

PIOTR WRZESIŃSKI

<https://doi.org/10.33995/wu2024.4.4>

date of receipt: 13.06.2024

date of acceptance: 22.11.2024

Analiza potrzeb klienta w umowie ubezpieczenia grupowego

W ostatnich latach ustawodawca, dążąc do zwiększenia ochrony klientów umów ubezpieczenia, wprowadził obowiązek skierowany do podmiotów, za pośrednictwem których klient zawiera umowę ubezpieczenia, polegający na zapewnieniu użyteczności oferowanego ubezpieczenia dla konkretnego klienta – poprzez badanie i dopasowanie umowy ubezpieczenia do jego wymagań i potrzeb. Wątpliwości budzi jednak, czy i w jakim zakresie obowiązek sprawdzenia wymagań i potrzeb klienta powinien być realizowany w ubezpieczeniach na cudzy rachunek, zwłaszcza ubezpieczeniach grupowych. Obowiązek ten odnosi się do klienta – jest nim poszukujący ochrony ubezpieczeniowej, ubezpieczający lub ubezpieczony, nie jest nim jednak przyszły ubezpieczony w grupowej umowie ubezpieczenia. Zapewnienie użyteczności oferowanego ubezpieczenia jest dla każdej osoby przystępującej do umowy ubezpieczenia grupowe realizowane w inny sposób, m.in. w procesie zatwierdzania produktu ubezpieczeniowego, w którym twórca produktu określa rynek docelowy dla danego produktu i grupę osób, do których ten produkt jest skierowany. Odmienne wymagania w tym względzie odnoszą się jednak do grupowych umów ubezpieczenia na życie o charakterze inwestycyjnym i wynikają ze specyfiki tego typu umów ubezpieczenia.

Słowa kluczowe: grupowa umowa ubezpieczenia, klient, analiza wymagań i potrzeb klienta (APK), ustawa o dystrybucji ubezpieczeń, umowy ubezpieczenia na życie o charakterze inwestycyjnym.

Wprowadzenie

W ostatnich latach – w szczególności w regulacjach dotyczących rynków finansowych, w tym rynku ubezpieczeniowego – widoczny jest trend do wprowadzania nowych rozwiązań mających na celu ochronę słabszej strony umowy, jaką jest klient. Ochrona ta rozumiana jest szeroko, obejmuje nie tylko konsumentów, ale wszystkich klientów. Na gruncie ubezpieczeń, a zwłaszcza w odniesieniu do umów

ubezpieczenia grupowego, rodzi to wątpliwości, jak rozumieć pojęcie klienta. Stroną umowy ubezpieczenia są przecież jedynie ubezpieczyciel i ubezpieczający, będący również ubezpieczonym w indywidualnej umowie ubezpieczenia. Stroną stosunku ubezpieczenia, ale już nie stroną umowy, jest ubezpieczony w ubezpieczeniu grupowym, ale także uposażony uprawniony z umowy ubezpieczenia czy poszkodowany w ubezpieczeniu OC. Ustawodawca podchodzi do tego niejednolicie, uznając za klienta różne podmioty z powyższego katalogu, w zależności od przyjętej regulacji. Za klienta uznawany jest również poszukujący ochrony ubezpieczeniowej, a więc podmiot niebędący stroną stosunku ubezpieczenia.

Jedną z przyczyn wprowadzania nowych rozwiązań mających na celu ochronę klienta zawierającego umowę ubezpieczenia jest asymetria informacyjna pomiędzy ubezpieczycielem i pośrednikiem ubezpieczeniowym a klientem. Jak słusznie wskazuje Marcin Orlicki, ustawodawca przez lata starał się chronić klientów poprzez zapewnienie im wysokiej jakości informacji o treści zawieranej umowy ubezpieczenia. Złożoność umów ubezpieczenia powoduje jednak, że przedstawienie ich treści w sposób jasny i zrozumiały dla klienta jest trudne lub wręcz niemożliwe. Z tego powodu ustawodawca wprowadził metodę ochrony klienta polegającą na nałożeniu szczególnego rodzaju obowiązków na podmioty, za pośrednictwem których klient zawiera umowę ubezpieczenia. Istotą tego obowiązku jest zapewnienie użyteczności oferowanego ubezpieczenia dla konkretnego klienta¹. Nie jest to koncepcja nowa. Wymogi takie były już wcześniej wprowadzane na rynku kapitałowym w odniesieniu do produktów inwestycyjnych, m.in. w dyrektywie MiFID². Zostały następnie przeniesione na grunt ubezpieczeń, najpierw do umów ubezpieczenia o charakterze inwestycyjnym, a następnie do wszystkich umów ubezpieczenia. Co ciekawe, regulacje takie nie mają nadal zastosowania do produktów bankowych, m.in. kredytów hipotecznych denominowanych w walutach obcych, które nie dość że skomplikowane w zrozumieniu dla klienta, są również związane ze znacznym ryzykiem dla osoby zaciągającej takie zobowiązanie.

Brak odpowiedniej informacji i zapewnienia, że produkt jest odpowiedni dla klienta, może powodować stosowanie praktyk nieuczciwych – oferowania umów niedopasowanych do potrzeb klientów (*misselling*, czyli „zła sprzedaż”). Wskazuje na to wprost treść preambuły do dyrektywy 2016/97 w sprawie dystrybucji ubezpieczeń³, która w motywie 44 określa, że aby uniknąć przypadków niewłaściwej sprzedaży produktów ubezpieczeniowych, powinien jej zawsze towarzyszyć test wymagań i potrzeb klienta w oparciu o uzyskane od niego informacje, a każdy produkt oferowany klientowi powinien zawsze odpowiadać wymaganiom i potrzebom klienta i być zaprezentowany w zrozumiałej formie, umożliwiającej klientowi podjęcie świadomej decyzji. *Misselling* można określić jako zbiór wątpliwych pod względem prawnym i etycznym praktyk, polegających na prezentowaniu przez instytucję finansową (ubezpieczyciela i pośrednika ubezpieczeniowego) nieprawdziwych cech produktu⁴ lub usługi, by przekonać o jej atrakcyjności i konieczności nabycia przez klienta, pomimo

1. M. Orlicki, *Analiza potrzeb – rzeczywista czy pozorna?*, „Prawo Asekuracyjne” 2019, nr 2, s. 23–24.
2. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2004/39/WE z dnia 21 kwietnia 2004 r. w sprawie rynków instrumentów finansowych zmieniająca dyrektywę Rady 85/611/EWG i dyrektywę 2000/12/WE Parlamentu Europejskiego i Rady oraz uchylająca dyrektywę Rady 93/22/WE, [Dz. U. UE L 145 z 30.04.2004, s. 1].
3. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/97 z dnia 20 stycznia 2016 r. w sprawie dystrybucji ubezpieczeń [wersja przekształcona] [Dz. U. UE L 26 z 2.2.2016, s. 19] [dalej: dyrektywa IDD].
4. Obecnie szereg przepisów unijnych dotyczących rynku finansowego posługuje się pojęciem produktu. Pojęcie to w odniesieniu do usług finansowych funkcjonuje również w polskim porządku prawnym. Posługuje się nim zarówno ustawodawca, m.in. w ustawie o dystrybucji ubezpieczeń, jak również KNF w rekomendacjach i wytycznych. Tak rozumianego produktu nie należy jednak utożsamiać z produktem tradycyjnym znaczeniu.

niedopasowania do jego potrzeb lub ryzyk związanych z zaciągnięciem takiego zobowiązania⁵. Praktyką złej sprzedaży może być ukrywanie opłat lub konstruowanie ich w sposób nieprzejrzysty, powodujący trudność w ich oszacowaniu na etapie zawierania umowy, jak również ukrywanie istotnych informacji o nabywanym produkcie lub usłudze lub taką ich prezentacją, która stwarza wrażenie jego atrakcyjności. Przykładem *missellingu* może być sprzedaż umowy ubezpieczenia na życie z UFK 80-letniemu klientowi czy oferowanie przez bank umowy ubezpieczenia klientowi zawierającemu umowę kredytu, w której klient ten finansuje składkę ubezpieczeniową, a to bank jest uposażonym i jednocześnie jako ubezpieczający otrzymuje wynagrodzenie za przystąpienie danego klienta do umowy. Zarówno w pierwszym, jak w drugim przypadku korzyść z takiej umowy ma pośrednik lub bank działający jako ubezpieczający oraz ubezpieczyciel, a nie klient.

Do obowiązków mających na celu ochronę klienta zaliczyć należy obowiązek przedstawienia klientowi szczegółowej i wyczerpującej informacji na temat zawieranej umowy oraz zapewnienie, że jest ona adekwatna do jego potrzeb.

Obowiązek badania okoliczności dotyczących klienta nie jest ograniczony jedynie do ubezpieczeń gospodarczych. Wynika on przede wszystkim z ogólnej zasady przewidzianej w art. 24 ust. 2 pkt 4 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów⁶, zgodnie z którą za praktykę naruszającą zbiorowe interesy konsumentów uznaje się godzące w niesprzeczne z prawem i dobrymi obyczajami zachowanie przedsiębiorcy polegające na proponowaniu konsumentom nabycia usług finansowych, które nie odpowiadają ich potrzebom ustalonym z uwzględnieniem dostępnych przedsiębiorcy informacji w zakresie cech tych konsumentów, lub proponowanie nabycia tych usług w sposób nieadekwatny do ich charakteru⁷.

1. Rekomendacje, wytyczne i zasady Komisji Nadzoru Finansowego

Na kwestię podejmowania działań mających na celu zapewnienie oferowania klientom produktów ubezpieczeniowych, które są dla niego odpowiednie, zwróciła uwagę Komisja Nadzoru Finansowego. W wydanych w 2014 roku *Zasadach Ładu Korporacyjnego dla instytucji nadzorowanych*⁸ Komisja Nadzoru Finansowego wskazała, że mają one na celu wzmocnienie ochrony klienta, który nie posiadając odpowiedniej wiedzy i doświadczenia w doborze produktów lub usług finansowych, może dokonać niewłaściwego dla siebie wyboru⁹. Zgodnie z § 36 *Zasad* instytucja nadzorowana powinna dołożyć starań, aby oferowane produkty lub usługi finansowe (m.in. ubezpieczenia) były adekwatne do potrzeb klientów, do których są kierowane. Ponadto instytucje finansowe oraz

Brak jednak definicji produktu ubezpieczeniowego. M. Orlicki zwraca uwagę, że produkt może być rozumiany „typ umowy ubezpieczenia” – zob. M. Orlicki, *Projektowanie typu ubezpieczenia („produktu ubezpieczeniowego”) według rekomendacji KNF dla zakładów ubezpieczeń dotyczących systemu zarządzania produktem*, „Prawo Asekuracyjne” 2016, nr 3, s. 8.

