

1. Czy od pośredników ubezpieczeniowych, mających umowny obowiązek prowadzenia działalności z zakresu dystrybucji ubezpieczeń wyłącznie na rzecz jednego lub większej liczby zakładów ubezpieczeń, oczekuje się opracowania własnej polityki dotyczącej konfliktu interesów?

EIOPA uważa, że ważne jest, aby pośrednicy, którzy prowadzą dystrybucję wyłącznie w imieniu jednego lub więcej zakładów ubezpieczeń, byli zobowiązani do ustanowienia, wdrożenia i utrzymywania skutecznej polityki w zakresie konfliktu interesów, określonej na piśmie i odpowiedniej do ich wielkości i organizacji, a także charakteru, skali i złożoności ich działalności zgodnie z art. 4 ust. 1 rozporządzenia delegowanego 2017/2359.

Nie stanowi to przeszkody dla pośredników, którzy prowadzą dystrybucję wyłącznie w imieniu jednego lub więcej zakładów ubezpieczeń, do otrzymania pomocy i wskazówek od zakładu ubezpieczeń, z którym są powiązani, w opracowywaniu polityki dotyczącej konfliktu interesów. Jednakże, odpowiedzialność regulacyjna za ustanowienie, wdrożenie i prowadzenie polityki spoczywa na pośredniku ubezpieczeniowym.

2. W jaki sposób należy dokumentować i przechowywać ocenę zachęt? Jak często zakłady ubezpieczeń i pośrednicy ubezpieczeniowi powinni dokonywać takiej oceny?

EIOPA uważa za istotne, aby pośrednicy ubezpieczeniowi i zakłady ubezpieczeń wykazali zgodność z art. 8 rozporządzenia delegowanego 2017/2359, który wymaga przeprowadzenia całościowej analizy, z uwzględnieniem wszelkich istotnych czynników, które mogą zwiększyć lub zmniejszyć ryzyko niekorzystnej dla klientów oceny konkretnych systemów zachęt. Warunki oceny należy udokumentować w celu wykazania i umożliwienia właściwym władzom monitorowania, czy zachęta jest zgodna z kryteriami określonymi w art. 29 ust. 2 IDD.

Biorąc pod uwagę częstotliwość takich ocen, ważne jest, aby pośrednicy ubezpieczeniowi i zakłady ubezpieczeń uwzględnili wszystkie istotne czynniki, które mogą zwiększać lub zmniejszać ryzyko szkodliwego wpływu na jakość usługi świadczonej na rzecz klienta lub ryzyko zakłócenia zgodności z obowiązkiem pośrednika lub zakładu ubezpieczeń do uczciwego, rzetelnego i profesjonalnego działania zgodnie z najlepiej pojętym interesem klienta, a także oszacowali jaka częstotliwość ocen jest wymagana, aby utrzymać ciągłą zgodność z kryteriami określonymi w art. 29 ust. 2 IDD. Jeśli w systemie zachęt nie doszło do żadnych zmian lub modyfikacji, częstotliwość można odpowiednio wydłużyć, gdy żadne inne wskaźniki (takie jak skargi klientów lub inne) nie uzasadniają tego.

3. Czy mali pośrednicy ubezpieczeniowi i jednoosobowi przedsiębiorcy powinni składać wyższemu kierownictwu, co najmniej raz do roku, pisemne sprawozdania na temat incydentów związanych z konfliktami interesów?

Środek polegający na dostarczaniu pisemnych sprawozdań o sytuacjach, w których pojawiają się konflikty interesów, ma na celu zapewnienie, aby kierownictwo wyższego szczebla było świadome wszelkich problemów i mogło podjąć działania w celu ich rozwiązania. Jednoosobowy przedsiębiorca lub mały pośrednik ubezpieczeniowy, który nie ma osobnej funkcji kierowniczej wyższego szczebla,

nie ma obowiązku sporządzania rocznego pisemnego sprawozdania w sprawie konfliktu interesów. Ważne jest jednak, aby osoby prowadzące jednoosobową działalność gospodarczą lub małe pośrednictwo ubezpieczeniowe prowadziły rejestr sytuacji, w których występuje lub może powstać konflikt interesów w myśl art. 7 i mogły wykazać, w jaki sposób konflikt interesów został oceniony i jak zdołano wyeliminować lub złagodzić ryzyko naruszenia interesów klienta

4. Czy pośrednik powinien zarządzać konfliktem interesów, nawet jeżeli wiąże się to z ujawnieniem klientowi informacji o konflikcie interesów?

Zdaniem EIOPA pośrednik ubezpieczeniowy lub zakład ubezpieczeń nie jest zwolniony z dalszych działań zarządzania konfliktami interesów, jeżeli ujawnia konflikt interesów konsumentowi. W motywie 5 rozporządzenia delegowanego 2017/2359 wyjaśniono, że ujawnienie konfliktu interesów przez pośrednika ubezpieczeniowego lub zakład ubezpieczeń nie może zwolnić go z obowiązku utrzymania i prowadzenia organizacyjnych i administracyjnych rozwiązań, które są najskuteczniejszym środkiem zapobiegania szkodom dla klientów .

EIOPA uważa, że ujawnienie jest ostatecznym środkiem. Ważne jest, aby pośrednik ubezpieczeniowy lub zakład ubezpieczeń podjął wszelkie uzasadnione kroki, aby zapobiec konfliktom interesów, tak aby nie miały one negatywnego wpływu na interesy klientów.

