędzy wartością czasową, ustaloną zgodnie z uznanymi metodami matematyki ubezpieczeniowej, a sumą przeznaczoną do wypłaty, wynikającą z dokonanego potrącenia tytułem przedterminowego rozwiązania umowy. Konsument nie może przewidzieć wysokości dokonanego potrącenia i na podstawie treści ogólnych warunków ubezpieczenia nie może rozpoznać, że to ubezpieczyciel w pierwszej kolejności ma uzasadnić adekwatność i zasadność dokonanych potrąceń. Wskazanie, że wypowiedzenie umowy we wcześniejszym okresie bądź też przejście na bezskładkowy okres ubezpieczenia jest zawsze niekorzystne, wprowadza konsumenta w błąd, bowiem sugeruje, iż zawsze będzie to niekorzystne ekonomicznie dla konsumenta.

Sąd uznał też, że postanowienia dotyczące określenia kosztów związanych z zawarciem umowy nie wskazują szczegółowych elementów, z których koszty te się składają. Powołano się przy tym na nakaz przejrzystości, według którego podmiot stosujący ogólne warunki ubezpieczenia zgodnie z zasadami dobrej wiary jest zobowiązany do przedstawiania praw i obowiązków swojego partnera w sposób jak najbardziej jasny i przejrzysty. Przy tym nie chodzi tylko o to, żeby sformułowania klauzuli były zrozumiałe dla przeciętnej osoby zawierającej umowę. W znacznie większym stopniu zasada dobrej wiary nakazuje, żeby klauzula pozwoliła rozpoznać ekonomiczne uszczerbki i obciążenia, stosownie do konkretnych okoliczności. Jeżeli stosujący ogólne warunki ubezpieczenia dołącza dodatkową dokumentację, np. tabele wartości gwarantowanych, to musi w odpowiednim miejscu w klauzulach przynajmniej w zarysach wskazać na uszczerbki i nawiązać do tych dodatkowych informacji.

Wskazano także, że wartość wykupu nie jest wyraźnie oddzielona od potrącenia z tytułu przedterminowego rozwiązania umowy ubezpieczenia. Oznacza to, iż konsument nie wie, w jaki sposób dokonuje się ustalenia wartości wykupu oraz potrącenia z tytułu przedterminowego rozwiązania umowy. W ocenie Sądu pozostałe postanowienia dotyczące wartości wykupu nie zawierają dostatecznej informacji o stanie i wysokości wartości wykupu, a braki informacyjne nie są należycie wyrównane przez to, że do polisy dołączana jest tabela wartości gwarantowanych.

---

<sup>29</sup> <https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/>.

Stwierdzono także, że konsument nie jest w stanie zrozumieć postanowienia mówiącego o sposobie rozliczenia potrącenia z tytułu przedterminowego rozwiązania umowy. Postanowienie to stanowi jedynie, że „przy obliczaniu wartości wykupu dokonuje się potrącenia uznanego za stosowne”. Sąd stwierdził, że na podstawie samego abstrakcyjnego sposobu rozliczenia konsument nie może sobie wyrobić zdania, od której wielkości odniesienia powinno być wyliczone potrącenie i co to znaczy dla konsumenta.

W omawianym orzeczeniu zakwestionowano również postanowienie, które daje ubezpieczycielowi uprawnienie do pobrania na pokrycie kosztów umowy kwoty w wysokości 4% wartości składek, które konsument ma do zapłaty w trakcie okresu składkowego. Zdaniem Sądu takie postanowienie w związku z klauzulą mówiącą, iż koszty zawarcia umowy ubezpieczenia będą rozliczane w równych ratach ze składkami za pierwsze 2 lata ubezpieczeniowe, jest dezorientujące.

Sąd podważył również postanowienie o tym, iż konsumentowi przysługuje prawo do udowodnienia, że potrącenie dokonywane z wartości wykupu nie powinno być w jego przypadku stosowane bądź powinno być zastosowane w znacznie niższej wysokości. W ocenie Sądu to ubezpieczyciel w pierwszej kolejności jest zobowiązany wykazać, że potrącenie powinno być dokonane, bowiem postanowienia mówią o „stosownym potrąceniu”, oraz powinien wykazać adekwatność tego potrącenia, a dopiero następnie konsument powinien wykazać, że potrącenie to nie powinno być zastosowane bądź powinno być znacznie niższe. Kwestionowane klauzule są natomiast tak skonstruowane, że przeciętny odbiorca może uznać, że wyłączne na nim spoczywa ciężar wykazania, że potrącenie nie powinno być zastosowane bądź w okolicznościach danej sprawy powinno być niższe. W ocenie Sądu regulacja ta grozi wprowadzeniem w błąd konsumenta, który zawiera umowę, i powstrzymuje go od skorzystania z jego prawa, ponieważ wywołuje w nim błędne wrażenie, że ma on obowiązek składania dowodu na nieadekwatną wysokość potrącenia z tytułu przedterminowego rozwiązania umowy.