5. M. Ganczar, [w:] *Prawo konsumenckie w praktyce*, [red.] M. Czarnecka, T. Skoczny, CH Beck, Warszawa 2016, s. 76.
6. Ustawa z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów [tj. Dz. U. 2024, poz. 594].
7. Przepis ten wszedł w życie w dniu 17 kwietnia 2016 r. zgodnie z ustawą z dnia 5 sierpnia 2015 r. o zmianie ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów [Dz. U. 2015, poz. 1634].
8. Załącznik do uchwały nr 218/2014 Komisji Nadzoru Finansowego z dnia 22 lipca 2014 r. [Dz. U. KNF 2014, poz. 17].
9. Komentarz do § 36, *Pytania i odpowiedzi do Zasad Ładu Korporacyjnego dla instytucji nadzorowanych*, s. 19, https://www.knf.gov.pl/knf/pl/komponenty/img/ZLK_pytania_i_odpowiedzi_28-11-2014_39829.pdf [dostęp: 5.06.2024].

podmioty z nimi współpracujące (w przypadku umów ubezpieczenia – pośrednicy ubezpieczeniowi¹⁰) powinni na etapie przedstawiania charakteru i konstrukcji rekomendowanego produktu lub usługi finansowej, uwzględnić potrzeby klienta, w tym jego indywidualną sytuację, wiedzę i doświadczenie na rynku finansowym, a tam, gdzie to uzasadnione, pożądany czas trwania inwestycji oraz poziom akceptacji ryzyka.

Przeciwdziałaniu *missellingowi* mają również służyć kolejne rekomendacje przyjęte przez KNF. W *Wytycznych dla zakładów ubezpieczeń dotyczących dystrybucji*¹¹ z 2014 roku KNF wskazała, że zakład ubezpieczeń powinien posiadać procedury postępowania zapobiegające oferowaniu produktów ubezpieczeniowo-inwestycyjnych niedostosowanych do charakterystyki indywidualnych potrzeb i możliwości klienta, obejmujące zarówno proces sprzedaży, jak i działania marketingowe (wytyczna 7.4). Z kolei w dotychczasowych *Rekomendacjach dla zakładów ubezpieczeń dotyczących badania adekwatności produktu*¹² oraz obecnych *Rekomendacjach dla zakładów ubezpieczeń dotyczących oceny odpowiedniości ubezpieczenia na życie z elementem inwestycyjnym*¹³ organ nadzoru wskazał szereg wymogów dotyczących zapewnienia zgodności z potrzebami klienta umowy ubezpieczenia na życie o charakterze inwestycyjnym. Rekomendacje te zostaną szerzej omówione w dalszej części niniejszego artykułu. Należy również zwrócić uwagę na wydane przez KNF *Rekomendacje dotyczące systemu zarządzania produktem*¹⁴, które wskazują, że wybrane przez zakład ubezpieczeń kanały dystrybucji powinny zapewniać prawidłowe wprowadzenie produktu na rynek, przekazanie klientom właściwych informacji oraz zagwarantowanie wysokiej jakości wsparcia przy wyborze najbardziej adekwatnych dla klienta produktów. Rekomendacja ta wprowadza również pojęcia *grupy docelowej* oraz *antygrupy*, dla których produkt ubezpieczeniowy odpowiednio będzie oraz nie będzie adekwatny.

2. Analizy wymagań i potrzeb klienta na gruncie ustawy o dystrybucji ubezpieczeń

Obecnie główną regulacją, na której opiera się obowiązek rozpoznania wymagań i potrzeb klienta zawierającego umowę ubezpieczenia, jest art. 8 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń¹⁵. W ust. 1 stanowi on, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia lub umowy gwarancji ubezpieczeniowej dystrybutor ubezpieczeń określa, na podstawie uzyskanych od klienta informacji, jego wymagania i potrzeby oraz podaje w zrozumiałej formie obiektywne informacje o produkcie ubezpieczeniowym, w celu umożliwienia klientowi podjęcia świadomej decyzji. Z kolei cel określenia wymagań i potrzeb

10. Warto zwrócić uwagę na niespójność KNF, który we *Wprowadzeniu do Zasad* zwraca uwagę, że ze względu na możliwą nieadekwatność *Zasad* do rodzaju i formy działalności prowadzonej przez niektóre podmioty rynku finansowego, zakresem ich stosowania nie są objęci m.in. agenci i brokerzy ubezpieczeniowi, później jednak nakłada na te podmioty obowiązki z nich wynikające.

11. Załącznik do uchwały nr 184/2014 Komisji Nadzoru Finansowego z dnia 24 czerwca 2014 r. (Dz. U. KNF 2014, poz. 13).

12. Załącznik do uchwały nr 228/2016 Komisji Nadzoru Finansowego z dnia 22 marca 2016 r. (Dz. U. KNF 2016, poz. 10).

13. Załącznik do uchwały nr 336/2023 Komisji Nadzoru Finansowego z dnia 19 września 2023 r. (Dz. U. KNF 2023, poz. 22)

14. Załącznik do uchwały nr 229/2016 Komisji Nadzoru Finansowego z dnia 22 marca 2016 r. (Dz. U. KNF 2016, poz. 11).

15. Ustawa z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń [tekst jedn. Dz. U. 2023, poz. 1111; dalej: u.d.u.].

klienta wynika z ust. 3, który stanowi, że proponowana umowa ubezpieczenia lub umowa gwarancji ubezpieczeniowej powinna być zgodna z wymogami i potrzebami klienta w zakresie ochrony ubezpieczeniowej lub ochrony gwarancyjnej. Na potrzeby niniejszego artykułu rozważania zostaną ograniczone jedynie do umów ubezpieczenia, ze względu na to, że umowy gwarancji w praktyce nie są oferowane w formie grupowej. Art. 8 ust. 1 i 3 u.d.u. stanowi bezpośrednią implementację art. 20 ust. 1 dyrektywy IDD i zgodnie z uzasadnieniem przedstawionym w motywie 44 dyrektywy IDD, test wymagań i potrzeb klienta w oparciu o uzyskane od niego informacje powinien zawsze towarzyszyć sprzedaży produktów ubezpieczeniowych oraz każdy produkt ubezpieczeniowy oferowany klientowi powinien zawsze odpowiadać wymaganiom i potrzebom tego klienta, aby uniknąć przypadków niewłaściwej sprzedaży. Wymóg ten dotyczy wszystkich umów ubezpieczenia, w tym również ubezpieczeń obowiązkowych.

Należy przy tym wskazać, że obowiązek uzyskania od klienta informacji przed zawarciem umowy ubezpieczenia wynika także z art. 30 dyrektywy IDD, który dotyczy ubezpieczeniowych produktów inwestycyjnych. Uzyskane informacje służą ocenie odpowiedności i stosowności produktu ubezpieczeniowego. Obowiązki wynikające z art. 30 dyrektywy IDD realizowane są przez art. 21 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej¹⁶, który szerzej zostanie omówiony w dalszej części niniejszego artykułu. W dyrektywie IDD wskazano przy tym, że ocena z art. 30 dyrektywy odbywa się bez uszczerbku dla art. 20 ust. 1 dyrektywy IDD. Oznacza to, że w przypadku ubezpieczeniowych produktów inwestycyjnych dystrybutor będzie miał obowiązek dokonać zarówno analizy potrzeb i wymagań, jak i oceny odpowiedności lub stosowności produktu. Ze względu na to, że ani dyrektywa IDD, ani u.d.u. nie wskazują formy realizacji tych obowiązków, dystrybutor może dokonać analizy wymienionych kryteriów w ramach jednej analizy¹⁷.

Dyrektywa IDD postępuje się bardzo ogólnym sformułowaniem i nie precyzuje, w jaki sposób dystrybutor powinien określić te wymagania i potrzeby. Podobnie polski ustawodawca nie określił formy, w jakiej informacje o potrzebach klienta powinny być pozyskane przez dystrybutora. Jakub Pokrzywniak¹⁸ wskazuje, że możliwe jest, aby dystrybutor zawarł pytania służące ustaleniu wymagań i potrzeb klienta zgodnie z art. 8 u.d.u. w kwestionariuszu deklaracji ryzyka (wniosek ubezpieczeniowy), o którym mowa w art. 815 k.c.¹⁹ Zgodnie z tym przepisem ubezpieczający jest zobowiązany podać do wiadomości ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które ubezpieczyciel zapytywał w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązek ten spoczywa zarówno na ubezpieczającym, jak i na ubezpieczonym, chyba że ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek. Podobnie uważają Dorota Maśniak i Katarzyna Malinowska²⁰, według których test wymagań i potrzeb stanowi istotę formularza wniosku ubezpieczeniowego stosowanego we wszystkich umowach ubezpieczenia, a przepisy nie stwarzają obowiązku wprowadzania

16. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej [tekst jedn. Dz. U. 2024, poz. 838].

17. J. Nowak, [w:] *Ustawa o dystrybucji ubezpieczeń. Komentarz*, [red.] P. Czubłun, CH Beck, Warszawa 2018, s. 151.

18. J. Pokrzywniak, [w:] *Nowe zasady dystrybucji ubezpieczeń*, [red.] J. Pokrzywniak, Wolter Kluwer, Warszawa 2018, s. 76–77.

19. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny [tekst jedn. Dz. U. 2023, poz. 1610].

20. D. Maśniak, K. Malinowska, *Czynności dystrybucyjne w nowym reżimie zawierania umów ubezpieczenia – wybrane aspekty implementacji dyrektywy nr 2016/97 w sprawie dystrybucji ubezpieczeń*, „Prawo Asekuracyjne” 2017, nr 2, s. 23.

do procesu zawarcia umowy kolejnego dokumentu. Z tym że Dorota Maśniak, wskazuje jednak, że rola kwestionariusza służącego deklaracji ryzyka jest inna niż pytań służących ustaleniu wymagań i potrzeb, ale stanowią one istotę formularza wniosku ubezpieczeniowego stosowanego we wszystkich umowach ubezpieczenia zawieranych w trybie ofertowym²¹. Podobnie można interpretować stanowisko EIOPA, która odnosząc się do testu wymagań i potrzeb, wprost wskazuje, że nie oczekuje tworzenia dodatkowego *demands and needs statement*²².

