

Marcin Orlicki

Projektowanie typu ubezpieczenia („produktu ubezpieczeniowego”) według rekomendacji KNF dla zakładów ubezpieczeń dotyczących systemu zarządzania produktem

Artykuł dotyczy wymogów Komisji Nadzoru Finansowego odnośnie do sposobu projektowania typów ubezpieczeń („produktów ubezpieczeniowych”) w sposób odpowiadający potrzebom, oczekiwaniom i interesom klientów wchodzących w skład tzw. „grupy docelowej”. W artykule zostały poddane analizie poszczególne kryteria użyteczności projektowanego typu ubezpieczeń dla klientów z „grupy docelowej”, a także braku użyteczności dla klientów z „antygrupy”. Uzupełnieniem rozważań są uwagi dotyczące mocy wiążącej rekomendacji KNF oraz użytego w nich języka.

Słowa kluczowe: rekomendacje KNF, projektowanie typu ubezpieczeń, „grupa docelowa”, „antygrupa”, użyteczność ubezpieczenia, ogólne warunki ubezpieczenia.

1. Uwagi wstępne

Komisja Nadzoru Finansowego (KNF) od kilku lat podejmuje działania służące eliminacji niepożądanych zjawisk na rynku ubezpieczeniowym i wprowadzaniu nowych standardów zawierania i wykonywania umów ubezpieczenia. Od dnia wejścia w życie przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej¹ (tj. od 1 stycznia 2016 r.) rekomendacje wydawane przez Komisję Nadzoru Finansowego stały się istotnym czynnikiem wpływającym na sposób dokonywania wykładni przepisów prawa ubezpieczeniowego i poprawę położenia klientów ubezpieczycieli poprzez uwzględnianie ich potrzeb i interesów². Dzięki rekomendacjom KNF zyskała możliwość artykułowania swoich

¹ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. poz. 1844, z późn. zm.); dalej: u.d.u.r.

² O charakterze prawnym i sposobie oddziaływania dokumentów wydawanych przez KNF: D. Maśniak. 2015. „Rekomendacje i wytyczne KNF – dialog nadzorowany, czyli «miękkie prawo» z twardym skutkiem”, *Prawo Asekuracyjne 2015* (nr 2), s. 3–14; Z. Ofiarski. 2016. „Rola *soft law* w regulacji rynku finansowego na przykładzie rekomendacji i wytycznych Komisji Nadzoru Finansowego”, w: „Prawo rynku finansowego – doktryna, instytucje, praktyka”, A. Jurkowska-Zeidler (red.), M. Olszak (red.), Warszawa: Wolters Kluwer, s. 137–160; M. Olszak. 2016. „Wydawanie przez Komisję Nadzoru Finansowego wytycznych dotyczących sektora ubezpieczeniowego jako przykład zintegrowanego podejścia do wykonywania nadzoru nad rynkiem finansowym”, w: „Prawo...”, A. Jurkowska-Zeidler (red.), M. Olszak (red.), s. 161–175; M. Orlicki. 2016. „O potrzebie rekomendacji U i wytycznych dystrybucyjnych Komisji Nadzoru Finansowego dla regulacji współpracy banków i ubezpieczycieli”, w: „Prawo...”, A. Jurkowska-Zeidler (red.), M. Olszak (red.), s. 192–204.

oczekiwań dotyczących dobrych praktyk ubezpieczycieli, wskazywania celów i proponowania sposobów ich osiągnięcia.

Etap projektowania typu umowy ubezpieczenia, tworzenia ogólnych warunków ubezpieczenia (o.w.u.), wskazywania potencjalnych klientów i metod dostarczenia do nich nie był dotychczas przedmiotem zainteresowania ustawodawcy ani też organu nadzoru. O tym, czy umowa i związane z nią procedury zostały dobrze przygotowane można było się dowiedzieć dopiero po owocach działań przygotowawczych.

W ostatnich latach wyjątkowo często dochodziło jednak do zawierania umów niedających żadnej realnej ochrony przydatnej ubezpieczającemu lub ubezpieczonemu, dezinformacji klientów, formułowania warunków umów w sposób niezrozumiały i innych naruszeń praw klientów usług ubezpieczeniowych. Pierwszą, pierwotną i najważniejszą przyczyną tych zjawisk są swoiste „wady projektowe” umowy ubezpieczenia. Zapewne dlatego KNF zdecydowała się na wydanie rekomendacji dotyczących systemu zarządzania produktem ubezpieczeniowym³, których istotnym elementem jest nałożenie na ubezpieczycieli obowiązku zapewnienia właściwej jakości umów ubezpieczenia poprzez dostosowanie ich do potrzeb i oczekiwań potencjalnych ubezpieczających i ubezpieczonych. Celem niniejszego artykułu jest analiza tego zadania zakładów ubezpieczeń, wskazanie jego rzeczywistego kształtu i sposobów jego realizacji.

2. Związanie ubezpieczycieli rekomendacjami KNF

Zgodnie z art. 365 ust. 1 u.d.u.r., organ nadzoru może wydawać rekomendacje skierowane do zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji. Rekomendacje przewidziane przez ustawę mogą przybrać dwojaką postać.

Po pierwsze, mogą one zostać wydane przez KNF w celu realizacji wytycznych i zaleceń EIOPA⁴ wydawanych na podstawie art. 16 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1094/2010 z dnia 24 listopada 2010 r. w sprawie ustanowienia Europejskiego Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń i Pracowniczych Programów Emerytalnych, zmiany decyzji nr 716/2009/WE i uchylecia decyzji Komisji 2009/79/WE⁵.

³ Komisja Nadzoru Finansowego, Rekomendacje dla zakładów ubezpieczeń dotyczące systemu zarządzania produktem, 22 marca 2016 r., https://www.knf.gov.pl/Images/Rekomendacje_system_zarzadzania_produktem_22-03-2016_tcm75-46359.pdf

⁴ EIOPA – *European Insurance and Occupational Pensions Authority* (Europejski Urząd Nadzoru Ubezpieczeń i Pracowniczych Programów Emerytalnych).

