



KOMISJA NADZORU FINANSOWEGO

Przewodniczący
Andrzej Jakubiak

Warszawa, dnia 10 października 2016 r.

DPP/WOPIII/023/323/1/2016

Pan
Jacek Sasin
Przewodniczący
Sejmowej Komisji Finansów Publicznych

W związku z przebiegiem posiedzenia sejmowej Komisji Finansów Publicznych w dniu 21 września 2016 r., którego przedmiotem była *Informacja na temat sytuacji klientów instytucji finansowych, którzy nabyli produkty finansowe o charakterze polis lokacyjnych*, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji organu nadzoru ubezpieczeniowego dotyczących wybranych zagadnień będących przedmiotem dyskusji w toku ww. posiedzenia. Dynamiczny charakter tej dyskusji spowodował, że nie było możliwości bezpośredniego odniesienia się do wszystkich pytań i tez sformułowanych przez uczestników dyskusji. Tymczasem względy bezpieczeństwa, stabilności i zaufania do rynku finansowego, których to wartości gwarantem jest nadzór sprawowany przez Komisję Nadzoru Finansowego (dalej również KNF lub organ nadzoru), powodują, że pewne wypowiedzi nie mogą pozostać bez wyczerpującej odpowiedzi. Jednocześnie wyrażam przekonanie, że poniższe informacje pozwolą na wyjaśnienie niektórych aspektów związanych z problematyką będącą przedmiotem posiedzenia sejmowej Komisji Finansów Publicznych w dniu 21 września 2016 r., przyczyniając się do wypracowania rozwiązań realizujących interesy uczestników rynku ubezpieczeniowego.

I.

Charakter nadzoru nad rynkiem ubezpieczeniowym sprawowanego przez Komisję Nadzoru Finansowego.

W toku dyskusji podczas posiedzenia Komisji Finansów publicznych padały głosy wskazujące na generalny brak reakcji czy też niewystarczającą reakcję organu nadzoru na rynkowe zjawisko oferowania tzw. polisolokat, w których zastrzegano bardzo wysokie opłaty z tytułu

przedterminowej rezygnacji z umowy, nierzadko oznaczające konsumpcję całości kapitału wpłaconego przez klienta. W skrajnym przypadku padły głosy o nierzetelnym wykonywaniu przez organ nadzoru ustawowych zadań oraz pytania o celowość funkcjonowania nadzoru. Odniesienie się do powyższego wymaga szerszego omówienia istoty zadań organu nadzoru nad rynkiem finansowym.

Jak wynika z art. 2 ustawy z dnia 21 lipca 2006 r. o nadzorze nad rynkiem finansowym celem nadzoru nad rynkiem finansowym jest zapewnienie prawidłowego funkcjonowania tego rynku, jego stabilności, bezpieczeństwa oraz przejrzystości, zaufania do rynku finansowego, a także zapewnienie ochrony interesów uczestników tego rynku również poprzez rzetelną informację dotyczącą funkcjonowania rynku, przez realizację celów określonych w szczególności w ustawach sektorowych, w tym ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym. W tej ostatniej ustawie w art. 3 wskazano, że celem nadzoru jest ochrona interesów osób ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia, członków funduszy emerytalnych, uczestników pracowniczych programów emerytalnych, osób otrzymujących emeryturę kapitałową lub osób przez nie uposażonych. Przepisami konkretyzującymi cele nadzoru są regulacje z zakresu zadań KNF. W art. 4 ustawy o nadzorze nad rynkiem finansowym wskazano, że do zadań organu nadzoru należy m. in. sprawowanie nadzoru nad rynkiem finansowym oraz podejmowanie działań służących prawidłowemu funkcjonowaniu rynku finansowego. W zakresie nadzoru nad rynkiem ubezpieczeniowym zadania organu nadzoru ujęto ogólnie w art. 8 ust. 1 ustawy o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym poprzez wymienienie tamże podejmowania określonych w odrębnych przepisach działań mających na celu zapewnienie zgodności działalności podmiotów nadzorowanych z przepisami prawa, kontroli działalności i stanu majątkowego podmiotów nadzorowanych oraz podejmowanie innych zadań określonych ustawami. W art. 8 ust. 2 powołanej ustawy stwierdzono, że zakres nadzoru i szczegółowe zadania Komisji określają odrębne przepisy. Owe odrębne przepisy to przede wszystkim w aktualnym stanie prawnym (od dnia 1 stycznia 2016 r.) art. 329 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Zgodnie z tym przepisem nadzór nad zakładem ubezpieczeń i zakładem reasekuracji polega na: 1) ochronie interesów ubezpieczających, ubezpieczonych i uprawnionych z umów ubezpieczenia; 2) ochronie interesów cedentów oraz ubezpieczających, ubezpieczonych i uprawnionych z umów ubezpieczenia podlegających reasekuracji; 3) zapewnieniu przestrzegania przez zakład ubezpieczeń i zakład reasekuracji przepisów prawa, w szczególności dotyczących gospodarki finansowej (...); 4) wydawaniu zezwoleń na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej lub działalności reasekuracyjnej; 5) ocenie zdolności zakładu ubezpieczeń i zakładu reasekuracji do sprawnego i efektywnego zarządzania ryzykiem w ramach systemu zarządzania zakładem; 6) podejmowaniu innych działań określonych w ustawie.

Należy podkreślić, że w myśl art. 7 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej organy władzy publicznej działają na podstawie i w granicach prawa. W przypadku organów administracji publicznej oznacza to, że podejmowanie działań kształtujących sytuację prawną

podmiotów spoza sfery administracji publicznej możliwe jest wyłącznie w tych przypadkach, w których przepis prawa powszechnie obowiązującego w sposób wyraźny przyznaje organowi taką kompetencję. W przypadku Komisji Nadzoru Finansowego oznacza to, że w stosunku do podmiotów nadzorowanych (w szczególności zakładów ubezpieczeń) możliwe jest podejmowanie działań nadzorczych (np. cofanie zezwoleń na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej, nakładanie kar pieniężnych) wyłącznie wówczas, gdy upoważnia do tego przepis prawa i tylko w okolicznościach wskazanych w takim przepisie. Co więcej, organ nadzoru nie powinien podejmować działań tam, gdzie właściwy jest inny organ administracji albo sąd. Taki stan rzeczy powoduje, że przywołane powyżej przepisy dotyczące celów i zadań nadzoru nie są samodzielnym źródłem kompetencji nadzorczych. Przepisy te wskazują jedynie wartości, do ochrony których powinien dążyć organ nadzoru, oraz w sposób ogólny określają kierunki aktywności nadzorczej. Konkretnie działania nadzorcze mogą natomiast być podejmowane wówczas, gdy istnieje przepis prawa wyraźnie wskazujący, w stosunku do kogo (aspekt podmiotowy) określone rozstrzygnięcie o konkretnych prawach lub obowiązkach (aspekt przedmiotowy) w określonych okolicznościach (przesłanki) może być wydane. Tak przyznane kompetencje organ nadzoru musi realizować wyłącznie w taki sposób, aby urzeczywistniane były wartości zadeklarowane w celach nadzoru.

Wobec powyższego całkowicie błędne i nieuprawnione jest powoływanie się jedynie na cele i zadania nadzoru jako argument na okoliczność tego, że w odniesieniu do danego zjawiska rynkowego Komisja Nadzoru Finansowego miała obowiązek podjęcia określonych działań. Przepisy regulujące cele nadzoru, jego zadania oraz konkretne kompetencje muszą być interpretowane łącznie. Jedynie taki sposób recepcji przepisów pozwala na zidentyfikowanie obszaru odpowiedzialności organu nadzoru.

Powołane przepisy dotyczące celów i zadań nadzoru odwołują się przede wszystkim w sposób ogólny do ochrony interesów uczestników rynku finansowego, w tym ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych i uprawnionych z umów ubezpieczenia. Przepisy nie rozstrzygają, czy chodzi o ochronę każdego możliwego przejawu interesów wymienionych kategorii podmiotów, jak również czy chodzi o wszelkie możliwe formy tej ochrony. Jednakże zapoznanie się z przepisami określającymi konkretne kompetencje organu nadzoru, z przepisami prawa europejskiego, jak również porównanie z kompetencjami innych organów administracji i sądów, prowadzi do oczywistego wniosku, że odpowiedzialność Komisji Nadzoru Finansowego obejmuje jedynie niektóre aspekty ochrony interesów klientów zakładów ubezpieczeń. **Konkretne kompetencje organu nadzoru przysługujące w stosunku do zakładów ubezpieczeń, jak również ustawowe regulacje określające wymogi związane z działalnością tych podmiotów, w zdecydowanej większości koncentrują się na wypłacalności zakładu ubezpieczeń i jakości zarządzania nim.** Pozwala to przyjąć, iż podstawową przyczyną ustanowienia publicznego nadzoru nad zakładami ubezpieczeń jest zapewnienie finansowej zdolności tych podmiotów do wykonywania zobowiązań z umów ubezpieczenia. Jest to niezmiernie istotna wartość, gdyż dzięki funkcjonowaniu nadzoru klienci mają gwarancję, że ich roszczenia wobec zakładów ubezpieczeń (w tym również te zasądzone przez sąd) zostaną zaspokojone.

Należy zaznaczyć, że oznacza to zasadniczą różnicę w stosunku do przypadku podmiotów nie podlegających regulacjom nadzorczym. Dodać należy, że powyższy wniosek był również uprawniony na gruncie uprzednio obowiązującej ustawy o działalności ubezpieczeniowej, czyli przed dniem 1 stycznia 2016 r. W myśl art. 202 ust. 2 pkt 1 tejże ustawy zadaniem nadzoru była w szczególności ochrona interesów ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia, przez zapobieganie sytuacji, w której zakład ubezpieczeń nie będzie w stanie wypłacać tym osobom należnego świadczenia, a kompetencje organu nadzoru i wymogi wobec zakładów ubezpieczeń również dotyczyły przede wszystkim sfery gospodarki finansowej i zarządzania zakładem ubezpieczeń. Okolicznością prawną, która potwierdza takie wnioski, jest też brzmienie przepisów Dyrektywy 2009/138/WE w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Wypłacalność II). W art. 27 tejże Dyrektywy wskazano, iż państwa członkowskie zapewniają dysponowanie przez organy nadzoru środkami, wiedzą fachową, potencjałem i uprawnieniami, koniecznymi do osiągnięcia głównego celu nadzoru, a mianowicie ochrony ubezpieczających i beneficjentów. Nie zdefiniowano tamże, na czym konkretnie polega owa „ochrona”, jednakże dalsze przepisy Dyrektywy pozwalają przyjąć, iż chodzi przede wszystkim o aspekt kondycji finansowej zakładów ubezpieczeń jako dłużników klientów z tytułu umów ubezpieczenia, gdyż niemalże wszystkie przepisy Dyrektywy dotyczą tego właśnie aspektu funkcjonowania zakładów ubezpieczeń. Z przepisu art. 29 ust. 3 Dyrektywy wynika nadto, że zobowiązanie państw członkowskich dotyczy zagwarantowania, iż przestrzegane są wymogi określone Dyrektywą, zaś art. 30 Dyrektywy, noszący tytuł „zakres nadzoru”, wprost określa nadzór mianem „finansowego”.

Podkreślenia w tym miejscu wymaga **znaczenie tak rozumianego nadzoru finansowego. Usługi świadczone przez zakłady ubezpieczeń mają ogromne znaczenie dla społeczeństwa i gospodarki.** Zakładom ubezpieczeń powierzana jest ochrona (finansowa) mienia oraz dóbr osobistych obywateli; ubezpieczenia stanowią gwarancję możliwości odtworzenia majątku w razie uszczerbków wynikających ze zdarzeń losowych, służą zachowaniu standardu życia w razie wypadków dotyczących życia lub zdrowia osób ubezpieczonych, są też metodą kumulacji kapitału w celu emerytalnym lub innym (np. zaopatrzenia dzieci). Dla przedsiębiorców usługi zakładów ubezpieczeń stanowią kluczowy mechanizm zapewniający ciągłość i bezpieczeństwo działalności, gdyż dają możliwość nie tylko odtworzenia środków produkcji, ale również zabezpieczenia się na wypadek innych ryzyk, takich jak nieprzewidziane przerwy w działalności czy niewypłacalność kontrahenta. Z powyższej perspektywy kluczowe jest, aby zakłady ubezpieczeń na bieżąco dysponowały zasobami finansowymi, które pozwolą na wypłaty świadczeń podmiotom uprawnionym. **Ochrona ubezpieczeniowa byłaby iluzoryczna, gdyby wprawdzie istniał podmiot zobowiązany do świadczeń w razie niekorzystnych zdarzeń losowych, ale był finansowo niewiarygodny.**