Przeciwnego zdania jest Marcin Orlicki, który wskazuje, że choć niekiedy analiza wymagań i potrzeb może być dokonywana na podstawie informacji zawartych we wniosku ubezpieczeniowym lub formularzu, to jednak utożsamianie wymienionych sposobów zdobywania informacji byłoby z pewnością błędne. Zdaniem tego autora, funkcją formularza jest ochrona interesów ubezpieczyciela, poprzez eliminację niechcianych ryzyk lub zapewnienie właściwej taryfikacji, natomiast analiza potrzeb i wymagań ma służyć klientowi²³. Mimo że wskazany powyżej pogląd Marcina Orlickiego wydaje się trafny, warto także uwzględnić stanowisko UKNF z 2021 roku²⁴, w którym organ nadzoru podkreśla, że dystrybutor ubezpieczeń, określając wymagania i potrzeby klienta, powinien wziąć pod uwagę rodzaje ryzyk, które klient chce objąć ochroną ubezpieczeniową. Aby odpowiednio dostosować zakres ubezpieczenia do wymagań klienta, dystrybutor powinien zbadać wszelkie ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności ze strony ubezpieczyciela. Według UKNF umowa proponowana przez dystrybutora nie spełni wymagań i potrzeb klienta, jeśli ryzyka, które klient chce objąć ochroną, zostaną wyłączone lub uwzględnione jedynie częściowo. Organ nadzoru przedstawił takie stanowisko również w *Rekomendacji U dotyczącej dobrych praktyk w zakresie bancassurance*²⁵ z 2023 roku. W rekomendacji 12.3 wskazuje, że określając wymagania i potrzeby klienta, bank (lub inna jednostka objęta wymogami Rekomendacji U) powinien ustalić ryzyka, które klient zamierza objąć ochroną ubezpieczeniową, oraz zwrócić uwagę na ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.

Biorąc pod uwagę powyższe, stwierdzić należy, iż istotny jest przede wszystkim moment przeprowadzenia analizy i wypełnienia formularza (wniosku). Dystrybutor na wstępie powinien ustalić w sposób ogólny obszar poszukiwań osoby, która chce zawrzeć umowę ubezpieczenia, a następnie – poprzez bardziej precyzyjne pytania – rozstrzygnąć, jaka umowa będzie odpowiednia dla takiej osoby. Należy także zwrócić uwagę, że w praktyce nie można wyznaczyć dokładnej granicy, kiedy kończy się proces APK.

21. D. Maśniak, *Czy test wymagań i potrzeb to wniosek ubezpieczeniowy*, [w:] *Dystrybucja usług ubezpieczeniowych*, [red.] B. Gnela, M. Szaraniec, Difin, Warszawa 2017, s. 44.

22. *EIOPA Technical Advice on Possible Delegated Acts Concerning the Insurance Distribution Directive*, s. 68, https://www.eiopa.europa.eu/document/download/04b6b28f-7467-42b9-971b-c82a074b307e_en?filename=EIOPA%E2%80%99s%20Technical%20Advice%20on%20Possible%20Delegated%20Acts%20Concerning%20the%20Insurance%20Distribution%20Directive [dostęp: 5.10.204].

23. M. Orlicki, *Analiza potrzeb – rzeczywistość czy pozorna?*..., s. 26.

24. *Stanowisko UKNF dotyczące realizacji obowiązków, o których mowa w art. 8 ust. 1, ust. 3 i ust. 4 oraz art. 2 ust. 3 pkt 2 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń przez dystrybutorów ubezpieczeń*, 1.10.2021 r., s. 2, https://intranet.knf.gov.pl/knf/pl/komponenty/img/Stanowisko_praktyki_%20dystrybucja_1-10-2021.pdf [dostęp: 5.10.2024 r.].

25. Załącznik do uchwały nr 243/2023 Komisji Nadzoru Finansowego z dnia 26 czerwca 2023 r. (Dz. U. KNF 2023, poz. 15).

3. Klient w umowie ubezpieczenia grupowego

Zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 10 ustawy klientem w przypadku umowy ubezpieczenia jest poszukujący ochrony ubezpieczeniowej, ubezpieczający oraz ubezpieczony. Poszukującym ochrony ubezpieczeniowej jest przy tym, zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 13 ustawy, osoba, która wyraziła wobec dystrybutora ubezpieczeń wolę podjęcia czynności służących zawarciu przez nią umowy ubezpieczenia. Wprowadza to wyraźny podział, którego celem jest precyzyjne określenie obowiązków dotyczących dystrybucji umów ubezpieczenia na etapie przedkontraktowym i po zawarciu umowy. Pojęcia *ubezpieczający* i *ubezpieczony* odnoszą się odpowiednio do osoby, która już zawarła umowę ubezpieczenia, a nie – ma ją dopiero zawrzeć (potencjalny ubezpieczający), czy jest już objęta ochroną ubezpieczeniową, a nie – ma być dopiero taką ochroną objęta (potencjalny ubezpieczony).

Należy przy tym podkreślić, że ustawodawca jasno wskazał, że klientami w rozumieniu przepisów ustawy o dystrybucji, a więc osobami uczestniczącymi w procesie dystrybucji na etapie przedkontraktowym, są jedynie osoby, które wyraziły wolę zawarcia umowy ubezpieczenia – podejmujące czynności zmierzające do stania się stroną umowy. Jak słusznie zwraca uwagę Marcin Orlicki, chodzi więc wyłącznie o potencjalnego ubezpieczającego, gdyż tylko ten podmiot może wyrazić wolę zawarcia przez siebie umowy ubezpieczenia²⁶. Zakresem tej definicji nie są więc objęte osoby, które podejmują czynności zmierzające do objęcia ich ochroną ubezpieczeniową, w szczególności osoby chcące przystąpić do już zawartej umowy ubezpieczenia grupowego lub osoby, na rachunek których osoba trzecia zawiera umowę (potencjalni ubezpieczeni). Ubezpieczony staje się klientem dopiero po objęciu go ochroną ubezpieczeniową²⁷. Podobny pogląd wyraża Michał Ziemiak, który wskazuje, że zamiarem ubezpieczonego (przyszłego ubezpieczonego) nie jest zawarcie umowy ubezpieczenia, a wyłącznie skorzystanie z ochrony ubezpieczeniowej z niej wynikającej²⁸.

Potwierdzeniem powyższego rozumienia klienta jest również przepis art. 17 ust. 2 oraz 18 ust. 4 i 5 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Ustawodawca zdefiniował w nim potencjalnego ubezpieczonego w ubezpieczeniach na cudzy rachunek, w szczególności ubezpieczeniach grupowych, jako osobę zainteresowaną przystąpieniem do takiej umowy. Przewiduje on również konieczność przekazania określonych informacji potencjalnemu ubezpieczonemu przez ubezpieczającego oraz obowiązek odpowiedniego stosowania art. 7 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń w odniesieniu do ubezpieczającego – obowiązek postępowania w sposób uczciwy, rzetelny i profesjonalny, zgodnie z najlepiej pojętym interesem klienta (w tym przypadku – osoby zainteresowanej przystąpieniem do umowy).

Ustawodawca nie definiuje przy tym, co należy rozumieć jako przystąpienie do umowy ubezpieczenia grupowego. Marcin Krajewski zwraca uwagę, że system prawny nie zna takiej czynności jak przystąpienie do umowy. Zdaniem wskazanego autora przystąpienie do umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, a w szczególności ubezpieczenia grupowego, jest pewną formą akceptacji

26. M. Orlicki, *Ubezpieczenia grupowe po wejściu w życie ustawy o dystrybucji ubezpieczeń*, „Prawo Asekuracyjne” 2019, nr 1, s. 5.

27. A. Tarasiuk, B. Wojno, *Analiza wymagań i potrzeb klienta w procesie dystrybucji ubezpieczeń*, „Prawo Asekuracyjne” 2018, nr 3, s. 11.

28. M. Ziemiak, *Informacja o produkcie ubezpieczeniowym i tzw. karta informacyjna produktu. Kilka uwag na tle artykułów 8 i 9 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń*, [w:] *Insurance Challenges Anno Domini 2018. Publikacja jubileuszowa AIDA 2018*, [red.] K. Malinowska, A. Tarasiuk, Warszawa 2018, s. 105.

ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z zawartej umowy, a za takie przystąpienie można uznać w szczególności zgodę wyrażoną na podstawie art. 829 § 2 k.c., jak również zobowiązanie ubezpieczonego do finansowania składki ubezpieczeniowej²⁹. Tak wąskie podejście do pojęcia przystąpienia do umowy ubezpieczenia grupowego wydaje się błędne, m.in. ze względu na powszechne stosowanie tego pojęcia w praktyce (na co sam autor zwraca uwagę). Ponadto należy zwrócić uwagę, że pojęcie przystępującego w kontekście umów ubezpieczenia grupowego stosowane jest przez prawodawcę francuskiego w odniesieniu do członka grupy zarówno na etapie przedkontraktowym, jak i po jej zawarciu. Mariusz Frasz wskazuje przy tym, że nauka francuska przyjmuje, że z chwilą objęcia przystępującego ochroną ubezpieczeniową, korzysta on już ze statusu ubezpieczonego (w takim samym znaczeniu, jak ubezpieczony w umowach ubezpieczenia indywidualnego), z tym, że prawodawca francuski nie posługuje się tymi pojęciami zamiennie³⁰. Wątpliwość budzi jednak kwestia stosowania pojęcia przystępującego już po objęciu go ochroną ubezpieczeniową. Wydaje się, że termin ten powinien mieć zastosowanie jedynie do etapu poszukiwania przez klienta ochrony ubezpieczeniowej, a z chwilą z chwilą objęcia go ochroną ubezpieczeniową staje się on ubezpieczonym i korzysta z praw jemu przysługujących.

Powyższe podejście do definicji klienta nie budzi wątpliwości, w szczególności nie jest kwestionowane w orzecznictwie ani przez organ nadzoru i UOKiK. Jest również jednolicie stosowane przez rynek ubezpieczeniowy. Również przedstawiciele doktryny od wejścia w życie ustawy o dystrybucji ubezpieczeń przyjmowali powyższe rozumienie klienta, rozróżniając w świetle jej przepisów status ubezpieczającego i status poszukującego ochrony.