W omawianym orzeczeniu zakwestionowano również postanowienie mówiące o tym, że nie zwraca się konsumentom po wszystkich potrąceniach kwot mniejszych niż 10 euro. Postanowienie to uznano za nieskuteczne w świetle § 307 ust. 2 nr 1 zd. 1 BGB. Norma ta stanowi, że postanowienia, które ograniczają podstawowe prawa i obowiązki wynikające z charakteru umowy do tego stopnia, że osiągnięcie celu umowy jest zagrożone, są nieskuteczne. Sąd nie podzielił argumentu strony pozwanej, że podana kwota stanowi minimalną wartość wykupu.

Sąd uznał także, że opisywana przez ubezpieczyciela metoda Zillmera, na podstawie której określa się koszty umowy ubezpieczenia, jest nieskuteczna w świetle § 307 ust. 1 zd. 2 BGB z powodu niestosownego pokrzywdzenia konsumenta. Powołując się na wcześniejsze orzecznictwo, które kwestionowało zasadność stosowania metody Zillmera, Sąd uznał, że wyliczenie metodą Zillmera wywiera bezpośredni negatywny wpływ na zawierającego umowę ubezpieczenia w przypadku wcześniejszego zakończenia umowy bądź przekształcenia umowy na bezskładkową. Sąd nie podzielił argumentu strony pozwanej, że metoda Zillmera dotyczy wyłącznie bilansowania, dokonywanego zgodnie z przepisami prawa handlowego. Powołał się przy tym na twierdzenie strony pozwanej, która sama przyznała w toku procesu, iż metoda Zillmera w pierwszych latach ubezpieczenia prowadzi do wartości wykupu względnie bezskładkowej sumy ubezpieczenia równej zero, a w następnych latach wartości te rosną niezwykle powoli. Wskazano, że ubezpieczyciel nie przedstawił żadnej innej metody rozliczania kosztów umowy, która nie naruszałaby interesów konsumenta. Zaznaczono, że poprzez uszczerbki związane z metodą Zillmera prawo ubezpieczonego do sumy ubezpieczenia jest w niedopuszczalny sposób naruszane. Co bardzo

istotne, powołując się na obowiązujące orzecznictwo<sup>30</sup>, wskazano, że kapitałowe ubezpieczenie na życie służy nie tylko zabezpieczeniu ryzyka związanego ze śmiercią, lecz także – co najmniej równorzędnie – wkładowi kapitałowego i tworzeniu majątku.

Trafnie wskazano, że kwestionowane postanowienia niweczą cel umowy ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym. Celem tym jest bowiem długoterminowe zbieranie kapitału, a w razie wcześniejszego zakończenia umowy kwestionowane postanowienia nakładają na konsumenta nieproporcjonalne obciążenie w postaci kosztów umowy. W ocenie Sądu, który przytoczył decyzję Federalnego Trybunału Konstytucyjnego z dnia 15 lutego 2006 r.<sup>31</sup>, nie można przyjąć, że z powodu rozliczenia kosztów zawarcia umowy ze składką w pierwszych latach nie istnieje wartość wykupu bądź że wartość ta jest znikoma. Sąd wskazał, że celem kapitałowej umowy ubezpieczenia na życie jest tworzenie wartości majątkowych. Cel ten nie może być udaremniony także w przypadku wcześniejszego zakończenia umowy. Zauważono, że rozliczenie kosztów jest dopuszczalne wtedy, gdy zakładane jest sprawiedliwe zaspokojenie interesów wszystkich stron umowy. Kosztami zawarcia umowy nie można ponad miarę obciążać osób zawierających nowe umowy ubezpieczenia, a koszty, które ma ponieść zawierający umowę ubezpieczenia w przypadku zastosowania metody Zillmera, muszą być odpowiednie do usług wykonanych przez ubezpieczyciela, także z uwzględnieniem wcześniejszego zakończenia umowy.

