

Aleksandra Luterek

Uniwersytet Warszawski

e-mail: aluterek@wz.uw.edu.pl

ZJAWISKO MISSELLINGU W UBEZPIECZENIACH DZIAŁU I W ŚWIETLE SKARG KIEROWANYCH DO RZECZNIKA FINANSOWEGO

THE PHENOMENON OF MIS-SELLING IN LIFE INSURANCE IN THE LIGHT OF COMPLAINTS ADDRESSED TO THE FINANCIAL OMBUDSMAN

DOI: 10.15611/pn.2018.541.12

JEL Classification: D1, D8, G22

Streszczenie: *Misselling* jest sprzedażą nieuczciwą, która ma na celu wprowadzenie konsumenta w błąd. Zjawisko to jest tożsame z nieetycznym, a nawet wątpliwym pod względem prawnym oferowaniem produktów finansowych oraz z ich nieetyczną sprzedażą. *Misselling* można dostrzec zarówno na etapie działań marketingowych, np. w reklamach pomijających istotne fakty dotyczące produktu, ale także przy bezpośrednim kontakcie z klientem pracownika rynku finansowego, np. poprzez nieinformowanie o ważnych elementach charakteryzujących produkt. Głównym celem artykułu jest weryfikacja występowania zjawiska *missellingu* w sprzedaży oraz obsłudze ubezpieczeń działu I, które nie dotyczą ubezpieczeń na życie z UFK. Analizie poddano cztery skargi skierowane do Rzecznika Finansowego z lat 2017 oraz 2018, w których poruszony został problem wprowadzenia w błąd klientów zakładów ubezpieczeń. Na ich przykładzie dostrzeżono problem nieuczciwej sprzedaży i wykorzystywania przewagi informacyjnej przez sprzedających ubezpieczenia.

Słowa kluczowe: *misselling*, nieuczciwa sprzedaż, ubezpieczenia działu I, ubezpieczenia na życie.

Summary: Mis-selling is an unfair sale that aims to misinform consumers. The phenomenon is identical with unethical, even dubious in legal terms, offering and selling of financial products. It can be seen in marketing activities, for example in advertisements which ignore important facts about a product, as well as in direct contact of a financial market employee with a client. It may mean not informing about important elements characterizing a product or its real construction, it may be reflected in incorrect presentation of insurance scope or suggestions connected to capital placement. The main aim of the article is to verify the phenomenon of mis-selling in the sale and service of life insurance, which does not include life insurance with an insurance capital fund. Six complaints addressed to the Financial Ombudsman from 2017 and 2018 were analyzed, in which an issue of misinforming consumers of insurance companies was raised. Their example showed the problem of unfair sales and usage of information advantage by insurance sellers.

Keywords: mis-selling, unfair sales, life insurance.

1. Wstęp

Według powszechnie panującej w społeczeństwie opinii relacje pomiędzy firmami ubezpieczeniowymi a ich klientami są dalekie od prawidłowych i powinny zostać naprawione. Dwie dekady temu uważano, że ograniczenie nieuczciwych i nieetycznych zachowań sprzedających może być kontrolowane przez szkolenia, podnoszenie ich standardów, zwiększanie profesjonalizmu sprzedawców oraz ich świadomości dotyczącej konieczności etycznego postępowania [Diacon, Ennew 1996]. Kolejne lata pokazały jednak, że zasady informowania klienta o kupowanym przez niego produkcie ubezpieczeniowym muszą być regulowane prawnie. Poprawa mogłaby więc nastąpić zarówno przez nowelizację obowiązującego prawa, jak i wzrost skuteczności instytucji nadzoru. Obecnie, w dobie wprowadzania nowych dokumentów prawnych (nowelizacji Ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów czy Ustawy z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń wdrażającą dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/97 z dnia 20 stycznia 2016 r. w sprawie dystrybucji ubezpieczeń (wersja przekształcona)), oczekuje się lepszej i zwiększonej ochrony klientów zakładów ubezpieczeń oraz pewności, że klient otrzyma ofertę najlepiej dostosowaną do jego potrzeb. Na realne efekty tych prac trzeba jednak poczekać, nie da się bowiem przewidzieć skutków wprowadzenia nowych regulacji. Konsumenci cały czas są jednak zdania, że podażowa strona rynku znacznie nadużywa posiadanej przez siebie pozycji i przewagi informacyjnej. Skutkuje to często sprzedażą niedostosowanych do potrzeb klienta produktów ubezpieczeniowych, często nieadekwatną do zapotrzebowania czy o zbyt wąskim zakresie ochrony [Krawczyk 2015]. Zjawisko to nosi nazwę *missellingu* i może skutkować hamowaniem rozwoju branży ubezpieczeniowej [Barathi i in. 2011]. Zgodnie z definicją podaną przez Urząd Ochrony i Konkurencji i Konsumentów *missellingiem* jest „typ praktyk naruszających interesy konsumentów, polegający na sprzedaży produktów (usług) niedopasowanych do potrzeb konsumentów” [UOKiK 2015]. Cechami charakteryzującymi *misselling* mogą być między innymi:

- oferowanie oraz sprzedaż produktu ubezpieczeniowego, który jest nieadekwatny do profilu bądź potrzeb klienta,
- nieinformowanie klienta o możliwościach likwidacji produktu,
- brak wyjaśnień dotyczących konstrukcji oraz cech produktu ubezpieczeniowego,
- brak objaśnień w kwestiach ewentualnej struktury portfela inwestycyjnego,
- brak informacji o stopniu ryzyka, na jakie narażony jest dany produkt ubezpieczeniowy,
- niepoinformowanie o sposobie wyliczania ewentualnego dochodu klienta [Cichorska 2017; Butor-Keler 2017].

Nieprawidłowości w sprzedaży i obsłudze ubezpieczeń obserwowane są zarówno w dziale I, jak i w dziale II ubezpieczeń [Krawczyk 2015]. Głównym celem artykułu jest weryfikacja występowania zjawiska *missellingu* w sprzedaży oraz obsłudze

ubezpieczeń działu I, które nie dotyczą ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Analiza oparta jest na skargach kierowanych w latach 2017 i 2018 do Rzecznika Finansowego.

2. Skargi – opis zdarzeń

W celu niemożności zidentyfikowania poszczególnych osób oraz firm ubezpieczeniowych wszystkie dane oraz cechy umożliwiające rozpoznanie zostały w artykule pominięte.

2.1. Skargi nr 1 i 2

Kobieta z małej wsi miała w najbliższym miesiącu ustalony termin operacji. W związku z tym skontaktowała się z agentem, który nadzorował ubezpieczenia w jej zakładzie pracy. Chciała zawrzeć umowę, która będzie gwarantowała jej wypłatę świadczenia wynikającego z planowanej operacji (skarga nr 1) oraz pobytu w szpitalu (skarga nr 2).

Po spotkaniu z agentem kobieta zawarła umowę grupowego ubezpieczenia na życie. Agent zapewnił ją, że ubezpieczenie będzie ją obejmowało od momentu zawarcia umowy i opłacenia składki, co niezwłocznie zrobiła. Kobieta podkreśla, że dopytywała o to i zaznaczyła: „było to dla mnie istotne, ponieważ miałam planowany zabieg operacyjny, o czym rzetelnie poinformowałam”.

Po wykonanym zabiegu i pobycie w szpitalu kobieta złożyła wnioski do zakładu ubezpieczeń o wypłatę świadczeń z tytułu operacji oraz pobytu w szpitalu i leczenia poszpitalnego. Otrzymała odpowiedź odmowną uzasadnioną zapisem w ogólnych warunkach ubezpieczenia o sześciomiesięcznym okresie karencji dla osób, które nie są nowymi pracownikami zakładu pracy.

