

**Cezary Orłowski**

główny specjalista w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych

### **Bancassurance z punktu widzenia Rzecznika Ubezpieczonych**

Rzecznik Ubezpieczonych od 2004 r. bada zapisy umów, których dystrybucją zajmują się banki bądź podmioty z nimi powiązane w ramach *bancassurance*, czyli bankowości ubezpieczeniowej, oraz dokonuje bieżącej analizy sytuacji prawnej konsumentów na tle tych umów. Rzecznik Ubezpieczonych podejmuje również działania o charakterze ogólnym, które są konsekwencją interwencji w sprawach indywidualnych. Czynności powyższe mają przede wszystkim na celu poprawę sytuacji oraz wyeliminowanie niekorzystnych dla ogółu konsumentów rozwiązań wynikających zarówno z treści umów, jak i z przyjętego przez ubezpieczycieli i banki modelu sprzedaży ubezpieczeń.

Przykładem działań o charakterze ogólnym, podejmowanych przez Rzecznika Ubezpieczonych w latach ubiegłych, są m.in.: [raport Rzecznika Ubezpieczonych z dnia 13 grudnia 2007 r. Podstawowe problemy bancassurance w Polsce](#), wystąpienie Rzecznika Ubezpieczonych do Prezesa UOKiK z dnia 21 kwietnia 2011 r., dotyczące praktyk banków i ubezpieczycieli naruszających zbiorowe interesy konsumentów, oraz [raport Rzecznika Ubezpieczonych z dnia 7 grudnia 2012 r. Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym](#), a także [aneks do raportu Rzecznika Ubezpieczonych z 2007 r. Podstawowe problemy bancassurance w Polsce – skargi z zakresu bancassurance wniesione w 2012 r.](#)

W powyższych opracowaniach podanych do publicznej wiadomości opisane zostały zdiagnozowane problemy wymagające nie tylko wprowadzenia zmian w zakresie regulacji prawnych, dotyczących szczególnie umowy ubezpieczenia grupowego, lecz także zdecydowanych działań Urzędu Komisji Nadzoru Finansowego. We wspomnianym [raporcie dotyczącym umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym](#) zwrócono przede wszystkim uwagę na **problem konstrukcji umów, zjawisko złej sprzedaży** (tzw. *misselling*) oraz **łączenie przez banki roli ubezpieczającego i pośrednika ubezpieczeniowego**, z czym wiążą się naruszenie zasady lojalności wobec klienta oraz działania z narażeniem interesu klienta. W tym miejscu z przykrością należy stwierdzić, iż dopiero publiczna debata, która odbyła się w 2013 r., wymusiła podjęcie działań ukierunkowanych na polepszenie trudnej sytuacji konsumentów – klientów banków.

Powyższe spostrzeżenie dotyczy nie tylko samoregulacji, tj. [rekomendacji Związku Banków Polskich](#) oraz z 2013 r., a także [wytycznych dla zakładów ubezpieczeń](#) i [rekomendacji U Komisji Nadzoru Finansowego](#) z 2014 r., lecz przede wszystkim zapowiadanej i – niestety – wciąż odkładanej w czasie nowelizacji przepisów kodeksu cywilnego regulujących materię umowy ubezpieczenia grupowego.