Sąd stwierdził też, że decyzja Trybunału z dnia 15 lutego 2006 r. nie pozostawia żadnych wątpliwości co do tego, że metoda rozliczania kosztów zawarcia umowy, która prowadzi do takiego skutku, iż konsumentowi nie przysługuje żadna wartość wykupu lub iż wartość ta jest nieproporcjonalnie niska, jest nieskuteczna, przy czym nie ma większego znaczenia, czy postanowienia określające warunki metody są przejrzyste. W uzasadnieniu Sąd przytoczył znowelizowany przepis ustawy o umowie ubezpieczenia (VVG – *Versicherungsvertragsgesetz*), która w § 159 ust. 3 zd. 1 stanowi, iż w przypadku wypowiedzenia stosunku umowy wartość wykupu stanowi przynajmniej sumę kapitału gwarancyjnego, który powstaje w przypadku równomiernego rozłożenia ustalonych kosztów zawarcia umowy i kosztów dystrybucji w ciągu pierwszych 5 lat umowy. Sąd również zakwestionował rozliczanie kosztów umowy metodą Zillmera z tego powodu, iż postanowienie to jest ściśle związane z innymi postanowieniami uznanymi za niedozwolone w rozpatrywanym wzorcu.

Dalej w uzasadnieniu wskazano, iż stwierdzenie w kwestionowanym wzorcu, że wypowiedzenie umowy „jest zawsze dla Państwa niekorzystne”, wprowadza w błąd oraz sugeruje konsumentowi, aby nie realizował swojego prawa do wypowiedzenia. W ocenie Sądu zredukowanie wartości wykupu do zera nie jest skutkiem wypowiedzenia umowy, lecz zastosowania metody Zillmera. Wskazano, że jeśli zawierający umowę może przewidzieć, iż będzie mógł ją kontynuować tak długo, aż wartość wykupu osiągnie przynajmniej wysokość wpłaconych składek, to wcześniejsze wypowiedzenie może być dla niego korzystne.

Podobnie orzekł również Federalny Trybunał Sprawiedliwości w wyroku z dnia 17 października 2012 r., w którym zakwestionował niemalże tożsame klauzule jak w orzeczeniu z dnia 25 lipca 2012 r., jednakże w stosunku do innego ubezpieczyciela. Podstawą zakwestionowania klauzul określonych w wyroku była argumentacja tożsama jak w orzeczeniu z dnia 25 lipca 2012 r.<sup>32</sup>

Dodatkowo w orzeczeniu tym zakwestionowano postanowienie, które przyznawało ubezpieczycielowi prawo do pobrania kosztów związanych z zawarciem umowy ubezpieczenia, takich

<sup>30</sup> Wyroki sądów z dnia 9 maja 2001 r. (IV ZR 121/00, BGHZ 147,354,362; IV ZR 38/99, BGHZ 147,373,378) oraz z dnia 12 października 2005 r. (IV ZR 162/03, BGHZ 164,297).

<sup>31</sup> I BvR 1317/96, [http://www.bverfg.de/entscheidungen/rk20060215\\_1bvr131796](http://www.bverfg.de/entscheidungen/rk20060215_1bvr131796).

<sup>32</sup> Wyrok BGH z dnia 17 października 2012 r. (IV ZR 202/10, <http://lexetius.com/2012,5163>).

jak: koszty doradztwa, zażądania informacji zdrowotnych oraz wystawienia polisy. Ubezpieczyciel w kwestionowanym postanowieniu wskazał, że te koszty zawarcia umowy zostały uwzględnione ryczałtowo przy kalkulacji taryfy i nie są fakturowane oddzielnie. Wskazano, że koszty te są rozliczane przy obliczaniu rezerwy na pokrycie i przy tworzeniu wartości przy wykupie. Sąd uznał, że przedmiotowe postanowienie jest nieskuteczne ze względu na naruszenie § 307 ust. 1 zd. 2 BGB. Wskazano, że omawiane postanowienie wymienia wyłącznie część kosztów, które będą brane pod uwagę, jednakże pomija koszty pośrednictwa ubezpieczeniowego, które tworzą zdecydowaną część kosztów zawarcia umowy. Użycie sformułowania „doradztwo” było zdaniem Sądu nieprecyzyjne, bowiem przeciętny odbiorca może zrozumieć, iż w postanowieniu tym chodzi o ogólne informacje ubezpieczyciela i jego pracowników, a nie o prowizje, które ubezpieczyciel zobowiązany jest zapłacić pośrednikowi. W związku z powyższym postanowienie to nie stwarza konsumentowi dostatecznie klarownego obrazu rodzaju powstałych kosztów.