W odpowiedzi na decyzję kobieta zwróciła się do zakładu ubezpieczeń o ponowne rozpatrzenie jej sprawy. Podkreśliła, że odmowną decyzję traktuje jako „niesłuszną i krzywdzącą”, a wszystkie działania w ramach ubezpieczenia podjęła po konsultacji i sugestii agenta: „Pan zapewniał mnie, że nie ma okresu karencji. (...) Ponieważ potrącenie składki ubezpieczenia bezpośrednio z moich poborów uprawniało mnie do skorzystania z niego dopiero za miesiąc, agent doradził mi dokonanie dodatkowej wpłaty na konto [zakładu ubezpieczeń] i zapewnił, że wszelkie roszczenia dotyczące tego miesiąca będą jak najbardziej ważne. Zaufałam temu panu i dokonałam dodatkowej wpłaty, a teraz okazuje się, że zostałam oszukana”. Z dalszej części dokumentu wynika też, że agent pomagał kobiecie wypełnić wszystkie niezbędne wnioski do ubiegania się o świadczenia. Kobieta podkreśliła: „Uważam, że postąpiono wobec mnie nieuczciwie. Gdyby nie zapewnienia od agenta, nigdy bym nie przystąpiła do ubezpieczenia oferowanego przez [zakład ubezpieczeń]. (...) Dziwi mnie też to, że przedstawiciel firmy może pozwolić sobie na składanie obietnic i zapewnień bez pokrycia (nie sądzę, aby był to brak kompetencji)”.

Odpowiedź zakładu ubezpieczeń podtrzymywała stanowisko o braku podstaw do wypłaty świadczeń. Zakład ubezpieczeń podkreślił też, że „podpisując deklarację zgody przystąpienia do umowy ubezpieczenia własnoręcznym podpisem potwierdzony został fakt otrzymania i akceptacji warunków ubezpieczenia, będących integralną częścią umowy ubezpieczenia”. Zakład ubezpieczeń dodatkowo poinformował, że zweryfikował oskarżenia dotyczące agenta. Agent wyjaśnił, że wywiązał się ze wszystkich swoich obowiązków oraz poinformował o okresie karencji.

2.2. Skarga nr 3

Kobieta z dużego miasta straciła po długotrwałej chorobie męża. Miał on zawartą umowę ubezpieczenia z jednym z zakładów ubezpieczeń. Kobieta złożyła zatem wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci małżonka.

Kilka dni później kobieta otrzymała telefon z najbliższego oddziału zakładu ubezpieczeń z prośbą o osobistą rozmowę w sprawie wypłaty środków. Na spotkaniu zaproponowano jej, aby nie wypłacała pełnej kwoty świadczenia, ale część wpłaciła na indywidualne konto emerytalne. „Mówiłam, że chciałabym wpłacić pieniądze na konto bankowe, bo później będą mi potrzebne. Pracownicy zakładu ubezpieczeń przekonywali mnie, że w [zakładzie ubezpieczeń] będę miała większy procent zysku niż w banku”. Dodatkowo kobieta zaznaczyła: „Byłam w bardzo złym stanie psychicznym i fizycznym po długim okresie opieki nad umierającym w domu mężem i chciałam poradzić się rodziny, ale w/w pracownicy mówili, że taką decyzję muszę podjąć sama, że będę bardzo zadowolona”. Kobieta podkreśliła, że kilkakrotnie pytała o to, czy w każdym momencie będzie mogła wypłacić zainwestowane pieniądze. Pracownica zakładu ubezpieczeń „potwierdziła, że tak, nie informując mnie o tym, że wybierając całą kwotę, musiałabym zapłacić wykup”.

Po natarcywych namowach kobieta zdecydowała się zatem na zakup ubezpieczenia na życie oraz indywidualnego konta emerytalnego w zakładzie ubezpieczeń na kwotę równą około połowy świadczenia z tytułu śmierci męża. Kobieta przyznaje, że podpisała umowy, ogólne warunki ubezpieczenia, w których były przedstawione opłaty i ryzyko związane z produktami ubezpieczeniowymi, jednak dodała: „Ale czy w tym stanie człowiek jest czegokolwiek świadomy? Nadal przebywam na zwolnieniu lekarskim. Polegałam tylko na ustnych informacjach pracowników zakładu ubezpieczeń”.