⁵ O aktywności EIOPA w zakresie ochrony konsumentów piszą: B. Mrozowska-Bartkiewicz, „Wpływ standardów regulacyjnych dotyczących produktów ubezpieczeniowych i obsługi klienta na konkurencyjność działalności zakładów ubezpieczeń”, w: „Konkurencyjność na rynku ubezpieczeniowym”, M. Serwach (red.), Warszawa: Fundacja Instytut Zarządzania Ryzykiem Społecznym, s. 319–335; M. Kawiński. 2015. „Ochrona konsumenta w agencji Europejskiego Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych. Kierunki zmian”, w: „Ochrona konsumentów na rynku ubezpieczeniowym w Polsce”, J. Monkiewicz, (red.), M. Orlicki (red.) Warszawa: Poltext, s. 187–209.

Po drugie, KNF jest uprawniony do wydania rekomendacji w celu:

- zapewnienia zgodności działalności zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji z przepisami prawa,
- zapobieżenia naruszaniu interesów ubezpieczających, ubezpieczonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia,
- ograniczenia ryzyka występującego w działalności zakładu ubezpieczeń lub zakładu reasekuracji,
- zapewnienia trwałej zdolności zakładu ubezpieczeń do wykonywania zobowiązań.

Rekomendacje KNF wydane w celu realizacji wytycznych i zaleceń EIOPA nie są wiążące dla zakładów ubezpieczeń. Zgodnie z art. 365 ust. 4 u.d.u.r., zakłady ubezpieczeń, które nie stosują się do tego rodzaju rekomendacji, ani nie zamierzają się do nich zastosować, informują o tym organ nadzoru, zaś organ nadzoru ujawnia otrzymaną informację. Zakład ubezpieczeń, który nie poinformuje organu nadzoru, że nie stosuje rekomendacji wydanej w celu realizacji wytycznych i zaleceń EIOPA, ani nie zamierza się do nich zastosować, przyjmuje tym samym postanowienia rekomendacji jako wiążące wobec siebie.

Nieco inaczej sprawa przedstawia się w przypadku rekomendacji KNF o charakterze samoistnym (to znaczy tych, których inspiracją nie były dokumenty wydane przez EIOPA). Przepis art. 365 ust. 5 u.d.u.r. stanowi, że zakład ubezpieczeń, który nie stosuje się do rekomendacji organu nadzoru, o których mowa w ust. 1 pkt 2, ani nie zamierza się do nich zastosować, informuje organ nadzoru, w jaki sposób zamierza osiągnąć cele, dla realizacji których organ nadzoru wydał rekomendacje, a organ nadzoru ujawnia otrzymaną informację. Wiążące dla ubezpieczyciela są więc cele, dla których KNF wydała rekomendację, nie zaś sposoby ich realizacji. Co oczywiste, KNF nie może swobodnie celów takich wyznaczać, lecz musi dostosować się w tym zakresie do przepisów obowiązującego prawa. Nie jest wszakże jasne, czy cele te mogą wynikać wyłącznie ze szczegółowych przepisów merytorycznych określających zasady wykonywania działalności ubezpieczeniowej (zarówno w wymiarze prywatno- jak i publicznoprawnym), czy też również z treści cytowanego wyżej art. 365 ust. 1 pkt 2 u.d.u. r.

Wątpliwość tę należy rozstrzygnąć na rzecz szerokiego rozumienia pojęcia celów, dla których organ nadzoru może wydać rekomendacje. Skoro bowiem wśród wymienionych w art. 365 ust. 1 pkt 2 u.d.u.r. celów znalazło się nie tylko zapewnienie zgodności działalności zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji z przepisami prawa, ale również zapobieżenie naruszaniu interesów ubezpieczających, ubezpieczonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia, oznacza to, że ustawodawca nie zakazuje organowi nadzoru stawiania zakładom ubezpieczeń celów, które nie wynikają bezpośrednio z przepisów prawa, lecz są odzwierciedleniem polityki ochrony konsumentów na rynku finansowym prowadzonej przez organ nadzoru. Normę prawną zawartą w art. 365 ust. 5 w zw. z ust. 1 pkt 2 u.d.u.r. należy więc odczytywać jako prerogatywę organu nadzoru do stawiania przed zakładami ubezpieczeń celów dotyczących zarówno przestrzegania prawa, jak i podejmowania działań, które nie stanowią realizacji obowiązujących norm prawnych, lecz zostały uznane przez KNF za działania

pożądane. Co oczywiste, KNF stawiać może przed ubezpieczycielami tylko takie cele, które służą urzeczywistnieniu wartości, o których mowa w 365 ust. 1 pkt 2 lit. b u.d.u. r. i które zarazem harmonizują z ogólnymi zasadami prawa (w szczególności wynikającymi z Konstytucji RP), zasadami wykonywania nadzoru nad rynkiem ubezpieczeniowym oraz podstawowymi zasadami zawierania i wykonywania umów ubezpieczenia.

Stawiając w rekomendacjach przed ubezpieczycielami cele, które nie wynikają bezpośrednio z konkretnych przepisów ustawowych, KNF musi więc mieć na względzie w szczególności:

- zasady konstytucyjne, takie jak:
 - zakaz dyskryminacji (art. 32 ust. 2 Konstytucji),
 - ochrona własności i innych praw majątkowych (art. 64 Konstytucji),
 - ochrona konsumentów (art. 76 Konstytucji);
- zasady wykonywania nadzoru nad rynkiem finansowym, takie jak:
 - ochrona interesów ubezpieczających, ubezpieczonych i uprawnionych z umów ubezpieczenia (art. 329 ust. 2 pkt 1 u.d.u.r.),
 - zapewnienie przestrzegania przez zakłady ubezpieczeń przepisów prawa, w szczególności dotyczących gospodarki finansowej (art. 329 ust. 2 pkt 3 u.d.u. r.);
- zasady zawierania i wykonywania umów ubezpieczenia, takie jak:
 - ubezpieczenie jako kontrakt najwyższego zaufania,
 - ograniczenie swobody kontraktowej stron (art. 807 k.c.),
 - odpowiedzialność ubezpieczyciela za sposób sformułowania warunków umowy (art. 15 ust. 3 i 5 u.d.u. r.),
 - udzielanie ubezpieczającemu i ubezpieczonemu pełnej informacji o treści zawieranej umowy ubezpieczenia (art. 16, 17, 19, 20, 22, 23, 24 i 25 u.d.u. r.)⁶,
 - uwzględnianie przy zawieraniu umów ubezpieczenia potrzeb konsumentów ustalonych z wykorzystaniem dostępnych ubezpieczycielowi informacji w zakresie cech tych konsumentów oraz proponowanie zawarcia umów ubezpieczenia w sposób adekwatny do ich charakteru (art. 24 ust. 2 pkt 4 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów⁷, art. 21 u.d.u. r.),
 - rzetelne postępowanie likwidacyjne (art.29 u.d.u. r.).