Warto zwrócić uwagę, iż Federalny Trybunał Sprawiedliwości jest najwyższą instancją sądowniczą w Niemczech i stanowi odpowiednik polskiego Sądu Najwyższego. Co znamienne, w analizowanych orzeczeniach zakazano stosowania wymienionych w wyroku klauzul pod groźbą grzywny bądź też aresztu dla członków zarządu przedsiębiorcy. Powyższe sankcje ze względu na swoją dolegliwość mają niewątpliwie charakter prewencyjny oraz będą skutecznie zniechęcać przedsiębiorcę do stosowania niedozwolonych klauzul.

Na marginesie warto wskazać, że w obowiązującym w polskim porządku prawnym kodeksie wykroczeń<sup>33</sup> znajduje się przepis (art. 138b § 1 k.w.), który stanowi, że kto, będąc zobowiązany na mocy orzeczenia sądu do zaniechania wykorzystywania lub do odwołania zalecenia stosowania ogólnych warunków umów albo wzoru umowy, nie stosuje się do tego obowiązku, zawierając w umowie niedozwolone postanowienia umowne, podlega karze grzywny. Co do zasady – zgodnie z art. 24 § 1 k.w. – maksymalna grzywna może wynieść do 5000 zł. Norma art. 138b § 1 k.w. dotyczy m.in. sytuacji, w których przedsiębiorca stosuje klauzule niedozwolone w danym wzorcu, mimo że zostały one umieszczone w rejestrze klauzul niedozwolonych. Norma ta jest w praktyce niestosowana i stanowi tzn. martwy przepis. W omawianych orzeczeniach niemieckiego Federalnego Trybunału Sprawiedliwości za stosowanie klauzul abuzywnych przedsiębiorcy może grozić sankcja do 250 000 euro bądź kara aresztu porządkowego dla członków zarządu przedsiębiorcy maksymalnie do 2 lat. Przykład ten pokazuje, jak odmienne są oba systemy prawne i jak duży jest rozdźwięk pomiędzy dolegliwością sankcji za stosowanie klauzul abuzywnych przez przedsiębiorcę w obu krajach.

#### **4. Umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym – doświadczenia Francji i Włoch**

We Francji mechanizmy dotyczące sprzedaży i wykonania umowy ubezpieczenia *unit link* określone są w kodeksie cywilnym, kodeksie ubezpieczeń oraz kodeksie zawierającym regulacje ochrony konsumenta. Zgodnie z kodeksem ubezpieczeń<sup>34</sup> (art. A. 132-4) ubezpieczyciele bądź też pośrednicy zobowiązani są przedstawić konsumentom dokumenty w postaci ogólnych warunków ubezpieczenia oraz dokumentu zawierającego najistotniejsze informacje o umowie ubezpieczenia.

W momencie zawarcia umowy ubezpieczenia typu *unit link* przedsiębiorca zobowiązany jest doręczyć konsumentowi dokument (kartę produktu) zaakceptowany przez organ nadzoru nad

<sup>33</sup> Ustawa z dnia 20 maja 1971 r. – Kodeks wykroczeń (tekst jedn. Dz. U. z 2015 r., poz. 1094).

<sup>34</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006073984>.

rynkiem finansowym. Zgodnie z art. A. 132-5 kodeksu ubezpieczeń powyższe dokumenty powinny zostać sporządzone w sposób zrozumiały i transparentny. Ubezpieczyciel powinien wskazać konsumentowi, że wartość polisy zależy od wahań giełdowych i nie jest stabilna. Naruszenie powyższego zobowiązania skutkuje unieważnieniem umowy. Profesjonalni przedsiębiorcy (pośrednicy i ubezpieczyciele) powinni zatem zweryfikować możliwości finansowe konsumenta, tak aby rekomendowany produkt był na miarę możliwości finansowych danego klienta.

W styczniu 2013 r. organ nadzoru wydał rekomendację, w której zawarł określone postanowienia mające na celu ochronę konsumenta oraz zapobieganie nieprawidłowej sprzedaży (*misselling*), a także nadużyciom polegającym na zawieraniu umów z osobami starszymi czy niepełnymi.

Również na rynku francuskim sprzedawano polisy inwestycyjne jako swoisty dodatek do kredytu hipotecznego. Celem zawarcia takiej polisy inwestycyjnej było zebranie kapitału na koniec trwania inwestycji w celu spłaty zadłużenia wynikającego z zaciągniętego kredytu hipotecznego.