Kilka miesięcy później kobieta potrzebowała pieniędzy, o czym informowała pracowników przed zawarciem umowy. Dowiedziała się jednak, że nie ma możliwości wypłaty pełnej wpłaconej uprzednio kwoty. Pracownicy zakładu ubezpieczeń nie przekazali jej najważniejszych informacji o produktach, narażając ją na utratę znacznej części wpłaconego kapitału. „Uważam, że wprowadzono mnie w błąd i że pracownicy [zakładu ubezpieczeń] nie powinni namawiać osoby znajdującej się w ciężkiej sytuacji życiowej, zaledwie kilka dni po śmierci najbliższych, do podejmowania tak ważnych decyzji finansowych”. Kobieta złożyła więc skargę i prośbę o wypłatę

środków w pełnej wysokości w wyniku wprowadzenia jej w błąd i niewyjaśnienia warunków umów w rzetelny sposób.

W odpowiedzi zakładu ubezpieczeń podano, że „Przedstawiciele pośredniczący w zawarciu umowy zapewnili, że udzielili rzetelnych informacji warunkach proponowanego ubezpieczenia” oraz „Dołożyli wszelkich starań, aby produkty były dopasowane do potrzeb klientki”, a także, że „Fakt otrzymania ogólnych warunków ubezpieczenia regulujących zasady działania produktu, w tym również zasady dokonania wykupu ubezpieczenia, potwierdziła Pani własnoręcznym podpisem we wniosku o zawarcie umowy”. W rezultacie zakład ubezpieczeń odmówił wypłaty wpłaconej składki w pełnej wysokości.

2.3. Skarga nr 4

Kobieta z bardzo dużego miasta złożyła deklarację przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie w nowym miejscu pracy. W skardze kobieta nadmieniała: „Wypełniając deklarację, zauważyłam, że jest możliwość uwzględnienia w niej partnera życiowego. Zapytałam jeszcze agentkę ubezpieczeniową, czy mogę ująć w polisie mojego ówczesnego partnera, a pani potwierdziła, że owszem, i powiedziała, że w [zakładzie ubezpieczeń] roszczenia z tytułu zdarzeń objętych polisą, a dotyczących partnerów życiowych i współmałżonków są takie same”. Kobieta dodała: „Ogólne warunki ubezpieczenia, do zapoznania z którymi zostałam odesłana przez agentkę, także mówią o możliwości objęcia polisą zdarzeń dotyczących partnera życiowego. Nie miałam więc podstaw, żeby sądzić inaczej”. Kobieta nie otrzymała fizycznie OWU, ale została odesłana do siedziby, gdzie mogła zapoznać się z warunkami o odpowiednim indeksie. Po pewnym czasie kobieta otrzymała telefon od agentki z informacją, że deklaracja została przyjęta.

Miesiąc później zmarł partner kobiety. Kobieta wystąpiła więc do zakładu ubezpieczeń z wnioskiem o wypłatę świadczenia z tego tytułu. Po ponad miesiącu zakład ubezpieczeń wysłał odpowiedź z odmową wypłaty świadczenia, argumentując to brakiem relacji małżeńskiej między kobietą a zmarłym. Kobieta złożyła reklamację i znów, po około miesiącu, otrzymała taką odpowiedź zawierającą odmowę wypłaty.

Kobieta próbowała dodatkowo kontaktować się z agentką, za pośrednictwem której zawarła umowę ubezpieczenia. Według relacji kobiety „Agentka wspomniała jedynie, że moja deklaracja nie była zapewne zgodna z polisą”. Dodała też, że „Jeśli rzeczywiście tak było, to powinnam zostać o tym poinformowana na piśmie, zgodnie z OWU”.