Przy ujawnieniu informacji o konflikcie interesów EIOPA uważa za istotne poinformowanie klienta o tym, że środki organizacyjne i administracyjne ustanowione w celu zapobieżenia i zarządzania konfliktami interesów nie są wystarczające, aby z należytą pewnością uchronić klienta przed ryzykiem naruszenia jego interesów.

5. Czy pośrednicy powinni informować o konfliktach interesów zakład ubezpieczeń?

Nie. Artykuł 7 wymaga, aby pośrednik ubezpieczeniowy lub zakład ubezpieczeń przedłożył pisemne sprawozdanie o konflikcie interesów swemu kierownictwu wyższego szczebla. Pośrednik nie ma obowiązku zgłaszania konfliktu interesów zakładowi ubezpieczeń.

6. Czy EIOPA może dostarczyć praktyczne przykłady pokazujące, w jaki sposób można zastosować zasadę proporcjonalności w odniesieniu do środków określonych w dyrektywie IDD dotyczących zarządzania konfliktami interesów?

Artykuł 5 ust. 1 rozporządzenia delegowanego 2017/2359 jest niewyczerpującym wykazem środków, które należy uwzględnić, w stosownych przypadkach, w procedurach opracowanych w celu zarządzania konfliktami interesów i zapobiegania naruszeniem interesów klienta, które należy wprowadzić zgodnie z art. 27 dyrektywy IDD.

Artykuł 5 ust. 1 rozporządzenia delegowanego 2017/2359 stanowi również, że procedury i środki powinny być dostosowane do wielkości działalności pośrednika ubezpieczeniowego lub zakładu ubezpieczeń oraz do ryzyka naruszenia interesów konsumenta. Zostało to również odzwierciedlone w

art. 27 IDD, który wymaga, aby środki były proporcjonalne do wykonywanej działalności, sprzedawanych produktów ubezpieczeniowych i rodzaju dystrybutora.

Ważne jest, aby wszystkie zakłady ubezpieczeń i pośrednicy ubezpieczeniowi rozważyli wymienione środki i ocenili, czy są one odpowiednie, czy też nie, biorąc pod uwagę ich charakter i rozmiar przy uwzględnieniu zasady proporcjonalności.

W przypadku małego pośrednika ubezpieczeniowego (tj. małych firm lub osób prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą), nie zawsze możliwe jest posiadanie oddzielnych osób wykonujących różne obowiązki lub odrębnego nadzoru osób w celu zapobieżenia konfliktom interesów. Ważne jest jednak, aby mały pośrednik ubezpieczeniowy był w stanie określić, gdzie mogą pojawić się konflikty interesów, a tam, gdzie rozdzielanie nie jest możliwe wdrożone zostaną rozsądne alternatywne środki, aby zapobiec konfliktowi interesów. Jeżeli konflikt interesów nie może być zarządzany, ważne jest, aby mały pośrednik ubezpieczeniowy ujawnił konflikt interesów klientowi, którego on dotyczy, zgodnie z art. 28 ust. 3 IDD i art. 6 rozporządzenia delegowanego 2017/2359.

7. Czy niezależny broker działający w imieniu klienta może brać udział w przygotowaniu dokumentacji i ocenie roszczeń w imieniu zakładu ubezpieczeń, jeżeli zarządza konfliktem interesów w sposób odpowiedni?

Dyrektywa IDD nie zawiera legalnej definicji „niezależnego brokera”. EIOPA rozumie, że istnieją różne definicje tego, co oznacza bycie niezależnym brokerem zgodnie z ustawodawstwem krajowym i że prawo krajowe może przewidywać szczególne wymogi dla niezależnych brokerów.

Z punktu widzenia dyrektywy IDD, pośrednik może prowadzić działalność zarówno na rzecz klienta, jak i na rzecz zakładu ubezpieczeń, pod warunkiem że działania te zostały ocenione pod kątem konfliktu interesów i wdrożono odpowiednie środki w celu zapobieżenia konfliktom interesów wynikającym z tej sytuacji, a środki te uchronią przed szkodliwym wpływem tej sytuacji na interes klienta.

Zastosowanie powinna znaleźć także zasada określona w art. 17 (1) dyrektywy IDD w tym znaczeniu, że wykonując dystrybucję ubezpieczeń dystrybutor powinien zawsze postępować uczciwie, rzetelnie i profesjonalnie, zgodnie z najlepiej pojętym interesem swoich klientów.

8. W celu zarejestrowania pośrednika ubezpieczeniowego, właściwe organy muszą zwrócić się do pośrednika o informacje dotyczące tożsamości udziałowców lub akcjonariuszy, osób mających bliskie powiązania itp. Zgodnie z dyrektywą IDD pośrednik ubezpieczeniowy powinien przekazać określone informacje na temat stosunków handlowych także klientowi na etapie przed zawarciem umowy lub opracować procedury i środki zarządzania konfliktami interesów w odniesieniu do dystrybucji ubezpieczeniowych produktów inwestycyjnych. Czy ważne jest, aby w ramach procesu rejestracji właściwe organy zażądały również tych ostatnich informacji?

Art. 3 ust. 6 dyrektywy IDD wymaga, aby następujące informacje zostały zażądane jako warunek rejestracji pośrednika w zakresie dystrybucji ubezpieczeń, reasekuracji lub pośrednika oferującego ubezpieczenia uzupełniające:

- a) tożsamość akcjonariuszy lub udziałowców, niezależnie od tego czy są to osoby fizyczne, czy prawne, którzy posiadają udział przekraczający 10 % kapitału pośrednika,
- b) tożsamość osób, które mają bliskie powiązania z pośrednikiem,
- c) informację, że te udziały lub bliskie powiązania nie uniemożliwiają właściwemu organowi skutecznego sprawowania nadzoru.