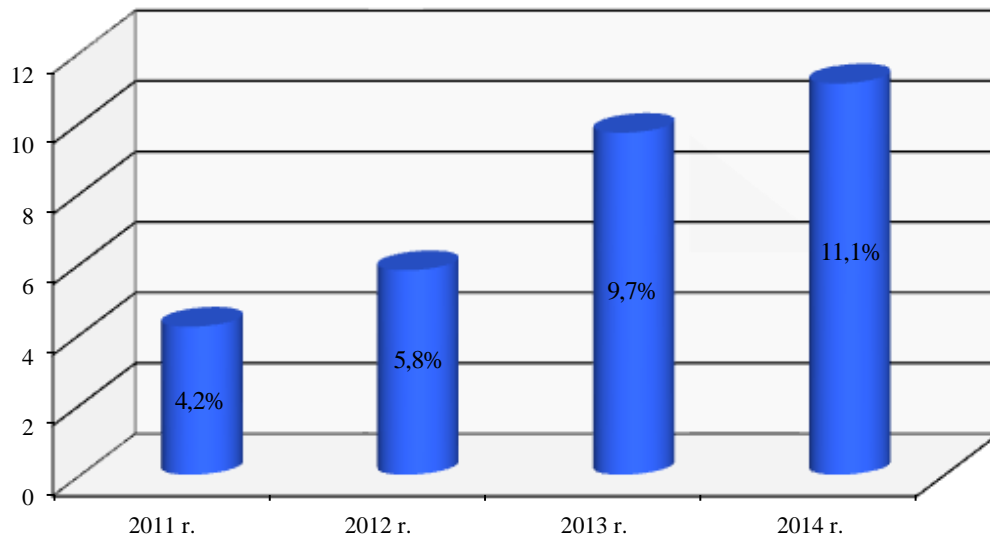
Koniec 2013 r. i początek 2014 r. to również napływ niepokojących informacji z rynku dotyczących wzrostu liczby spraw sądowych (pозwów grupowych) oraz [decyzji UOKiK](#) związanych z produktami ubezpieczeniowo-finansowymi występującymi na rynku *bancassurance*. W tym stanie rzeczy z przykrością stwierdzić należy, że **skala problemów i nieprawidłowości związanych z funkcjonowaniem *bancassurance* w Polsce** przybrała tak niepokojące rozmiary, iż nie tylko  **pogłębił się kryzys zaufania do instytucji i rynków finansowych**, co już samo w sobie jest wysoce niepokojące, lecz także doszło do wzrostu liczby spraw spornych (pozwy zbiorowe, kary nakładane przez UOKiK), czego konsekwencje dla rynku widoczne będą zapewne w niedalekiej przyszłości. Obecnie duże nadzieje wiążemy z *Rekomendacją U*, która weszła w życie w dniu 31 marca 2015 r. Jest zatem za wcześnie na wnioski dotyczące jej wpływu na praktykę banków.

Z danych statystycznych prezentowanych w kolejnych raportach rocznych wynika sukcesywny – i dynamiczny – wzrost liczby skarg na postępowanie ubezpieczycieli działających w ramach segmentu *bancassurance*. W 2004 r. liczba ta wynosiła 39 (1,0% wszystkich skarg), w 2005 r. – 62 (1,4%), w 2006 r. – 109 (1,7%), w 2007 r. – 143 (2,1%), w 2008 r. – 218 (2,9%), w 2009 r. było to już 418 skarg (4,9%), w 2010 r. – ogółem 558 skarg (4,7%). Dynamikę skarg w latach 2011–2014 przedstawia poniższa tabela.

**Tabela nr 1**  
**Liczba skarg dotyczących segmentu *bancassurance***  
**kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych**  
**w latach 2011–2014**

Lp.	Rok	Liczba skarg dot. <i>bancassurance</i>	Liczba skarg ogółem	Procentowo w liczbie skarg ogółem
1.	2011	597	14 356	4,2
2.	2012	889	15 273	5,8
3.	2013	1604	16 516	9,7
4.	2014	1707	15 429	11,1

**Wykres nr 1**  
**Liczba skarg dotyczących bancassurance**  
**wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych**  
**w latach 2011 - 2014**



### **Zdiagnozowane nieprawidłowości**

Rzecznik Ubezpieczonych, podobnie jak w latach ubiegłych, dostrzega w obszarze *bancassurance* szereg niepokojących zjawisk, które winny zostać niezwłocznie wyeliminowane bądź w znacznym stopniu ograniczone. Z analizy postępowań skargowych prowadzonych przez Rzecznika Ubezpieczonych wynika, iż w dalszym ciągu aktualne pozostają następujące problemy:

1. W przypadku ubezpieczeń ochronnych i finansowych:
  - a) liczne odmowy wypłat świadczeń, np. z powodu braku ochrony ubezpieczeniowej wynikającej ze stanu zdrowia, formy zatrudnienia lub wieku ubezpieczonej osoby;
  - b) informowanie konsumentów i utwierdzanie ich w błędnym przeświadczeniu o obowiązkowym charakterze umów ubezpieczeń *bancassurance*;
  - c) w dalszym ciągu, pomimo funkcjonujących rekomendacji, powtarzające się przypadki zaniżania części składki ubezpieczeniowej podlegającej zwrotowi w przypadku rozwiązania umowy przed końcem jej obowiązywania;
  - d) opieszałość w realizacji umowy ubezpieczenia, przejawiająca się:

- przewlekłym postępowaniem ubezpieczycieli,
- późnym zgłaszaniem roszczeń przez bank,
- błędnym – niewłaściwym – kierowaniem roszczeń przez bank,
- zupełnym brakiem zainteresowania dochodzeniem roszczeń przez ubezpieczającego (bank) w ramach postępowania sądowego.