Zaznaczyć należy, że sprawowanie nadzoru finansowego nie jest procesem prostym. **System regulacji prawnych, ustanawiających normy ostrożnościowe mające gwarantować wypłacalność zakładów ubezpieczeń, jest bardzo złożony, i nie ogranicza**

się wyłącznie do określonych wymogów kapitałowych, lecz obejmuje kompleksowe zarządzanie ryzykiem występującym w działalności ubezpieczeniowej. Organ nadzoru – poza tym, że odpowiada za wydawanie i cofanie zezwoleń na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej – w ramach nadzoru finansowego, oprócz badania określonych współczynników finansowych mających walor ilościowy (takich jak wymogi kapitałowe czy pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych aktywami), podejmuje szereg działań analitycznych odnośnie wymogów jakościowych, wymagających dużej wiedzy i doświadczenia (np. w zakresie adekwatności tworzonych rezerw, jakości aktywów, w które inwestowane są środki zakładu ubezpieczeń, adekwatności wysokości składek do ponoszonego ryzyka ubezpieczeniowego). Ponadto w ramach zarządzania ryzykiem organ nadzoru poddaje weryfikacji np. czynniki wpływające na jakość zarządzania zakładem ubezpieczeń (m. in. kwalifikacje składów zarządów zakładów ubezpieczeń, kwalifikacje podmiotów będących znaczącymi akcjonariuszami/udziałowcami zakładów ubezpieczeń) czy też bada jakość i efektywność funkcjonujących w zakładzie ubezpieczeń procedur wewnętrznych. Niezależnym aspektem sprawowanego nadzoru jest nadzór na poziomie grupy, służący identyfikowaniu i mitygowaniu ryzyk pojawiających się w związku z pozostawianiem przez zakłady ubezpieczeń w strukturach wielopodmiotowych; obejmuje to między innymi modyfikację wymogów kapitałowych czy analizy transakcji pomiędzy podmiotami w grupie oraz koncentrację ekspozycji na określone ryzyko w ramach grupy. Obrazując stopień skomplikowania sprawowanego nadzoru finansowego i wysiłek, jaki należy włożyć w wykonywanie zadań w tym zakresie, warto przytoczyć przykładowe liczby: w 2015 r. przed organem nadzoru prowadzono 6 postępowań dotyczących wydania zezwolenia na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej, ponad 20 postępowań dotyczących członków zarządów zakładów ubezpieczeń, 44 postępowania dotyczące zatwierdzania zmian statutów, 10 postępowań dotyczących znaczących udziałów w zakładach ubezpieczeń, 31 postępowań dotyczących wpisu do rejestru aktuariuszy; przeprowadzono Badanie i Ocenę Nadzorczą¹ odnośnie 56 zakładów ubezpieczeń; przeanalizowano ok. 300 sprawozdań finansowych (kwartalnych, rocznych i skonsolidowanych), 52 informacje o wyborze lub zmianie podmiotu uprawnionego do badania sprawozdań finansowych, 73 informacje o zmianach taryf składek za ubezpieczenia obowiązkowe; monitorowano wykonanie obowiązków publikacji sprawozdań ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych (23 zakłady ubezpieczeń, ponad 2 tysiące ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych); przeprowadzono 20 inspekcji w zakładach ubezpieczeń (wszystkie dane za sprawozdaniem z działalności KNF za 2015 r., dostępnym na stronie internetowej organu nadzoru). **Z punktu widzenia indywidualnego klienta nadzór finansowy może być uznany za mało efektywny (klient nie dostrzega bezpośredniego wpływu nadzoru finansowego na swoją bieżącą sytuację, gdyż to, że zakład ubezpieczeń posiada środki na wypłaty świadczeń, jest**

¹ BiON jest całościowym procesem wykorzystującym wszelkie dostępne informacje posiadane przez UKNF na temat zakładów ubezpieczeń, w tym informacje uzyskane w wyniku czynności związanych z licencjonowaniem, analizy „zza biurka” i czynności kontrolnych na miejscu w zakładzie ubezpieczeń, jak również z zapytań/ankiet skierowanych do zakładów ubezpieczeń.

odbierane jako coś oczywistego), jednakże jego znaczenie, ze względu na wykazany wyżej kluczowy status zakładów ubezpieczeń jako wypłacalnych dłużników, jest niepodważalne. Dowodzi tego choćby okoliczność, że regulacje przyjmowane na poziomie europejskim dotyczące nadzoru ostrożnościowego są daleko bardziej obszerne i złożone, aniżeli regulacje związane z nadzorem konsumenckim.

Polski ustawodawca zatem, choć nie zadeklarował w sposób jednoznaczny, że rolą Komisji Nadzoru Finansowego jest w zakresie rynku ubezpieczeniowego wyłącznie nadzorowanie wypłacalności zakładów ubezpieczeń, to jednakże wniosek o tym, iż jest to zdecydowanie dominujące zadanie nadzorcze, wynika ze sposobu ukształtowania uprawnień organu nadzoru oraz publicznoprawnych wymogów wobec zakładów ubezpieczeń. Zapewnienie wypłacalności zakładów ubezpieczeń jest zagadnieniem wielowątkowym: nie ogranicza się ono wyłącznie do oceny spełniania ściśle ilościowych wymogów kapitałowych, ale obejmuje także szeroko rozumiane zarządzanie zakładem ubezpieczeń, w tym zwłaszcza w kontekście ryzyk związanych z działalnością ubezpieczeniową. Powyższe oznacza, że realizując ogólny cel w postaci ochrony interesów klientów organ nadzoru winien interesować się nie tylko wyłącznie finansowym aspektem funkcjonowania zakładu ubezpieczeń, ale również jakością oferowanych usług. Niezasadne byłoby twierdzenie, że organ nadzoru mógłby tolerować zachowania zakładów ubezpieczeń niezgodne z interesami klientów, gdyż w istocie oznaczałoby to ryzyko wystąpienia sytuacji niesprzyjającej zachowaniu przez nie stanu wypłacalności ze względu na przyszłe ryzyka związane np. z negatywną oceną określonych praktyk przez sądy czy też ryzykiem reputacyjnym. Sytuacją, do której powinien zmierzać organ nadzoru, jest zatem zawieranie przez zakłady ubezpieczeń umów ubezpieczenia zgodnych z przepisami prawa i należyte wykonywanie tych umów przy jednoczesnym zachowaniu kondycji finansowej zakładów ubezpieczeń pozwalającej na wypłaty klientom należnych świadczeń, ze zdecydowanym naciskiem na ten ostatni obszar.

Z powyższych powodów, mając na uwadze ogólny charakter ustawowej deklaracji o ochronie interesów klientów jako celu funkcjonowania nadzoru, w praktyce aktywności KNF podejmowane działania nie ograniczają się wyłącznie do nadzorowania szeroko pojmowanej gospodarki finansowej zakładów ubezpieczeń oraz zarządzania ryzykiem właściwym działalności ubezpieczeniowej. Organ nadzoru podejmuje szereg inicjatyw odnoszących się do przypadków, w których odnotowano naruszenia interesów klientów bądź zagrożenia dla tych interesów, pojmowanych szerzej aniżeli tylko stabilność finansowa dłużnika z tytułu umów ubezpieczenia. Komisja Nadzoru Finansowego monitoruje praktyki rynkowe zakładów ubezpieczeń poprzez m. in. analizę skarg, analizę (prowadzoną w trybie *a posteriori* i w odniesieniu do wybranych produktów – w celu zachowania zgodności z prawem europejskim, zob. szerzej pkt IV niniejszego pisma) wzorców umownych oraz przekazów reklamowych. W wyniku pozyskiwanej tą drogą wiedzy wydawane są w stosunku do zakładów ubezpieczeń m. in. zalecenia oraz decyzje w przedmiocie nałożenia kar pieniężnych (przykładowo wydając szereg decyzji nakładających kary pieniężne z tytułu nieterminowej likwidacji szkód komunikacyjnych KNF doprowadziła w perspektywie kilku lat do znacznego spadku liczby tego rodzaju nieprawidłowości, które wcześniej były przedmiotem bardzo licznych skarg),

przedstawiane są zakładom ubezpieczeń poglądy na określone zagadnienia problemowe celem wdrożenia ich w praktyce wykonywanej działalności, przedkładane są właściwym organom stosowne informacje celem podjęcia przez nie kroków administracyjnych albo legislacyjnych. Stanowczego uwypuklenia wymaga jednakże okoliczność, że organ nadzoru jest ograniczony zasadą wyrażoną w art. 7 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, przejawiającą się m. in. koniecznością poszanowania właściwości innych organów administracji oraz sądów.

W tym miejscu na podkreślenie zasługuje, że stosunki pomiędzy zakładami ubezpieczeń a ich klientami mają charakter cywilny, wynikają z zawieranych umów. Do zadań organu nadzoru nie należy w związku z powyższym rozstrzygnięcie sporów cywilnoprawnych. W szczególności nie jest rolą organu nadzoru wydawanie rozstrzygnięć, na mocy których podmiot nadzorowany zrealizuje określone świadczenie na rzecz klienta albo odstąpi od dochodzenia świadczenia należnego od klienta. Jest to kompetencja należąca wyłącznie do sądów cywilnych. Do sądów tych należy w odpowiednich przypadkach w szczególności wykładnia przepisów prawa cywilnego oraz ich stosowanie. Ponadto, zadania z zakresu ochrony interesów konsumentów na gruncie prawa polskiego realizuje Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów. Szersza analiza tej kwestii w kontekście problemu tzw. polisolokat zostanie przedstawiona w pkt II niniejszego pisma. W tym miejscu należy jedynie podkreślić, że realizując zadania z zakresu nadzoru finansowego Komisja Nadzoru Finansowego nie jest władna rozstrzygać kwestii, które pozostają w kompetencjach sądów lub innych organów. *Prima facie* prawne ukształtowanie niektórych kompetencji organu nadzoru może sprawiać wrażenie, że organ ten posiada uprawnienia do interweniowania również w obszarze wykonywania umów przez zakłady ubezpieczeń względem klientów. Przykładowo w myśl art. 361 ust. 1 pkt 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (art. 209 ust. 1 pkt 3 uprzednio obowiązującej stawy o działalności ubezpieczeniowej) organ nadzoru może wydawać zakładom ubezpieczeń zalecenia w celu zapobieżenia naruszeniu interesów ubezpieczających, ubezpieczonych i uprawnionych z umów ubezpieczenia. W praktyce wydawane przez organ nadzoru zalecenia niekiedy w istocie powodują, iż konsekwencją jest określone zachowanie się zakładów ubezpieczeń w stosunkach cywilnoprawnych. Takiego rodzaju zalecenia wydawane są jednak – ze względu na wzmiankowane ryzyko naruszenia właściwości innych instytucji – wówczas, gdy albo brzmienie przepisów jest bardzo klarowne, albo też dane przepisy w sposób utrwalony i powszechny są interpretowane przez sądy cywilne. W konsekwencji nie można postrzegać w sposób oderwany od całokształtu stanu prawnego poszczególnych kompetencji organu nadzoru, a w szczególności nie można przyjmować, że realizując te kompetencje organ nadzoru może rozstrzygać o prawach i obowiązkach w zakresie zastrzeżonym dla sądów lub innych organów. W przypadku problematyki związanej z oferowaniem przez zakłady ubezpieczeń tzw. polisolokat powyższa kwestia została w bardziej skonkretyzowany sposób omówiona w pkt II niniejszego pisma.

Podsumowując w tej części należy wskazać, co następuje:

- 1) **zadaniem organu nadzoru jest sprawowanie tzw. nadzoru ostrożnościowego (ang. *prudential supervision*)**. Celem tego nadzoru jest zapewnienie należytych standardów zarządzania ryzykiem przez zakłady ubezpieczeń, czego rezultatem ma być wypłacalność zakładów ubezpieczeń jako dłużników klientów na gruncie umów ubezpieczenia;
- 2) **w ramach powyższego zadania organ nadzoru wykonuje szereg analiz i czynności, które są bardzo złożone merytorycznie**. Jedynie przykładowo wskazać tutaj należy na: badanie spełniania wymogów przez osoby zarządzające zakładem ubezpieczeń oraz jego większościowych akcjonariuszy (udziałowców), analizy wewnętrznych procedur i systemów zakładów ubezpieczeń, analizy sprawozdań finansowych, spełnianie wymogów kapitałowych, ocenę jakości inwestycji w aktywa, egzekwowanie odrębnego reżimu w przypadku zakładów ubezpieczeń wchodzących w skład struktur holdingowych;
- 3) **gwarantowany przez sprawowany nadzór stan wypłacalności zakładów ubezpieczeń jest istotną wartością odróżniającą od działalności podmiotów niepodlegających nadzorowi**, które w przypadku roszczeń klientów często okazują się nie posiadać środków na wypłatę;
- 4) **od nadzoru ostrożnościowego odróżnia się nadzór konsumencki (ang. *market conduct supervision*)**. W Polsce nie utworzono odrębnego organu nadzoru konsumenckiego dedykowanego rynkowi finansowemu, nie zadeklarowano także na poziomie prawa w sposób całkowicie jednoznaczny, czy KNF ma status wyłącznie nadzoru ostrożnościowego, czy również konsumenckiego, choć jak wskazano zdecydowana większość regulacji, których stosowanie gwarantuje KNF, stanowią normy ostrożnościowe. Należy też odnotować, że zadania Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów obejmują wszystkich konsumentów, w tym również klientów zakładów ubezpieczeń, zaś zasada działania przez organy administracji w granicach i na podstawie prawa nakazywałaby przyjąć, że do zadań KNF nie należą kwestie przypisane innym organom;
- 5) **organami właściwymi do rozstrzygania sporów na gruncie umów, w tym umów ubezpieczenia, są sądy cywilne**. Ingerencja organu administracji mająca przesądzić o roszczeniach jednej strony umowy względem drugiej sprowadza ryzyko działania z naruszeniem właściwości, a zatem z naruszeniem prawa, jak również ryzyko wystąpienia rozbieżności pomiędzy stanowiskiem organu administracji a wyrokami sądów;
- 6) **wobec powyższego mylnie jest wywodzone jedynie z przepisów o celach i zadaniach organu nadzoru przekonanie, że KNF powinna sprawować ochronę interesów klientów zakładów ubezpieczeń również w takim zakresie, w jakim ochrona ta należy do kompetencji innych organów administracji albo sądów**.