Art. 3 ust. 6 dyrektywy IDD wymaga również, aby pośrednicy informowali właściwe organy bez zbędnej zwłoki o wszelkich zmianach w zakresie powyższych informacjach.

Dyrektywa IDD nie wymaga, aby właściwe organy żądały informacji określonych w art. 19 ust. 1 lit. a i b dyrektywy IDD oraz art. 5 ust. 1 rozporządzenia delegowanego 2017/2359 jako warunku na etapie rejestracji lub w innym momencie, jeżeli nie jest to wymagane na mocy art. 3 ust 6 dyrektywy IDD. Jednakże dyrektywa IDD jest dyrektywą minimalnej harmonizacji, wobec tego państwa członkowskie mogą nakładać na właściwe organy wymagania dotyczące żądania dalszych informacji w ramach procesu rejestracji lub w dowolnym innym czasie.

9. Jeżeli zakład ubezpieczeń otrzymuje rabaty o różnych wysokościach od zarządzających funduszami, jakie są konsekwencje dla oceny dokonywanej na podstawie art. 29 ust. 2 IDD?

Rabaty oraz warunki rządzące takimi rabatami należy oceniać w świetle art. 29 ust. 2 dyrektywy IDD, aby zapewnić, że nie mają one szkodliwego wpływu na jakość usługi świadczonej na rzecz klienta oraz że nie naruszają spoczywającego na pośredniku ubezpieczeniowym i zakładzie ubezpieczeń obowiązku uczciwego, rzetelnego i profesjonalnego działania zgodnie z najlepiej pojętym interesem ich klientów.

Zakład ubezpieczeń, który otrzymuje rabat, jest zobowiązany do uwzględnienia wszystkich istotnych czynników, które mogą zwiększyć lub zmniejszyć ryzyko negatywnego wpływu na jakość określonej usługi na rzecz klienta, i które mogą negatywnie wpłynąć na obowiązek przestrzegania przez zakład ubezpieczeń obowiązku uczciwego, rzetelnego i profesjonalnego działania, zgodnie z najlepiej pojętym interesem swoich klientów, uwzględniając fakt, że rabaty udzielane przez zarządzających funduszem są różnej wysokości.

Zakłady ubezpieczeń powinny mieć na względzie także opinię EIOPA w sprawie zachęt pieniężnych i wynagrodzenia między podmiotami zarządzającymi aktywami a zakładami ubezpieczeń, w których uwzględnia się ryzyko szkód dla klientów związanych z praktyką otrzymywania rabatów od zarządzających aktywami, w tym stosowanie wymogów dotyczących nadzoru i zarządzania produktem.

10. Artykuł 8 ust. 2 lit. c Rozporządzenia delegowanego 2017/2359: Czy EIOPA może dostarczyć dalszych praktycznych wskazówek, aby zrozumieć, w jaki sposób to kryterium miałyby zastosowanie?

Pośrednik ubezpieczeniowy lub zakład ubezpieczeń są zobowiązani do uwzględnienia proporcji między kwotą uzyskiwanych zachęt a wartością oferowanego produktu lub świadczonych usług. Pośrednicy ubezpieczeniowi i zakłady ubezpieczeniowe muszą rozważyć zachęty lub systemy zachęt oraz uwzględnić, czy klient otrzymuje wartość w związku z zapłatą za usługę. W każdym przypadku kwota wypłacanej zachęty nie powinna być nieproporcjonalna ani nadmierna w stosunku do wykonanych usług.

11. Czy zakład ubezpieczeń powinien dokonać oceny i zapewnić, by rabat wypłacany przez podmiot zarządzający ubezpieczeniowymi produktami inwestycyjnymi (*unit-linked*) był zgodny z Art. 29 ust. 2 dyrektywy IDD?

Zgodnie z art. 2 ust. 2 rozporządzenia delegowanego 2017/2359 zachęta oznacza „każdą opłatę, prowizję lub korzyść niepieniężną przekazaną przez pośrednika lub zakład w związku z dystrybucją ubezpieczeniowego produktu inwestycyjnego na rzecz dowolnej strony innej niż klient uczestniczący w przedmiotowej transakcji lub osoba działająca w imieniu tego klienta, jak również każdą opłatę, prowizję lub korzyść otrzymaną przez pośrednika lub zakład od takiej dowolnej strony innej niż klient uczestniczący w przedmiotowej transakcji lub osoba działająca w imieniu tego klienta”.

W związku z tym rabat od zarządzającego funduszem jest uznawany za zachętę, a zasady regulujące wypłatę takich rabatów stanowią system zachęt. Rabaty i warunki rządzące takimi rabatami muszą być oceniane zgodnie z art. 29 ust. 2 dyrektywy IDD, aby zapewnić, że nie mają one szkodliwego wpływu na jakość usługi świadczonej na rzecz klienta oraz nie naruszają spoczywającego na pośredniku ubezpieczeniowym oraz zakładzie ubezpieczeń obowiązku uczciwego, rzetelnego i profesjonalnego działania zgodnie z najlepiej pojętym interesem jego klientów.

Zakłady ubezpieczeń powinny również rozważyć opinię EIOPA w sprawie zachęt pieniężnych i wynagrodzenia między podmiotami zarządzającymi aktywami a zakładami ubezpieczeń, w których uwzględnia się ryzyko szkód dla klientów związanych z praktyką otrzymywania rabatów od zarządzających aktywami.