2. W przypadku ubezpieczeń inwestycyjnych przyczyną powstałych problemów były:

- a) brak wyczerpujących informacji o inwestycyjnym charakterze umowy ubezpieczenia i związanych z tym zagrożeniami, w szczególności ryzyka utraty płynności finansowej klienta w trakcie obowiązywania umowy, co do zasady długiego okresu inwestowania oraz konsekwencji przerwania tego programu skutkującej wysoką opłatą likwidacyjną;
- b) utrata możliwości wycofania zainwestowanych środków pieniężnych w przypadku rezygnacji z ubezpieczenia w pierwszych latach obowiązywania umowy;
- c) konstrukcja tych umów sprzeczna z naturą (istotą) umowy ubezpieczenia.

Z analizy skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych wynika, iż **nadal bardzo istotnym problemem jest niedopasowanie produktu do potrzeb konsumentów**. Zasady przyjmowania ubezpieczonych do ubezpieczeń grupowych sprowadzają się w większości przypadków do akceptacji warunków umowy bez pogłębionej analizy potrzeb potencjalnych ubezpieczonych oraz oceny ryzyka ubezpieczeniowego, co niestety często prowadzi do zjawiska zawierania tzw. pustych umów. Ubezpieczeni, bądź ich spadkobiercy, objęci ubezpieczeniem grupowym na życie, o tym, że nie spełniają warunków przystąpienia do umowy, dowiadują się dopiero podczas rozpatrywania roszczenia z umowy ubezpieczenia. Tymczasem ubezpieczenie ochronne najczęściej odbierane jest przez konsumentów jako zabezpieczenie udzielonego kredytu lub pożyczki, mające gwarantować stuprocentową realizację spłaty zobowiązania zaciągniętego wobec banku. Powyższe przekonanie wzmacnia dodatkowo świadomość, iż to bank, narzucając umowę ubezpieczenia jako zabezpieczenie umowy kredytu, w pełni zadbał o jakość umowy ubezpieczenia i wynegocjował z ubezpieczycielem najlepsze warunki, których konsument nie byłby w stanie samodzielnie uzyskać. W rezultacie konsumenci najczęściej wychodzą z założenia, że banki nie będą proponować klientom umów, które są dla nich niekorzystne. Ich zdaniem taka sytuacja jest po prostu nieracjonalna. Jednak z analizy postępowań skargowych prowadzonych przez

Rzecznika Ubezpieczonych wynika, iż niestety **banki nie kontrolują jakości umów ubezpieczeń w ogóle, bądź czynią to w niewielkim stopniu**. W konsekwencji w obszarze *bancassurance* mamy do czynienia ze znaczną liczbą umów ubezpieczenia zawierających postanowienia niedozwolone, o czym świadczą liczne wpisy do prowadzonego przez UOKiK rejestru klauzul abuzywnych. Rezultatem powyższego jest przede wszystkim ogromne rozczarowanie konsumentów oraz utrata zaufania do podmiotów, które winny cieszyć się szczególnym zaufaniem publicznym, a takimi są niewątpliwie zakłady ubezpieczeń oraz banki.

Bardzo istotnym problemem są – pomimo krytycznych publikacji Rzecznika Ubezpieczonych i odpowiednich zapisów *Rekomendacji U* – wciąż występujące trudności w skutecznym dochodzeniu roszczeń z umów ubezpieczenia grupowego w sytuacji, gdy uprawnionym do żądania zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego jest tylko bank, który nie chce skorzystać z przysługującego mu świadczenia ubezpieczeniowego. Ma to miejsce zazwyczaj wtedy, gdy bank i ubezpieczyciel są częściami tej samej grupy kapitałowej. Nie jest do końca jasne, dlaczego bank, pomimo możliwości odciążenia kredytobiorców od powinności osobistego świadczenia, tego nie czyni i nie egzekwuje wykonania umowy ubezpieczenia. Zamiast tego uruchamia procedurę windykacji długu od ubezpieczonych albo ich spadkobierców. Bank, zwlekając z realizacją swoich praw wynikających z umowy ubezpieczenia bądź rezygnując z nich, deprecjonuje więc znaczenie i sens umowy ubezpieczenia.