II.

Właściwość organów państwa w kontekście problematyki związanej z produktami ubezpieczeniowymi określanymi mianem polisolokat.

Niektóre głosy podczas dyskusji, jaka zawiązała się podczas posiedzenia sejmowej Komisji Finansów Publicznych w dniu 21 września 2016 r., wskazywały na brak reakcji Komisji Nadzoru Finansowego na nieprawidłowości związane z opłatami likwidacyjnymi związanymi z oferowaniem tzw. polisolokat. W związku z tym należy wskazać, z jakiego powodu opłaty likwidacyjne zostały zakwestionowane przez sądy oraz jakie były możliwości działania KNF w tym zakresie.

Tytułem wstępu wskazać należy, że od strony prawnej zagadnienie, które było głównym przedmiotem dyskusji podczas posiedzenia sejmowej Komisji Finansów Publicznych w dniu 21 września 2016 r., zasadza się na zastrzeżeniu w umowach ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym opłat na rzecz zakładów ubezpieczeń z tytułu przedterminowej rezygnacji z produktu (wypowiedzenia umowy). Zaznaczyć należy, że chodzi o przypadki, w których umowy zawarte były na wieloletnie okresy. Opłaty likwidacyjne ustalone w wysokości skorelowanej z kwotą uiszczonych składek były szczególnie wysokie w pierwszych latach trwania umowy (niekiedy wynosiły 100% wpłaconych przez klientów kwot).

Jak już wskazywano w pkt I niniejszego pisma, organy administracji publicznej, w tym KNF, zobowiązane są działać w granicach i na podstawie prawa. Oznacza to w szczególności, że istnieje możliwość podważenia prawidłowości określonej praktyki rynkowej (tutaj: zastrzegania w umowach wygórowanej opłaty likwidacyjnej) tylko wówczas, jeżeli istnieje przepis prawa pozwalający zakwestionować legalność takiej praktyki. Odnotować należy, że przepisy prawa w żaden sposób nie regulowały wysokości opłat pobieranych przez zakłady ubezpieczeń, a jednocześnie zawierały (i zawierają nadal) regulacje prawne wskazujące, iż co do zasady pobieranie różnego rodzaju obciążeń przez zakłady ubezpieczeń od klientów było i jest dopuszczalne (zob. art. 13 ust. 4 pkt 5 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, a obecnie art. 22 ust. 2 pkt 3 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej). Zanegowanie przez jakikolwiek organ określonej praktyki stosowanej przez przedsiębiorcę bez oparcia o prawidłowo wyłożony i zastosowany przepis prawa byłoby działaniem nielegalnym, stanowiącym nadużycie władztwa publicznego.

Mając powyższe na uwadze odnotować należy, że w większości przypadków w razie wytoczenia przez osoby ubezpieczające/ubezpieczone stosownych powództw sądy cywilne podważają dopuszczalność stosowania takich opłat. Argumenty sądów w tym zakresie zazwyczaj zasadzają się na zakwestionowaniu danego postanowienia umownego przewidującego opłatę likwidacyjną nie jako sprzecznego z konkretnym wyraźnym przepisem prawa, lecz jako niedozwolonego w rozumieniu art. 385¹ § 1 Kodeksu cywilnego. Przepis ten stanowi, że „Postanowienia umowy zawieranej z konsumentem niezgodnione indywidualnie nie wiążą go, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób spreczny z dobrymi

obyczajami, rażąco naruszając jego interesy (niedozwolone postanowienia umowne). Nie dotyczy to postanowień określających główne świadczenia stron, w tym cenę lub wynagrodzenie, jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny.” Kwestionowanie opłat likwidacyjnych przez sądy odbywa się zatem przy zaangażowaniu podstaw prawnych odwołujących się do właściwych obrotowi cywilnoprawnemu klauzul generalnych (dobre obyczaje, rażące naruszenie interesów).

Zestawiając powyższe z zadaniami organu nadzoru (które szerzej przedstawiono w pkt I niniejszego pisma) trzeba odnotować, że do tych zadań nie należy rozstrzyganie sporów cywilnoprawnych. W szczególności **nie jest rolą organu nadzoru wydawanie rozstrzygnięć, na mocy których podmiot nadzorowany zrealizuje określone świadczenie na rzecz klienta albo odstąpi od dochodzenia świadczenia należnego od klienta.** Jest to kompetencja należąca wyłącznie do sądów cywilnych. W przedmiotowym przypadku – jak już wskazano – kwalifikacja prawna postanowień umownych dotyczących opłat likwidacyjnych zasadza się na dekodowaniu przepisów odwołujących się do klauzul generalnych. W takiej sytuacji trudno zakładać, aby – niezależnie już od kwestii ustawowych zadań – organ nadzoru dokonywał *ad causam* bez wyraźnego upoważnienia ustawowego samodzielnego ustalenia znaczenia takich klauzul jak dobre obyczaje. Przepisy prawa cywilnego w przypadku sporu cywilnoprawnego są wykładane przez sądy cywilne. Inicjatywa wykazana przez organ nadzoru w tym zakresie mogłaby zostać zakwalifikowana jako wkroczenie w kompetencje sądownictwa, i generowałaby przy tym istotne ryzyko praktyczne w przypadku, gdyby w ewentualnych indywidualnych sprawach sądowych zapadały rozstrzygnięcia bazujące na wykładni przepisów odmiennej niż dokonana przez organ nadzoru.

Dodatkowo należy wskazać, że w stanie prawnym obowiązującym od 17 kwietnia 2016 r. Prezes UOKiK posiada kompetencje w zakresie kwalifikowania postanowień umownych jako niedozwolonych (w drodze decyzji, która podlega sądowej kontroli), zaś samo posługiwanie się takimi postanowieniami jest zakazane (art. 23a ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów). Naruszenie tego zakazu skutkuje możliwością nałożenia przez Prezesa UOKiK kary pieniężnej (art. 106 ust. 1 pkt 3a ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów).

Z kolei przed dniem 17 kwietnia 2016 r. o uznaniu postanowienia umownego za niedozwolone mógł orzec jedynie sąd. Stosowne ustalenie sąd mógł poczynić bądź w toku postępowania z powództwa określonej osoby (klienta), która na uzasadnienie swojego żądania mogła powołać się na zarzut niedozwolonego charakteru postanowienia umownego, bądź w trybie tzw. kontroli abstrakcyjnej, regulowanej przepisami działu IVb tytułu VII księgi pierwszej części pierwszej Kodeksu postępowania cywilnego. Na gruncie tych przepisów (art. 479³⁸ § 1 K.p.c.) powództwo w takich sprawach mógł wytoczyć każdy, kto według oferty pozwanego mógłby zawrzeć z nim umowę zawierającą postanowienie, którego uznania za niedozwolone żąda się pozwem, jak również organizacja pozarządowa, do której zadań statutowych należała ochrona interesów konsumentów, powiatowy (miejski) rzecznik konsumentów oraz Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów. Jak zatem wynika z

powołanej regulacji **Komisja Nadzoru Finansowego nie była podmiotem uprawnionym do inicjowania postępowań sądowych w przedmiocie uznania postanowienia umownego za niedozwolone.** Ponadto jak wynikało z obowiązującego do dnia 16 kwietnia 2016 r. brzmienia art. 24 ust. 2 pkt 1 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów stosowanie postanowień wzorców umów, które zostały wpisane do rejestru postanowień wzorców umowy uznanych za niedozwolone, kwalifikowane było jako praktyka naruszająca zbiorowe interesy konsumentów. W tymże stanie prawnym Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów uprawniony był do wydawania decyzji o uznaniu praktyki za naruszającą zbiorowe interesy konsumentów i nakazującej zaniechanie jej stosowania (art. 26 ust. 1 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów), jak również do nałożenia kary pieniężnej (art. 106 ust. 1 pkt 4 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów).

W takiej sytuacji zastosowanie działań nadzorczych przez KNF w odniesieniu do zjawiska stosowania wygórowanych opłat likwidacyjnych byłoby nie tylko próbą działań administracyjnych w obszarze zastrzeżonym do kompetencji Prezesa UOKiK oraz sądów, ale także mogłoby skutkować nałożeniem na zakłady ubezpieczeń podwójnej sankcji (przez KNF i Prezesa UOKiK) z tytułu tego samego zachowania. Tymczasem w świetle konstytucyjnych zasad stosowania sankcji o charakterze represyjnym za niedopuszczalne uznać należy dwukrotne stosowanie sankcji z tytułu tej samej okoliczności.

Podkreślenia wymaga w tym miejscu, że omawiana problematyka tzw. polisolokat była przedmiotem wymiany informacji pomiędzy KNF (wcześniej Komisją Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszu Emerytalnych) a Prezesem UOKiK. W ostatnim raporcie Rzecznika Finansowego (II Raport o ubezpieczeniach z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym) przytaczane jest m. in. pismo Urzędu KNUiFE z dnia 21 sierpnia 2006 r., stanowiące odpowiedź na pismo UOKiK z dnia 8 czerwca 2006 r. W rzeczonym piśmie Urząd KNUiFE, odpowiadając na pytanie UOKiK co do praktyki zakładów ubezpieczeń przyjmujących zerową wartość wykupu w przypadku rezygnacji z ubezpieczenia w okresie pierwszych dwóch lat, wyjaśnił, że praktyki takie występują powszechnie na rynku (nie tylko polskim) i są zgodne z nauką ubezpieczeniową. Jednocześnie jednak zastrzeżono, że pytanie UOKiK zadano w oderwaniu od konkretnej umowy (a nawet w oderwaniu od tego, czy chodzi o klasyczne ubezpieczenia na życie, czy też związane z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi), jak również wskazano na różnorodność oferowanych produktów i różne rozumienie wartości wykupu, w związku z czym trudno było o udzielenie jednoznacznej odpowiedzi mającej walor przydatności w konkretnej sprawie. Podkreślić należy w tym miejscu, że w rzeczonym okresie (połowa 2006 r.) brak było informacji o problemach związanych z oferowaniem przez zakłady ubezpieczeń produktów ubezpieczeniowych, które miały walor niemalże wyłącznie inwestycyjny i w których zastrzeżone były wysokie opłaty likwidacyjne. Mając to uwadze organ nadzoru udzielił wówczas odpowiedzi bazującej na aktualnym stanie wiedzy: wiedza owa obejmowała okoliczność, że w ramach ubezpieczeń z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym oferowane były produkty, w których część ochronna oraz inwestycyjna były względnie zrównoważone. Odnosnie takich produktów postanowienia umowne przewidujące brak wartości wykupu w pierwszych latach

ubezpieczenia były w pełni usprawiedliwione, gdyż zakład ubezpieczeń musiał pokryć koszt ryzyka ubezpieczeniowego (ryzyka wypłaty znaczącej kwoty z tytułu śmierci ubezpieczonego w niedługim okresie po zawarciu umowy, a zatem przy niedużej wysokości wpłaconych składek). Po pojawieniu się sygnałów (w szczególności skarg), że zakłady ubezpieczeń przystąpiły do oferowania produktów niemalże wyłącznie inwestycyjnych z zastrzeżonymi wysokimi opłatami likwidacyjnymi, organ nadzoru podjął działania mające na celu poinformowanie Prezesa UOKiK o podejrzeniach związanych ze zidentyfikowanymi praktykami (pismo z 14 kwietnia 2011 r.), celem umożliwienia Prezesowi UOKiK podjęcia działań zgodnych z jego zakresem właściwości.

Podsumowując w tej części:

- 1) opłaty likwidacyjne zostały podważone przez sądy jako niedozwolone postanowienia umowne, czyli **przy użyciu klauzul generalnych – rażącego naruszenia interesów, sprzeczności z dobrymi obyczajami;**
- 2) ocena postanowień umownych pod kątem rażącego naruszenia interesów i sprzeczności z dobrymi obyczajami **należała do sądów cywilnych, a obecnie – do Prezesa UOKiK działającego pod kontrolą sądową;**
- 3) **KNF nie miała prawa nie tylko do kwalifikowania postanowień umownych jako niedozwolonych, ale również nie miała prawa do inicjowania postępowań sądowych w tym zakresie;**
- 4) **KNF nie była i nie jest organem właściwym w zakresie podejmowania działań (w szczególności stosowania sankcji) w przypadku posługiwania się przez zakłady ubezpieczeń wzorcami umownymi zawierającymi klauzule niedozwolone,**
- 5) **KNF poinformowała UOKiK jako organ właściwy do podjęcia działań w tym zakresie o dostrzeżonych nieprawidłowościach dotyczących pobierania wysokich opłat likwidacyjnych.**

III.

Natura produktów ubezpieczeniowych określanych mianem polisolokat i ryzyko z nimi związane.