12. Jeżeli zakład ubezpieczeń nie dostarczy klientowi zindywidualizowanej rekomendacji dotyczącej umowy ubezpieczenia z funduszem inwestycyjnym i jego aktywów bazowych, czy EIOPA może udzielić wskazówek, w jakiej relacji pozostaje otrzymywanie takich rabatów przez zakłady ubezpieczeniowe z wymogami art. 29 ust. 2 dyrektywy IDD i wymaganiami dotyczącymi konfliktu interesów?

Niezależnie od tego, czy udzielono spersonalizowanej rekomendacji, rabat powinien być poddany ocenie zgodności z art. 29 ust. 2 dyrektywy IDD. Dyrektywa IDD wymaga, aby ocena zachęt na podstawie art. 29 ust. 2 uwzględniała wszystkie istotne czynniki, które mogą zwiększać lub zmniejszać ryzyko szkodliwego wpływu na jakość usług świadczonych na rzecz klienta. Uznaje się, że szkodliwy

wpływ na jakość usługi świadczonej na rzecz klienta lub naruszenie przez zakład ubezpieczeń obowiązku uczciwego, rzetelnego i profesjonalnego działania w najlepszym interesie klientów, może wystąpić nawet wtedy, gdy klient nie otrzymuje spersonalizowanej rekomendacji.

Ocena musi uwzględniać wszystkie istotne czynniki, które mogą zwiększać lub zmniejszać ryzyko szkodliwego wpływu na jakość usługi świadczonej na rzecz klienta oraz wszelkie środki organizacyjne podjęte przez pośrednika ubezpieczeniowego lub zakład ubezpieczeń prowadzących działalność dystrybucyjną, aby zapobiec ryzyku szkodliwego wpływu.

Zakłady ubezpieczeń są również zobowiązane do oceny uzyskiwania takich rabatów, aby upewnić się, że nie naruszają one zobowiązania zakładu ubezpieczeń do uczciwego, rzetelnego i profesjonalnego działania, zgodnie z najlepiej pojętym interesem klienta.

Zakłady ubezpieczeń powinny brać pod uwagę uzgodnienia dotyczące rabatów jako część nadzoru nad produktami i procesu zarządzania nimi, zgodnie z wymogami art. 25 dyrektywy IDD.

Zakłady ubezpieczeń powinny również rozważyć opinię EIOPA w sprawie zachęt pieniężnych i wynagrodzenia między podmiotami zarządzającymi aktywami a zakładami ubezpieczeń, w których uwzględnia się ryzyko szkód dla klientów związanych z praktyką otrzymywania rabatów od zarządzających aktywami.

13. Artykuł 8 ust. 2 lit. d Rozporządzenie delegowane 2017/2359: Czy EIOPA może udzielić wskazówek w jaki sposób stała (rozłożona w czasie) zachęta może być oceniona kryteriami określonych w tym przepisie, jeżeli koresponduje ona ze stałą (rozłożoną w czasie) korzyścią dla klienta?

Artykuł 8 ust. 2 rozporządzenia delegowanego 2017/2359 wymaga, aby pośrednicy ubezpieczeniowi i zakłady ubezpieczeń dokonywali ogólnej analizy, uwzględniającej wszystkie istotne czynniki, które mogą zwiększać lub zmniejszać ryzyko szkodliwego wpływu na jakość usług świadczonych na rzecz klienta oraz wszelkie środki organizacyjne podjęte w celu zapobieżenia ryzyku szkodliwego wpływu.

Jednym z kryteriów, które muszą być brane pod uwagę, jest art. 8 ust. 2 lit. d rozporządzenia delegowanego 2017/2359, tj. „czy zachęta jest wypłacana w całości lub w znacznej części w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia, czy też jej wypłata rozkłada się na cały czas trwania umowy”. Artykuł 8 ust. 2 wymaga jedynie oceny ryzyka szkodliwego oddziaływania, dlatego wszelkie korzyści uzyskiwane na bieżąco nie mają związku z tą oceną.

Dyrektywa IDD nie wskazuje, czy zachęty wypłacane z góry lub na bieżąco mogą być uznane za szkodliwe dla jakości usług świadczonych na rzecz klienta. Artykuł 8 ust. 2 lit. d rozporządzenia delegowanego 2017/2359 wymaga, aby pośrednik ubezpieczeniowy lub zakład ubezpieczeń rozważył czas wypłaty zachęty i dokonał w ramach szerszej oceny, czy ma ona szkodliwy wpływ.

W celu ustalenia, czy bieżąca zachęta ma szkodliwy wpływ na jakość usług świadczonych na rzecz klienta, pośrednik ubezpieczeniowy musi wziąć pod uwagę wszystkie czynniki, w tym środki organizacyjne wprowadzone w celu zapobieżenia szkodliwemu wpływowi.

14. Artykuł 8 ust. 2 lit. a rozporządzenia delegowanego 2017/2359: Czy w ocenie EIOPA wymogi określone w kryterium a) tego artykułu są spełnione, jeżeli produkt ubezpieczeniowy jest odpowiedni (dopasowany) dla (do) danego klienta?

Ocenę zachęt na podstawie art. 8 rozporządzenia delegowanego 2017/2359 należy odróżnić od oceny na podstawie art. 30 dyrektywy IDD formułującego wymogi odpowiedniości i stosowności, która ma zapewnić, że tylko produkty, które są odpowiednie lub stosowne do sytuacji osobistej klienta, są oferowane lub zalecane.