Problemy powstałe na rynku francuskim również dotyczyły kwestii związanych z nieprawidłowym szacowaniem ryzyka wynikającym z inwestycji, sprzedażą określaną jako *misselling* oraz niespełnianiem obowiązków informacyjnych przez przedsiębiorców na etapie zawarcia umowy ubezpieczenia. Nieprawidłowości te dostrzegł francuski Rzecznik Ubezpieczonych (FFSA – *Médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances*)<sup>35</sup>. Swoimi spostrzeżeniami dotyczącymi niewłaściwych praktyk podzielił się w raportach z 2008 r. oraz z 2009 r.

Warto także zwrócić uwagę na wątpliwości interpretacyjne, które pojawiły się na gruncie orzecznictwa włoskiego. Dotyczyły one klasyfikacji umów ubezpieczenia typu *unit link* i stwierdzenia, czy umowa ta ma charakter umowy ubezpieczenia, czy też jest produktem finansowym, do którego mają zastosowanie przepisy regulujące te instrumenty. Umowy ubezpieczeń inwestycyjnych, które zostały zawarte po 25 stycznia 2007 r. (tj. po wejściu w życie dekretu ustawodawczego nr 303 z dnia 29 grudnia 2006 r.) znajdują się na liście produktów finansowych przewidzianych przez dekret ustawodawczy nr 58 z dnia 24 lutego 1998 r. z późn. zm. (włoska ustawa o usługach finansowych)<sup>36</sup>.

Największe kontrowersje budzi więc ustalenie, czy powyższa ustawa ma również zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych przed 2007 r. W tym zakresie można spotkać się z pewnymi rozbieżnościami we włoskim orzecznictwie. W orzeczeniu z dnia 18 kwietnia 2012 r. włoski Sąd Najwyższy wskazał, że sądy niższej instancji powinny na podstawie indywidualnych okoliczności faktycznych rozstrzygać ocenę umowy ubezpieczenia, oraz sformułował pewne wytyczne w tym zakresie. Według Sądu Najwyższego sądy niższych instancji powinny badać każdą umowę ubezpieczenia w celu oceny, czy ryzyko demograficzne przeważa nad ryzykiem finansowym związanym z funduszem inwestycyjnym. Jeżeli w danej sprawie przeważać będzie ryzyko demograficzne, to kontrakt powinien być oceniany z punktu widzenia przepisów dekretu legislacyjnego nr 174 z dnia 17 marca 1995 r. W przeciwnym wypadku, czyli w razie przewagi czynnika ryzyka inwestycyjnego, zastosowanie będzie mieć włoska ustawa finansowa. Orzecznictwo Sądu Najwyższego nie wypracowało ostrych kryteriów, w związku z powyższym nadal w orzecznictwie włoskim istnieje rozbieżność co do oceny tego typu umów<sup>37</sup>.

<sup>35</sup> [http://www.ffsa.fr/sites/jcms/c\\_33694/fr/assurance-le-recours-a-la-mediation-de-l-assurance?cc=p1\\_82064](http://www.ffsa.fr/sites/jcms/c_33694/fr/assurance-le-recours-a-la-mediation-de-l-assurance?cc=p1_82064).

<sup>36</sup> [http://www.consob.it/main/documenti/Regolamentazione/normativa\\_In/dlgs58\\_1998.htm](http://www.consob.it/main/documenti/Regolamentazione/normativa_In/dlgs58_1998.htm).

<sup>37</sup> Por. orzeczenia Trybunału w Treviso z dnia 3 lutego 2014 r., Sądu w Syrakuzach z dnia 17 października 2013 r., Trybunału w Rzymie z dnia 9 lutego 2011 r. i Sądu w Rzymie z dnia 2 maja 2012 r.



W orzecznictwie wypracowano jednak pewne ogólne kryteria, które pozwalają określić umowy ubezpieczenia inwestycyjne jako produkty finansowe:

- płatność pojedynczej składki<sup>38</sup>;
- trwanie umowy przez okres życia ubezpieczonego<sup>39</sup>;
- rentowość produktu oparta na czynnikach finansowych, a nie elementach demograficznych<sup>40</sup>.

Rozbieżności wyżej opisane mogą być również wyjaśnione na tle orzeczenia Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości, które wydaje się stać w sprzeczności z orzeczeniem włoskiego Sądu Najwyższego. W orzeczeniu tym ETS wskazał, że umowa ubezpieczenia inwestycyjnego jest kontraktem ubezpieczeniowym oraz że konieczność jednolitego stosowania prawa Unii Europejskiej i zasady równości nakazują, aby pojęcie „umowa ubezpieczenia” podlegało autonomicznej i jednolitej wykładni w krajach należących do Unii Europejskiej<sup>41</sup>. Ostatecznie stwierdzono, że umowy o charakterze *unit link* lub powiązane z funduszami inwestycyjnymi są powszechne w prawie ubezpieczeniowym. Umowy te powinny podlegać klasyfikacji określonej w załączniku I pkt III do dyrektywy 2002/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie ubezpieczeń na życie w związku z art. 2 (1) (a) przedmiotowej dyrektywy.