Niektórzy uczestnicy dyskusji podczas posiedzenia sejmowej Komisji Finansów Publicznych w dniu 21 września 2016 r. formułowali daleko idący pogląd, że ubezpieczenia z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi nie są w ogóle produktami ubezpieczeniowymi. Taki pogląd przedstawiony został również w raportach Rzecznika Finansowego. W niektórych wypowiedziach stwierdzono, że ubezpieczenia z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi to w istocie fundusze inwestycyjne „opakowane” w ubezpieczenie, a całe ryzyko jest przerzucone na klienta. Należy odnieść się do tej kwestii, jako punkt wyjścia przyjmując przepisy prawa regulujące funkcjonowanie rynku ubezpieczeniowego.

Zawieranie i wykonywanie umów ubezpieczenia jest podstawową (obok zawierania i wykonywania umów w przedmiocie gwarancji ubezpieczeniowych) czynnością ubezpieczeniową (art. 4 ust. 7 pkt 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej,

wcześniej art. 3 ust. 3 pkt 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej), wyznaczającą zakres przedmiotowy działalności ubezpieczeniowej (art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, wcześniej art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej). Wykonywanie działalności ubezpieczeniowej jest ustawowo zastrzeżone dla podmiotów posiadających stosowne zezwolenie wydane przez organ nadzoru (art. 7 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, wcześniej art. 6 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej). Zezwolenie na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej jest wydawane w zakresie jednej lub więcej grup ubezpieczeń, o których mowa w załączniku do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, a wcześniej ustawy o działalności ubezpieczeniowej (art. 165 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, wcześniej art. 94 ustawy o działalności ubezpieczeniowej). Przyjąć zatem należy, że kategorie ubezpieczeń wymienione w załączniku do ustawy mogą być (w przypadku posiadania zezwolenia w odpowiednim zakresie) oferowane przez zakłady ubezpieczeń. W rzeczonym załączniku w dziale I w grupie 3 wymieniono „ubezpieczenia na życie, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym”. Nie może zatem podlegać żadnej dyskusji dopuszczalność zawierania przez zakłady ubezpieczeń umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.

Przepisy prawa polskiego nie określają wprost *essentialia negotii* umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym; w pewnym zakresie niewątpliwie zastosowanie znajdują przepisy Kodeksu cywilnego, jednakże uwzględnić należy specyfikę tych ubezpieczeń warunkowaną ich naturą, częściowo możliwą do odtworzenia na gruncie przepisów odrębnych od K.c. W oparciu o przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, a wcześniej ustawy o działalności ubezpieczeniowej, należy sformułować twierdzenie, że w umowie ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym występuje ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy, tj. wydzielony fundusz aktywów, stanowiący rezerwę tworzoną ze składek ubezpieczeniowych, inwestowany w sposób określony w umowie ubezpieczenia (art. 3 ust. 1 pkt 50 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, wcześniej art. 2 ust. 1 pkt 13 ustawy o działalności ubezpieczeniowej), podzielony na jednostki uczestnictwa wyceniane i umarzane w sposób określony w ogólnych warunkach ubezpieczenia (art. 23 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, wcześniej art. 13 ust. 4 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej). Partykularnie o umowach ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym stanowią również przepisy innych ustaw, o czym szerzej mowa dalej.

Powyższe znajduje oparcie w przepisach prawa europejskiego. W załączniku I do Dyrektywy 2002/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady dotyczącej ubezpieczeń na życie przewidziano grupę III (ubezpieczenia określone w art. 2 ust. 1 lit. a) i b), czyli ubezpieczenia na życie i ubezpieczenia rentowe, powiązane z funduszami inwestycyjnymi), z kolei w art. 25 ust. 1 tejże dyrektywy wyraźnie mowa była o umowach ubezpieczenia, w których „świadczenia przewidziane w umowie są bezpośrednio powiązane z wartością jednostek

uczestnictwa w przedsiębiorstwa zbiorowego inwestowania w zbywalne papiery wartościowe lub z wartością aktywów zawartych w funduszu wewnętrznym zakładu ubezpieczeń, zwykle podzielonym na jednostki uczestnictwa”. Ten ostatni przepis wyraźnie zatem przewidywał, że w umowach ubezpieczenia możliwe jest uzgodnienie przez strony, iż świadczeniem będzie zawsze kwota odpowiadająca wartości wydzielonego przez zakład ubezpieczeń funduszu aktywów, który – co oczywiste – budowany jest ze składek wpłacanych przez ubezpieczającego. Analogiczne regulacje zawiera aktualnie obowiązująca Dyrektywa 2009/138/WE.

Poza powyższymi regulacjami treść umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym określana jest przez praktykę rynkową. Uwzględniając określone ramy prawno-gospodarcze należy stwierdzić, że umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym łączy w sobie elementy umowy ubezpieczenia i umowy powierniczej i spełnia dwa cele: cel ochronny i cel oszczędnościowo-inwestycyjny. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane w tego typu umowie ubezpieczenia równe jest wyższej z dwóch kwot – sumie ubezpieczenia albo wartości środków zgromadzonych na dedykowanym klientowi indywidualnym rachunku jednostek uczestnictwa.

Konstrukcja tego rodzaju ubezpieczenia zakłada, że środki pieniężne pochodzące z wpłacanych przez ubezpieczającego składek ubezpieczeniowych w części pokrywają koszty, w tym koszty świadczonej ochrony ubezpieczeniowej, a w części tworzą w majątku zakładu ubezpieczeń wydzielony fundusz – ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy, który zarządzany jest przez zakład ubezpieczeń lub inny wyspecjalizowany podmiot (np. towarzystwo funduszy inwestycyjnych) w celu dokonywania na rzecz klienta zakładu ubezpieczeń inwestycji zgromadzonych w tym funduszu środków finansowych według wybranej przez klienta strategii inwestycyjnej. Wartość ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego przeliczana jest, analogicznie jak w przypadku funduszy inwestycyjnych, na jednostki uczestnictwa. Podział składki na części służące ochronie i inwestycji zależy od wartości sumy ubezpieczenia oraz zakresu ryzyka wystąpienia skutków zdarzeń losowych objętych ochroną w ramach ubezpieczenia. Przykładowo wyższa suma ubezpieczenia lub duża liczba ryzyk objętych ochroną powodować będą, iż mniejsza część składki łącznej wpłacanej przez klienta będzie przeznaczana na inwestycje. Analogicznie odwrotnie niski poziom ochrony ubezpieczeniowej powoduje, że można skonstruować produkt mający walor przede wszystkim inwestycyjny.

W tym miejscu podkreślenia wymaga, że **żadne przepisy prawa nie wprowadzają ogólnej regulacji przewidującej określone wymogi co do relacji pomiędzy sumą ubezpieczenia a kwotą angażowaną w tworzenie ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego**, czy też co do alokacji kwot wpłacanych przez ubezpieczających pomiędzy koszt ochrony ubezpieczeniowej a inwestycję w ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy (funkcjonują jedynie partykularne regulacje dotyczące niektórych rodzajów produktów ubezpieczeniowych, o których mowa dalej). Ustawodawca tę kwestię pozostawił swobodzie kontraktowej, wskutek czego istnieje możliwość elastycznego dostosowania warunków umowy do potrzeb ubezpieczającego. Analogicznie wygląda to w innych państwach

członkowskich Unii Europejskiej: z informacji pozyskanych przez Urząd Komisji Nadzoru Finansowego wynika, że w państwach tych funkcjonują ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym o konstrukcji analogicznej jak na polskim rynku ubezpieczeniowym, a prawodawcy w poszczególnych państwach członkowskich nie ingerują w relację pomiędzy elementem ochronnym i elementem inwestycyjnym w strukturze składki, dopuszczając tym samym w szczególności całkowitą dominację tego ostatniego. Przykładem takiej sytuacji jest stan faktyczny sprawy rozpatrywanej przez Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej sprawie Ángel Lorenzo González Alonso przeciwko Nationale Nederlanden Vida Cia De Seguros y Reaseguros SAE (sygn. C-166/11). W sprawie tej Trybunał zajmował się – na gruncie przepisów chroniących konsumenta w związku z umowami zawartymi poza lokalem przedsiębiorstwa – zagadnieniem, czy umowa, którą zawarły strony, miała charakter umowy ubezpieczenia. Jak ustalił Trybunał strony zawarły umowę, określając na etapie kontraktowania, że „odnośny produkt polegał na wysoko oprocentowanej lokacie inwestycyjnej, która dawała deponentowi możliwość wycofania w każdej chwili zainwestowanego kapitału”. Sąd krajowy rozpatrujący spór pomiędzy stronami wcześniej ustalił nadto w zakresie stanu faktycznego, że „zgodnie z wyborem dokonany przez A. Gonzáleza Alonsa, 30% wpłacanych składek było przeznaczanych na inwestycje w fundusz wewnętrzny zarządzany przez Nationale Nederlanden, 60% tych składek było przeznaczanych na inwestycje o oprocentowaniu zmiennym, a 10% na inwestycje o oprocentowaniu stałym”. Jak łatwo zauważyć, 100% składki ubezpieczeniowej podlegało alokacji w różne inwestycje, nie ma tutaj mowy o jakiegokolwiek części składki odpowiadającej ściśle pojmowanemu ryzyku ubezpieczeniowemu. W takim stanie faktycznym Trybunał stwierdził między innymi co następuje: „Pomimo że w rzeczywistości sporna w postępowaniu przed sądem krajowym umowa oferuje ubezpieczenie na życie w zamian za miesięczną płatność składek inwestowanych w inwestycje o oprocentowaniu stałym i o oprocentowaniu zmiennym, a także w produkty finansowe, których ryzyko finansowe jest ponoszone przez ubezpieczającego, to jednak takie postanowienia umowne nie są niezwykłe. Przeciwnie, umowy zwane „unit linked”, „wyrażone w jednostkach przeliczeniowych” lub „związane z funduszami inwestycyjnymi”, takie jak umowa podpisana przez A. Gonzáleza Alonsa, są powszechne w prawie ubezpieczeń. Ponadto prawodawca unijny uznał, że ten typ umowy należy do grupy ubezpieczeń na życie, tak jak to wyraźnie wynika z pkt III załącznika I do dyrektywy dotyczącej ubezpieczeń na życie w związku z art. 2 pkt 1 lit. a) tej dyrektywy.” W konsekwencji Trybunał uznał umowę objętą stanem faktycznym sprawy za umowę ubezpieczenia.

Potwierdzeniem powyższego są odrębne od ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (wcześniej ustawy o działalności ubezpieczeniowej) oraz Kodeksu cywilnego przepisy ustawowe nie tylko odnoszące się do umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, ale również przewidujące ich określone przeznaczenie w obrocie społeczno-gospodarczym.

W przepisie art. 8 ust. 1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o indywidualnych kontach emerytalnych oraz indywidualnych kontach zabezpieczenia emerytalnego wyraźnie

wskazano, że umowa o prowadzenie indywidualnego konta emerytalnego lub indywidualnego konta zabezpieczenia emerytalnego może być zawarta z zakładem ubezpieczeń i mieć postać umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Ponieważ celem wprowadzenia do systemu prawnego indywidualnych kont emerytalnych oraz indywidualnych kont zabezpieczenia emerytalnego jest zinstytucjonalizowanie „gromadzenia oszczędności” (art. 1 powołanej ustawy) z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń po osiągnięciu wieku emerytalnego, tym samym ustawodawca wyraźnie przesądza, iż instytucja ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym może służyć przede wszystkim do akumulowania środków finansowych, nie zaś do świadczenia ochrony ubezpieczeniowej (oczywiście nie wyklucza to fakultatywnego przeznaczenia części składki na cel inny niż akumulacja – wówczas aktualizują się obowiązki względem treści umowy wskazane w art. 9 ust. 2 powołanej ustawy oraz zakaz wynikający z art. 29 powołanej ustawy). *Notabene* warte wyraźnego podkreślenia jest to, że w powołanym przepisie umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest formą indywidualnego dobrowolnego zabezpieczenia emerytalnego alternatywną wobec umowy z funduszem inwestycyjnym, umowy z dobrowolnym funduszem emerytalnym, umowy z podmiotem prowadzącym działalność maklerską (o świadczenie usług polegających na wykonywaniu zleceń nabycia lub zbycia instrumentów finansowych i prowadzenie rachunku papierów wartościowych oraz rachunku pieniężnego) oraz umowy z bankiem (o prowadzenie rachunku bankowego). Okoliczność ta świadczy o tym, że na potrzeby dobrowolnego zabezpieczenia emerytalnego **umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest traktowana przez prawodawcę jako substytut innych usług inwestycyjnych**, świadczonych na podstawie umów wymienionych w art. 8 ust. 1 ustawy o indywidualnych kontach emerytalnych oraz indywidualnych kontach zabezpieczenia emerytalnego. Skoro zaś owe inne rodzaje umów mają za swój wyłączny cel gromadzenie i pomnażanie oszczędności emerytalnych, to będąc ich substytutem umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym również musi mieć analogiczny cel.