Kryterium a) art. 8 ust. 2 rozporządzenia delegowanego 2017/2359 stanowi, że pośrednik ubezpieczeniowy lub zakład ubezpieczeń muszą ocenić, czy zachęta lub system zachęt mogą stanowić dla pośrednika ubezpieczeniowego lub zakładu ubezpieczeń motywację do oferowania lub rekomendowania klientowi konkretnego produktu ubezpieczeniowego lub konkretnej usługi, mimo że taki pośrednik ubezpieczeniowy lub zakład ubezpieczeń mógłby być w stanie zaoferować inny produkt ubezpieczeniowy lub inną usługę, które lepiej odpowiadałyby potrzebom klienta.

Pośrednicy ubezpieczeniowi i zakłady ubezpieczeń muszą ocenić, czy istnieje ryzyko szkodliwego wpływu na jakość usługi świadczonej na rzecz klienta, z uwagi na to, że zachęta lub system zachęt stanowi powód do oferowania lub rekomendowania określonego produktu. Jeżeli istnieje zachęta, pośrednik ubezpieczeniowy lub zakład ubezpieczeń musi zapewnić istnienie skutecznych środków zapobiegających wpływowi zachęty na wynik oceny odpowiedniości lub stosowności (dopasowania).

Możliwość wpływu zachęty na wynik testu odpowiedniości i dostosowania oraz środki stosowane przez pośredników ubezpieczeniowych lub zakłady ubezpieczeń w celu zapobieżenia wpływowi zachęty na ocenę odpowiedniości i dopasowania to czynniki, które należy uwzględnić w ocenie zachęty na podstawie kryterium sformułowanego w art. 8 ust. 2 a) rozporządzenia delegowanego 2017/2359.

15. Jak szczegółowe powinny być informacje uzyskane do celów testu odpowiedniości? Czy w przypadku umowy ubezpieczenia z funduszem inwestycyjnym obejmują one zarówno produkt, jak i składniki aktywów bazowych?

Poziom szczegółowości będzie zależał od konkretnego przypadku i indywidualnych okoliczności sprzedaży, w tym od rodzaju produktu lub usługi oferowanej lub poszukiwanej, związanego z tym ryzyka oraz wiedzy i doświadczenia klienta. Artykuł 17 ust. 1 rozporządzenia delegowanego 2017/2359 wymaga, aby uzyskane informacje obejmowały zakres odpowiedni do cech i typu produktu lub usługi, które zaoferowano klientowi lub o które klient się zwrócił.

W związku z tym test odpowiedniości powinien odnosić się do całego produktu, w tym w stosownych przypadkach, na przykład w przypadku umowy ubezpieczenia z funduszem inwestycyjnym, do podstawowych aktywów inwestycyjnych. Artykuł 19 ust. 3 rozporządzenia delegowanego 2017/2359 zawiera wymogi dotyczące prowadzenia ewidencji związanej z oceną stosowności, w szczególności w odniesieniu do wyniku oceny, ostrzeżeń przekazanych klientowi i przechowywania w sposób dostępny do wykorzystania w przyszłości.

16. Czy wykorzystanie profilowania i podobnych narzędzi przez dystrybutora ubezpieczeń będzie uważane z punktu widzenia nadzoru za właściwy dowód odpowiedności (dopasowania produktu)?

W kontekście oceny stosowności artykuł 30 dyrektywy IDD nakłada na pośrednika ubezpieczeniowego lub zakład ubezpieczeń wymaganie uzyskania niezbędnych informacji dotyczących wiedzy i doświadczenia klienta lub potencjalnego klienta w dziedzinie inwestycji, istotnych z punktu widzenia danego rodzaju produktu lub usługi, a także informacji dotyczących sytuacji finansowej tej osoby, w tym zdolności do ponoszenia strat oraz jej celów inwestycyjnych, w tym tolerancji ryzyka tej osoby.

W tym względzie, wykorzystanie narzędzi do profilowania i innych podobnych narzędzi może stanowić dowód odpowiedności (dopasowania), ale tylko w ograniczonym zakresie. Zależy to również od wykazania, w jaki sposób narzędzia zostały wdrożone oraz od wyników profilowania służących ocenie informacji dostarczonych przez klienta. W zakresie, w jakim takie narzędzia te będą stanowić część automatycznego lub półautomatycznego systemu, zastosowanie znajdzie art. 12 rozporządzenia delegowanego 2017/2359 o urządzeniach zautomatyzowanych.

17. Dyrektywa IDD stanowi, że: "każda umowa powinna być zgodna z wymaganiami i potrzebami klienta ...". W przypadku spersonalizowanej rekomendacji dla ubezpieczeniowego produktu inwestycyjnego (UPI) wymagane jest przeprowadzenie testu odpowiedności (dopasowania) oraz testu wymagań i potrzeb. Jaki jest w praktyce zakres testu wymagań i potrzeb? Czy można przyjąć założenie, że jeżeli UPI jest odpowiedni dla klienta, to jest również zgodny z wymaganiami i potrzebami klienta?

Zakres testu wymagań i potrzeb nie jest przewidziany w dyrektywie IDD ani w rozporządzeniu delegowanym i podlega krajowym wdrożeniom. Można jednak podać pewne wskazówki dotyczące minimalnych oczekiwań dotyczących tego testu i jego związku z oceną odpowiedności.

W motywie 7 rozporządzenia delegowanego 2017/2359 wyjaśniono, że ocena odpowiedności i stosowności pozostaje bez uszczerbku dla obowiązku spoczywającym na pośrednikach ubezpieczeniowych i zakładach ubezpieczeń polegającym na rozważeniu i określeniu przed zawarciem jakiegokolwiek umowy ubezpieczeniowej, na podstawie uzyskanych informacji od klienta, wymagań i potrzeb tego klienta.