Jak widać, zarówno z Konstytucji RP, jak i z przepisów ustaw wynika obowiązek szczególnej aktywności organu nadzoru w zakresie ochrony interesów ubezpieczających, ubezpieczonych i uprawnionych z umowy ubezpieczenia, w szczególności zaś konsumentów usług ubezpieczeniowych. Zadanie to nie ma charakteru ubocznego, ani też nie jest jedynie pochodną funkcji stania przez KNF na straży stabilności finansowej i wypłacalności ubezpieczycieli.

⁶ Szerzej na ten temat: M. Orlicki. 2015. „Rozwiązania konsumenckie w nowej ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, w: „Ochrona konsumentów...”, s. 60–64.

⁷ Ustawa z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (tekst jedn. Dz. U. z 2015 r. poz. 184, z późn.zm.); dalej: u.o.k.k.

Wydanie rekomendacji analizowanych w niniejszym artykule stanowi wypełnienie przez organ nadzoru jego obowiązku dotyczącego ochrony klientów usług finansowych.

Zakład ubezpieczeń, który nie poinformuje organu nadzoru, że nie stosuje rekomendacji samoistnych, ani nie zamierza się do nich zastosować, przyjmuje tym samym postanowienia rekomendacji jako wiążące wobec siebie – zarówno w zakresie stawianych w rekomendacji celów, jak i proponowanych przez KNF sposobów ich osiągnięcia. Jeśli jednak zakład ubezpieczeń poinformuje organ nadzoru, że nie stosuje rekomendacji i nie zamierza się do nich zastosować, nie jest związany proponowanymi przez organ nadzoru sposobami osiągnięcia celów rekomendacji, pozostaje jednak związany samymi celami. Zakład taki zobowiązany jest do poinformowania organu nadzoru, w jaki sposób zamierza osiągnąć cele, dla realizacji których organ nadzoru wydał rekomendacje. Informacja taka stanowi wiążące zobowiązanie do zastosowania określonych w niej sposobów osiągnięcia celów rekomendacji KNF. Organ nadzoru ma w takim przypadku uprawnienie do oceny adekwatności przyjętych przez ubezpieczyciela sposobów osiągania celów rekomendacji, a także skuteczności ich stosowania.

3. Cele rekomendacji KNF dotyczących systemu zarządzania produktem

We wstępie do analizowanej rekomendacji Komisja Nadzoru Finansowego zadeklarowała, że wydany przez nią dokument ma na celu zapewnienie zgodności działalności zakładów ubezpieczeń z przepisami prawa, zapobieżenie naruszaniu interesów ubezpieczających, ubezpieczonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia oraz ograniczenie ryzyka występującego w działalności zakładów ubezpieczeń (art. 365 ust. 1 pkt 2 lit. a–c u.d.u.r.). Chodzi więc o rekomendacje o charakterze samoistnym (czyli takie, które nie mają związku z dokumentami EIOPA).

Komisja nie wskazała szczegółowo, jakie przepisy są w jej ocenie naruszane przez ubezpieczycieli i nie określiła, w jaki sposób powinni oni zapewnić zgodność prowadzonej przez siebie działalności z przepisami prawa. Wydaje się więc, że wbrew deklaracjom, rzeczywistym celem wydanych przez KNF rekomendacji nie jest zapewnienie zgodności działalności zakładów ubezpieczeń z przepisami prawa. Trudno byłoby natomiast wątpić w trafność stwierdzenia, że celem rekomendacji jest zapobieżenie naruszaniu interesów ubezpieczających, ubezpieczonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia⁸. Z całą pewnością w grze interesów między stronami stosunku prawnego ubezpieczenia klienci byli i są stroną słabszą, której interesy bywały często i niekiedy bardzo dotkliwie naruszane. Bez wątpienia wdrożenie rekomendacji może w pewnym stopniu naruszenia te ograniczyć.

⁸ Por. M. Orlicki. 2006. „Interes ubezpieczonych jako samodzielna przesłanka działań nadzorczych”, Forum dyskusyjne ubezpieczeń i funduszy emerytalnych. Problemy ochrony konsumenta na rynku ubezpieczeń, 2006, z. 6, s. 91–97.

Trzecim deklarowanym celem rekomendacji jest ograniczenie ryzyka występującego w działalności zakładów ubezpieczeń. KNF wyjaśnia, że „efektywny system zarządzania produktem, obejmujący pełny cykl życia produktu, tj. od momentu jego projektowania po moment wycofania produktu z rynku oraz wywiązania się zakładu ubezpieczeń z umownych zobowiązań oraz stanowiący integralną i spójną część systemu zarządzania ryzykiem i kontroli wewnętrznej w zakładzie ubezpieczeń, ma wpływ nie tylko na wyniki finansowe i wypłacalność zakładu ubezpieczeń, ale także na jakość relacji zakładu ubezpieczeń z klientami. W konsekwencji system zarządzania produktem wpływa na zaufanie nie tylko do samego zakładu, ale do całego rynku finansowego, a właściwe jego zorganizowanie powinno być jednym z nadrzędnych celów każdego zakładu ubezpieczeń”⁹. Bez wątpienia prawidłowe relacje z klientami wynikające z respektowania ich interesów pozytywnie wpływają na ograniczenie ryzyka występującego w działalności ubezpieczycieli. Nie można więc kwestionować, że w tym zakresie deklaracja twórców rekomendacji jest trafna.