Do takich samych wniosków skłaniają przepisy ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o pracowniczych programach emerytalnych. Przepis art. 3 powołanej ustawy stanowi, że program jest tworzony w celu gromadzenia środków uczestnika przeznaczonych do wypłaty. Zgodnie z art. 6 ust. 1 powołanej ustawy pracownicze programy emerytalne mogą być prowadzone w formie funduszu emerytalnego, umowy o wnoszenie przez pracodawcę składek pracowników do funduszu inwestycyjnego, umowy grupowego ubezpieczenia na życie pracowników z zakładem ubezpieczeń w formie grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym oraz zarządzania zagranicznego. Także zatem na gruncie ustawy o pracowniczych programach emerytalnych **umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest traktowana przez ustawodawcę jako prawna forma akumulacji środków finansowych, będąca substytutem innych usług finansowych o przeznaczeniu oszczędnościowo-inwestycyjnym, oferowanych przez instytucje finansowe inne niż zakład ubezpieczeń**. Na gruncie przepisów ustawy o pracowniczych programach emerytalnych odnotowania wymaga, że zawarto tamże

wyjątkową regulację, która przewiduje obligatoryjne zasady alokacji składki ubezpieczeniowej: stosownie do art. 6 ust. 9 pkt 2 tejże ustawy wymaga się, aby co najmniej 85% każdorazowej składki podstawowej było przeznaczane na ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy oraz co najmniej 1% składki było przeznaczane na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej. Jednocześnie zgodnie z art. 6 ust. 14 powołanej ustawy umowa nie może przewidywać przeznaczania środków ze składki dodatkowej na koszty ochrony ubezpieczeniowej. Powołane przepisy są jednoznacznym wyrazem uznania przez prawodawcę umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jako instytucji prawnej służącej celom niemalże wyłącznie inwestycyjnym, zaś minimalny procent składki o przeznaczeniu ochronnym jest wyrazem uszanowania przez ustawodawcę tradycji funkcjonowania w zakładach pracy umów grupowego ubezpieczenia pracowniczego o walorach chroniących na wypadek ryzyka wystąpienia zdarzeń losowych.

Przyjmując zatem, że w obrocie prawno-gospodarczym niewykluczone (a wręcz wprost przyznane przez prawodawcę) jest funkcjonowanie ubezpieczeń z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jako substytutów dla funduszy inwestycyjnych czy usług z zakresu zarządzania aktywami na zlecenie, naturalna jest konsekwencja, iż **ryzyko wyniku inwestycyjnego spoczywa – podobnie jak w przypadku innych form inwestowania – na inwestorze, czyli na kliencie**. Analogicznie jak klient ponosi ryzyko spadku wartości jednostki funduszu inwestycyjnego albo spadku wartości akcji lub innych instrumentów finansowych, w które zainwestował swoje środki, tak samo należy liczyć się z możliwością zmiany wartości jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Wynika to zresztą z przepisów prawa, które wyraźnie wskazują, iż w przypadku umów ubezpieczenia o charakterze inwestycyjnym nie jest niczym nadzwyczajnym, że ryzyko lokaty ponosi ubezpieczający (zob. art. 276 ust. 7 i 8 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, wcześniej art. 155 ust. 1a i 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej). Odrębną kwestią, wymagającą oceny w indywidualnych przypadkach i nie wpływającą na prawną dopuszczalność oferowania tego rodzaju produktów, jest to, czy konkretni ubezpieczający albo ubezpieczeni mieli w momencie decydowania się na zawarcie umowy albo przystąpienie do niej wystarczającą świadomość ryzyka inwestycyjnego, jak również czy aktywa ubezpieczeniowego funduszu były zarządzane w sposób zgodny z treścią umowy i z zachowaniem odpowiednich standardów staranności. To jednak wymaga indywidualnego badania konkretnych przypadków w kontekście np. wad oświadczenia woli albo nierzetelnych praktyk sprzedażowych.

Mając na uwadze powyższe należy podsumowując stwierdzić, że:

- 1) **prawodawca akceptuje oferowanie przez zakłady ubezpieczeń produktów ubezpieczeniowych określanych mianem ubezpieczeń z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym;**
- 2) **przepisy prawa co do zasady nie regulują kwestii proporcji pomiędzy funkcją ochronną a funkcją inwestycyjną takich produktów.** Zasada swobody kontraktowej, niektóre partykularne przepisy prawa, jak też praktyki stosowane na rynkach europejskich i potwierdzone m. in. orzecznictwem Trybunału

Sprawiedliwości Unii Europejskiej, wskazują, że **dopuszczalne jest nadanie takim produktom funkcji niemalże wyłącznie inwestycyjnej**. Nieuprawnione są zatem twierdzenia wskazujące, iż tzw. polisolokaty były produktem, którego nie mogły oferować zakłady ubezpieczeń. O ile rzeczony produkt mogą być kolokwialnie określone jako fundusze inwestycyjne „opakowane” w ubezpieczenie, to jest to sytuacja niezakazana (a wręcz akceptowana) przez prawo;

- 3) ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym w aspekcie, w jakim stanowią produkt o charakterze inwestycyjnym, **wiążą się z ryzykiem inwestycyjnym, które obciąża – podobnie jak w przypadku funduszy inwestycyjnych czy nabywania instrumentów finansowych – inwestora, czyli klienta**. Twierdzenia wskazujące na obciążenie klienta ryzykiem związanym z produktem ubezpieczeniowym jako na domniemaną nieprawidłowość są zatem błędne, gdyż ponoszenie przez klienta ryzyka inwestycyjnego jest naturalną konsekwencją dokonywania inwestycji. Podkreślić należy, że oferowane były produkty o różnych strategiach inwestycyjnych, wiążące się z różnym poziomem ryzyka.

IV.

Kwestia domniemanego zatwierdzania produktów ubezpieczeniowych przez Komisję Nadzoru Finansowego.

Przedmiotem niektórych pytań zadanych podczas posiedzenia sejmowej Komisji Finansów Publicznych w dniu 21 września 2016 r. było, czy Komisja Nadzoru Finansowego zatwierdzała produkty ubezpieczeniowego tzw. polisolokaty. Niektórzy uczestnicy dyskusji formułowali wręcz zarzut w przedmiocie rzeczzonego zatwierdzania, co miałyby legitymizować oferowanie tzw. polisolokat. Należy więc wyjaśnić, czy istnieje mechanizm zatwierdzania produktów ubezpieczeniowych przez organ nadzoru

Jak już wyjaśniono w części I niniejszego pisma, organ nadzoru działa w oparciu o przepisy prawa. Tym samym organ nadzoru nie może wykonywać czynności rozstrzygających o prawach i interesach zakładów ubezpieczeń, jeżeli nie ma do tego wyraźnej kompetencji przewidzianej w przepisie ustawowym. Należy stwierdzić, że **żaden przepis prawa nie przewiduje ani nie przewidywał (w okresie funkcjonowania wyspecjalizowanego organu nadzoru) kompetencji do zatwierdzania produktów ubezpieczeniowych**. Przypuszczać należy, że niektórzy uczestnicy dyskusji błędnie utożsamiali zatwierdzanie produktów ubezpieczeniowych z zatwierdzaniem aktywów (ściślej rzecz ujmując – z wyrażaniem zgody na uznawanie aktywów za stanowiące pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych). Podkreślić należy, że wspomniany brak normy kompetencyjnej przewidującej zatwierdzanie produktów ubezpieczeniowych przez KNF był wynikiem nie decyzji prawodawcy krajowego, ale wymogiem wynikającym z prawa europejskiego.

Przepisy prawa europejskiego co do zasady stoją na straży swobody wprowadzania i oferowania przez zakłady ubezpieczeń produktów ubezpieczeniowych. Od wielu lat obowiązuje na poziomie Unii Europejskiej zakaz systematycznej lub apriorycznej kontroli warunków produktów ubezpieczeniowych przez organy nadzoru. Przepis art. 8 ust. 3 akapit drugi Pierwszej Dyrektywy Rady z dnia 24 lipca 1973 r. w sprawie koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych odnoszących się do podejmowania i prowadzenia działalności w dziedzinie ubezpieczeń bezpośrednich innych niż ubezpieczenia na życie (73/239/EWG) w brzmieniu nadanym przez Dyrektywę Rady 92/49/EWG z dnia 18 czerwca 1992 r. w sprawie koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych odnoszących się do ubezpieczeń bezpośrednich innych niż ubezpieczenia na życie oraz zmieniająca dyrektywy 73/239/EWG i 88/357/EWG (trzecią dyrektywę w sprawie ubezpieczeń innych niż ubezpieczenia na życie) stanowił, że „Państwa Członkowskie nie przyjmują jednakże przepisów wymagających uprzedniej zgody lub systematycznego zgłaszania ogólnych i szczegółowych warunków polis, taryf składek oraz formularzy i innych drukowanych dokumentów, które zakład zamierza stosować w swoich kontaktach z ubezpieczającymi.” Analogiczną normę zawierał art. 6 ust. 5 akapit pierwszy Dyrektywy 2002/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 listopada 2002 r. dotyczącej ubezpieczeń na życie. Zasada ta została również powielona w art. 21 ust. 1 akapit pierwszy obecnie obowiązującej Dyrektywy 2009/138/WE. Tym samym **prawodawca europejski konsekwentnie od wielu lat wyznaje zasadę braku daleko idącej kontroli państwa (w tym organu nadzoru) nad przejawami swobody kontraktowej na rynku ubezpieczeniowym.**

W związku z przytoczonymi uwarunkowaniami prawa europejskiego KNF nie tylko nie mogła zostać wyposażona w kompetencję do zatwierdzania produktów ubezpieczeniowych, ale także – z dniem przystąpienia Polski do Unii Europejskiej – utracił moc obowiązującą przepis zobowiązujący zakłady ubezpieczeń do przekazywania do organu nadzoru wzorców umownych w terminie 14 dni od dnia wprowadzenia do obrotu (zob. art. 241 ust. 1 w związku z art. 255 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej). Oznacza to, że **od dnia 1 maja 2004 r. – stosownie do obowiązujących regulacji prawnych – KNF (a wcześniej Komisja Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych) nie tylko nie zatwierdza produktów ubezpieczeniowych, ale również nie może prowadzić bieżącego systematycznego monitoringu nowych wzorców umownych.**

Dopiero od dnia 31 grudnia 2016 r., to jest od dnia wejścia w życie Rozporządzenia Nr 1286/2014 w sprawie dokumentów zawierających kluczowe informacje, dotyczących detalicznych produktów zbiorowego inwestowania i ubezpieczeniowych produktów inwestycyjnych (PRIIP), organ nadzoru będzie miał możliwość zakazania oferowania produktów ubezpieczeniowych posiadających określone cechy (zob. art. 17 Rozporządzenia Nr 1286/2014 w związku z art. 366 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej). Warto jednak w tym miejscu wyraźnie zastrzec, że z powołaniem się na przepisy Rozporządzenia Nr 1286/2014 organ nadzoru nie będzie mógł wyeliminować z obrotu produktów zawierających jakiegokolwiek postanowienia niekorzystne dla klientów.

Przesłankami zastosowania zakazów lub ograniczeń na gruncie Rozporządzenia Nr 1286/2014 są pewne kwalifikowane sytuacje, takie jak „poważne obawy dotyczące ochrony inwestorów lub (...) zagrożenie dla prawidłowego funkcjonowania i integralności rynków finansowych lub dla stabilności całego systemu finansowego lub jego części w co najmniej jednym państwie członkowskim”, przy czym jednocześnie „istniejące wymogi regulacyjne w prawie Unii, które mają zastosowanie do ubezpieczeniowego produktu inwestycyjnego bądź działalności lub praktyki, w niewystarczającym stopniu przeciwdziałają zagrożeniom, a problem nie zostanie lepiej rozwiązany dzięki lepszemu nadzorowi lub egzekwowaniu istniejących wymogów” (art. 17 ust. 2 Rozporządzenia Nr 1286/2014).

Należy w tym miejscu zauważyć, że konieczne jest podjęcie działań legislacyjnych zmierzających do tego, aby organ nadzoru posiadał odpowiednie narzędzia umożliwiające wykonywania powierzonych mu zadań przez ustawodawcę a wynikających z Rozporządzenia Nr 1286/2014. W art. 366 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej ustawodawca ograniczył się do wskazania KNF jako organu właściwego w zakresie wykonywania niektórych kompetencji określonych w Rozporządzeniu Nr 1286/2014 oraz określenia formy prawnej wprowadzanych zakazów lub ograniczeń. Zabrakło natomiast mechanizmu pozyskiwania wiedzy przez organ nadzoru o tym, że nowe produkty są wprowadzane do obrotu, oraz jakie są ich cechy. Trudno zatem oczekiwać, że organ nadzoru będzie skutecznie korzystał z nowych uprawnień, jeżeli nie będzie posiadał wiedzy o okolicznościach warunkujących potrzebę ich zastosowania. W tym kontekście należy odnotować, że zgodnie z art. 5 ust. 1 Rozporządzenia Nr 1286/2014 dokument zawierający kluczowe informacje o produkcie powinien być opublikowany na stronie internetowej twórcy produktu. Z kolei stosownie do art. 5 ust. 2 Rozporządzenia Nr 1286/2014 każde państwo członkowskie może wymagać uprzedniego przekazania właściwemu organowi przez twórcę produktu lub osobę sprzedającą produkt dokumentu zawierającego kluczowe informacje, w odniesieniu do produktów wprowadzanych do obrotu w tym państwie członkowskim. W polskim systemie prawa brakuje przepisu, który przewidywałby obowiązek twórcy produktu, względnie sprzedawcy, wzmiankowany w art. 5 ust. 2 Rozporządzenia Nr 1286/2014. Prowadzi to do wniosku, że organ nadzoru, wykonując wynikający z art. 15 ust. 2 Rozporządzenia Nr 1286/2014 obowiązek monitorowania produktów, będzie musiał bazować jedynie na monitoringu stron internetowych twórców produktów, względnie zewnętrznych sygnałach pochodzących od podmiotów trzecich, gdyż pozbawiony będzie źródła bieżącego zasilania w informacje o nowych produktach. Może to generować ryzyko, że produkty o niepożądanych cechach nie będą w porę eliminowane z rynku.