Test wymagań i potrzeb zapewnia klientom ochronę w celu uniknięcia przypadków missellingu (motyw 44 IDD) i ma zastosowanie do wszystkich umów ubezpieczeniowych, a nie tylko do UPI. Artykuł 30 dyrektywy IDD stosuje się "bez uszczerbku" do testu wymagań i potrzeb, o którym mowa w art. 20 ust. 1 dyrektywy IDD. Test wymagań i potrzeb musi zostać przeprowadzony w każdym przypadku przed zawarciem umowy i różni się od oceny odpowiedności, ponadto ocenę odpowiedności można przedstawić w dowolnym momencie kontaktu z klientem. Ocena wymagań i potrzeb jest obowiązkowa bez względu na to, czy klient uzyskuje poradę (rekomendację), a określenie wymagań i potrzeb nie jest równoznaczne z oceną odpowiedności. W zależności od wdrożenia dyrektywy IDD na szczeblu krajowym, w przypadkach gdy dystrybucja wiąże się z

udzieleniem porady, test wymagań i potrzeb oraz ocena odpowiedniości mogą być postrzegane bardziej jako kontynuacja niż jako odrębne obowiązki.

Główne informacje dotyczące potrzeb klienta obejmują zwykle np. dane osobowe (wiek, zawód, miejsce zamieszkania itp.) lub informacje związane z rodzajem poszukiwanego produktu. Zakres uzyskiwanych informacji powinien umożliwić pośrednikowi ubezpieczeniowemu lub zakładowi ubezpieczeń dokonanie oceny, czy określone produkty mogą być oferowane w zależności od ich zdolności do spełnienia wymagań i potrzeb klienta. Może to prowadzić do wytypowania wielu porównywalnych produktów, które zostaną poddane ocenie dopasowania, jeżeli udzielana jest porada lub ocenie odpowiedniości, gdy nie udziela się porady.

Jeżeli klient uzyskuje poradę, informacje, które uzyska pośrednik ubezpieczeniowy lub zakład ubezpieczeń będą musiały uwzględnić inne, szczególne i bardziej szczegółowe elementy, takie jak sytuacja finansowa klienta, w tym zdolność do poniesienia strat, cele inwestycyjne, tolerancję na ryzyko i inne powiązane informacje. Ostatecznym wynikiem powinna być spersonalizowana porada, w której wyjaśniono, dlaczego dany produkt najlepiej spełnia wymagania i potrzeby klientów.

18. Czego oczekuje się od dystrybutorów ubezpieczeń, jeśli produkt ubezpieczeniowy nie jest odpowiedni dla danego klienta lub nie można ustalić jego odpowiedniości, ale klient nadal chce zawrzeć umowę - czy wciąż można zawrzeć umowę?

Należy wyjaśnić, że odpowiedź na to pytanie jest przedmiotem prawa krajowego i podjętych przez państwa członkowskie środków wdrożeniowych, decydujących np. o tym, czy udzielenie porady jest obowiązkowe.

Artykuł 9 ust. 5 i 6 rozporządzenia delegowanego 2017/2359 dotyczy przypadków, w których udzielenie porady nie jest możliwe z uwagi na nieuzyskanie przez pośrednika ubezpieczeniowego lub zakład ubezpieczeń niezbędnych informacji lub z uwagi na brak produktów odpowiednich dla klienta lub potencjalnego klienta. W takiej sytuacji klient może wyrazić zgodę na zawarcie umowy jako sprzedaży bez porady (jeżeli jest to zgodne z obowiązującymi przepisami prawa krajowego), z zastrzeżeniem dokonania oceny odpowiedniości, chyba że możliwe jest zawarcie umowy ubezpieczenia wyłącznie na żądanie klienta (patrz motyw 12 rozporządzenia delegowanego 2017/2359). Jeżeli dystrybutor nie może uzyskać informacji potrzebnych do oceny odpowiedniości umowy, dystrybutor ostrzega klienta, że umowa może nie być odpowiednia. Tylko wtedy, gdy klient będzie żądać zawarcia umowy pomimo tego ostrzeżenia, dystrybutor może dokonać sprzedaży. W każdym przypadku, zgodnie z art. 20 ust. 1 dyrektywy IDD każda zaproponowana umowa zawsze musi być zgodna z wymaganiami i potrzebami klienta.

19. Czy EIOPA może udzielić wskazówek, kiedy informacje przekazane przez klienta pośrednika ubezpieczeniowego lub zakładu ubezpieczeń mogą być uznane za "zdecydowanie nieaktualne" w kontekście oceny odpowiedniości lub stosowności? Jaki okres można uznać przyjętą za odpowiedni?

Artykuł 17 ust. 4 rozporządzenia delegowanego 2017/2359 nakłada na dystrybutora ubezpieczeń obowiązek sprawdzenia, czy posiadane informacje są zdecydowanie (zupełnie) nieaktualne, zgodnie z obowiązkiem zapewnienia, aby informacje, na których oparto rekomendację były nadal właściwe i dokładne (na przykład w odniesieniu do krótkoterminowych lub długoterminowych celów inwestycyjnych klienta). Nie ma ustalonego okresu czasu, ponieważ różni się on w zależności od konkretnego przypadku.

20. Artykuł 16 rozporządzenia delegowanego 2017/2359 - czy EIOPA może podać praktyczne przykłady pojęcia "nieuzasadnionej straty dla klienta z uwagi na nieproporcjonalne opłaty" w lit. d)?