Należy ponadto podkreślić, że zarówno ustawa o dystrybucji ubezpieczeń, jak i ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej w zakresie definiowania klienta oraz ochrony jego praw i interesów odnoszą się jedynie do osób będących lub wyrażających chęć zostania stroną umowy lub stroną stosunku prawnego ubezpieczenia. Nie stają się stroną umowy ani podmiotem stosunku prawnego ubezpieczenia osoby, które nie będąc jednocześnie stroną umowy ubezpieczenia, ani ubezpieczonym w ramach umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, zobowiązały się (na podstawie innej umowy z innym podmiotem niż zakład ubezpieczeń) do pokrycia kosztów ochrony ubezpieczeniowej innego podmiotu (instytucji bankowej). Zobowiązanie takie nie powoduje powstania jakiegokolwiek stosunku pomiędzy taką osobą a zakładem ubezpieczeń, ponieważ stosownie do art. 808 § 2 Kodeksu cywilnego roszczenie o zapłatę składki przysługuje ubezpieczycielowi wyłącznie przeciwko ubezpieczającemu.

Przyjęcie innej, rozszerzającej definicji klienta miałyby z pewnością istotne, negatywne konsekwencje zarówno dla klientów, jak i dystrybutorów oraz zakładów ubezpieczeń, praktycznie uniemożliwiając tym drugim oferowanie umów ubezpieczenia na cudzy rachunek, w szczególności umów grupowych. oraz możliwość ubezpieczenia wielu osób w ramach umowy indywidualnej, m.in. w następujących produktach:

- Ubezpieczenia turystyczne – brak byłoby możliwości zawarcia umowy obejmującej grupę osób (np. rodzinę), ze względu na to, że każda osoba musiałaby osobiście wejść w interakcję z dystrybutorem i przejść proces badania wymagań i potrzeb (szczególnie utrudnione ubezpieczenie dzieci).

29. M. Krajewski, *Komentarz do art. 17 u.d.u.r., [w:] Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Komentarz*, [red.] P. Wajda, M. Szczepańska, Wolters Kluwer, Warszawa 2017, s. 144.

30. M. Frasz, *Umowa ubezpieczenia grupowego. Aspekty prawne*, Wolters Kluwer, Warszawa 2015, s. 120–121.

- Ubezpieczenia do dodatkowych kart kredytowych – brak będzie możliwości objęcia ochroną posiadaczy kart dodatkowych do karty głównej, ze względu na brak bezpośredniego kontaktu banku z taką osobą i, co za tym idzie, brak możliwości przeprowadzenia indywidualnego badania wymagań i potrzeb.
- Ochrona ubezpieczeniowa klientów banku finansowana przez bank – brak będzie możliwości zaoferowania takiego rozwiązania, ze względu na konieczność przeprowadzenia indywidualnego badania wymagań i potrzeb każdego posiadacza produktu, którego bank obejmuje ochroną (na swój koszt – dodatkowa wartość dla klienta).

4. Ubezpieczający w umowie ubezpieczenia grupowego

Żeby odpowiedzieć na pytanie, czy i w jakim zakresie obowiązek sprawdzenia wymagań i potrzeb klienta jest realizowany w ubezpieczeniach na cudzy rachunek, zwłaszcza w ubezpieczeniach grupowych, należy przede wszystkim określić, na kim ciąży obowiązek wynikający z art. 8 u.d.u.

Adresatem tego przepisu jest każdy dystrybutor ubezpieczeń, którym zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 8 u.d.u. jest zakład ubezpieczeń, agent ubezpieczeniowy, agent oferujący ubezpieczenia uzupełniające lub broker ubezpieczeniowy. Ubezpieczający w ubezpieczeniu grupowym nie mieści się w żadnej z powyższych kategorii i nie może zostać uznany za dystrybutora ubezpieczeń. Konsekwentnie czynności ubezpieczającego, który zawiera umowę na rachunek innych podmiotów, nie stanowią dystrybucji ubezpieczeń, ponieważ zgodnie z art. 4 ust. 1 u.d.u. dystrybucja ubezpieczeń oznacza działalność wykonywaną przez dystrybutora ubezpieczeń. Stanowisko takie prezentuje Marcin Orlicki, który wskazuje, że wykonywanie przez ubezpieczającego określonych czynności związanych z obejmowaniem ubezpieczonych ochroną ubezpieczeniową i wykonywaniem umowy ubezpieczenia, a także otrzymywanie przez ubezpieczającego wynagrodzenia za wykonywanie tych czynności nie prowadzi do konieczności uznania, że on sam staje się również dystrybutorem ubezpieczeń³¹. Przyjęcie odmiennego podejścia wydaje się ponadto sprzeczne z *Wytycznymi KNF dla zakładów ubezpieczeń dotyczącymi dystrybucji ubezpieczeń*, zgodnie z którymi (wytyczna 5) jednocześnie, faktyczne występowanie w roli ubezpieczającego i pośrednika ubezpieczeniowego powodowałyby powstanie konfliktu interesów po stronie podmiotów odpowiedzialnych za dystrybucję ubezpieczeń³².

Przeciwnie stanowisko zajął Trybunał Sprawiedliwości UE w wyroku z dnia 29 września 2022 roku w sprawie C-633/20³³. TSUE uznał, że w świetle dyrektywy IDD osoba prawna, której działalność polega na oferowaniu swoim klientom dobrowolnego przystąpienia, za wynagrodzeniem, do umowy ubezpieczenia grupowego, jest pośrednikiem, a więc i dystrybutorem ubezpieczeń. Wyrok TSUE zapadł w konsekwencji pytania prejudycjalnego niemieckiego Federalnego Trybunału Sprawiedliwości (*Bundesgerichtshof*) o to, czy przedsiębiorstwo działające w charakterze

31. M. Orlicki, *Ubezpieczenia grupowe po wejściu w życie ustawy o dystrybucji ubezpieczeń...*, s. 7.

32. Na ten temat zob. m.in. Z. Długosz, *Ograniczenia swobody umów w ubezpieczeniach na cudzy rachunek*, Wolters Kluwer, Warszawa 2017, s. 251–256 oraz w kontekście *ratio legis* tej wytycznej zob. M. Orlicki, *Pozycja prawna banku w ubezpieczeniach bancassurance*, „Prawo Asekuracyjne” 2008, nr 2, s. 70.

33. Wyrok TSUE z dnia 29 września 2022 r. (sprawa C-633/20 Bundesverband der Verbrauchenzentralen und Verbraucherverbände – Verbrauchenzentrale Bundesverband eV przeciwko TC Medical Air Ambulance Agency GmbH, Legalis nr 2738834).

ubezpieczającego, które ubezpiecza w ramach umowy ubezpieczenia grupowego swoich klientów i otrzymuje wynagrodzenie za uzyskaną ochronę, jest pośrednikiem ubezpieczeniowym w rozumieniu art. 2 pkt 3 i 5 dyrektywy 2002/92 (dyrektywa IMD)³⁴ i art. 2 ust. 1 pkt 1, 3 i 8 dyrektywy IDD. TC Medical Air Ambulance Agency GmbH (pozwany) zlecał przedsiębiorstwu świadczącym usługi reklamowe oferowanie klientom możliwości odpłatnego przystąpienia do ubezpieczenia grupowego, obejmującego ryzyko choroby lub wypadku w podróży zagranicznej oraz poniesienia kosztów transportu do miejsca zamieszkania. Pozwany działał jako ubezpieczający, płacąc składki zakładowi ubezpieczeń, zaś klienci, przystępując do zawartej przez niego umowy ubezpieczenia grupowego, uiszczali na jej rzecz wynagrodzenie i w zamian byli obejmowani ochroną ubezpieczeniową. Działalność TC Medical nie miała na celu zawarcia umowy ubezpieczenia (dla poszczególnych klientów), lecz umożliwienie klientom przystąpienia do umowy ubezpieczenia grupowego, w którym pozwany był ubezpieczającym (stroną umowy ubezpieczenia). Ani TC Medical, ani przedsiębiorstwa świadczące usługi reklamowe nie posiadały przewidzianego przez prawo niemieckie zezwolenia na działalność pośrednictwa ubezpieczeniowego. TSUE, podzielaając opinię rzecznika generalnego Macieja Szpunara³⁵, uznał, że pojęcie pośrednika ubezpieczeniowego, a tym samym dystrybutora ubezpieczeń w rozumieniu dyrektywy IDD, obejmuje osobę prawną, której działalność polega na oferowaniu swoim klientom dobrowolnego przystąpienia (za wynagrodzeniem, które od nich otrzymuje) do umowy ubezpieczenia grupowego, którą wcześniej zawarła z zakładem ubezpieczeń, przy czym przystąpienie to uprawnia tych klientów do korzystania ze świadczeń ubezpieczeniowych. Podejście doktryny do przyjętego przez TSUE stanowiska nie jest jednoznaczne. Michał Ziemiak w pełni aprobuje przyjęte przez Trybunał wnioski³⁶. Z kolei Mariusz Fras i Oskar Zgonina zwracają uwagę, że nie sposób jednoznacznie ocenić powyższego wyroku TSUE, należy jednak zaaprobować szeroką interpretację pojęcia dystrybutora ubezpieczeń w celu ochrony klientów usług ubezpieczeniowych poprzez odpowiednie informacje i doradztwo³⁷. Powyższe wnioski przedstawione przez TSUE mają uniwersalny charakter i odnoszą się do wszystkich państw członkowskich UE, w tym Polski. Tak m.in. Michał Ziemiak, który wskazuje, że również w świetle prawa polskiego należy przyjąć za TSUE, że pobieranie wynagrodzenia za umożliwienie przystąpienia do umowy ubezpieczenia grupowego czyni z podmiotu takie wynagrodzenie pobierającego *de facto* pośrednika ubezpieczeniowego w rozumieniu ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, z zastrzeżeniem jednak wyjątku wynikającego z art. 18 ust. 3 u.d.z.u.r.³⁸. Podobnie Mariusz Fras i Oskar Zgonina, którzy wskazują rozwiązanie przyjęte przez polskiego ustawodawcę w art. 18 u.d.z.u.r., przewidujące zakaz otrzymywania przez ubezpieczającego oraz osoby działające na jego rzecz lub w jego imieniu wynagrodzenia lub innych korzyści w związku z oferowaniem możliwości

34. Dyrektywa 2002/92/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 9 grudnia 2002 r. w sprawie pośrednictwa ubezpieczeniowego [Dz. WE L 9/3 z 15.01.2003 r., s. 6, t. 4].

35. Opinia rzecznika generalnego TSUE przedstawiona w dniu 24 marca 2022 r. w sprawie C-633/20, TC Medical Air Ambulance Agency GmbH, ECLI:EU:C:2022:220.