### **Podsumowanie. Charakter prawny umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym**

Nie budzi wątpliwości, że umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym w swojej istocie wywodzi się z przepisu art. 805 k.c., który to określa jej *essentialia negotii*. Jak trafnie wskazuje M. Szczepańska, przepis ten ma charakter ogólny i dotyczy wszystkich umów ubezpieczenia o charakterze gwarancyjnym. Przy ubezpieczeniu z elementem inwestycyjnym należy zwrócić uwagę, że ustawa o działalności ubezpieczeniowej i ogólne warunki ubezpieczenia zawierają dodatkowe elementy, które to nadają umowie ubezpieczenia z elementem inwestycyjnych szczególny oraz odmienny charakter<sup>42</sup>.

Warto również zastanowić się nad przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej w ramach tego typu umowy. Z jednej strony ochroną ubezpieczeniową objęte są dwa rodzaje zdarzeń: śmierć lub dożycie określonego wieku. W tym zakresie przedmiotem ochrony jest życie ubezpieczonego. M. Szczepańska wskazuje, że w niektórych umowach aspekt oszczędnościowo-inwestycyjny ma charakter dominujący i w tym przypadku definiowany jest ich specyficzny cel: długoterminowe gromadzenie środków finansowych przez nabywanie jednostek uczestnictwa ze środków pochodzących ze składek<sup>43</sup>. Odmiennie – krytyczne – stanowisko zostało zawarte w raporcie Rzecznika Ubezpieczonych *Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym* z dnia 7 grudnia 2012 r., gdzie wskazano, że zawarcie umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem gwarancyjnym nie daje gwarancji wypłaty w momencie wypadku ubezpieczeniowego kwoty wpłaconej tytułem składki. Choć oczywiście również w ubezpiecze-

<sup>38</sup> Por. orzeczenia Sądu w Parmie z dnia 19 sierpnia 2010 r. oraz Sądu w Cagliari z dnia 2 listopada 2010 r.

<sup>39</sup> *Ibidem*.

<sup>40</sup> Por. orzeczenia: Sądu w Wenecji z dnia 24 czerwca 2010 r., Sądu Apelacyjnego w Turynie z dnia 16 listopada 2009 r., Sądu w Trani z dnia 11 marca 2008 r., (za:) M. Frigessi di Rattalma, S. Landini, *Life Insurance and Linked Policies under Italian Case Law*, <http://www.aida.org.uk/pdf/Life%20insurance%20and%20linked%20policies.pdf>.

<sup>41</sup> Por. wyrok ETL z dnia 14 stycznia 1982 r. w sprawie 64/81 Corman [1982], ECR 13, pkt 8 oraz w sprawie C 98/07 Nordania Finans i BG Factoring [2008], ECR I 1281, pkt 17.

<sup>42</sup> M. Szczepańska, *Ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011, s. 59.

<sup>43</sup> *Ibidem*, s. 63.

niach osobowych ubezpieczony ani ubezpieczający takiej gwarancji nie otrzymują, to jednak z uwagi na cel, w jakim zawierane są te umowy, działanie zakładów ubezpieczeń nie może zostać ocenione jako zgodne z prawem. W ocenie autorów raportu umowę taką można by przekornie nazwać umową o depozyt „składki ubezpieczeniowej” z opcją oprocentowania wkładu albo opłatą za przechowanie bez opcji oprocentowania „depozytu ubezpieczeniowego”<sup>44</sup>. W literaturze przedmiotu można spotkać się z określeniem, iż umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem inwestycyjnym jest umową nazwaną „empirycznie” oraz że stanowi „typ faktyczny” umowy<sup>45</sup>.