W odpowiedzi zakład ubezpieczeń podtrzymywał swoją opinię, stwierdzając że „zakres ubezpieczenia, jakim była objęta ubezpieczona, obejmował tylko zdarzenia dotyczące współmałżonka” oraz „świadcstwo uczestnictwa w grupowym ubezpieczeniu na życie potwierdza zakres ubezpieczenia, jakim była objęta ubezpieczona, i znajdują się w nim wszystkie umowy dodatkowe oraz wysokość przysługujących świadczeń”. Dodatkowo zakład ubezpieczeń wyjaśnił, że z przeprowadzonej rozmo-

wy z agentką wynika, że OWU, na które powołuje się ubezpieczona (zawierające możliwość uwzględnienia partnera życiowego), zostały przedstawione dopiero po zawarciu umowy ubezpieczenia. Agentka wyjaśniła, że po zawarciu umowy zaproponowała „Zmianę wariantu OWU od rocznicy polisy, więc osoby ubezpieczone miały możliwość zapoznania się z warunkami umowy, które obejmowały również zdarzenia ubezpieczeniowe dotyczące partnerów”. Zakład ubezpieczeń podtrzymał stanowisko, że „Do zmiany wariantu ubezpieczenia nie doszło, a w chwili śmierci [partnera] obowiązywały OWU, zgodnie z którymi ubezpieczona nie była chroniona na wypadek śmierci partnera”. Zakład ubezpieczeń udowodnił też, że w deklaracji kobieta nie wypełniła pola „Dane partnera”.

3. Analiza missellingu na podstawie zaprezentowanych skarg

Wszystkie opisane skargi dotyczą deklarowanej przez skarżących u Rzecznika Finansowego nieuczciwej sprzedaży ubezpieczeń na życie, niezwiązanych z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi. Zauważone przesłanki świadczące o możliwości występowania missellingu podczas sprzedaży i obsługi polis w zaprezentowanych skargach przedstawione zostały w tabeli 1.

Tabela 1. Przesłanki świadczące o możliwości występowania missellingu

Numery skarg	Rodzaj umowy	Przesłanki świadczące o możliwości występowania missellingu
Skargi nr 1 i 2	Grupowe ubezpieczenie na życie zawarte w miejscu pracy	<ol style="list-style-type: none"> 1. Brak informacji od agenta o występowaniu okresu karencji. 2. Produkt niedopasowany do potrzeb klienta (nie dawał ochrony w oczekiwanym przez klienta czasie). 3. Błędne zapewnienia od agenta o obowiązywaniu umowy od momentu podpisania umowy i opłacenia składki. 4. Niesłuszna sugestia dodatkowej, indywidualnej, wpłaty składki za bieżący miesiąc w celu przyspieszenia objęcia umową.
Skarga nr 3	Ubezpieczenie na życie oraz indywidualne konto emerytalne	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bezpodstawna, ponieważ niewynikająca z nieprawidłowo wypełnionego wniosku, propozycja spotkania z uposażoną w celu lokowania należnych świadczeń w inne produkty finansowe. 2. Wykorzystanie złego stanu psychicznego w celu zawarcia umów. 3. Proponowane umowy niedopasowane do potrzeb klienta (niemożliwa bezkosztowa wypłata pełnej sumy, na czym zależało klientce). 4. Zatajanie informacji dotyczących proponowanych umów (ponoszone koszty przy wypłacie pełnej kwoty). 5. Naciskanie na szybkie zawarcie umów, niedawanie czasu na zastanowienie się.
Skarga nr 4	Grupowe ubezpieczenie na życie zawarte w miejscu pracy	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wprowadzenie w błąd przy wyjaśnianiu możliwości uwzględnienia najbliższych w umowie.

Źródło: opracowanie własne na podstawie skarg do Rzecznika Finansowego.

Jak wynika z tab. 1, deklarowane przez skarżących zachowania sprzedających umowy ubezpieczenia wyraźnie nosiły znamiona missellingu. Przede wszystkim oferowano produkty niedopasowane do potrzeb klienta, co jest główną cechą nieuczciwej sprzedaży (skargi nr 1, 2 i 3), oraz nie informowano o konstrukcji i cechach oferowanego ubezpieczenia (skargi nr 1, 2, 3 i 4).