Reasumując tę część należy wskazać, co następuje:

- 1) KNF, a wcześniej Komisja Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych, **nie zatwierdzała żadnych produktów ubezpieczeniowych**, gdyż prawo nie wymagało takiego zatwierdzenia, a KNF nie miała w tym zakresie żadnej kompetencji przyznanej przepisami prawa;
- 2) ewentualnie przewidziany w prawie polskim **wymóg zatwierdzania produktów ubezpieczeniowych byłby niezgodny z prawem europejskim**;

- 3) wobec przepisów prawa europejskiego, wiążących Polskę od dnia 1 maja 2004 r. **niedopuszczalny jest również systematyczny monitoring nowych produktów wprowadzanych do obrotu;**
- 4) pewne rozwiązania mające uchronić klientów przed produktami inwestycyjnymi o kwalifikowanych wadliwościach przewidziane są w Rozporządzeniu Nr 1286/2014, jednak **konieczne są zmiany ustawowe w prawie polskim, aby mechanizmy z Rozporządzenia Nr 1286/2014 działały w pełni efektywnie.**

V.

Rola decyzji wydawanych przez Komisję Nadzoru Finansowego w przedmiocie zgody na uznawanie aktywów za aktywa stanowiące pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych.

Niektórzy uczestnicy dyskusji podczas posiedzenia sejmowej Komisji Finansów Publicznych w dniu 21 września 2016 r. formułowali twierdzenia, jakoby wydawanie przez KNF decyzji w przedmiocie zgody na uznawanie aktywów za aktywa stanowiące pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych stanowiły formę akceptowania oferowania tzw. polisolokat. Wyjaśnienia wymagają zatem uwarunkowania podejmowania tych decyzji.

Przepis art. 154 ust. 9 uprzednio obowiązującej ustawy o działalności ubezpieczeniowej przewidywał kompetencję organu nadzoru do wyrażenia zgody na wniosek zakładu ubezpieczeń na uznawanie za aktywa stanowiące pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych aktywów innych niż określone w ust. 6 (to jest spoza ustawowego katalogu aktywów dopuszczonych na pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych). W praktyce w wielu przypadkach wnioski zakładów ubezpieczeń dotyczyły aktywów stanowiących część ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, w tym takich, które tworzono w związku z umowami ubezpieczenia z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi przewidującymi opłaty likwidacyjne, choć równie wiele było przypadków, w których wydawano decyzje w odniesieniu do produktów pozbawionych wygórowanych opłat likwidacyjnych i mających krótszy horyzont czasowy. Zaznaczenia wymaga, że w związku ze zmianą sposobu uregulowania kwestii aktywów stanowiących pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych w nowej ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej niniejsze zagadnienie ma walor w zasadzie historyczny. Aktualnie bowiem obowiązuje inny reżim prawny w zakresie gospodarowania aktywami przez zakłady ubezpieczeń, nie przewidujący ścisłego katalogu aktywów, w które zakładom ubezpieczeń wolno inwestować, a w konsekwencji również nie obejmujący kompetencji do wydawania decyzji rozszerzających ten katalog w konkretnych przypadkach.

Na wstępie należy wyjaśnić, że aktywa stanowiące pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych stanowią własność zakładu ubezpieczeń. Klient, który ma roszczenie do zakładu ubezpieczeń wynikające z zawartej umowy, nie ma prawa do konkretnych aktywów. W przypadku konieczności zapłaty klientowi określonej kwoty z tytułu umowy zakład ubezpieczeń spienięża wybrane składniki aktywów i uzyskane tą drogą środki pieniężne

przekazuje klientowi. Taki mechanizm oznacza, że w przypadku zdarzeń takich jak zawarcie umowy ubezpieczenia czy zgłoszenie przez klienta określonego roszczenia zakład ubezpieczeń tworzy określone rezerwy związane z potencjalnie generowanymi przez te zdarzenia zobowiązaniami finansowymi, i jednocześnie zobowiązany jest posiadać określonej jakości aktywa na pokrycie rezerw, które to aktywa może przeznaczyć na realizację tych zobowiązań.

Stwierdzić należy wobec powyższego, że **decyzje wydawane przez organ nadzoru na podstawie art. 154 ust. 9 uprzednio obowiązującej ustawy o działalności ubezpieczeniowej nie mają żadnego znaczenia z punktu widzenia problemu opłat likwidacyjnych.** Decyzje te dotyczyły jedynie akceptacji dla określonych aktywów zakładu ubezpieczeń jako nadających się do pokrycia rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, nie dotyczyły natomiast samych warunków produktu ubezpieczeniowego, który oferowano klientowi. Oczywiście przynajmniej w części warunki umów ubezpieczenia były analizowane w ramach prowadzonych postępowań administracyjnych, jednakże po pierwsze dotyczyło to jedynie ustalenia pewnych korelacji pomiędzy zobowiązaniami z tych umów ubezpieczenia a właściwościami aktywów objętych wnioskiem (np. w kontekście terminów zapadalności czy możliwości wcześniejszego zbycia), po drugie zaś postanowienia umowne przewidujące opłaty likwidacyjne pozostawały bez żadnego związku z konkretnymi aktywami, których dotyczyły zgody organu nadzoru. Opłaty likwidacyjne zastrzegano na okoliczność przedterminowej rezygnacji z produktu ubezpieczeniowego, a ta okoliczność była z kolei irrelevantna z punktu widzenia procedury wydawania przez organ nadzoru zgody na uznawania określonych aktywów za stanowiące pokrycie rezerw technicznych, gdyż sama opłata likwidacyjna nie generuje potrzeby utworzenia rezerwy i pokrycia jej aktywami. Aktywa zakładu ubezpieczeń to – jak wyjaśniono powyżej – środki przeznaczone na wypłaty klientom, nie zaś na świadczenia (np. opłaty) od klientów dla zakładów ubezpieczeń. Ponadto jak wyjaśniono powyżej kwestia aktywów na pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych powstaje już po zawarciu umowy ubezpieczenia – zakład ubezpieczeń musi z tego tytułu utworzyć rezerwę i pokryć ją aktywami. Tymczasem problem opłat likwidacyjnych w istocie powstał na etapie samego zawierania umowy, gdyż chodziło o postanowienia umowne, które były w treści umowy, i na które klient się zgodził. Tym samym **decyzje, które wydawał organ nadzoru, dotyczyły aktywów na pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych utworzonych w związku z umowami, które już wcześniej zostały zawarte, miały już ustaloną wiążącą strony treść (np. w przedmiocie opłat) i obowiązywałyby niezależnie od tego, czy organ nadzoru wydałby decyzję w przedmiocie zgody, czy też nie.**

Podsumowując kwestia opłat likwidacyjnych i kwestia omawianych tutaj decyzji organu nadzoru to całkowicie rozłączne zagadnienia. Podkreślenia wymaga, że równie dobrze opłaty likwidacyjne mogły być stosowane przez zakłady ubezpieczeń także w tych ubezpieczeniach z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi, gdzie aktywami ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego były jedynie takie pozycje jak obligacje Skarbu Państwa, na zaliczanie których nie była wymagana zgoda organu nadzoru.

Warto też wskazać, że jak już wcześniej podnoszono w niniejszym piśmie organ nadzoru działa w granicach i na podstawie prawa. W przypadku rozpatrywania wniosku o wyrażenie zgody na uznawanie aktywów organ nadzoru był proceduralnie związany zakreślonym we wniosku przedmiotem sprawy, jak też ograniczony przepisami materialnoprawnymi. Ponieważ wniosek dotyczył aktywów, organ nadzoru badał jako przesłanki wydania zgody to, czy aktywa te mają cechy wymagane przez prawo. Cechami tymi były m. in. płynność (łatwość zbycia lub umorzenia w celu spieniężenia), bezpieczeństwo (wiarygodność finansowa dłużnika stojącego za danym aktywem, np. emitenta instrumentu pochodnego) czy rentowność (tutaj – ze względu na to, że właścicielem aktywa jest zakład ubezpieczeń – rozpatrywana była z punktu widzenia zakładu ubezpieczeń, tj. czy wartość aktywa była odpowiednia z punktu widzenia jego przeznaczenia, czyli pokrycia ewentualnych zobowiązań z tytułu umowy ubezpieczenia). Podkreślenia wymaga, że w tym zakresie przedmiotem oceny nie mogła być strategia inwestycyjna przyjęta w ramach ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (np. agresywna z dużym ryzykiem straty czy konserwatywna z niskim ryzykiem straty), gdyż o tym decydował klient w umowie z zakładem ubezpieczeń. Przedmiotem wniosku zakładu ubezpieczeń o wyrażenie zgody na uznawanie aktywów były zaś same aktywa, nie zaś umowa z klientem. Wydanie decyzji odwołującej się nie do cech aktywa, lecz właściwości umowy z klientem, byłoby działaniem bezprawnym, prowadzącym do wadliwości decyzji.

Podsumowując w tej części należy podkreślić, że:

- 1) decyzje organu nadzoru **dotyczyły jedynie zgody na uznawanie aktywów za stanowiące pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, co jest wewnętrzną sprawą zakładu ubezpieczeń, nie stanowiły natomiast zgody na same umowy ubezpieczenia i ich warunki;**
- 2) zakłady ubezpieczeń składały wnioski, a organ nadzoru wydawał decyzje w momencie, w którym umowy o określonej treści (obejmującej m. in. opłaty) były już zawarte i wydanie zgody na uznawanie aktywów nie było warunkiem trwania tych umów.

VI.

Uczestnictwo Komisji Nadzoru Finansowego w sprawach cywilnych dotyczących umów ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.

W toku dyskusji, jaka zawiązała się podczas posiedzenia sejmowej Komisji Finansów Publicznych w dniu 21 września 2016 r. sformułowana została teza, iż KNF w sprawach sądowych dotyczących sporów pomiędzy klientami a zakładami ubezpieczeń stawiała po stronie zakładów ubezpieczeń. Wobec nieprawdziwości tego stwierdzenia wymaga ono stanowczego zdementowania oraz wyjaśnienia okoliczności, w jakich organ nadzoru może być zaangażowany w sprawy sądowe.

Powyżej wzmiankowana teza, jakoby KNF w sprawach sądowych dotyczących sporów pomiędzy klientami a zakładami ubezpieczeń stała po stronie zakładów ubezpieczeń, **jest całkowicie nieprawdziwa.**

Jedyna forma, w jakiej organ nadzoru może zaangażować się aktywnie w sprawę sądową pomiędzy klientem a zakładem ubezpieczeń, to (pomijając postępowania upadłościowe, które nie mają związku z omawianym tutaj problemem) skorzystanie przez Przewodniczącego KNF z uprawnień prokuratora w postępowaniu cywilnym. Możliwość taką przewiduje art. 6 ust. 1 ustawy o nadzorze nad rynkiem finansowym. Kierując się prawnymi uwarunkowaniami korzystania przez prokuratora z przysługujących mu uprawnień w postępowaniu cywilnym (art. 7 Kodeksu postępowania cywilnego), poglądami doktryny oraz praktyką dawnej Komisji Papierów Wartościowych i Giełd, której Przewodniczący również posiadał analogiczne uprawnienie, przyjęto, iż uprawnienia prokuratora w postępowaniu cywilnym będą wykorzystywane przez Przewodniczącego KNF w sprawach, które wiążą się z zadaniami organu nadzoru i które mają znaczenie systemowe. W konsekwencji Przewodniczący KNF rzadko korzysta z tych uprawnień.