36. M. Ziemiak, *Glosa aprobująca do wyroku TSUE z 29.09.2022 w sprawie C-633/20. Ubezpieczający a pośrednik ubezpieczeniowy*, „Przegląd Ustawodawstwa Gospodarczego” 2023, nr 9, s. 36.

37. M. Fras, O. Zgonina, *ECJ – Group organizer as a distributor by the terms of IDD Commentary Judgement of the Court (First Chamber) of 29 September 2022 in case V-633/20, Bundesverband der Verbraucherzentralen und Verbraucherbande – Verbraucherzentrale Bundesverband eV v. TC Medical Air Ambulance Agency GmbH*, ECLI:EU:C:2022:733, s. 111.

38. M. Ziemiak, *Glosa aprobująca do wyroku TSUE z 29.09.2022 w sprawie C-633/20E*, s. 37.

skorzystania z ochrony ubezpieczeniowej lub czynnościami związanymi z wykonywaniem umowy ubezpieczenia, za optymalne podejście do kwestii rozstrzyganej przez TSUE³⁹. O ile jednak, tak jak zwracają uwagę powołani powyżej autorzy, wyrok TSUE w sprawie TC Medical powoduje konieczność interwencji niemieckiego ustawodawcy w celu rozwiania wątpliwości prawnych powstałych w Niemczech na skutek tego orzeczenia⁴⁰, to ze względu wspomniany art. 18 u.d.z.u.r. na gruncie prawa polskiego taka interwencja polskiego ustawodawcy nie jest konieczna.

5. Analiza potrzeb klienta w umowie grupowej

Zgodnie z art. 8 ust. 2 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń obowiązek określenia wymagań i potrzeb odnosi się klienta w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 10 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń. Jak zostało wskazane powyżej, jest nim poszukujący ochrony ubezpieczeniowej, ubezpieczający lub ubezpieczony. Ze względu na przyjętą w ustawie o dystrybucji ubezpieczeń definicję klienta, którym jest potencjalny ubezpieczający, a nie potencjalny ubezpieczony, w umowach ubezpieczenia na cudzy rachunek, w tym w szczególności w umowach grupowych, dystrybutor ubezpieczeń uzyskuje informacje o wymaganiach i potrzebach od poszukującego ochrony ubezpieczeniowej (potencjalnego ubezpieczającego), uwzględnia jego wymagania i potrzeby, ale implikowane przez wymagania i potrzeby przyszłych ubezpieczonych⁴¹ oraz jemu (potencjalnemu ubezpieczającemu) przekazuje informacje o produkcie ubezpieceniowym.

W umowach ubezpieczenia grupowego przedmiotem ochrony będzie interes potencjalnego ubezpieczonego (który dopiero przystąpi do umowy), zatem poszukujący ochrony ubezpieczeniowej z natury rzeczy wskazuje dystrybutorowi wymagania uwzględniające potrzeby potencjalnych ubezpieczonych. Takie podejście prezentuje m.in. Jakub Pokrzywniak, który wskazuje, że w ubezpieczeniach grupowych należy przyjąć, iż potrzeba (przyszłego) ubezpieczającego wyraża się w dążeniu do zapewnienia najlepszej możliwej ochrony przyszłym (potencjalnym) ubezpieczonym. Oznacza to, że potrzeby ubezpieczającego (poszukującego ochrony ubezpieczeniowej) odzwierciedlają potrzeby osób, które będą objęte ochroną ubezpieczeniową w przyszłości – po przystąpieniu do umowy. W związku z tym dystrybutor ma obowiązek zaproponowania ubezpieczającemu produktu, który będzie odpowiadał potrzebom przyszłych ubezpieczonych. Informacji o tych potrzebach powinien jednak udzielić dystrybutorowi klient, czyli ubezpieczający. Należy przy tym podkreślić, że dystrybutor, zgodnie z brzmieniem art. 8 ust. 1 ustawy o dystrybucji, polega jedynie na informacjach uzyskanych od klienta, nie ma natomiast obowiązku i możliwości weryfikowania wiarygodności i adekwatności tych informacji. Dorota Maśniak wskazuje jednak, że z uwagi na obowiązek zachowania przez dystrybutora aktywnej postawy przy uzyskiwaniu informacji od klienta, w procesie APK powinien on jednoznacznie zapytać o informacje dotyczące potrzeb

39. M. Fras, O. Zgonina, *ECJ – Group organizer as a distributor by the terms of IDD Commentary Judgement of the Court*, s. 108.

40. *Ibidem*, s. 112.

41. A. Tarasiuk, B. Wojno, *Group insurance distribution – selected comments on the Insurance Distribution Directive and its implementation into the Polish law*, [w:] *Insurance Challenges Anno Domini 2018. Publikacja jubileuszowa AIDA 2018*, [red.] K. Malinowska, A. Tarasiuk, Warszawa 2018, s. 136.

ubezpieczeniowych przyszłego ubezpieczonego (beneficjenta ochrony ubezpieczeniowej), a nie – poszukującego ochrony ubezpieczeniowej (przyszłego ubezpieczonego)⁴².

Ważne jest również to, że określenie wymagań i potrzeb nie musi polegać na analizie sytuacji każdego członka grupy indywidualnie, lecz może ograniczać się do ustalenia potrzeb przeciętnego, typowego członka grupy. Istota ubezpieczenia grupowego polega na tym, że ochrona ubezpieczeniowa świadczona jest, co do zasady, w identycznym zakresie dla każdego członka grupy, na podstawie pewnych założeń co do typowych cech wszystkich członków danej grupy, bez indywidualnej oceny ryzyka czy osobnego ustalania zakresu ochrony dla każdego ubezpieczonego⁴³. Konieczność określenia wymagań i potrzeb każdego indywidualnego, potencjalnego ubezpieczonego w ubezpieczeniach grupowych w praktyce uniemożliwiłaby dystrybucję tego typu umów ubezpieczenia⁴⁴.

Powyższe podejście zdaje się również podzielać Komisja Nadzoru Finansowego. W Rekomendacji U (rekomendacja 10.2) organ nadzoru wskazuje, że bank (lub inna jednostka objęta wymogami Rekomendacji U), który zamierza zawrzeć, jako ubezpieczający, umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek, powinien posiadać procedury pozwalające na uzyskanie informacji o wymaganiach i potrzebach potencjalnych klientów (przyszłych ubezpieczonych), tak aby umożliwić dystrybutorowi zaoferowanie jednostce umowy ubezpieczenia spełniającej wymagania i potrzeby tych osób.

Ustawodawca w art. 8 ust. 1 u.d.u. wyraźnie wskazał, że analiza potrzeb klienta powinna zostać przeprowadzona przed zawarciem umowy. W umowie grupowej przyszli ubezpieczeni przystępują jednak do umowy po jej zawarciu przez ubezpieczającego. W związku z tym brak możliwości spełnienia tego obowiązku wobec osób przystępujących do umowy. Ustawodawca w u.d.u. nie zdecydował się również, jak ma to miejsce we wspomnianym wcześniej art. 815 § 2 k.c. czy art. 21 ust. 2 u.d.u.r. na odpowiednie rozszerzenie obowiązków na ubezpieczonego w razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek.

Warto przy tym zaznaczyć, że ani ustawa o dystrybucji, ani dyrektywa IDD nie wskazują, do kogo analiza potrzeb powinna być kierowana przy ubezpieczeniach grupowych. Jedynie motyw 49 dyrektywy IDD odnosi się do umów grupowych. Stanowi on, że w przypadku ubezpieczeń grupowych, klient powinien oznaczać przedstawiciela grupy, który zawiera umowę ubezpieczenia w jej imieniu, w przypadku, gdy inni członkowie nie mogą podjąć indywidualnej decyzji o przystąpieniu do umowy. Odnosi się to jednak wyłącznie do obowiązkowych pracowniczych programów emerytalnych. Umowy takie nie występują na polskim rynku, a przepis został dodany do uzasadnienia do dyrektywy IDD ze względu na specyficzne produkty emerytalne oferowane wyłącznie na rynku niemieckim. Niemniej jednak, Michał Ziemiak odnosi go także do regulacji umów ubezpieczenia grupowego w Polsce (w oparciu m.in. o art. 808 i 829 k.c.), wskazując, że przedstawicielem grupy powinien być ubezpieczający, ze względu na to, że to on zawiera umowę na rachunek „członków grupy”⁴⁵.

42. D. Maśniak, *Komentarz do art. 8 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń*, [w:] M. Fras, B. Kucharski, K. Malinowska, D. Maśniak, M. Szaraniec, *Dystrybucja ubezpieczeń. Komentarz*, Wolter Kluwer, Warszawa 2020, s. 130.

43. J. Pokrzywniak, *Komentarz do art. 808 k.c.*, [w:] *Kodeks cywilny. Tom III. Komentarz do art. 627–1088*, [red.] M. Gutowski, CH Beck, Warszawa 2022.

44. D. Maśniak, *Komentarz do art. 8 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń*, s. 131. Tak też M. Ziemiak, *Informacja o produkcie ubezpieczeniowym i tzw. karta informacyjna produktu*, s. 107.

45. M. Ziemiak, *Informacja o produkcie ubezpieczeniowym i tzw. karta informacyjna produktu...*, s. 106.

Biorąc pod uwagę powyższe, należy uznać, że obowiązki dystrybutora ubezpieczeń związane z oceną wymagań i potrzeb nie dotyczą potencjalnego ubezpieczonego w umowie ubezpieczenia grupowego, a obejmują jedynie ubezpieczającego zawierającego taką umowę. Wydawać się może, że oznaczałoby to *de facto* pozbawienie ubezpieczonych przystępujących do grupowej umowy ubezpieczenia ochrony przed oferowaniem ubezpieczeń nieadekwatnych do ich wymagań i potrzeb. Ubezpieczający, działając jako organizator grupy, nie ma przecież sam potrzeb i wymagań w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, którą nie jest objęty. Jego potrzebą jest jedynie zapewnienie możliwości objęcia ochroną ubezpieczeniową innych osób. Powyższe potwierdza, że ustawodawca świadomie zdecydował, że w odniesieniu do potencjalnych ubezpieczonych w ubezpieczeniach na cudzy rachunek nie mają zastosowania obowiązki dotyczące dystrybucji umów ubezpieczenia, ale przyjął odmienny model zabezpieczenia ich praw i interesów.

