



„Polisolokaty” – czyste zło?

Dariusz Szlas

Ekspert ds. Compliance, Prawnik

Jednym z najbardziej popularnych medialnie tematów jest spór pomiędzy klientami, przede wszystkim konsumentami, z jednej strony, a instytucjami finansowymi w postaci banków, ubezpieczycieli oraz pośredników finansowych z drugiej.

Bardzo łatwo w tej dyskusji posługiwać się ostrymi, kategorycznymi i jednoznacznymi określeniami, jednak w rzeczywistości rzeczy rzadko bywają czarno-białe. Łatwo zgubić się w ciemnym, gęstym lesie argumentów jednej i drugiej strony konfliktu. Spróbujmy jednak dotrzeć do sedna sprawy.

Aby w miarę możliwości obiektywnie spojrzeć na to zagadnienie należy po pierwsze sięgnąć do historycznej koncepcji samego produktu, poznać jego konstrukcję i cechy, ale także, a w zasadzie przede wszystkim, sposób jego sprzedaży i kryterium doboru osób, którym powinien on być oferowany. Tylko taka kompleksowa analiza może przybliżyć nas do dokonania rzetelnej oceny.

1. Czym są tzw. polisolokaty? Przybliżmy najpierw elementy składowe tego pojęcia.

Polisa jest najbardziej powszechnie stosowanym przez ubezpieczycieli dokumentem, który, zgodnie z treścią art. 809 § 1 Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964r. Kodeks cywilny (Dz.U. 1964 nr 16 poz. 93 z późn. zm.), potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia. Natomiast „przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę” (art. 805 Kodeksu cywilnego).

Lokata terminowa w powszechnym zastosowaniu jest umową pomiędzy bankiem, a klientem, polegającą na przechowaniu środków pieniężnych przez bank na rzecz klienta, zwrotu kapitału wraz z wypracowanymi odsetkami w przypadku zakończenia umowy w uzgodnionym przez



strony terminie oraz prowadzenia rachunku bankowego dla tejże lokaty w oparciu o art. 49 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. Prawo bankowe (Dz.U. 1997 Nr 140 poz. 939 z późn. zm.).

Należy w tym miejscu zaznaczyć, że zakończenie umowy lokaty bankowej przez klienta przed uzgodnionym przez strony terminem wiąże się z określonymi konsekwencjami, a najczęściej z nich występującą jest utrata przez klienta dotychczas wypracowanych przez ulokowany kapitał odsetek.

W rzeczywistości potocznie stosowany termin „polisolokata” oznacza ubezpieczeniowy produkt inwestycyjny. Są to ubezpieczenia na życie lub dożycie z funkcją inwestowania składki regularnej, jednorazowej lub dodatkowej w rynek kapitałowy za pośrednictwem ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, o których mowa w Dziale I pkt 3 Załącznika nr 1 do Ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. 2003 Nr 124 poz. 1151 z późn. zm.). Zgodnie z art. 829 § 1 Kodeksu cywilnego ubezpieczenie na życie jest ubezpieczeniem osobowym, którego przedmiotem może być śmierć osoby ubezpieczonej lub dożycie przez nią oznaczonego wieku.

Są one skonstruowane w taki sposób, że niewielka część składki trafia na ubezpieczenie, a w większości pieniądze klientów lokowane są w produkty inwestycyjne (m. in. fundusze inwestycyjne, obligacje, opcje czy struktury).

2. Skąd koncepcja takiego produktu?

Jedną z przyczyn jego powstania można upatrywać w pojawieniu się podatku „Belki”, tj. zryczałtowanego podatku dochodowego od osób fizycznych, stosowanego na podstawie art. 30a i 30b Ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. 1991 nr 80 poz. 350 z późn. zm.).