Kryterium to odnosi się do związku pomiędzy rzeczywistym kosztem ponoszonym przez zakład ubezpieczeń a kosztem administracyjnym, jaki nakłada zakład ubezpieczeń. Te ostatnie nie powinny być nieproporcjonalne w stosunku do tych pierwszych ani w inny sposób wykorzystywane do generowania zysków przez zakład ubezpieczeń (zob. także pytania i odpowiedzi dotyczące terminu "uzasadnione koszty").

21. Czy EIOPA może dostarczyć dalszych praktycznych wskazówek, kiedy informacje, które należy zebrać w ramach oceny odpowiedniości mogą być uznane za "odpowiednie dla określonego rodzaju produktu lub usługi"?

Informacje zebrane na podstawie art. 9 ust. 3 rozporządzenia delegowanego 2017/2359 dotyczące sytuacji finansowej klienta i zgodnie z art. 9 ust. 4 rozporządzenia delegowanego 2017/2359 dotyczące celów ryzyka klienta, w celu określenia, czy są odpowiednie i proporcjonalne, wymagają indywidualnej oceny. Artykuł 17 ust. 3 i 4 rozporządzenia delegowanego 2017/2359 zawierają dalsze wytyczne dotyczące przyjęcia proporcjonalnego podejścia. EIOPA rozważy, czy będzie mogła dostarczyć dalszych praktycznych wskazówek dotyczących tej kwestii w przyszłości.

22. Czy przepisy dotyczące zmiany mogą mieć zastosowanie tylko wtedy, gdy udzielono porady o zmianie bazowych aktywów inwestycyjnych w ramach produktu? Czy też pośrednicy ubezpieczeniowi i zakłady ubezpieczeń powinni stosować tę zasadę przy zmianie produktów? Czy od zakłady ubezpieczeń i pośrednicy ubezpieczeniowi zobowiązani są zarówno do analizy kosztów i korzyści głównego produktu, jak i instrumentów bazowych?

Artykuł 9 ust. 7 rozporządzenia delegowanego 2017/2359 ma zastosowanie wyłącznie do zmiany podstawowych aktywów inwestycyjnych, takich jak fundusze, bez zawarcia nowej umowy ubezpieczenia. Jednak przy udzieleniu porady dotyczącej zmiany produktów należy spełnić wymogi art. 30 IDD i art. 9 rozporządzenia delegowanego 2017/2359, co oznacza, że porada powinna obejmować analizę kosztów i korzyści.

23. Artykuł 16 rozporządzenia delegowanego 2017/2359 - czy EIOPA może podać praktyczne przykłady pojęcia "zasadniczej zmiany" w rozumieniu lit. b) tego artykułu?

Ta sama terminologia została celowo użyta przez EIOPA w Wytycznych na ten temat, zawierających dalsze wyjaśnienia i przykłady w paragrafach 1.48 i 1.49 tekstu objaśniającego do Wytycznej 2 (a), które uznajemy za istotne również w odniesieniu do Artykułu 16.

24. Czy w odniesieniu do okresowej sprawozdawczości wobec klientów pośrednik ubezpieczeniowy zobowiązany jest do opracowania i dostarczenia "odpowiednich sprawozdań dotyczących świadczonej usługi"? Czy pośrednik ubezpieczeniowy jest przede wszystkim odpowiedzialny za informowanie klientów o kosztach i opłatach oraz przekazywanie klientom raportów okresowych, zaś zakład ubezpieczeń zawsze odpowiedzialny za dostarczanie informacji o produkcie, zgodnie z wymogami dyrektywy Wypłacalność II?

W odniesieniu do obowiązków zapewnienia odpowiedniej sprawozdawczości na podstawie art. 29 ust. 1 i art. 30 ust. 5 dyrektywy IDD oraz art. 18 rozporządzenia delegowanego 2017/2359, będzie to zależeć od tego, kto świadczy usługę. Zasadniczo można się spodziewać, że będzie to pośrednik ubezpieczeniowy, z wyjątkiem sytuacji, gdy zakład ubezpieczeń świadczy usługi dystrybucyjne bezpośrednio. Zakład ubezpieczeń będzie odpowiedzialny za dostarczanie informacji wymaganych na mocy art. 185 dyrektywy 2009/138/WE (Wypłacalność II).

25. Artykuł 16 rozporządzenia delegowanego – czy EIOPA może dostarczyć praktycznych przykładów dla terminów "gwarantowane" i "uzasadnione koszty" w lit. a)?

Gwarancja jest formalnym zapewnieniem, że spełnione zostaną określone warunki, na przykład, że ubezpieczyciel zapłaci € x minimalną sumę gwarancyjną na wypadek śmierci (suma gwarantowana z ubezpieczenia będzie płatna zawsze, z wyjątkiem sytuacji, gdy wypłaty nie można dokonać z powodu niewypłacalności).

„Gwarantowany” oznacza także bezwarunkowy w kontekście wartości w terminie zapadalności, o której mowa w objaśnieniach do Wytycznej 2 Wytycznych EIOPA z tego zakresu (EIOPA BoS 17/204 (11 września 2017)). Za istotny w kontekście obowiązku sformułowanego w art. 16 (a) rozporządzenia delegowanego EIOPA uznaje deklarację zawartą w paragrafie 1.55: „... W szczególności określenie „gwarantowany” wywołuje u klienta oczekiwanie i, z tego względu, gdy określenie to zostaje użyte, klient może zakładać, że nie istnieją żadne warunki do realizacji tej gwarancji...”.