Należy jednak wziąć pod uwagę przede wszystkim rozporządzenie delegowane do dyrektywy IDD w odniesieniu do wymogów w zakresie nadzoru nad produktem i zarządzania nim (rozporządzenie POG)⁴⁶. W art. 4 ust. 3 lit. a) ppkt (i) rozporządzenia POG ustawodawca europejski wprowadził wymóg, by konstrukcja produktów ubezpieczeniowych uwzględniała cele, interesy i cechy klientów. Z kolei w art. 5 ust. 1 rozporządzenie POG stanowi, że w procesie zatwierdzania produktu w odniesieniu do każdego produktu ubezpieczeniowego, określa się rynek docelowy i grupę odpowiednich klientów, a ust. 3 tego art. nakłada na twórców produktu obowiązek opracowywania i wprowadzania do obrotu wyłącznie takich produktów ubezpieczeniowych, które odpowiadają potrzebom, cechom i celom klientów należących do rynku docelowego.

W rozporządzeniu delegowanym nie zdefiniowano jednak pojęcia klienta, jak również nie ograniczono zakresu jego zastosowania do umów indywidualnych ani nie wyłączone z umów ubezpieczenia grupowego. Do kwestii tej odnosi się jednak EIOPA⁴⁷, która wskazuje, że przystępujący do umowy ubezpieczenia grupowego powinni być traktowani jako klienci (na potrzeby rozporządzenia POG), a ich wymagania i potrzeby powinny być wzięte pod uwagę przy tworzeniu produktu (powinny być uwzględnione w konstrukcji produktu).

Przeprowadzając ocenę zgodności produktu ubezpieczeniowego z rynkiem docelowym, twórcy produktu powinni brać pod uwagę poziom informacji dostępnych dla klientów należących do danego rynku docelowego i ich wiedzę w zakresie finansów. Rozporządzenie delegowane w motywie 5 precyzuje, że określenie rynku docelowego przez należy rozumieć jako opisanie grupy klientów posiadających wspólne cechy na poziomie abstrakcyjnym i uogólnionym, aby umożliwić twórcy produktu dostosowanie jego cech do potrzeb, cech i celów tej grupy klientów. Wskazuje również, że należy je odróżnić od indywidualnej oceny dokonywanej w punkcie sprzedaży w celu określenia, czy produkt ubezpieczeniowy odpowiada wymaganiom i potrzebom klienta.

Do kwestii tej odnoszą się również wspomniane wcześniej wymogi dotyczące adekwatności umowy dla grupy docelowej, zawarte w *Rekomendacjach KNF dotyczących systemu zarządzania produktem*. Rekomendacja 10.3 stanowi, że w celu określenia grupy docelowej klientów, do której

46. Rozporządzenie delegowane Komisji (UE) 2017/2358 z dnia 21 września 2017 r. uzupełniające dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/97 w odniesieniu do wymogów w zakresie nadzoru nad produktem i zarządzania nim dla zakładów ubezpieczeń i dystrybutorów ubezpieczeń [Dz. U. UE L 341 z 20.12.2017, s. 1].

47. EIOPA Q&A on regulations, Q&A 1617 – POG requirements in the context of group insurance contracts, https://www.eiopa.europa.eu/qa-regulation/questions-and-answers-database/1617-pog-requirements-context-group-insurance-contracts_en [dostęp: 5.10.2024].

kierowany jest dany produkt, zakład ubezpieczeń, w zależności od rodzaju produktu, powinien wziąć pod uwagę m.in. poziom ryzyka związanego z produktem w kontekście apetytu na ryzyko potencjalnego klienta z grupy docelowej, zakładany poziom wiedzy potencjalnego klienta, jego możliwości finansowe oraz oczekiwany przez potencjalnego klienta zakres i okres ochrony. *Rekomendacje* przez klienta rozumieją ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego i uprawnionego z umowy ubezpieczenia, a także podmiot poszukujący ochrony ubezpieczeniowej. Biorąc pod uwagę tak szeroką definicję klienta na gruncie powyższych *Rekomendacji*, należy uznać, że obejmuje ona również potencjalnych ubezpieczonych, do których może być kierowana umowa ubezpieczenia grupowego zawierana przez ubezpieczającego.

Umowy ubezpieczenia grupowego nie są umowami masowymi, w tym znaczeniu, że każda umowa jest indywidualnie negocjowana z ubezpieczającym, m.in. w zakresie poziomu ochrony ubezpieczeniowej oraz osób, do których będzie kierowana. W takim przypadku to ubezpieczający powinien określić powyższe cechy przyszłych ubezpieczonych, którym umożliwi przystąpienie do umowy, i zapewnić, że tylko tacy klienci będą mogli do umowy przystąpić. W ten sposób pośrednio zrealizowany zostanie cel przepisu art. 8 ust. 3 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń w przypadku ubezpieczonych w umowie grupowej.

Przeciwnie stanowisko wyraził jednak Sąd Najwyższy, który m.in. w wyroku z dnia 12 stycznia 2018 roku (II CSK 222/17)⁴⁸ stwierdził, że kwalifikacja prawna umowy ubezpieczenia grupowego, zawartej między bankiem a zakładem ubezpieczeń w ramach *bancassurance*, wymaga uwzględnienia całokształtu jej postanowień i rzeczywistego obrazu relacji między stronami oraz osobami mającymi uzyskać na jej podstawie ochronę ubezpieczeniową, a co za tym idzie, uznał za słuszne twierdzenie Sądu Apelacyjnego, że jeśli konsument przystępujący do programu ubezpieczenia grupowego oferowanego przez ubezpieczyciela za pośrednictwem banku ponosi w istocie takie same ciężary, jak konsument zawierający indywidualną umowę ubezpieczenia, to powinien mieć zapewniony taki sam poziom ochrony prawnej, w tym rzetelną informację od ubezpieczyciela przed zawarciem umowy. Istotne jest przy tym nie tylko to, na kim spoczywa obowiązek opłacania składki, lecz także, jaki jest wpływ potencjalnych ubezpieczonych na kształt ochrony ubezpieczeniowej oraz zakres obowiązków banku wobec zakładu ubezpieczeń i wobec ubezpieczonych, w tym ewentualny obowiązek działania w interesie ubezpieczonych. Sprawa dotyczyła grupowej umowy ubezpieczenia na życie oraz umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, do których ojciec powódki przystąpił, zawierając umowę kredytu z bankiem, będącym ubezpieczającym w umowach grupowych. Suma ubezpieczenia w umowie podstawowej wyniosła 100 zł, a w umowie dodatkowej 100 000 zł, a ciężar opłacania składki ponosił ubezpieczony. Ubezpieczony zmarł w wyniku uszkodzenia butli gazowej w wynajmowanym mieszkaniu, a ubezpieczyciel odmówił powódce (uposażonej) wypłaty świadczenia z umowy NNW, powołując się na wyłączenia w o.w.u. dotyczące śmierci na skutek oddziaływania jakichkolwiek gazów. Istotne jest, że takiego wyłączenia nie było w umowie głównej. Rolą banku było zachęcanie klientów zawierających umowy kredytu do przystępowania do tych umów ubezpieczenia (akwizycja), za które bank otrzymywał wynagrodzenie. Na ubezpieczający bank zakładał ubezpieczeń nakładał, obok obowiązków dotyczących promocji produktu, również obowiązek zaproponowania klientom ochrony ubezpieczeniowej, z podkreśleniem celów i korzyści z nich płynących. SN zwrócił jednak uwagę, że ze względu na zbieżność interesów ubezpieczyciela i ubezpieczającego powoduje

48. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 stycznia 2018 r., II CSK 222/17, Legalis nr 1728688.

to dla konsumenta jako ubezpieczonego szczególne ryzyko, związane z zakresem i adekwatnością udzielanej mu ochrony ubezpieczeniowej. W szczególności nieświadomość zakresu ochrony może skutkować m.in. tym, że ubezpieczony nie zapewni sobie ubezpieczenia dającego realne bezpieczeństwo, ufając ubezpieczającemu, za pośrednictwem którego przystępuje do ubezpieczenia. Ponadto zastrzeżone w umowie ubezpieczenia obowiązki banku koncentrowały się na współdziałaniu banku z zakładem ubezpieczeń w celu oferowania ubezpieczeń klientom banku, a nie wiązały się z podejmowaniem przez bank działań na rzecz ubezpieczonych i reprezentowaniem ich interesu wobec ubezpieczyciela w celu zapewnienia im korzystnego poziomu ochrony ubezpieczeniowej, z uwzględnieniem jej zakresu i wysokości składki. Z tego powodu SN uznał za słuszne twierdzenie Sądu Apelacyjnego, że w umowie ubezpieczenia grupowego badanie adekwatności umowy powinno obejmować ubezpieczonego (jako klienta) i zapewniać mu ochronę odpowiadającą sytuacji konsumenta zawierającego umowę samodzielnie. Należy jednak zaznaczyć, że wyrok ten dotyczył umowy sprzed wejścia w życie przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (choć SN w uzasadnieniu powołuje się na wytyczne KNF oraz przepisy u.d.z.u.r w zakresie umów grupowych) oraz ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, więc możliwość wyciągania z niego wniosków w obecnym stanie prawnym jest ograniczone. Ponadto SN przyjął, że w rozpatrywanym stanie faktycznym należy przyjąć koncepcję tzw. rozproszonego stosunku ubezpieczenia grupowego, w którym obok umowy ramowej między ubezpieczycielem a organizatorem grupy (w tym przypadku bankiem) istnieją indywidualne umowy ubezpieczenia zawierane przez przystąpienie do ubezpieczenia, których treść jest określona *ex ante* w umowie ramowej⁴⁹. Podobnie do powyższej koncepcji umowy ubezpieczenia grupowego SN przychylił się w wyroku z dnia 16 września 2016 roku (IV CSK 711/15)⁵⁰. W przedmiotowej sprawie bank (pozwany) wystąpił jako ubezpieczający, który zawarł z ubezpieczycielem umowę ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej. Zdaniem SN ubezpieczony poprzez deklarację przystąpił do osobowego ubezpieczenia grupowego, będącego odmianą ubezpieczenia zbiorowego, w związku z tym w ostatecznym wyniku stał się stroną (podmiotem stosunku ubezpieczenia), a nie osobą trzecią. W ocenie SN oznacza to, że nie wykorzystano w tym przypadku konstrukcji ubezpieczenia na cudzy rachunek, przewidzianej w art. 808 k.c., a ubezpieczony w drodze przystąpienia (adhezji) zawarł umowę, której warunki zostały ustalone przez inne podmioty.