Zgodnie z treścią art. 30a od uzyskanych dochodów (przychodów) pobiera się 19% zryczałtowany podatek dochodowy w zakresie m.in.:

- 1) z odsetek i dyskonta od papierów wartościowych;
- 2) z odsetek lub innych przychodów od środków pieniężnych zgromadzonych na rachunku podatnika lub w innych formach oszczędzania, przechowywania lub inwestowania;
- 3) od dochodu z tytułu udziału w funduszach kapitałowych;

4) od dochodu z tytułu umów ubezpieczenia.

Natomiast na podstawie art. 30b podatkiem dochodowym zostały także objęte dochody uzyskane z odpłatnego zbycia papierów wartościowych lub pochodnych instrumentów finansowych oraz z odpłatnego zbycia udziałów (akcji).

Należy w tym miejscu zaznaczyć, iż obowiązek podatkowy powstaje w momencie wypłaty świadczenia z poniższych tytułów (wypłaty dochodu lub odsetek).

Tym samym zawarcie długookresowej umowy ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym pozwala na odroczenie obowiązku podatkowego w czasie oraz wyłącznie jednorazową zapłatę podatku (na koniec okresu inwestowania), co ogranicza także koszty podmiotu zobowiązanego do jego odprowadzenia w imieniu klienta.

3. Charakterystyka produktu.

Zanim przejdziemy do próby oceny tej usługi finansowej przedstawmy krótko najważniejsze cechy produktu:

- 1) Umowa ubezpieczenia na życie/dożycie – zakres ochrony oraz wysokość świadczeń zapewnianych na podstawie tego rodzaju umów w większości ofert, które były dostępne na rynku finansowym, były bardzo ograniczone. Element ubezpieczeniowy tym samym najczęściej był minimalny, a wręcz w niektórych przypadkach wprost pozorny.
- 2) Umowa z funduszem kapitałowym – element konstrukcji tego produktu, tj. lokowania wpłacanych środków budzi właśnie największe emocje. O ile środki wpłacane przez klienta faktycznie są inwestowane, to klient otrzymuje jedynie jednostki ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, a nie funduszy inwestycyjnych czy też inne instrumenty finansowych, w które środki były w rzeczywistości inwestowane. Sposób wyliczenia wartości indeksów, których jednostki klient nabywał, ich korelacja z instrumentami finansowymi, na których w teorii się opierały stanowiła niejednokrotnie tajemnicę poliszynela i co gorsza ta informacja nie znajdowała się we wzorcach umownych.

W tym miejscu należy dla przykładu przytoczyć wyrok z 27 marca 2015 r. (sygn. akt III C 1453/13), w którym Sąd Okręgowy w Warszawie orzekł o nieważności polisy z



ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, uznając ich konstrukcję za „oszukańczą” m. in. ze względu na to, że w umowie nie wyjaśniono zasad, wedle których jednostki były wyceniane, ani zasad, wedle których wyceniane były aktywa.

Jednocześnie przy powszechnie notowanych stałych wzrostach rynku akcji i obligacji - wartość aktywów netto Funduszy malała, malała wartość jednostek tych Funduszy, i w konsekwencji pomimo kolejnych wpłat - malała wartość rachunku powoda.

W uzasadnieniu wyroku wskazano m.in., że „pozwany ubezpieczyciel, jako profesjonalista na rynku ubezpieczeń musiał zdawać sobie sprawę z tego, że takie a nie inne skonstruowanie ubezpieczeń (...) w sposób niedopuszczalny kształtuje jego świadczenie, zastrzega korzyści jedynie dla Ubezpieczyciela, ukrywa pod skomplikowane brzmiącymi tautologiami metodę wyceny aktywów Funduszy, jednostek uczestnictwa i wartości rachunku ubezpieczonych, pod pozorem umów ubezpieczenia z elementem inwestycyjnym ubezpieczonego – przemycia w gruncie rzeczy sposób na bezpieczne inwestowanie własnych środków Ubezpieczyciela, gdzie pewne zyski z tych inwestycji pochodzą nie z inwestowania ich w rynek kapitałowy, ale z ukrytego pobierania tych zysków ze składek ubezpieczonych: przy pomocy opłat administracyjnych, przerachowania wartości rachunku w stosunku do wartości początkowej, spreadu na zakupie i zbyciu certyfikatów i obligacji, manipulowania algorytmem opartym na indeksie (...) i wreszcie opłat likwidacyjnych. Zdaniem Sądu opracowanie takiego produktu musiało być świadome i naceLOWANE na osiągnięcie zysków kosztem wpłat ubezpieczonych”.