4. Język użyty w rekomendacjach KNF

Prawnika czytającego rekomendacje KNF musi zaskoczyć użyty w nich język. Choć rekomendacja jest dokumentem o charakterze prawnym – mającym swe podstawy w art. 365 u.d.u.r. i w istotny sposób oddziałującym na działalność ubezpieczycieli – organ nadzoru zdecydował się na używanie języka marketingu i zarządzania, nie zaś języka prawnego (choćby nawet w jego odmianie stosowanej w przepisach publicznego prawa rynku finansowego, pełnej zapożyczeń z finansów i makro- oraz mikroekonomii). Co gorsza, w wielu miejscach użyto języka, w którym pojęcia prawne stosowane są w sposób nieprawidłowy.

Twórcy rekomendacji nie piszą o typie umowy ubezpieczenia wypracowanym przez danego ubezpieczyciela, lecz o „produkcie”. Produkt ten jest zdaniem twórców rekomendacji „sprzedawany”, choć przecież rekomendacja nie ma nic wspólnego z umową sprzedaży, która została uregulowana w przepisach art. 535–602 k.c. Bardzo często mowa jest w rekomendacji o tym, że ubezpieczyciel „oferuje produkt”, mimo że w zdecydowanej większości przypadków oferta zawarcia ubezpieczenia jest przecież składana przez potencjalnego ubezpieczającego, a nie przez ubezpieczyciela.

Twórcy rekomendacji ulegli praktyce określania wszelkiego rodzaju działań i procedur jako „zarządzania”. Formułowanie warunków umowy ubezpieczenia i inne działania związane z zawieraniem i wykonywaniem zawartych umów nazywane są więc „zarządzaniem produktem”.

W tekście rekomendacji wiele jest zapożyczeń z języka marketingu. Dwa szczególnie istotne to: „cykl życia produktu”, „docelowa grupa klientów”.

Warto zauważyć, że analizowane rekomendacje nie odnoszą się do marketingu ubezpieczeniowego, ani do sposobu wewnętrznej organizacji zakładu ubezpieczeń i zarządzania (we właściwym tego słowa znaczeniu) zakładem.

⁹ Wstęp do rekomendacji dla zakładów ubezpieczeń dotyczących systemu zarządzania produktem.

Rekomendacje te służą zapobieżeniu naruszenia interesów klientów ubezpieczycieli wskutek szczególnych cech zawieranych z nimi umów i wykonywania przez ubezpieczycieli niewłaściwych działań w procesie zawierania i wykonywania tych umów. Jest to materia ściśle prawna. Dlatego też KNF powinien być użyć przy formułowaniu rekomendacji języka prawnego. Gdyby organ nadzoru tak uczynił, rekomendacje bardzo zyskałyby na czytelności, poprawności merytorycznej i na urodzie.

5. Założenia rekomendacji w części dotyczącej projektowania typu ubezpieczenia

Abstrahując od języka rekomendacji dostrzec należy ich ważkie przesłanie. Organ nadzoru postanowił zająć się ochroną interesów klientów ubezpieczyciela w sposób globalny i systemowy. Chodzi nie tylko o to, by umowa ubezpieczenia, ogólne warunki ubezpieczenia oraz inne wzorce umowy były formułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały (art. 15 ust. 3 u.d.u.r.), nie zawierały w swej treści niedozwolonych postanowień umownych (art. 23a u.o.k.k.) i by ubezpieczyciel nie proponował konsumentom zawarcia umowy ubezpieczenia, która nie odpowiada potrzebom tych konsumentów (art. 24 ust. 2 u.o.k.k.). Chodzi o immanentną, niejako pierwotną jakość umowy ubezpieczenia, która to jakość dotyczy nie tylko aspektów formalnych (jak to było dotychczas i o czym stanowiły wskazane wyżej przepisy), ale dopasowania do rzeczywistych potrzeb względnie homogenicznej grupy potencjalnych ubezpieczających (a w ubezpieczeniach na cudzy rachunek – potencjalnych ubezpieczonych).

KNF wymaga więc, by każde ubezpieczenie było użyteczne dla ubezpieczających i ubezpieczonych, aby stanowiło dla nich pomocne narzędzie do osiągnięcia celu polegającego na uzyskaniu potrzebnej im ochrony ubezpieczeniowej lub prowadzeniu inwestycji. Zawarcie umowy ubezpieczenia nie może być jedynie pretekstem do pozyskania przez pośrednika prowizji ubezpieczeniowej lub pułapką służącą wyłudzeniu pieniędzy za świadczenie, którego klient nie rozumie, nie chce, nie potrzebuje lub nawet nie wie o możliwości jego dochodzenia. Użyteczność usług ubezpieczeniowych dla każdego z ich klientów jest podstawą odbudowy zaufania do poszczególnych ubezpieczycieli i całego rynku ubezpieczeniowego.

6. Projektowanie „produktu ubezpieczeniowego” – spełnianie oczekiwań i interesów docelowej grupy klientów

Jak już wskazano, KNF wzywa ubezpieczycieli do projektowania wyłącznie takich ubezpieczeń, które są użyteczne dla ich odbiorców. Co oczywiste, użyteczność ta dotyczy tylko określonej grupy klientów, nie może nigdy obejmować wszystkich potencjalnych ubezpieczających i ubezpieczonych.

W rekomendacji 10 czytamy: „Zakład powinien projektować/tworzyć i wprowadzać do obrotu jedynie takie produkty, których cechy, ryzyka objęte ochroną ubezpieczeniową oraz opłaty i kanały dystrybucji spełniają oczekiwania i interesy określonej docelowej grupy klientów, do której kierowany ma być dany produkt”. Oznacza to, że KNF wymaga od ubezpieczycieli, by tworzone

przez nich typy umów ubezpieczenia były adresowane do wcześniej zidentyfikowanej grupy odbiorców, których typowe potrzeby w zakresie ochrony ubezpieczeniowej są zbadane.

Każdy typ ubezpieczenia powinien więc mieć swojego określonego odbiorcę, którego cechy ubezpieczyciel właściwie rozpoznał. Rekomendacja 10.2 zakłada, że *„na etapie projektowania produktu Zakład powinien określić docelową grupę klientów, do której kierowany ma być dany produkt”*.

Określenie „docelowej grupy klientów” ma oczywiście swój wymiar biznesowy, ale jednocześnie decyzja ta nie może być pozbawiona podstaw analitycznych. Adresatami określonego typu ubezpieczenia mogą być bowiem tylko takie osoby, których wspólne cechy są podstawą uznania, że dane ubezpieczenie jest dla nich użyteczne, przydatne i odpowiednie. Ustalenie tego faktu nie może opierać się na biznesowej intuicji, lecz musi mieć swoją podstawę w badaniach rynkowych i analizach prawnych.