W przypadku rynku ubezpieczeniowego rzeczony uprawnienia były wykorzystane tylko raz, w sprawie z powództwa osoby fizycznej przeciwko zakładowi ubezpieczeń o stwierdzenie niedozwolonego charakteru niektórych postanowień wzorca umownego (przy czym zastrzec należy, że nie chodziło o wygórowane opłaty likwidacyjne). Zaznaczenia wymaga, że organ nadzoru nie odnosił się w tej sprawie do kwestii niedozwolonego charakteru postanowień wzorca umownego (jak już wskazywano w pkt II niniejszego pisma, KNF nie miała i nie ma uprawnień do rozstrzygania w tych kwestiach), tylko do ubocznego zagadnienia, jakie powstało w sprawie na etapie przekazania przez sąd II instancji sądowi okręgowemu sprawy do ponownego rozpoznania (dopiero na tym etapie Przewodniczący KNF zgłosił udział w sprawie). Sąd II instancji w wyroku uchylającym wyrok sądu okręgowego stwierdził, co następuje: *„Sąd Okręgowy powinien także rozważyć, czy wykorzystanie badanego wzorca rzeczywiście prowadzi do zawarcia umowy o cechach umowy ubezpieczenia, gdyż - odwołując się do argumentacji zawartej w apelacji powoda - ryzyko zgonu jest związane z wypłatą świadczenia, które odpowiada wysokości wniesionej składki bądź bieżącej wartości rachunku, na którym księgowane są jedynie wpłaty. Należy więc rozważyć, czy sposób sformułowania wzorca nie prowadzi do wniosku, iż za jego pomocą dochodzi do zawarcia innej umowy niż umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, a więc umowy o charakterze wyłącznie inwestycyjnym (np. służącej inwestowaniu w krótkim okresie czasu, także w celach spekulacyjnych). Taka konkluzja nakazywałaby bowiem przyjąć, że zawieranie umów o treści wynikającej z badanego wzorca prowadzi do obejścia prawa, a w szczególności przepisów podatkowych i przepisów obowiązujących instytucje prowadzące działalność maklerską.”* Jak wynika z powyżej zacytowanego fragmentu uzasadnienia wyroku, w sprawie powstało zagadnienie, czy zakład ubezpieczeń oferując ubezpieczenie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym nie wykonywał działalności maklerskiej (co byłoby prawnie niedopuszczalne z uwagi na brak licencji maklerskiej oraz ustawowy zakaz wykonywania przez zakłady

ubezpieczeń działalności innej niż ubezpieczeniowa). Mając na uwadze okoliczność, że KNF jest organem właściwym zarówno w zakresie nadzoru nad zakładami ubezpieczeń, jak i wydawania zezwoleń na wykonywanie działalności maklerskiej, uznano za zasadne przedstawienie sądowi poglądu, gdyż to organ nadzoru posiada najpełniejszą wiedzę o tym, jakie są zasady licencjonowania działalności maklerskiej. Podkreślenia zatem wymaga, że **stanowisko przedstawione w sprawie przez Przewodniczącego KNF nie odnosiło się do samego żądania powoda określonego w pozwie (uznanie postanowień wzorca za niedozwolone), a jedynie stanowiło pogląd wyrażony przez właściwy organ, mający na celu udzielenie sądowi wsparcia w rozstrzygnięciu zagadnienia związanego z licencjonowaniem działalności na rynku finansowym.** Należy przy tym zauważyć, że przedstawiając stanowisko Przewodniczący KNF działał w interesie publicznym (uznanie, że zakład ubezpieczeń wykonuje bez zezwolenia działalność maklerską, podważałoby społeczne zaufanie do rynku finansowego, mogąc nawet prowadzić do nieracjonalnych zachowań klientów powodujących zjawiska o charakterze kryzysowym), jak również w interesie osób ubezpieczonych (skutkiem uznania, iż zakład ubezpieczeń wykonywał działalność maklerską, byłaby nieważność zawartych umów, co oznaczałoby konieczność wzajemnego zwrotu świadczeń – wprawdzie klienci odzyskaliby wpłacone składki ubezpieczeniowego, ale jednocześnie musieliby zwrócić wypłacone im przez zakład ubezpieczeń świadczenia z tytułu zdarzeń losowych). Ponadto podkreślić należy, że w sprawie tej Przewodniczący KNF **nie opowiedział się po żadnej ze stron sporu, a jedynie przedstawił – jako kierownik organu administracji o charakterze eksperckim – pogląd na określone zagadnienie.** Koronnym dowodem na tę okoliczność jest fakt, że sąd okręgowy przychylił się do stanowiska organu nadzoru, nie stwierdzając, aby zakład ubezpieczeń wykonywał bez zezwolenia działalność maklerską, a jednocześnie wydał wyrok uwzględniający powództwo przeciwko zakładowi ubezpieczeń.

Wobec powyższych faktów **twierdzenie, jakoby KNF w sprawach sądowych dotyczących sporów pomiędzy klientami a zakładami ubezpieczeń stawiała po stronie zakładów ubezpieczeń, całkowicie mija się z prawdą, i jako takie mogło wytworzyć u Posłów fałszywe przekonanie co do charakteru działań podejmowanych przez organ nadzoru.**

VII.

Działania podejmowane w związku z obserwowanymi znaczącymi spadkami wartości jednostek niektórych ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych w krótkim okresie czasu.

Uczestnicy dyskusji podczas posiedzenia sejmowej Komisji Finansów Publicznych w dniu 21 września 2016 r. podnosili okoliczność drastycznego spadku wartości jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego w krótkim czasie w przypadku niektórych produktów oferowanych przez niektóre zakłady ubezpieczeń. Okoliczności takie zostały również zidentyfikowane przez organ nadzoru, w związku z czym należy przedstawić bliższe informacje w tym zakresie.

Istotą problemu była w przedmiotowym przypadku konstrukcja umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, w tym mająca miejsce niedługo po zawarciu umowy ubezpieczenia/przystąpieniu do umowy ubezpieczenia wycena wartości jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Podkreślić należy, że problem ten nie dotyczył powszechnie wszystkich produktów ubezpieczeniowych określanych mianem tzw. polisolokat, lecz miał jednostkowy charakter.

Wycena jednostek ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, których dotyczył zidentyfikowany problem, według stanu na dzień 31 marca 2014 r. była przedmiotem badania podczas kontroli przeprowadzonej przez organ nadzoru i zakończyła się wydaniem zaleceń pokontrolnych, co oznacza, że stwierdzono w tym zakresie nieprawidłowości dotyczące wyceny jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Obecnie organ nadzoru weryfikuje, czy zalecenia te zostały wykonane. W przypadku ustalenia, że zakład ubezpieczeń nie wykonał zaleceń pokontrolnych organ nadzoru uprawniony jest, zgodnie z art. 361 ust. 2 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, w drodze decyzji zobowiązać zakład ubezpieczeń do wykonania tych zaleceń. Bardziej dotkliwe sankcje nadzorcze wobec nieprawidłowości będącej przedmiotem zaleceń, w tym kary finansowe, organ nadzoru może zastosować w przypadku, gdy zakład ubezpieczeń nie wykona w wyznaczonym terminie decyzji organu nadzoru zobowiązującej do wykonania zaleceń (art. 362 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej). Jednocześnie w ocenie organu nadzoru należy obecnie wstrzymać się z podawaniem bardziej szczegółowych informacji z uwagi na obowiązującą organ nadzoru tajemnicę zawodową (art. 372 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Ponadto na gruncie zidentyfikowanego problemu organ nadzoru rozważa również podjęcie innych działań. Zamiany w tym zakresie również nie mogą być ujawnione w niniejszym piśmie ze względu na obowiązującą organ nadzoru tajemnicę.

Niezależnie od powyższego podnieść należy, że podobnie jak w przypadku opłat likwidacyjnych organ nadzoru nie ma prawnych możliwości podjęcia działań, których skutkiem byłoby uwzględnienie przez zakład ubezpieczeń określonych roszczeń osób ubezpieczonych.

VIII.

Wystąpienia klientów w sprawie przeprowadzenia kontroli w niektórych zakładach ubezpieczeń.

W toku dyskusji podczas posiedzenia sejmowej Komisji Finansów Publicznych w dniu 21 września 2016 r. niektóre wypowiedzi wskazywały na domniemaną niewłaściwą reakcję KNF na wnioski w przedmiocie wystąpień klientów o przeprowadzenie kontroli w niektórych zakładach ubezpieczeń. Należy wyjaśnić zasady rozpatrywania takich wniosków oraz zasady przeprowadzania kontroli.

Przepisy uprzednio obowiązującej ustawy o działalności ubezpieczeniowej przewidywały możliwość stosowania przez KNF instrumentów nadzorczych, w tym

przeprowadzania kontroli działalności i stanu majątkowego, w granicach wyznaczonych przepisami tej ustawy. Zgodnie z art. 208 i nast. ustawy o działalności ubezpieczeniowej, organ nadzoru mógł przeprowadzić kontrolę działalności i stanu majątkowego zakładu ubezpieczeń. Celem kontroli było zbadanie legalności oraz poprawności działania jednostki kontrolowanej, w tym przypadku zakładu ubezpieczeń, zaś jej wyniki mogły być podstawą do wszczęcia działań zmierzających do zapewnienia właściwego, zgodnego z przepisami prawa, funkcjonowania zakładu ubezpieczeń. Podobne regulacje znajdują się w aktualnie obowiązującej ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Ogólnie obowiązującą zasadą jest, że organ, który wykonuje określone ustawowo zadania publiczne, i posiada instrumenty władczego oddziaływania na podmioty zewnętrzne, o korzystaniu z tych instrumentów (np. przeprowadzaniu kontroli, wydawaniu zaleceń, nakładaniu kar) decyduje samodzielnie. Organowi takiemu przyznawana jest autonomia sposobu wykonywania zadania publicznego, co najwyżej podlega to kontroli organu zwierzchniego, o ile taki powołano. Nie przewiduje się zatem, aby określone jednostki miały uprawnienie do wiążącego żądania podjęcia określonych inicjatyw przez dany organ.

Taka sytuacja miała też miejsce w przedmiotowej sprawie. W przepisach prawa **brak było podstawy prawnej do rozpatrzenia żądania klientów w trybie administracyjnym**, a to skutkowało koniecznością rozstrzygnięcia przez organ nadzoru o złożonym wniosku w trybie art. 61a k.p.a., tj. wydania postanowienia o odmowie wszczęcia postępowania administracyjnego. Jednocześnie przepisy dotyczące opłaty skarbowej powodują, że **jakikolwiek wniosek może być procedowany dopiero po jego opłaceniu i KNF nie miała w tym zakresie możliwości odstąpienia od tej zasady**, gdyż inaczej naraziłaby się na odpowiedzialność z tytułu uszczuplenia dochodów publicznych. Ze względu na to, że wnioski skarżących nie były opłacone, organ nadzoru na podstawie art. 261 § 2 k.p.a. wyznaczał wnioskodawcom termin do wniesienia należności z tytułu opłaty skarbowej, pod rygorem zwrotu podania. W sprawach, w których wnioski zostały opłacone organ nadzoru na podstawie art. 61a k.p.a. wydał postanowienia o odmowie wszczęcia postępowania administracyjnego, natomiast w przypadku braku uiszczenia opłaty skarbowej wnioski zostały zwrócone.

Niezależnie od konieczności formalnego ustosunkowania się do omawianych żądań klientów, ich wystąpienia kierowane do organu nadzoru w sprawie przeprowadzenia kontroli zostały zakwalifikowane jako informacje sygnalizujące ewentualne nieprawidłowości w funkcjonowaniu podmiotów nadzorowanych, które mogą być wykorzystywane przez organ nadzoru w toku wykonywania ustawowych zadań. Wystąpienia te same w sobie nie wszczynały jakichkolwiek postępowań administracyjnych, jak również kontroli działalności zakładu ubezpieczeń, lecz stanowiły podstawę dla organu nadzoru do podjęcia odpowiednich działań nadzorczych z urzędu. W konsekwencji **pomimo konieczności formalnego nieuwzględnienia wniosków klientów w istocie wnioski te wypełniły swoją funkcję sygnalizacyjną, nakierowującą uwagę organu nadzoru na określone praktyki danych zakładów ubezpieczeń.**

IX.

Rozpatrywanie skarg na działalność zakładów ubezpieczeń w zakresie tzw. polisolokat.

Podczas dyskusji na posiedzeniu sejmowej Komisji Finansów Publicznych w dniu 21 września 2016 r. padło stwierdzenie, iż spadająca liczba skarg kierowanych do KNF w związku z problemami związanymi z tzw. polisolokatami wynika z braku działań organu nadzoru w reakcji na skargi. Konieczne jest w tym kontekście wyjaśnienie zasad postępowania organu nadzoru ze skargami.

Organ nadzoru **nie posiada kompetencji do rozpatrywania skarg w znaczeniu polegającym na badaniu zasadności zarzutów dotyczących wadliwego zawarcia czy wykonywania przez zakład ubezpieczeń umowy z klientem i wypowiedaniu się w przedmiocie zasadności roszczeń klientów w indywidualnych przypadkach.** Okoliczność ta jest podnoszona w odpowiedziach kierowanych do osób piszących skargi. Zaznaczyć należy, że instytucją podejmującą działania związane z indywidualnymi roszczeniami klientów jest Rzecznik Finansowy. Podkreślenia wymaga, że takie podejście jest zbieżne z ustawowymi celami i zadaniami organu nadzoru (zob. pkt I niniejszego pisma).

Powyższe nie oznacza, że do organu nadzoru nie wpływają skargi klientów, jak również że skargi takie pozostają bez jakiegokolwiek reakcji. Działania podejmowane przez organ nadzoru w związku z otrzymywanymi skargami nie służą rozpatrywaniu indywidualnych spraw zgłaszanych w skargach, lecz dokonywaniu ich **analiz pod kątem identyfikacji problemów o charakterze systemowym lub mogących rodzić negatywne konsekwencje dla szerokiego grona uczestników rynku finansowego.** Takie informacje przekazywane są osobom piszącym do organu nadzoru. W wyniku otrzymywanych skarg organ nadzoru m. in. identyfikuje kwestie, które powinny stać się przedmiotem kontroli, stwierdza okoliczności, w wyniku których podejmuje działania np. w formie rekomendacji, kar pieniężnych lub zaleceń, jak również stwierdza potrzebę zaproponowania zmian legislacyjnych. Oznacza to, że **skargi są jednym z istotnych źródeł informacji o sposobie funkcjonowania rynku i problemach tamże występujących.** Źródło to jest wykorzystywane przez organ nadzoru stosownie do ustawowych celów i zadań. W takiej sytuacji jest oczywiste, że klienci, którzy wnosząc skargi oczekują od organu nadzoru rozwiązania ich indywidualnych problemów, nie otrzymują na ogół satysfakcjonujących (z punktu widzenia klienta) odpowiedzi.