W ocenie autora umowa ubezpieczenia ma charakter mieszany, a jej podstawą i fundamentem jest przepis art. 805 k.c. Warto tutaj zgodzić się z tezą W. Kamieńskiego, który wskazał, że umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest umową ubezpieczenia. Umowa taka funkcjonuje w polskim porządku prawnym, mimo że nie jest zdefiniowana w kodeksie cywilnym. W umowie ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym musi zostać zdefiniowane i w sposób jednoznaczny określone świadczenie na wypadek śmierci osoby ubezpieczonej. Oznacza to, iż w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia suma ubezpieczenia musi być znana z kwoty, a tym samym musi być możliwa do objęcia konsensusem przez ubezpieczającego. W przypadku umowy ubezpieczenia na życie ubezpieczony musi zgodzić się na wyrażoną w kwocie sumę ubezpieczenia (art. 829 § 2 k.c.)<sup>46</sup>. Należy jednak zawsze patrzeć na elementy, które przeważają w danej umowie. Jak słusznie wskazał ETS we wcześniej wskazywanym orzeczeniu z dnia 14 stycznia 1982 r., umowa ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ma charakter umowy ubezpieczenia z uwagi na fakt, że jest to umowa powszechnie obowiązująca w praktyce. Niezwykłą wartość w celu określenia charakteru prawnego umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym mają też rozważania poczynione w orzecznictwie włoskim. Określając zatem charakter takiej umowy, każdorazowo należy badać, który element przeważa: ochrona ubezpieczeniowa na wypadek śmierci lub dożywania określonego wieku czy też element inwestycyjny. Większość produktów z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym oferowanych na rynku polskim ma (z założenia) charakter inwestycyjny – w związku z czym trudno stwierdzić, iż jest to klasyczna umowa ubezpieczenia na życie. Jest to typowy przykład umowy ubezpieczenia o charakterze mieszanym, gdzie jednak element ubezpieczenia na życie jest marginalny w stosunku do elementu inwestycyjnego.

Na uwagę zasługuje również wypracowany przez grupę roboczą Restatement of European Insurance Contract Law dokument *Zasady europejskiego prawa ubezpieczeń* (PEICL)<sup>47</sup>. Jest to efekt pracy specjalistów z zakresu ubezpieczeń gospodarczych z całej Europy, a jego istota jest wzorowana na amerykańskim *Restatement* i stanowi istotny wkład zarówno praktyczny, jak i naukowy do rozwoju europejskiego prawa ubezpieczeń gospodarczych<sup>48</sup>. Dokument ten może stanowić również użyteczne narzędzie służące do rozstrzygania sporów przez arbitrow

---

<sup>44</sup> Raport Rzecznika Ubezpieczonych, *Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym*, Warszawa 2012, s. 2, [http://rf.gov.pl/pdf/Raport\\_UFK.pdf](http://rf.gov.pl/pdf/Raport_UFK.pdf).

<sup>45</sup> M. Romanowski, (w:) W.J. Katner, *System Prawa Prywatnego*, t. 9, *Prawo zobowiązań – umowy nienazwane*, C.H. Beck, Warszawa 2015, s. 532; A. Chłopecki, *Opcje i transakcje terminowe. Zagadnienia prawne*, ABC, Warszawa 2001, s. 162.

<sup>46</sup> W. Kamieński, *Główne świadczenia stron umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe” nr 17 (2/2014), s. 66–67.

<sup>47</sup> <http://www.restatement.info/>.

<sup>48</sup> Por. D. Fuchs, *Insurance Restatement jako europejski instrument opcjonalny służący regulacji umowy ubezpieczenia*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe” nr 9 (2/2010), s. 126.

w międzynarodowych i krajowych sądach polubownych, takich jak Sąd Arbitrażowy przy Komisji Nadzoru Finansowego czy Sąd Arbitrażowy przy Krajowej Izbie Gospodarczej. Projekt ten stanowi ponadto przedsięwzięcie o charakterze akademickim, które może ułatwić badania prawno-porównawcze nad umową ubezpieczenia oraz stanowić pomoc w procesie edukacji ubezpieczeniowej, szczególnie na poziomie uniwersyteckim, ale także poprzez programy studiów podyplomowych oraz szkoleń dla praktyków<sup>49</sup>.

Aktualna treść przedmiotowego dokumentu określa m.in. obowiązki informacyjne ubezpieczyciela oraz pośrednika przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz po jej zawarciu. W zakresie ubezpieczeń na życie określone są szczegółowo zasady wskazywania beneficjentów umowy, a także zasady zmiany, rozwiązania czy też odstąpienia od umowy. Co istotne, dokument ten reguluje zasady przekształcenia umowy oraz wykupu świadczeń z umowy. Na szczególną uwagę zasługuje prokonsumenckie postanowienie artykułu 17:602 pkt (3), które wskazuje, że ubezpieczyciel doręcza ubezpieczającemu na jego żądanie, a w jego braku corocznie, informację na temat obecnej wartości wykupu i zakres, w jakim jest gwarantowana. Z kolei artykuł 17:603 pkt (1) stanowi, iż umowa ubezpieczenia wskazuje sposób, w jaki oszacowanie wartości przekształcenia i/lub wartości wykupu dokonywane jest w zgodności z obowiązującymi wobec danego ubezpieczyciela przepisami prawa państwa członkowskiego.