6. Szczególne wymagania dotyczące badania potrzeb klienta w umowach ubezpieczenia na życie o charakterze inwestycyjnym

Jak już wcześniej wspomniano, szczególne wymogi w zakresie badania potrzeb klienta określone zostały dla umów ubezpieczenia na życie o charakterze inwestycyjnym, które zawarte są w art. 21 u.d.z.u.r. oraz Rekomendacjach KNF dla zakładów ubezpieczeń dotyczących oceny odpowiedności ubezpieczenia na życie z elementem inwestycyjnym. Wynikająca z nich ocena potrzeb klienta koncentruje się przede wszystkim na inwestycyjnych aspektach tego typu umów, w tym w szczególności na charakterze danego produktu, celach inwestycyjnych klienta, jego sytuacji finansowej oraz wiedzy niezbędnej do zrozumienia ryzyk związanych z daną umową.

49. Szerzej na temat koncepcji M. Fras, *Umowa ubezpieczenia grupowego...*, s. 150 i nast.

50. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 września 2016 r., IV CSK 711/15, Legalis nr 1716875.

Przepis art. 21 ust. 1 u.d.z.u.r. określa, że formą badania potrzeb⁵¹ klienta jest ankieta, na podstawie której ubezpieczyciel uzyskuje informacje dotyczące potrzeb klienta, jego wiedzy i doświadczenia oraz jego sytuacji finansowej. Minimalny zakres informacji określony został w Rozporządzeniu Ministra Finansów⁵². Ankieta powinna obejmować dane dotyczące:

- celu zawarcia lub przystąpienia do umowy,
- poziomu ryzyka inwestycyjnego, jaki ubezpieczający lub ubezpieczony jest w stanie zaakceptować w ramach realizacji wskazanego celu,
- preferowanej częstotliwości opłacania składki ubezpieczeniowej,
- preferowanego okresu obowiązywania umowy ubezpieczenia na życie,
- wieku ubezpieczającego lub ubezpieczonego,
- wiedzy oraz źródeł w zakresie ubezpieczeń na życie i produktów inwestycyjnych,
- rodzajów dokonywanych inwestycji w zakresie ubezpieczeń na życie oraz produktów inwestycyjnych w ciągu ostatnich 5 lat,
- bieżącej sytuacji ubezpieczającego lub ubezpieczonego.

Dotychczasowe *Rekomendacje KNF dla zakładów ubezpieczeń dotyczące badania adekwatności produktu* (rekomendacja 6 i 7) zawierały analogiczny katalog informacji, które powinny uzyskać zakłady ubezpieczeń w ramach dokonywanej analizy potrzeb klienta. Podobnie określają to *Rekomendacje KNF dla zakładów ubezpieczeń dotyczące oceny odpowiedniości ubezpieczenia na życie z elementem inwestycyjnym* (rekomendacja 6). Doprecyzowują one jednak zakres pytań, jakie powinny znaleźć się w ankiecie. Ubezpieczyciel powinien m.in. uzyskać informacje dotyczące umów ubezpieczenia zawartych w ciągu ostatnich 5 lat, innych umów, których przedmiotem było nabycie produktów inwestycyjnych oraz przybliżonej wartości miesięcznego dochodu netto (średni miesięczny przychód obliczony na podstawie przychodów za sześć miesięcy, pomniejszony o zaliczkę na poczet podatku dochodowego od osób fizycznych, składki na ubezpieczenie zdrowotne, składki na ubezpieczenie społeczne, alimenty na rzecz innych osób oraz wydatki z tytułu zobowiązań kredytowych i finansowych).

Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, w przeciwieństwie do ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, w zakresie badania adekwatności produktu odnosi się do grupowych umów ubezpieczenia. Ustawodawca określił, że informacje dotyczące potrzeb klienta powinny być uzyskane przed zawarciem umowy ubezpieczenia. W przypadku umów grupowych art. 21 ust. 2 u.d.z.u.r. wskazuje, iż informacje dotyczące ubezpieczonego zakład ubezpieczeń uzyskuje przed wyrażeniem przez niego zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia zawartej przez ubezpieczającego, tak aby zakład ubezpieczeń mógł dokonać oceny, czy umowa jest odpowiednia do jego potrzeb. Jak wskazuje Magdalena Szczepańska, w doktrynie wyrażany jest pogląd, że badanie potrzeb ubezpieczonych w umowie grupowej oraz indywidualna ocena ich potrzeb są sprzeczne z podstawowymi zasadami oceny ryzyka w ubezpieczeniach grupowych, ponieważ ocena ryzyka opiera się na globalnej ocenie całej grupy. Autorka ocenia je przy tym negatywnie, uznając za błędne utożsamianie badania potrzeb indywidualnych ubezpieczonych

51. Należy zwrócić uwagę, że w art. 21 u.d.z.u.r. ustawodawca odnosi się jedynie do potrzeb, natomiast w art. 8 u.d.u odnosi się do wymagań i potrzeb, co jest pojęciem szerszym, ze względu na to, że wymagania i potrzeby nie są pojęciem tożsamym.

52. Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 2 lutego 2016 r. w sprawie minimalnego zakresu danych zamieszczanych w ankiecie dotyczącej potrzeb ubezpieczającego lub ubezpieczonego (Dz. U. 2016, poz. 167).

w umowie ubezpieczenia grupowego z oceną ryzyka w tym ubezpieczeniu⁵³. Należy się zgodzić z takim stanowiskiem. Obowiązek analizy potrzeb klienta na gruncie art. 21 u.d.z.u.r. wynika z inwestycyjnego charakteru umowy ubezpieczenia, której dotyczy. Należy pamiętać, że w ramach jednej umowy ubezpieczenia na życie z UFK może występować kilka lub nawet kilkadziesiąt różnych funduszy o różnej strategii inwestycyjnej. O ile możliwa jest ocena ryzyka ubezpieczeniowego dla grupy, czy określenie ogólnych, abstrakcyjnych potrzeb takiej grupy w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, które mogą być takie same lub zbliżone dla wielu osób, to potrzeby i oczekiwania inwestycyjne mają subiektywny charakter i zależą od indywidualnej sytuacji każdej osoby – jej doświadczeń, wiedzy, sytuacji majątkowej i rodzinnej. Może się zdarzyć, że w ramach jednej grupy, do której kierowana jest umowa ubezpieczenia grupowego, np. pracowników jednego zakładu pracy, zakres potrzeb poszczególnych pracowników jest odmienny. Nie jest w związku z tym możliwe stworzenie profilu inwestycyjnego dla grupy osób, który spełniałby potrzeby i wymagania wszystkich mogących przystąpić do takiej umowy. Rozwiązaniem, które w pewnym stopniu tworzy jeden profil inwestycyjny dla całej grupy, są fundusze cykli życia (*life-cycle*) stosowane w produktach o charakterze emerytalnym (np. polskim PPK lub brytyjskim *auto-enrolment*).

Zgodnie z art. 21 ust. 5 u.d.z.u.r. w przypadku umowy ubezpieczenia grupowego zakład ubezpieczeń, na podstawie analizy informacji zawartych w ankiecie, przedstawia konkretnemu ubezpieczonemu przed wyrażeniem przez niego zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach tej umowy rekomendację wraz z uzasadnieniem w zakresie skorzystania przez niego z tej ochrony. Uzasadnienie powinno w szczególności obejmować zidentyfikowanie potrzeb ubezpieczonego oraz wyjaśnienie, w jaki sposób ochrona ubezpieczeniowa udzielana na podstawie umowy ubezpieczenia zaspokaja te potrzeby. Magdalena Szczepańska wskazuje przy tym, że w przypadku ubezpieczeń grupowych mogą być w ramach jednej umowy wyodrębniane przez zakład ubezpieczeń podgrupy, np. ze względu na zróżnicowany poziom ryzyka inwestycyjnego. W takim przypadku rekomendacja może wskazywać konkretną podgrupę, która jest adekwatna do potrzeb wiedzy i doświadczenia indywidualnego ubezpieczonego⁵⁴. Wydaje się, że nie chodzi o podgrupy klientów, ale o podgrupy ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych o zróżnicowanym profilu inwestycyjnym. Takie podejście prezentuje także KNF, która w stanowisku z 23 października 2018 roku⁵⁵ wskazała, że zawarcie lub przystąpienie do umowy ubezpieczenia, w ramach której dostępne będą UFK o poziomie ryzyka wyższym niż poziom ryzyka akceptowany przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego, możliwe jest jedynie na podstawie pisemnego żądania (tj. w trybie określonym w art. 21 ust. 4 u.d.z.u.r.). Zakłady ubezpieczeń nie mogą zaś podejmować jakichkolwiek działań zmierzających do odejścia od tej zasady przez cały okres trwania umowy ubezpieczenia i powinny respektować wywiedziony z ankiety potrzeb wybór akceptowalnego poziomu ryzyka inwestycyjnego.

Należy zaznaczyć, że ustawodawca w ramach tego przepisu jest nieprecyzyjny i może on budzić wątpliwości. Istotą badania potrzeb na gruncie art. 21 u.d.z.u.r. nie jest przecież określenie

53. M. Szczepańska, *Analiza potrzeb klienta w świetle art. 21 ustawy o działalności ubezpieczeniowej*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2016, nr 3, s. 99 – autorka nie podaje jednak przedstawicieli doktryny wyrażających takie poglądy.

54. M. Szczepańska, [w:] *Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Komentarz*, [red.] P. Wajda, M. Szczepańska, Wolters Kluwer, Warszawa 2017, s. 178.

55. Stanowisko UKNF z dnia 23 października 2018 r. w sprawie stosowania art. 21 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, https://www.knf.gov.pl/knf/pl/komponenty/img/Stalowisko_w_sprawie_stosowania_art_21_ustawy_o_dzialalnosci_ubezpieczeniowej_i_reasekuracyjnej_63502.pdf [dostęp: 5.06.2024].

zakresu ochrony ubezpieczeniowej. Co prawda w ramach badania (w ankiecie) klient może określić swoje preferencje co do zakresu ochrony ubezpieczeniowej (w praktyce: określając charakter tej umowy – ochronny, ochronno-oszczędnościowy czy inwestycyjny, poprzez wskazanie sumy ubezpieczenia i podziału składki na część ochronną i inwestycyjną), ale głównym celem tego badania jest określenie jego potrzeb inwestycyjnych. Świadczy o tym m.in. wymagany zakres pytań w ankiecie (np. pytania o akceptowany poziom ryzyka inwestycyjnego, o wiedzę na temat produktów inwestycyjnych czy dotychczasowe doświadczenie w inwestowaniu). Pogląd taki wyraziła również KNF, która stwierdziła, że badanie potrzeb na gruncie art. 21 u.dz.u.r. ma na celu ustalenie, w sposób niebudzący wątpliwości, jakiego typu ubezpieczenie o charakterze inwestycyjnym jest właściwe i dostosowane dla potrzeb konkretnego klienta, w szczególności co do doboru aktywów, w które inwestowane będą składki bądź doboru indeksów i innych wartości bazowych determinujących wysokość wypłacanego świadczenia⁵⁶.