X.

Wybrane przejawy aktywności Komisji Nadzoru Finansowego w zakresie związanym z problemami zidentyfikowanymi w związku z oferowaniem przez zakłady ubezpieczeń produktów ubezpieczeniowych określanych mianem polisolokat.

W związku z kilkoma wypowiedziami podczas posiedzeniu sejmowej Komisji Finansów Publicznych w dniu 21 września 2016 r. wyrażającymi zastrzeżenia co do reakcji KNF na problem tzw. polisolokat, poniżej należy przypomnieć zasadnicze kierunki działań organu nadzoru – w zakresie jego właściwości – w tym przedmiocie.

1. Aktywność legislacyjna.

W ocenie organu nadzoru istotnym źródłem nieprawidłowości związanych z oferowaniem tzw. polisolokat był brak regulacji prawnych chroniących klientów. Poziom prawnej ochrony interesów klientów nie nadążał za dynamicznymi zmianami w konstrukcjach prawnych, w oparciu o które oferowana była umowa tego rodzaju. Produkty ubezpieczeniowe z elementem inwestycyjnym, które należą do jednych z najbardziej skomplikowanych produktów ubezpieczeniowych, były oferowane bez względu na ocenę charakterystyki indywidualnych potrzeb i możliwości klientów. To właśnie brak odpowiednich regulacji prawnych w zakresie sprzedaży tych produktów był główną przyczyną nieprawidłowości. Ponadto w wielu przypadkach oferowane klientom produkty ubezpieczeniowe z elementem inwestycyjnym konstruowane były jako umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, w ramach których bank występował w roli ubezpieczającego, zaś klienci przystępujący do umowy ubezpieczenia mieli status osób ubezpieczonych. Obowiązujące do końca 2015 roku przepisy prawa zawierały bardzo ograniczone regulacje odnoszące się do tej specyficznej formy umowy ubezpieczenia. Analiza tych regulacji wskazywała, iż osoba ubezpieczona (która nie jest stroną umowy ubezpieczenia) nie jest objęta w tym obszarze wystarczającą ochroną.

Dostrzegając ułomność regulacji prawnych Komisja Nadzoru Finansowego już od 2010 roku sygnalizowała Ministrowi Finansów zasadność podjęcia prac legislacyjnych, mających na celu wzmocnienie pozycji konsumentów usług ubezpieczeniowych (w tym w szczególności ubezpieczeń powiązanych z elementem inwestycyjnym), przysyłając odpowiednie propozycje legislacyjne. W tym obszarze należy wymienić w szczególności następujące propozycje legislacyjne:

- 1 marca 2010 r., sygn. DPP/023/412/2/10/ES/BW - wprowadzenie dodatkowych obowiązków informacyjnych związanych z ubezpieczeniami o charakterze inwestycyjnym,
- 26 kwietnia 2011 r., sygn. DPP/024/296/5/11/BW/DL/IWK/ES - doprecyzowanie w ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej regulacji specyficznych ubezpieczeń strukturyzowanych, które charakteryzują się wyraźnym celem inwestycyjnym,
- 28 lipca 2011 r., sygn. DPP/024/574/1/11/BW - zmiany w ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej oraz w ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym, dotyczące wprowadzenia w procesie sprzedaży produktów ubezpieczeniowych z elementem inwestycyjnym obowiązku badania potrzeb klienta,
- 20 lutego 2012 r., sygn. DPP/WOPIII/024/61/8/2012/BW/ES - zmiany w ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej oraz Kodeksie cywilnym w zakresie wzmocnienia praw osób ubezpieczonych w ubezpieczeniach zawieranych na cudzy rachunek, w tym w tzw. ubezpieczeniach grupowych

2. Współpraca z Prezesem Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów.

Komisja Nadzoru Finansowego współpracowała i współpracuje z Prezesem Urzędem Ochrony Konkurencji i Konsumentów w zakresie umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, zawierających niedozwolone postanowienia umowne oraz w zakresie zobowiązania zakładów ubezpieczeń do zmiany wysokości opłat likwidacyjnych.

W latach 2014 – 2016 r. do Prezesa UOKiK przesłano wyniki analizy 1055 wzorców umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym mogących zawierać niedozwolone postanowienia umowne.

W październiku 2015 r. Prezes UOKiK zwrócił się do KNF z prośbą o współpracę przy ocenie zobowiązań złożonych przez wybrane zakłady ubezpieczeń w postępowaniach prowadzonych przez Prezesa UOKiK w sprawie opłat likwidacyjnych stosowanych w ubezpieczeniach na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. W związku z powyższym organ nadzoru przeprowadził szczegółowe analizy potencjalnego wpływu zmian opłat likwidacyjnych na wypłacalność 16 z 17 zakładów ubezpieczeń, w stosunku do których wszczęte zostały postępowania Prezesa UOKiK.

W przedmiotowych przypadkach analizom poddane zostały:

- skala zmian stawek procentowych opłat likwidacyjnych dla poszczególnych kategorii długości umów ubezpieczenia, skala zmian wartości opłat likwidacyjnych w łącznej wartości dla produktu oraz w podziale na poszczególne kategorie długości umów ubezpieczenia oraz średnia wartość opłat likwidacyjnych w przeliczeniu na liczbę ubezpieczonych dla poszczególnych kategorii wiekowych umów;
- skala zmian nadwyżki oraz wskaźnika pokrycia marginesu wypłacalności środkami własnymi po realizacji zobowiązań zadeklarowanych Prezesowi UOKiK, przy założonych kilku wskazanych poziomach odstąpienia od umów ubezpieczenia, w podziale na poszczególne produkty objęte postępowaniami Prezesa UOKiK i dla wszystkich tych produktów razem według reżimu Wypłacalność I;
- wpływ zmiany wysokości opłat likwidacyjnych na wypłacalność zakładu ubezpieczeń według zasad Wypłacalność II (w przypadku trzech zakładów ubezpieczeń, ze względu na fakt, że symulacje wykonywane były tuż przed zmianą regulacji odnoszących się do wypłacalności).

W wyniku przeprowadzonych analiz ustalono m. in., że średnie opłaty likwidacyjne w zależności od zakładu ubezpieczeń ulegną zmniejszeniu od 18% do 79% wartości opłat naliczonych wg ówczesnie obowiązujących warunków umów przy czym skala obniżek stawek opłat likwidacyjnych była różna dla poszczególnych zakładów ubezpieczeń. Łączna obniżka wartości naliczonych opłat likwidacyjnych (przy założeniu 100% odstąpienia od umów objętych postępowaniami Prezesa UOKiK) może wynieść w zależności od zakładu od 1,5 mln zł do 490 mln zł; a łączna kwota potencjalnych obniżek dla wszystkich zakładów objętych postępowaniami Prezesa UOKiK to 1 717 mln zł.

Organ nadzoru przekazał Prezesowi UOKiK wnioski z analizy proponowanych zmian wysokości opłat likwidacyjnych oraz potencjalnego wpływu tych zmian na wypłacalność wskazanych zakładów ubezpieczeń. W związku z ww. analizami przygotowanymi przez organ nadzoru Prezes UOKiK wydał 17 decyzji przyjmujących zobowiązania zakładów ubezpieczeń do obniżenia opłat likwidacyjnych.

Organ nadzoru podjął także starania w celu zmiany porozumienia o współpracy zawartego w dniu 25 lipca 2007 r. pomiędzy Komisją Nadzoru Finansowego a Prezesem Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów. W dniu 23 czerwca 2016 r. Prezes UOKiK i Przewodniczący KNF podpisali aneks do porozumienia z 2007 r. rozszerzający współpracę między obiema instytucjami. Współpraca dotyczy działań Prezesa UOKiK wynikających ze znowelizowanej ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów, w szczególności „tajemniczego klienta” – czyli czynności zmierzających do zakupu towaru w celu uzyskania informacji stanowiących dowód w sprawie. Współpraca podejmowana jest w przypadku prowadzenia przez Prezesa UOKiK postępowania wyjaśniającego lub w sprawie praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów, których przedmiotem będzie ocena praktyk przedsiębiorców objętych nadzorem KNF związanych z proponowaniem konsumentom nabycia usług finansowych, które nie odpowiadają potrzebom konsumentów lub są proponowane w sposób nieadekwatny do ich charakteru. KNF będzie mogła brać udział w przygotowaniu czynności kontrolnych w szczególności poprzez przekazywanie Prezesowi UOKiK informacji uzasadniających stosowanie przez przedsiębiorcę praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów oraz uzasadniających zastosowanie czynności kontrolnych. Porozumienie zakłada również współpracę przy opracowaniu planu i scenariuszy kontroli.

3. Działania prewencyjno-nadzorcze.

KNF podejmowała działania prewencyjno-nadzorcze w związku z występującymi nieprawidłowościami w zakresie działalności zakładów ubezpieczeń na życie zawierających ubezpieczenia z elementem inwestycyjnym.

KNF wystąpiła do podmiotów nadzorowanych 21 lutego 2012 r. w sprawie bancassurance (treść pisma dostępna jest pod adresem: http://www.knf.gov.pl/Images/bancassurance_banki_zu_tcm75-29294.pdf). Pismo w znacznym stopniu odnosi się do kwestii dystrybuowania ubezpieczeń z elementem inwestycyjnym, w tym w szczególności ubezpieczeń na życie powiązanych z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi.

Mając na względzie istotny wzrost w 2012 roku liczby napływających do organu nadzoru sygnałów, wskazujących na nieprawidłowości w zakresie oferowania przez podmioty działające na rynku finansowym różnego rodzaju produktów o charakterze inwestycyjnym (w tym również konstruowanych w formie prawnej umowy ubezpieczenia), Komisja Nadzoru Finansowego wystosowała w dniu 26 września 2012 r. pismo do nadzorowanych podmiotów zawierające oczekiwania organu nadzoru odnośnie prawidłowego sposobu oferowania tego typu produktów (treść tego

pisma dostępna jest pod adresem: http://www.knf.gov.pl/Images/praktyki_sprzedazowe_26_09_2012_tcm75-31955.pdf).

Dodatkowo KNF przyjęła w czerwcu 2014 roku Rekomendację U dotyczącą dobrych praktyk w zakresie bancassurance (treść Rekomendacji U dostępna jest pod adresem https://www.knf.gov.pl/Images/Rekomendacja_U_tcm75-38338.pdf). Jedną z istotnych kwestii zawartych w Rekomendacji jest zakaz jednoczesnego występowania w tej samej umowie, w roli ubezpieczającego i agenta ubezpieczeniowego, jako prowadzące do konfliktu interesów. Ubezpieczający powinien bowiem działać w interesie ubezpieczonego, natomiast agent ubezpieczeniowy w interesie zakładu ubezpieczeń. Występowanie przez jeden podmiot w obydwu rolach powodowało, że reprezentował on dwie przeciwstawne sobie grupy interesów.

W czerwcu 2014 r. KNF przyjęła także Wytyczne dla zakładów ubezpieczeń dotyczące dystrybucji ubezpieczeń (treść Wytycznych dostępna jest pod adresem http://www.knf.gov.pl/Images/Wytyczne_dystrybucja_ubezpieczen_24-06-14_tcm75-38337.pdf). Wytyczne m. in. zakazywały wypłacania ubezpieczającemu wynagrodzenia oraz nakazywały równomierne rozkładanie w czasie prowizji wypłacanej agentowi z tytułu pośredniczenia w zawarciu umowy ubezpieczenia. Na sposobie uregulowania tych zagadnień oparł się później ustawodawca w przepisach ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

PRZEWODNICZĄCY
KOMISJI NADZORU FINANSOWEGO
Andrzej Jakubiak

Do wiadomości:

Pani

Paulina Hennig-Kloska

Zastępca Przewodniczącego

Sejmowej Komisji Finansów Publicznych

Pani

Gabriela Masłowska

Zastępca Przewodniczącego

Sejmowej Komisji Finansów Publicznych

Pani

Krystyna Skowrońska

Zastępca Przewodniczącego

Sejmowej Komisji Finansów Publicznych

Pan

Janusz Cichoń

Zastępca Przewodniczącego

Sejmowej Komisji Finansów Publicznych

Pan

Jan Szewczak

Zastępca Przewodniczącego

Sejmowej Komisji Finansów Publicznych

Pan

Andrzej Szlachta

Zastępca Przewodniczącego

Sejmowej Komisji Finansów Publicznych

Pan

Rafał Wójcikowski

Zastępca Przewodniczącego

Sejmowej Komisji Finansów Publicznych

Pan

Mateusz Morawiecki

Wiceprezes Rady Ministrów

Minister Rozwoju i Finansów