EIOPA rozumie, że "uzasadnione koszty" to koszty, które mogą być naliczane konkretnemu klientowi na podstawie odpowiednich przepisów prawa europejskiego lub krajowych przepisów lub zasad oraz są możliwe do zastosowania i racjonalne. Może to obejmować koszty związane z dystrybucją lub administrowaniem umową, na przykład roczna opłata za zarządzanie lub część opłat prawnych lub regulacyjnych związanych z produktem, takich jak wynikające z opracowania warunków umownych.

26. Firmy ubezpieczeniowe opracowują zautomatyzowane i półautomatyczne systemy do zmiany bazowych aktywów inwestycyjnych. W większości przypadków klient jest

informowany o tym przy zawarciu umowy ubezpieczenia. Czasami klient dokonał wyboru pewnych ograniczeń, które powodują zmianę. Czy zautomatyzowane i półautomatyczne systemy mogą być uważane za kolejny krok w procesie doradztwa?

Artykuł 9 ust. 7 rozporządzenia delegowanego 2017/2359 dotyczy sytuacji, w której udziela się porad dotyczących zmiany ("W przypadku udzielania porady ..."). Jednakże, o ile ustawodawstwo krajowe nie uznaje udzielenia porady za obowiązkowe, porada nie musi być obowiązkowo udzielana przy zmianie. Ponadto, jeśli parametry (warunki) zmiany zostały uzgodnione w ramach porady dotyczącej zawarcia umowy początkowej, nie trzeba przeprowadzać dalszych badań ani testu odpowiedniości. Należy rozróżnić dwa typy zmian, o których tutaj mowa:

- 1) Pierwszy rodzaj to „w pełni zautomatyzowana zmiana”. Na przykład w sytuacji opcji „stop loss” (zatrzymaj stratę), wszystkie parametry (warunki) są określone z góry i gdy zostanie osiągnięty ustalony limit, następuje automatyczne przeniesienie inwestowanych środków, np. funduszu, do innego ustalonego wcześniej funduszu.
- 2) Drugi rodzaj to „pół-automatyczna zmiana”. Korzystając z przykładu podanego w punkcie 1, kiedy ustalony limit zostanie osiągnięty klient otrzymuje zapytanie, czy chce skorzystać z opcji „stop loss” i przenieść środki.
- 3) Trzeci rodzaj to zmiana manualna. Klient otrzymuje wiadomość, kiedy zostanie osiągnięty określony limit i wówczas powinien skontaktować się z pośrednikiem ubezpieczeniowym lub zakładem ubezpieczeń w celu podjęcia dalszych kroków.

W pełni zautomatyzowana zmiana nie implikuje wniosku, że porada zostaje udzielona gdy dochodzi do zmiany (przeniesienia środków). W rzeczywistości wszystko odbywa się automatycznie. Jednak gdy klient uzyskał poradę przy sprzedaży takiego produktu (w tym o mechanizmie jego zmiany), odpowiedniość produktu i bazowych aktywów inwestycyjnych (w tym odpowiedniość mechanizmu zmiany i jego wyniku) powinna podlegać weryfikacji.

W przypadku manualnej zmiany, wobec podjęcia przez klienta kontaktu z zakładem ubezpieczeń lub pośrednikiem ubezpieczeniowym w celu zadecydowania o dokonaniu lub niedokonaniu zmiany, prawdopodobnie klient uzyska poradę.

Jeżeli klientowi udzielono porady przy sprzedaży produktu ubezpieczeniowego z mechanizmem pół-automatycznej zmiany, możliwe jest, że klient również otrzyma poradę o możliwości dokonania lub niedokonania zmiany, kiedy mechanizm zostanie aktywowany (test odpowiedniości zmiany wykonywany w momencie zmiany).

Zgodnie z art. 12 rozporządzenia delegowanego 2017/2359, zakład ubezpieczeń lub pośrednik ubezpieczeniowy posiadają takie same obowiązki w odniesieniu do dokonania oceny odpowiedniości, gdy pierwotna porada została udzielona w odniesieniu do automatycznej zmiany zgodnie z punktem 1) lub gdy porada została udzielona w odniesieniu do pół-automatycznej zmiany zgodnie z punktem 2) lub manualnej zmiany zgodnie z punktem 3) powyżej, bez względu na poziom automatyzacji procesu.

27. Artykuł 16 rozporządzenia delegowanego 2017/2359 - czy EIOPA może podać praktyczne przykłady dla pojęcia "o wartości, która jest dostępna dla klienta" w punkcie (c)?

Tej samej terminologii EIOPA celowo użyła w swoich Wytycznych na ten temat, podając kilka dalszych wyjaśnień i przykładów w paragrafie 1.52 tekstu objaśniającego do Wytycznej 2 (b), które uznaje za istotne także w odniesieniu do Artykułu 16.

28. Artykuł 16 rozporządzenia delegowanego 2017/2359 - czy EIOPA może dostarczyć praktycznych przykładów określenia "konstrukcja" w warunku (e)?

Jak wyjaśniono w poradniku technicznym EIOPA dotyczącym ewentualnych aktów delegowanych, termin ten został przeniesiony z dyrektywy, a EIOPA rozumie, że odnosi się do "cechy" umowy (patrz także Wytyczne EIOPA na ten temat, w których zarówno używane są terminy "konstrukcja" i "cecha"). W rozumieniu EIOPA termin "konstrukcja" jest używany przez prawodawcę w celu uchwycenia odpowiedniej części umowy.