Podsumowanie

Przez ostatnie lata ustawodawca dążył do zapewnienia ochrony klientom umów ubezpieczenia poprzez zagwarantowanie im wysokiej jakości informacji o treści zawieranej umowy ubezpieczenia. Złożoność tych umów powoduje jednak, że jasne i zrozumiałe przedstawienie klientowi ich treści umowy jest trudne lub wręcz niemożliwe. Z tego powodu zdecydowano się na wprowadzenie dodatkowej ochrony klienta polegającej na szczególnym obowiązku skierowanym do podmiotów, za pośrednictwem których klient zawiera umowę ubezpieczenia. Polega on na zapewnieniu użyteczności oferowanego ubezpieczenia dla konkretnego klienta – poprzez badanie i dopasowanie umowy ubezpieczenia do jego potrzeb. Nie jest to koncepcja nowa. Wymogi takie obowiązywały już wcześniej na rynku kapitałowym w odniesieniu do produktów inwestycyjnych, m.in. w dyrektywie MiFID. Zostały następnie przeniesione na grunt ubezpieczeń, najpierw w odniesieniu do umów ubezpieczenia o charakterze inwestycyjnym, a następnie – do wszystkich umów ubezpieczenia.

Wątpliwości budzi jednak, czy i w jakim zakresie obowiązek sprawdzenia wymagań i potrzeb klienta powinien być realizowany w ubezpieczeniach na cudzy rachunek, zwłaszcza w ubezpieczeniach grupowych. Obowiązek ten odnosi się klienta – jest nim poszukujący ochrony ubezpieczeniowej, ubezpieczający lub ubezpieczony. Ze względu na przyjętą w ustawie o dystrybucji ubezpieczeń definicję klienta, którym jest potencjalny ubezpieczający, a nie potencjalny ubezpieczony (zgodnie z art. 8 ust. 1 tej ustawy), w umowach ubezpieczenia na cudzy rachunek dystrybutor ubezpieczeń uzyskuje informacje o wymaganiach i potrzebach od poszukującego ochrony ubezpieczeniowej (potencjalnego ubezpieczającego), uwzględnia jego wymagania i potrzeby i jemu (potencjalnemu ubezpieczającemu) przekazuje informacje o produkcie ubezpieczeniowym. Obowiązki dystrybutora ubezpieczeń związane z rozpoznaniem wymagań i potrzeb nie dotyczą w związku z tym przyszłego ubezpieczonego w grupowej umowie ubezpieczenia, a jedynie ubezpieczającego zawierającego taką umowę.

56. Stanowisko Urzędu Komisji Nadzoru Finansowego z 17 lipca 2019 r. dotyczące ubezpieczeń z grupy 3 działu I załącznika do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, https://www.knf.gov.pl/knf/pl/komponenty/img/Stalowisko_UKNF_dot_UFK_66545.pdf [dostęp: 5.06.2024].

Zapewnienie użyteczności oferowanego ubezpieczenia dla każdej osoby przystępującej do umowy ubezpieczenia grupowego realizowane jest w procesie zatwierdzania produktu ubezpieczeniowego, w którym twórca produktu określa rynek docelowy dla danego produktu i grupę osób, do których ten produkt jest skierowany – posiadających na poziomie abstrakcyjnym i uogólnionym wspólne cechy, umożliwiające twórcy dostosowanie cech produktu do potrzeb, cech i celów tej grupy klientów. Twórca produktu ma przy tym obowiązek opracowywania i wprowadzania do obrotu wyłącznie takich produktów ubezpieczeniowych, które odpowiadają potrzebom, cechom i celom klientów należących do rynku docelowego.

Określenie rynku docelowego przez twórcę należy również odróżnić od indywidualnej oceny dokonywanej w punkcie sprzedaży w celu określenia, czy produkt ubezpieczeniowy odpowiada wymaganiom i potrzebom klienta.

Obowiązek badania wymagań i potrzeb osób przystępujących do grupowej umowy ubezpieczenia jest realizowany w taki sposób, że to ubezpieczający określa cechy przyszłych ubezpieczonych, którym umożliwia przystąpienie do umowy, i zapewnia, że tylko tacy klienci będą mogli do tej umowy przystąpić. W ten sposób pośrednio realizowany jest cel przepisu art. 8 ust. 3 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń w przypadku ubezpieczonych w umowie grupowej.

Odmienne w tym względzie wymagania odnoszące się do grupowych umów ubezpieczenia na życie o charakterze inwestycyjnym wynikają ze specyfiki tego typu umów ubezpieczenia – nie sposób określić preferencji inwestycyjnych przyszłej, abstrakcyjnej grupy ubezpieczonych, a takie potrzeby inwestycyjne – nawet w umowie grupowej – powinny zostać zbadane indywidualnie.

Wykaz źródeł

- Długosz Z., *Ograniczenia swobody umów w ubezpieczeniach na cudzy rachunek*, Wolters Kluwer, Warszawa 2017.
- Fras M., *Umowa ubezpieczenia grupowego. Aspekty prawne*, Wolters Kluwer, Warszawa 2015.
- Fras M., Zgonina O., *ECJ – Group organizer as a distributor by the terms of IDD Commentary Judgement of the Court (First Chamber) of 29 September 2022 in case V-633/20, Bundesverband der Verbraucherzentralen und Verbraucherbände – Verbraucherzentrale Bundesverband eV v. TC Medical Air Ambulance Agency GmbH*, ECLI:EU:C:2022:733.
- Ganczar M., [w:] *Prawo konsumenckie w praktyce*, Czarnacka M., Skoczny T. [red.], Wolters Kluwer, Warszawa 2016.
- Krajewski M., *Komentarz do art. 17 u.d.z.u.r.*, [w:] *Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Komentarz*, Wajda P., Szczepańska M. [red.], Wolters Kluwer, Warszawa 2017.
- Maśniak D., *Czy test wymagań i potrzeb to wniosek ubezpieczeniowy*, [w:] *Dystrybucja usług ubezpieczeniowych*, Gnela B., Szaraniec M. [red.], Wolters Kluwer, Warszawa 2017.
- Maśniak D., Malinowska K., *Czynności dystrybucyjne w nowym reżimie zawierania umów ubezpieczenia – wybrane aspekty implementacji dyrektywy nr 2016/97 w sprawie dystrybucji ubezpieczeń*, „Prawo Asekuracyjne” 2017, nr 2.
- Maśniak D., *Komentarz do art. 8 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń*, [w:] Fras M., Kucharski B., Malinowska K., Maśniak D., Szaraniec M., *Dystrybucja ubezpieczeń. Komentarz*, Wolters Kluwer, Warszawa 2020.

- Nowak J., [w:] *Ustawa o dystrybucji ubezpieczeń. Komentarz*, Czublun P. [red.], CH Beck, Warszawa 2018.
- Orlicki M., *Pozycja prawna banku w ubezpieczeniach bancassurance*, „Prawo Asekuracyjne” 2008, nr 2.
- Orlicki M., *Projektowanie typu ubezpieczenia („produktu ubezpieczeniowego”) według rekomendacji KNF dla zakładów ubezpieczeń dotyczących systemu zarządzania produktem*, „Prawo Asekuracyjne” 2016, nr 3.
- Orlicki M., *Ubezpieczenia grupowe po wejściu w życie ustawy o dystrybucji ubezpieczeń*, „Prawo Asekuracyjne” 2019, nr 1.
- Orlicki M., *Analiza potrzeb – rzeczywista czy pozorna?*, „Prawo Asekuracyjne” 2019, nr 2.
- Pokrzywniak J., *Nowe zasady dystrybucji ubezpieczeń*, Pokrzywniak J. [red.], Wolters Kluwer, Warszawa 2018.
- Pokrzywniak J., *Komentarz do art. 808 k.c.*, [w:] *Kodeks cywilny. Tom III. Komentarz do art. 627–1088*, Gutowski M. [red.], CH Beck, Warszawa 2022.
- Szczepańska M., *Analiza potrzeb klienta w świetle art. 21 ustawy o działalności ubezpieczeniowej*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2016, nr 3.
- Szczepańska M., [w:] *Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Komentarz*, Wajda P., Szczepańska M. [red.], Wolters Kluwer, Warszawa 2017.
- Tarasiuk A., Wojno B., *Group insurance distribution – selected comments on the Insurance Distribution Directive and its implementation into the Polish law*, [w:] *Insurance Challenges Anno Domini 2018. Publikacja jubileuszowa AIDA 2018*, Malinowska K., Tarasiuk A. [red.], Warszawa 2018.
- Ziemiak M., *Informacja o produkcie ubezpieczeniowym i tzw. karta informacyjna produktu. Kilka uwag na tle artykułów 8 i 9 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń*, [w:] *Insurance Challenges Anno Domini 2018. Publikacja jubileuszowa AIDA 2018*, Malinowska K., Tarasiuk A. [red.], Warszawa 2018.
- Ziemiak M., *Glosa aprobująca do wyroku TSUE z 29.09.2022 w sprawie C-633/20. Ubezpieczający a pośrednik ubezpieczeniowy*, „Przegląd Ustawodawstwa Gospodarczego” 2023, nr 9.

Customer needs analysis in a group insurance contract

In recent years, in an effort to increase the protection of customers of insurance contracts, the legislator has introduced an obligation, directed at the entities with which the customer concludes an insurance contract, to ensure the usefulness of the insurance offered to a particular customer – by examining and tailoring the insurance contract to the needs of that customer. However, it is questionable whether and to what extent the obligation to assess the customer’s needs and requirements should be implemented in the case of insurance on someone else’s account, in particular group insurance. The obligation relates to the customer – it is the customer seeking insurance cover, the policyholder or the insured, but not the future insured in a group insurance contract. There are other ways of ensuring that the insurance offered is beneficial to each individual who enters into a group insurance contract, including the insurance product approval process, in which the product manufacturer defines the target market for the product and the group of clients to whom the product is addressed. However, group life insurance contracts with investment character are subject to different requirements in this respect due to the specificities of this type of insurance contract.

Keywords: group insurance contract, customer, customer requirements and needs analysis, Insurance Distribution Act, investment life insurance contracts

PIOTR WRZESIŃSKI – doktorant na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Łódzkiego.
ORCID: 0000-0002-3543-2730