Na podstawie art. 353¹ w zw. z art. 58 Kodeksu cywilnego sąd uznał te umowy za nieważne.

Wobec tego, że powód świadczył na rzecz pozwanego ubezpieczyciela na podstawie umów, które okazały się *ab initio* nieważne (*condictio sine causa*), zastosowanie miał przepis art. 405 w zw. z art. 410 § 1 Kodeksu cywilnego, zgodnie z którymi w takim przypadku pozwany ubezpieczyciel powinien zwrócić powodowi to, co od niego otrzymał - jest bowiem w tym zakresie bezpodstawnie wzbogacony.

- 3) Produkt inwestycyjny – z założenia te produkty miały oferować klientom możliwość osiągnięcia wymiernych przychodów z tytułu inwestowania lokowanych środków, ze zwiększoną dochodowością wynikającą z odłożenia w czasie obowiązków podatkowych. Niestety w przeważającej większości produktów, które były dostępne, bardzo wysokie,



wręcz drakońskie opłaty za administrowanie jednostkami uczestnictwa, konsumowały zyski wypracowane na tym produkcie. Tym samym realizowany de facto był jedynie cel oszczędnościowy i to nie w każdym przypadku, gdyż niektóre strategie inwestowania w połączeniu z wysokimi opłatami administracyjnymi prowadziły jedynie do generowania strat po stronie klienta.

4. Skąd w takim razie tyle emocji? Podsumowanie nieprawidłowości.

Jak widać z powyższej analizy sama koncepcja produktu nie była niewłaściwa. Gdzie w takim razie jest sedno problemu?

- 1) Opłaty likwidacyjne – zgodnie z art. 812 § 4 Kodeksu cywilnego, jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż sześć miesięcy ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia, w terminie 30 dni. Ubezpieczyciele konstruując produkt, zakładając długoterminowy okres inwestowania, starali się zabezpieczyć przed wcześniejszą rezygnacją klienta. Wynikało to także z faktu, iż pośrednicy finansowi i agenci ubezpieczeniowi w zdecydowanej większości przypadków za sprzedaż takiego produktu dostawali wysokie jednorazowe prowizje, w wysokości sięgającej do sumy składek, które miały być wpłacane przez klienta przez okres pierwszego roku (przy produkcie ze składką regularną). Zrealizowane to zostało poprzez wprowadzenie drakońskich opłat likwidacyjnych, sięgających w pierwszych latach inwestowania nawet do 100% wpłaconych środków.

W tym miejscu należy zaznaczyć, iż Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumenta uznał takie opłaty za nieuzasadnione kosztowo i szereg zapisów dających podstawę do ich naliczania przez ubezpieczyciela zostało uznanych za abuzywne (w oparciu o art. 384¹ Kodeksu cywilnego) i wpisane do rejestru klauzul niedozwolonych, którym mowa w art. 479⁴⁵ ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz. U. Nr 43, poz. 296, z późn. zm.) (patrz wyroki Sądu Okręgowego w Warszawie - Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów: Sygn. Akt VI ACa 1175/09, Sygn. Akt XVII AmC 1704/09; XVII AmC 1941/11, XVII AmC 3669/10, Sygn. akt XVII AmC 974/11, Sygn.akt XVII AmC 355/11).