Kształt umowy musi być dostosowany do właściwości osób z „grupy docelowej” – zarówno gdy chodzi o zakres ochrony ubezpieczeniowej, jak i model zawierania i wykonywania umowy, a także sposób sformułowania dokumentów ubezpieczeniowych: ogólnych warunków ubezpieczenia, indywidualnej umowy ubezpieczenia, kwestionariuszy służących pozyskaniu przez ubezpieczyciela informacji o ryzyku, polisy ubezpieczeniowej.

7. Kryteria użyteczności typu ubezpieczenia

W rekomendacji 10.3 KNF wymienia następujące kryteria użyteczności danego typu ubezpieczenia dla podmiotów wchodzących w skład „grupy docelowej”:

- „1. poziom ryzyka związanego z produktem w kontekście apetytu na ryzyko potencjalnego klienta z grupy docelowej,*
- 2. kwestie demograficzne i zdrowotne,*
- 3. zakładany poziom wiedzy potencjalnego klienta z grupy docelowej w kontekście możliwości zrozumienia złożoności produktu i związanego z nim ryzyka,*
- 4. możliwości finansowe potencjalnego klienta z grupy docelowej,*
- 5. oczekiwany przez potencjalnego klienta z grupy docelowej zakres ochrony,*
- 6. oczekiwany przez potencjalnego klienta z grupy docelowej okres ochronny lub inwestycyjny,*
- 7. stopień dostępności zainwestowanych środków”*.

KNF nie dość precyzyjnie oddziela kryteria dostosowania do potrzeb i możliwości klienta typów umów ubezpieczenia o klasycznym kształcie (ochronnym) i umów z elementem inwestycyjnym. Utrudnia to odczytywanie rzeczywistych intencji twórców rekomendacji. Zapewne przyjąć należy, że w każdym przypadku, gdy KNF nie ogranicza wyraźnie konieczności stosowania danego kryterium do ubezpieczeń klasycznych lub do ubezpieczeń z elementem inwestycyjnym, kryterium to należy odnosić do wszelkich tworzonych typów ubezpieczeń.

Kryterium **poziomu ryzyka związanego z produktem w kontekście apetytu na ryzyko potencjalnego klienta z grupy docelowej** dotyczy w pierwszym rzędzie ubezpieczeń z elementem inwestycyjnym. Ubezpieczyciel powinien adresować umowy, w których istnieje wysoki poziom ryzyka inwestycyjnego tylko do takich podmiotów, które są świadome tego ryzyka, chcą je ponosić i ponosić je mogą. W grupie takich podmiotów znajdują się przede wszystkim przedsiębiorcy, a także najbardziej świadomi i zasobni konsumenci.

O *ryzyku związanym z produktem* można zapewne mówić również w kontekście umów ubezpieczenia o charakterze ochronnym. Chodzi o ryzyko niepokrycia przez ochronę ubezpieczeniową pewnych istotnych interesów majątkowych (w ubezpieczeniach majątkowych) lub zdarzeń związanych z życiem lub sytuacją życiową danej osoby (w ubezpieczeniach osobowych), które standardowo pokrywane są tego rodzaju ubezpieczeniami. Dobrym przykładem szczególnego *ryzyka związanego z produktem* w ubezpieczeniach o charakterze ochronnym może być zapewne zawarcie w warunkach dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej postanowienia o zdefiniowaniu wypadku ubezpieczeniowego nie na podstawie art. 822 § 2 k.c. (odpowiedzialność za szkody będące następstwem przewidzianego w umowie zdarzenia, które miało miejsce w okresie ubezpieczenia), lecz na podstawie art. 822 § 3 k.c. (odpowiedzialność za szkody powstałe, ujawnione lub zgłoszone w okresie ubezpieczenia)¹⁰. Zapewne więc adresatami ubezpieczeń OC, w których *trigger* zostały określone według art. 822 § 3 k.c., powinni być przede wszystkim przedsiębiorcy, którzy są świadomi szczególnego sposobu ich działania, a także chcą i mogą ponosić ryzyko z tym związane. Tylko wyjątkowo tego rodzaju umowy mogą być zawierane z konsumentami i drobnymi przedsiębiorcami.

Kwestie demograficzne i zdrowotne mają znaczenie przede wszystkim dla określenia grup docelowych w ubezpieczeniach osobowych, w tym również tych, w których obecny jest element inwestycyjny.

W przypadku ubezpieczeń ochronnych uwzględnianie kwestii demograficznych i zdrowotnych przy projektowaniu umów ubezpieczeń osobowych musi opierać się na założeniu udzielania ochrony ubezpieczeniowej w określonym przez umowę zakresie, jeżeli tylko ubezpieczyciel zdecydował się ubezpieczać określone osoby, których stan zdrowia mógł sprawdzić przed zawarciem umowy. Jako wskazówkę dotyczącą właściwego uwzględniania kwestii zdrowotnych przy określaniu warunków ubezpieczenia należy potraktować wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, który uznał za niedozwolone postanowienie umowne klauzulę następującej treści: *„W okresie sześciu miesięcy od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, Zakład Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności i jest zwolniony z obowiązku wypłaty świadczenia należnego z tytułu śmierci Ubezpieczonego, jeżeli zdarzenie to nastąpi pośrednio lub bezpośrednio na skutek urazu, choroby somatycz-*

¹⁰ Dogłębną analizę *triggerów* w ubezpieczeniu OC można odnaleźć w monografii M. Krajewskiego. 2011. „Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej według kodeksu cywilnego”, Warszawa: Wolters Kluwer, s. 185–243.

nej lub psychicznej rozpoznanych przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową”¹¹. Jeżeli ubezpieczyciel ubezpieczył osoby, których stan zdrowia uniemożliwia mu efektywne świadczenie ochrony ubezpieczeniowej oznacza to, że adresował umowę danego rodzaju do osób, które nie należą – ze względów zdrowotnych – do „grupy docelowej”. Badania lekarskie przed zawarciem umowy to w istocie nic innego jak tylko weryfikacja przynależności potencjalnego ubezpieczonego do precyzyjnie określonej „grupy docelowej”. Konsekwencji nieprawidłowości w zaliczaniu danej osoby do grupy docelowej (lub zaniechania przez ubezpieczyciela jakiegokolwiek aktywności w tym zakresie) nie może ponosić ubezpieczający, ani też ubezpieczony.