Bolączką, o której warto również wspomnieć, są długotrwałe spory toczące przed sądami powszechnymi. **Rzecznik Ubezpieczonych uważa, że dobrym sposobem na szybkie i polubowne rozwiązywanie sporów byłaby deklaracja banków i ubezpieczycieli, iż będą oni rozstrzygać spory z ubezpieczonymi powstałe w związku z umowami ubezpieczenia *bancassurance* przed sądami polubownymi** (przy UKNF, Rzeczniku Ubezpieczonych lub innych instytucjach tego rodzaju). Zapis na sąd polubowny może znaleźć się w każdej umowie ubezpieczenia grupowego, jeżeli tylko obie strony wyrażą na to zgodę. Takie rozwiązanie pełniłoby, w ocenie Rzecznika, w dużej części funkcję prewencyjną, jak również byłoby kolejnym dowodem na to, iż ubezpieczyciele i banki faktycznie dążą do wyeliminowania z rynku nieprawidłowych praktyk.

## Podsumowanie

Zdiagnozowana powtarzalność problemów dotyczących: braku realnej ochrony ubezpieczeniowej, którego przyczyną jest wąski jej zakres, odmowy zwrotu części składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej i nieprawidłowego jej rozliczania przez banki, braku inicjatywy ubezpieczającego (banku) lub nieprawidłowego występowania z roszczeniem o wypłatę świadczeń, braku informacji o rzeczywistej wysokości składki ubezpieczeniowej i jej relacji względem opłaty ubezpieczeniowej, wysokiego kosztu finansowania przez ubezpieczonych ubezpieczenia w porównaniu z umowami zawieranymi indywidualnie, przedstawiania przez banki ubezpieczenia jako obowiązkowego przy zawieraniu umów o kredyt albo pożyczkę, dobitnie świadczy o niekorzystnej dla konsumentów konstrukcji prawnej umów *bancassurance*. **Wprowadzane w ostatnim czasie rekomendacje własne sektora bankowego, jak również Komisji Nadzoru Finansowego nie są w stanie rozwiązać wszystkich problemów**, w szczególności tych związanych z luką w prawie dotyczącą braku odpowiedniego uregulowania umowy ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej oraz umowy ubezpieczenia grupowego czy umowy ubezpieczenia na życie z UFK. Wprawdzie Rzecznik Ubezpieczonych opowiada się za wdrażaniem do obrotu tzw. miękkiego prawa (*soft law*), jednakże taki kierunek działań uznaje tylko za pomocniczy, przejściowy, a tym samym tymczasowy, bowiem rozwiązanie wskazywanych problemów powinno nastąpić poprzez ingerencję ustawodawcy. W tym zakresie przygotowywany jest obecnie projekt nowelizacji ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz podejmowane są działania ze strony Urzędu Komisji Nadzoru Finansowego i Prezesa UOKiK.

Z perspektywy konsumenta ubezpieczenie powinno dawać realną ochronę ubezpieczeniową, a *de facto* w *bancassurance* prowadzi do wypaczenia istoty ubezpieczenia, gdyż staje się ono wyłącznie sposobem na generowanie dodatkowego dochodu po stronie banku. Niestety w znacznej części przypadków, analizując skargi konsumenckie, można odnieść wrażenie, że głównym celem umowy jest zysk przedsiębiorcy odnoszony kosztem konsumenta, który ponosi ciężar finansowy funkcjonowania bankowo-ubezpieczeniowego aliansu. Wrażenie to dodatkowo potęguje wysokość kosztów związanych z ochroną ubezpieczeniową, która udzielana za pośrednictwem banków jest jedną z najdroższych na rynku, przy wyjątkowo wąskim jej zakresie. Tak wysoka cena ubezpieczenia powinna szczególnie dziwić, zarówno z uwagi na silną pozycję negocjacyjną banku w relacjach z ubezpieczycielem, jak i znaczne rozproszenie ryzyka ubezpieczeniowego (wysoka liczebnie wspólnota ryzyka – ubezpieczanych kredytobiorców, użytkowników kart kredytowych etc.). Tym samym **model sprzedaży ubezpieczeń teoretycznie najlepszy do asekuracji zobowiązań**

finansowych stał się z punktu widzenia konsumentów modelem praktycznie nieakceptowanym, skutkującym często pozorną i kosztowną ochroną ubezpieczeniową.