Aktualnie prowadzone są przez UOKiK w trybie administracyjnym postępowania w sprawie praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów, m.in. w zakresie stosowania postanowień wzorców umów, które zostały wpisane do rejestru postanowień wzorców umowy uznanych za niedozwolone, w oparciu o art. 24 ust. 2 pkt 1 Ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów Dz.U. 2007 nr 50 poz. 331 z późn. zm.). Postępowania toczą się przeciwko 21 instytucjom finansowym, przede wszystkim ubezpieczycielom. Pozytywnym aspektem, na który należy zwrócić uwagę, jest zawarcie przez 6 z nich porozumień z UOKiK, uwzględniających między innymi daleko idące obniżenie opłat likwidacyjnych (np. z 70% do 8%).

- 2) Naruszenie obowiązku naruszanie obowiązku udzielania konsumentom rzetelnej, prawdziwej i pełnej informacji – niestety wiele podmiotów dystrybuujących te skomplikowane produkty inwestycyjne dopuszczało się szeregu nieprawidłowości na etapie przedkontraktowym. Klienci byli wprowadzani w błąd co do charakteru produktu (bezpieczny produkt z gwarancją zysków), ponoszenia ryzyka inwestycyjnego, istnienia i wysokości opłat likwidacyjnych oraz opłat administracyjnych oraz rzeczywistego charakteru produktu (lokata bankowa z gwarancją Bankowego Funduszu Gwarancyjnego). Już sama potoczna nazwa „polisolokata” zawiera element wprowadzający przeciętnego konsumenta w błąd, gdyż z właściwą terminową lokatą bankową ubezpieczenia na życie z UFK mają bardzo niewiele wspólnego. Prezes UOKiK w stosunku do poszczególnych podmiotów na przestrzeni ostatnich 2 lat nakładał wielomilionowe kary, ale większość z tych decyzji nie jest prawomocna.

5. Próba końcowej oceny.

Autor podjął próbę rzetelnego przedstawienia problemu dotyczącego tzw. polisolokat. W jego ocenie na rynku usług finansowych jest miejsce dla odpowiednio skonstruowanego produktu tego rodzaju.

Główne problemy nie leżą w samej koncepcji produktu, który stanowić może dodatkowe narzędzie do oszczędzania dla polskich konsumentów, ale w niewłaściwym określeniu wysokości opłat z nim związanych i braku odpowiedniej wartości dodanej wynikającej z długookresowego inwestowania/oszczędzania dla konsumenta.



Niedopuszczalne jest, aby opłaty związane z produktem inwestycyjnym były tak wysokie, iż konsumują większość racjonalnie możliwych do osiągnięcia zysków z inwestycji. Także przywiązywanie klienta do produktu opłatami likwidacyjnymi, w żaden sposób nieuzasadnionymi rzeczywiście ponoszonymi przez dany podmiot (ubezpieczyciela) kosztami, jest praktyką nie do zaakceptowania.

Należy w tym miejscu zaznaczyć, iż zgodnie z opublikowaną w Dzienniku Ustaw 16 października 2015 r. nowelizacją Ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów (Ustawa z dnia 5 sierpnia 2015 r. o zmianie ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. z 2015 r. poz. 1634) **proponowanie konsumentom nabycia usług finansowych, które nie odpowiadają potrzebom tych konsumentów ustalonym z uwzględnieniem dostępnych przedsiębiorcy informacji w zakresie cech tych konsumentów lub proponowanie nabycia tych usług w sposób nieadekwatny do ich charakteru** stanowić będzie praktykę naruszającą zbiorowe interesy konsumentów (dodany pkt 4 do art. 24 ust. 2). Dla przypomnienia zgodnie z art. 106 tejże ustawy Prezes Urzędu może nałożyć na przedsiębiorcę, w drodze decyzji, karę pieniężną w wysokości nie większej niż 10% obrotu osiągniętego w roku obrotowym poprzedzającym rok nałożenia kary, nawet jeśli działał on nieumyślnie.