Kolejnym kryterium jest **zakładany poziom wiedzy potencjalnego klienta z grupy docelowej w kontekście możliwości zrozumienia złożoności produktu i związanego z nim ryzyka**. Organ nadzoru nakazuje więc, by umowy skomplikowane i związane z dużym ryzykiem dla klienta (ryzykiem inwestycyjnym lub ryzykiem związanym z luką w pokryciu w rozumieniu wyżej opisanym) adresowane były wyłącznie do klientów, którzy dysponują niezbędną wiedzą lub przynajmniej należy założyć, że powinni taką wiedzą dysponować.

Bardzo zły stan edukacji prawnej i finansowej w polskich szkołach powinien skłonić ubezpieczycieli do przyjęcia założenia o bardzo niskich kompetencjach konsumentów w zakresie możliwości zrozumienia złożoności ubezpieczenia i związanego z nim ryzyka. Umowy ubezpieczenia dla konsumentów powinny być więc proste, pozbawione zaskakujących, niezgodnych ze stereotypami wyłączeń, skonstruowane w sposób bardzo łatwy do zrozumienia zakresu ochrony i jej ograniczeń. Tylko wówczas, gdy ubezpieczyciel umie wykazać, że w danym przypadku mógł liczyć na wyższy poziom kompetencji prawnych i ubezpieczeniowych konsumentów z „grupy docelowej” zdefiniowanej dla danego typu ubezpieczenia, może tworzyć warunki ubezpieczenia o wyższym stopniu komplikacji lub ryzyka.

Zakładany przez ubezpieczyciela poziom wiedzy klientów – przedsiębiorców powinien być zapewne znacznie wyższy niż w przypadku konsumentów. Prowadzenie działalności gospodarczej łączy się z koniecznością nabycia wszelkich niezbędnych kompetencji, w tym również tych, które są związane z rozumieniem zawieranych umów ubezpieczenia. Co oczywiste, im większa skala prowadzonej działalności gospodarczej, tym wyższe powinny być zakładane kompetencje klienta w zakresie *możliwości zrozumienia złożoności produktu i związanego z nim ryzyka*.

Uwzględnianie przez ubezpieczycieli **możliwości finansowych potencjalnych klientów z grupy docelowej** jest konieczne w przypadku ubezpieczeń z elementem inwestycyjnym, w których ewentualne niewypełnienie przez klienta jego zobowiązań do dokonywania wpłat mogłoby skutkować utratą środków wcześniej zainwestowanych. W ubezpieczeniach klasycznych (o charakte-

¹¹ Wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 12 czerwca 2012 r., sygnatura akt: XVII AmC 1039/09.

rze ochronnym), ewentualna nieadekwatność możliwości finansowych klienta do warunków umowy jest znacznie mniej prawdopodobna.

KNF nakazuje uwzględnianie **oczekiwanego przez potencjalnego klienta z „grupy docelowej” zakresu ochrony**. Rzecz jasna, nie chodzi o konieczność uwzględniania życzeń każdego klienta odnośnie do zakresu ochrony, lecz o nadawanie umowom ubezpieczenia takiego kształtu, który odpowiada typowym dla danej grupy oczekiwaniom, przyzwyczajeniom i stereotypom. Choć na polskim rynku nie zostały wypracowane przez ubezpieczycieli standardy ogólnych warunków ubezpieczeń, to jednak w świadomości klientów są obecne stereotypy poszczególnych rodzajów ubezpieczeń¹². Przy określaniu zakresu ochrony ubezpieczyciel powinien więc liczyć się z tym, że jego klienci (w szczególności konsumenci) automatycznie będą wiązać sposób nazywania danego typu umowy z zakresem ochrony ubezpieczeniowej.

Jeśli ubezpieczyciel chce zyskać więcej swobody w określaniu zakresu ochrony, powinien podjąć starania, by konstruowana przez niego umowa nie kojarzyła się odbiorcom z którymkolwiek ze znanych im rodzajów ubezpieczeń. Jeśli projektowany typ ubezpieczeń nie będzie odnosił się w nazwie do rodzajów ubezpieczeń funkcjonujących dotychczas na rynku, klienci nie będą mogli formułować jakichkolwiek oczekiwań dotyczących zakresu ochrony. Zostaną zmuszeni do tego, by wszystkiego o nowym typie umowy się dowiedzieć.

Organ nadzoru nakazuje ubezpieczycielom uwzględniać **oczekiwany przez potencjalnego klienta z grupy docelowej okres ochronny lub inwestycyjny**. W przypadku ubezpieczeń o charakterze ochronnym ustalenie oczekiwanego okresu ochrony jest związane zarówno z uwzględnieniem przyzwyczajzeń odbiorców, jak i przepisów obowiązującego prawa.

Przyzwyczajenia odbiorców wynikają z ich dotychczasowych doświadczeń. W niektórych typach ubezpieczeń tradycyjnie umowy zawiera się na okresy roczne, w innych okresy te są ukształtowane w sposób odmienny. W przypadku niektórych typów ubezpieczeń na życie zaskoczeniem dla klientów może być fakt zawierania umowy na okres roczny, a nie na czas całego życia. Z kolei w ubezpieczeniach mienia w wielu przypadkach klienci zwykle pewni są, że umowa jest zawarta na jeden rok. Uwzględnianie przyzwyczajzeń i dotychczasowych doświadczeń klientów w odniesieniu do okresu ochrony nie musi oczywiście oznaczać zawierania wyłącznie umów o treści zgodnej z tymi przyzwyczajeniami. Rozwiązania nowatorskie nie mogą jednak zaskakiwać. Obowiązek skutecznego informowania, czy nawet ostrzegania klienta o niestandardowych rozwiązaniach, ciąży zawsze na ubezpieczycielu.