Podsumowując, warto wskazać, że realne i właściwe reakcje ze strony organów nadzoru oraz oddolne inicjatywy społeczne wskazują, iż problem niewłaściwej sprzedaży oraz nieodpowiedniego wykonania umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym można usunąć, a w konsekwencji całkowicie wyeliminować. Na szczególną aprobatę zasługują tutaj reakcje nadzorczy brytyjskiego, którego kary nakładane na przedsiębiorców były dotkliwe i realne. Na rynku polskim wprowadzanie zmian ustawowych, miękkich regulacji oraz zainteresowanie problemem ze strony mediów i Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów powodują, że konsumenci mają szansę na rezygnację z niekorzystnych umów i odzyskanie stosownych środków finansowych.

Na pozytywną ocenę zasługują również przytoczone orzeczenia niemieckich organów wymiaru sprawiedliwości, zawierające negatywną ocenę postanowień wzorców ogólnych warunków ubezpieczeń, które były niekorzystne dla konsumentów. W orzecznictwie tym zakwestionowano także postanowienia, które *de facto* pozbawiały konsumentów zainwestowanych środków w przypadku rezygnacji z umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym w niedługim czasie po jej zawarciu. Również i w tym przypadku sankcja w postaci kary grzywny jest swoistym zagrożeniem dla przedsiębiorcy, który postanowiłby nadal stosować zakwestionowane klauzule.

Komplikacje związane z funkcjonowaniem w obrocie umów ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym występują w wielu państwach europejskich. Proces eliminacji problemów określanych jako *misselling* czy nierentowności inwestycji jest długotrwały i wymaga znacznego zaangażowania instytucji państwowych powołanych w celu ochrony interesu prawnego i ekonomicznego konsumenta. Przedstawiona analiza orzecznictwa włoskiego również pokazuje, że wątpliwości związane z charakterem prawnym umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowy funduszem kapitałowym mają charakter globalny i Polska nie jest w tym zakresie odosobniona.

---

<sup>49</sup> *Ibidem*, s. 131.

## **Bibliografia**

- Chłopecki A., *Opcje i transakcje terminowe. Zagadnienia prawne*, ABC, Warszawa 2001.
- Frigessi di Rattalma M., Landini S., *Life Insurance and Linked Policies under Italian Case Law*, <http://www.aida.org.uk/pdf/Life%20insurance%20and%20linked%20policies.pdf>.
- Fuchs D., *Insurance Restatement jako europejski instrument opcjonalny służący regulacji umowy ubezpieczenia*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe” nr 9 (2/2010).
- Kamieński W., *Główne świadczenia stron umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe” nr 17 (2/2014).
- Katner W.J., *System Prawa Prywatnego*, t. 9, *Prawo zobowiązań – umowy nienazwane*, C.H. Beck, Warszawa 2015.
- „Ombudsman News”, July 2002, <http://www.financial-ombudsman.org.uk/publications/ombudsman-news/18/18.pdf>.
- Raport Rzecznika Finansowego, *Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym – część II*, Warszawa 2016.
- Raport Rzecznika Ubezpieczonych, *Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym*, Warszawa 2012.
- Severn D., *The Financial Ombudsman Service and mortgage endowment complaints*, <http://www.financial-ombudsman.org.uk/assets/pdf/DavidSevernReport.pdf>.
- Szczepańska M., *Ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011.

## **Summary of the article**

### **Life Insurances with the Insurance Capital Fund, experience of selected European countries**

*The article aims at the presentation of selected problems connected with the insurance agreements with the Insurance Capital Fund in the Western Europe. The author emphasizes the characteristic of the British market. The typical actions taken by the supervisory organs in this country were described. Moreover, the introduction of the soft law is taken into consideration.*

*The author draws the attention to the solutions of the German jurisdiction which questioned clauses considered as inconsistent with the consumer law.*

*The author focuses also on the role of European Insurance Law in the context of life insurance. Additionally, the author analyses the Italian jurisdiction concerning the insurance agreements with Insurance Capital Fund.*

**Keywords:** insurances with Insurance Capital Fund consumer, Europe, abusive clauses, supervision.

Mgr **Mateusz Kościelniak**, radca prawny, Biuro Rzecznika Finansowego.