Należy przy tym pamiętać, że pierwszoplanowym czynnikiem limitującym okres ochrony ubezpieczeniowej jest czas występowania ryzyka ubezpieczeniowego. Nie jest świadczona ochrona, gdy zajście wypadku ubezpieczeniowego nie jest jeszcze możliwe lub stało się już niemożliwe. Jest to całkowicie zrozu-

¹² Szerzej na ten temat: J. Orlicka, M. Orlicki. 2015. „Dopuszczalność współpracy ubezpieczycieli przy ustalaniu standardów ogólnych warunków ubezpieczeń, w: „Konkurencja i konkurencyjność...”, s. 165–187.

miałe, bowiem ubezpieczenie odnoszące się do zdarzenia, którego prawdopodobieństwo jest równe zeru, jest całkowicie bezużyteczne dla ubezpieczającego i ubezpieczonego.

W przypadku ubezpieczeń z elementem inwestycyjnym niezbędne jest dostosowanie perspektywy prowadzenia inwestycji założonej w umowie do oczekiwań klientów z „grupy docelowej”. Co oczywiste, osoby starsze w typowym przypadku nie decydują się na wieloletnie inwestycje, podobnie jak osoby, które dysponują niewielkimi oszczędnościami. Czynniki demograficzne i majątkowe muszą być więc uwzględniane przy określaniu grupy docelowej dla danego ubezpieczenia z elementem inwestycyjnym.

Odnosi się to również do ostatniego wymienionego przez KNF kryterium – **stopnia dostępności zainwestowanych środków**. Ograniczenie możliwości wycofania zainwestowanych środków poprzez wprowadzenie postanowień dotyczących okresu, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje (co z mocy art. 17 ust. 1 pkt 4 u.d.u.r. wydaje się być dopuszczalne co do zasady) lub wprowadzenie opłat związanych z przedterminowym zakończeniem inwestycji powinno być stosowane tylko wobec tych klientów, których cechy wskazują na gotowość ponoszenia ryzyka w tym obszarze.

9. „Antygrupa”

Zgodnie z rekomendacją 10.5 „zakład powinien identyfikować także grupę klientów, dla których produkt nie będzie spełniał oczekiwań i realizował interesów (dalej: „antygrupa”). Zakład, mając na uwadze ograniczenie ryzyka niewłaściwej sprzedaży (*missellingu*), powinien określić zasady limitowania dostępu do produktu dla antygrupy, np. poprzez określenie maksymalnego wieku klienta przy zawarciu umowy ubezpieczenia”.

Identyfikacja „antygrupy” ma pomóc w unikaniu przez ubezpieczycieli stosowania praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów, polegających 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 charakteru (art. 24 ust. 2 pkt 4 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów)¹³ – określanych często jako *misselling*. Ustalenie kryteriów blokujących dostęp do danego typu ubezpieczenia powoduje, że możliwe staje się efektywne zapobieganie zawieraniu umów ubezpieczenia tego typu z osobami, dla których są one pozbawione użyteczności. Co oczywiste, mechanizm taki powinien przewidywać wyjątki i dopuszczać do zawarcia umowy po stwierdzeniu użyteczności, to znaczy spełnieniu oczekiwań i realizacji interesów określonego klienta należącego do „antygrupy”.

Wbrew pozorom, podział klienteli na „grupę docelową” i „antygrupę” nie jest podziałem zupełnym i rozłącznym. Członkami „grupy docelowej” są klien-

¹³ Szerzej na ten temat: J. Orlicka. 2015. „Zakaz stosowania klauzul abuzywnych i *missellingu* w znowelizowanej ustawie o ochronie konkurencji i konsumentów”, Prawo Asekuracyjne 2015 (nr 4), s. 36–48.

ci, których istotne cechy świadczą o tym, że skonstruowany przez ubezpieczyciela typ umowy („produkt ubezpieczeniowy”) jest dla nich użyteczny. Członkami „antygrupy” są klienci, których istotne cechy świadczą o tym, że skonstruowany przez ubezpieczyciela typ umowy nie jest dla nich użyteczny. Klienci, których nie charakteryzują ani cechy świadczące o użyteczności danego typu ubezpieczenia, ani też cechy świadczące o braku użyteczności są członkami trzeciej grupy stojącej pomiędzy „grupą docelową” i „antygrupą”.

Unikanie *missellingu* w odniesieniu do klientów z trzeciej grupy polega na zindywidualizowanej analizie ich potrzeb, oczekiwań i interesów. Wobec braku jasnych i oczywistych symptomów użyteczności lub braku użyteczności umowy dla danego klienta, analiza taka jest znacznie trudniejsza, choć z pewnością możliwa do wykonania i zarazem konieczna.

10. Oddzielne typy ubezpieczeń dla poszczególnych „grup docelowych”

Realizacja rekomendacji 10 wymaga rezygnacji przez ubezpieczycieli z konstruowania typów umów ubezpieczenia, których potencjalnymi klientami są podmioty z różniących się od siebie w sposób istotny „grup docelowych”, jeśli istnieje niebezpieczeństwo niedostosowania takich umów do oczekiwań i interesów klientów z którejkolwiek z „grup docelowych”. Można więc założyć, że dla każdej z „grup docelowych” ubezpieczyciel powinien przygotować oddzielny typ umowy – „szyty na miarę”. Nie można jednak wykluczyć, że analiza potrzeb, oczekiwań i interesów klientów z różnych (choć zapewne zbliżonych do siebie) „grup docelowych” wykazała, że ich zaspokojenie może nastąpić poprzez jeden typ ubezpieczeń. W takim przypadku dopuszczalne jest konstruowanie wspólnego typu ubezpieczeń dla klientów z dwóch (lub nawet wielu) „grup docelowych”.

Trudna do zaakceptowania byłaby jednak praktyka tworzenia ogólnych warunków ubezpieczenia i innych dokumentów ubezpieczeniowych w sposób wariantowy lub modułowy – dla klientów z różnych „grup docelowych”. Dokumenty ubezpieczeniowe (w tym w szczególności tekst indywidualnej umowy ubezpieczenia, ogólnych warunków ubezpieczenia i polisy ubezpieczeniowej) nie powinny stanowić dla klienta swoistego intelektualnego wyzwania polegającego na konieczności wybrania tych fragmentów tekstu, które do niego się odnoszą i eliminacji tych, które odnoszą się do klientów z innych „grup docelowych”. Taka redakcja dokumentów (będąca pochodną tworzenia typów umów dla klientów z różniących się od siebie „grup docelowych”) powoduje niepotrzebne komplikacje, utrudnia wykładnię tekstu, a niekiedy nawet czyni go niezrozumiałym lub niejednoznacznym.

Dlatego jednym ze skutków realizacji rekomendacji 10 powinno być stworzenie przez ubezpieczycieli większej ilości typów umów ubezpieczenia, z których każdy adresowany jest do relatywnie wąskiej, precyzyjnie określonej i zdefiniowanej grupy docelowej.

Trudno wyobrazić sobie, by w zgodzie z postanowieniami rekomendacji funkcjonowały na rynku takie typy ubezpieczeń, których adresatami są zarów-

no konsumenci, jak i drobni oraz średni przedsiębiorcy. Jeśli nawet w niektórych przypadkach zakres ochrony ubezpieczeniowej potrzebny konsumentom i przedsiębiorcom może być podobny, to wymogi dotyczące sposobu formułowania o.w.u. i innych dokumentów ubezpieczeniowych są zupełnie inne. Nie można przy tym problemu zróżnicowania treści i sposobu formułowania umowy załatwić poprzez tworzenie dokumentów o strukturze modułowej, w których każdy odbiorca powinien odnaleźć tylko to, co dotyczy jego praw i obowiązków.

11. Podsumowanie

Ubezpieczenia „szyte na miarę” dla grup klientów, pasujące do ich cech, potrzeb i intelektu to przyszłość rynku. Dzięki rekomendacjom ubezpieczenia mogą wrócić do źródła – stanu, w którym klienci zawierali umowę, by zyskać potrzebną im ochronę ubezpieczeniową, której założenia rozumieli. Na rynku konsumenckim nadchodzi czas ubezpieczeń prostych, oczywistych, pozbawionych ukrytych tricków, pozornej ochrony, nieuczciwych wyłączeń. Konsumentom rozumieją, że takie ubezpieczenia są im potrzebne.

dr hab. Marcin Orlicki, prof. UAM

*Katedra Prawa Cywilnego, Handlowego i Ubezpieczeniowego
Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu*

Bibliografia

- Kawiński M. 2015. „Ochrona konsumenta w agencji Europejskiego Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych. Kierunki zmian”, w: „Ochrona konsumentów na rynku ubezpieczeniowym w Polsce”, J. Monkiewicz (red.), M. Orlicki (red.), Warszawa: Poltext.
- Krajewski M. 2011. „Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej według kodeksu cywilnego”, Warszawa: Wolters Kluwer.
- Maśniak D. 2015. „Rekomendacje i wytyczne KNF – dialog nadzorowany, czyli «miękkie prawo» z twardym skutkiem”, *Prawo Asekuracyjne* 2015 (nr 2), s. 3–14.
- Mrozowska-Bartkiewicz B. 2015. „Wpływ standardów regulacyjnych dotyczących produktów ubezpieczeniowych i obsługi klienta na konkurencyjność działalności zakładów ubezpieczeń”, w: „Konkurencja i konkurencyjność na rynku ubezpieczeniowym”, M. Serwach (red.), Warszawa: Fundacja Instytut Zarządzania Ryzykiem Społecznym.
- Ofiarski Z. 2016. „Rola *soft law* w regulacji rynku finansowego na przykładzie rekomendacji i wytycznych Komisji Nadzoru Finansowego”, w: „Prawo rynku finansowego – Doktryna, instytucje, praktyka”, A. Jurkowska-Zeidler (red.), M. Olszak (red.), Warszawa: Wolters Kluwer.
- Olszak M. 2016. „Wydawanie przez Komisję Nadzoru Finansowego wytycznych dotyczących sektora ubezpieczeniowego jako przykład zintegrowanego podejścia do wykonywania nadzoru nad rynkiem finansowym”, w: „Prawo rynku finansowego – Doktryna, instytucje, praktyka”, Warszawa: Wolters Kluwer.
- Orlicka J., Orlicki M. 2015. „Dopuszczalność współpracy ubezpieczycieli przy ustalaniu standardów ogólnych warunków ubezpieczeń”, w: „Konkurencja i konkurencyjność na rynku ubezpieczeniowym”, M. Serwach (red.), Warszawa: Fundacja Instytut Zarządzania Ryzykiem Społecznym.

- Orlicka J. 2015. „Zakaz stosowania klauzul abuzywnych i *missellingu* w znowelizowanej ustawie o ochronie konkurencji i konsumentów”, *Prawo Asekuracyjne* 2015 (nr 4), s. 36–48.
- Orlicki M. 2006. „Interes ubezpieczonych jako samodzielna przesłanka działań nadzorczych”, *Forum dyskusyjne ubezpieczeń i funduszy emerytalnych – Problemy ochrony konsumenta na rynku ubezpieczeń*, 2006, z. 6.
- Orlicki M. 2016. „O potrzebie rekomendacji U i wytycznych dystrybucyjnych Komisji Nadzoru Finansowego dla regulacji współpracy banków i ubezpieczycieli”, w: „Prawo rynku finansowego – Doktryna, instytucje, praktyka”, A. Jurkowska-Zeidler (red.), M. Olszak (red.), Warszawa: Wolters Kluwer. 2016, s. 192–204.
- Orlicki M. 2015. „Rozwiązania konsumenckie w nowej ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej”, w: „Ochrona konsumentów na rynku ubezpieczeniowym w Polsce”, J. Monkiewicz (red.), M. Orlicki (red.), Warszawa: Poltext.

Insurance Type (Insurance Product) Design Pursuant to the PFSA’s Recommendations for Insurance Companies about Product Management System

This article is devoted to the requirements of the Polish Financial Supervision Authority (KNF) related to the method of insurance type ('insurance product') design in a manner suited to the needs, expectations and interests of the customers constituting the so-called 'target group'. Moreover, the individual criteria of the usefulness of the proposed type of insurance for the target group clients, as well as the lack of general interest for the 'anti-group' customers have been analysed in the text. The considerations have been supplemented by the commentaries about the binding force of the PFSA's recommendations and a language used in them.

Keywords: PFSA's recommendations, insurance type design, 'target group', 'anti-group', usefulness of insurance, general insurance conditions.