W tabeli 2 przedstawione zostały ostateczne odpowiedzi zakładów ubezpieczeń na złożone skargi.

Tabela 2. Stanowiska zakładów ubezpieczeń na złożone skargi

Numery skarg	Stanowisko zakładu ubezpieczeń dotyczące sprawy	Wyjaśnienie dotyczące zachowań agenta/pracownika ZU
Skargi nr 1 i 2	Brak podstaw do wypłaty świadczeń w związku z występującym okresem karencji. Podpisanie umowy i OWU świadczy o akceptacji warunków zawartych w tych dokumentach.	Agent zadeklarował wywiązanie się ze wszystkich obowiązków i poinformowanie o występowaniu okresu karencji.
Skarga nr 3	Odmowa wypłaty składki w pełnej wysokości. Podpisanie własnoręcznym podpisem wniosku o zawarcie umowy jest równoznaczne z otrzymaniem ogólnych warunków ubezpieczenia, w których znajdują się informacje dotyczące między innymi wykupu.	Pracownicy ZU zadeklarowali udzielenie rzetelnych informacji dotyczących produktów ubezpieczeniowych oraz dołożenie wszelkich starań w dopasowaniu ubezpieczeń do potrzeb klientki.
Skarga nr 4	Brak podstaw do wypłaty świadczeń. Świadczenie, o które starała się ubezpieczona, nie obejmowało śmierci partnera życiowego. Nie wystąpiła zmiana obowiązującego wariantu, która mogła nastąpić po roku od zawarcia pierwszej umowy. Zakład ubezpieczeń dodatkowo udowodnił, że ubezpieczona nie wypełniła w deklaracji pola „Dane partnera”.	Agentka wyjaśniła, że informacje dotyczące dopisania do polisy partnera życiowego przekazała dopiero po zawarciu umowy jako możliwość zmiany w pierwszą rocznicę zawarcia umowy.

Źródło: opracowanie własne na podstawie skarg do Rzecznika Finansowego.

Jak wynika z przedstawionych w tab. 2 odpowiedzi zakładów ubezpieczeń na składane skargi, bezkrytyczne zaufanie do sprzedających produkty ubezpieczeniowe może skutkować zawarciem umów niedostosowanych do potrzeb klientów.

Faktem jest, że klient powinien w pełni zadbać o to, aby zapoznać się ze wszystkimi warunkami ubezpieczenia, ale to rolą sprzedającego jest redukcja asymetrii informacji oraz podnoszenie świadomości ubezpieczeniowej klientów. Po stronie sprzedawcy leży obowiązek jak najlepszego dopasowania produktu ubezpieczeniowego do potrzeb poszukującego ochrony ubezpieczeniowej. Sprzedaż ubezpieczenia, które na te potrzeby nie odpowiada, nosi znamiona missellingu. Należy jednak pamiętać, że podpisując umowę i ogólne warunki ubezpieczenia, ubezpieczający

deklaruje, że zgadza się ze wszystkimi zapisami znajdującymi się w dokumentach. Jakakolwiek próba tłumaczenia się później niską świadomością, nieznaną realnej konstrukcji produktu ubezpieczeniowego nie jest podstawą do wypłaty świadczeń (choć powinna być sygnałem, że sprzedawca nie w pełni wywiązał się z obowiązku wyjaśnienia wszystkich warunków umowy ubezpieczeniowej), co ściśle przywołuje na myśl paremię prawniczą *Ignorantia legis non excusat*. Oskarżenia wobec agentów czy pracowników zakładów ubezpieczeń sugerujące występowanie missellingu nie dają oczekiwanych przez ubezpieczonych (bądź uposażonych) efektów. Brak jednoznacznych dowodów dotyczących wprowadzania w błąd bądź zatajania ważnych informacji dotyczących produktu nie zwiastuje sukcesu.

4. Zakończenie

Trudno realnie zmierzyć zjawisko missellingu na rynku. Należy pamiętać, że opinie ubezpieczonych (bądź uposażonych) są wyłącznie subiektywnymi odczuciami poszczególnych osób, a nie obiektywną oceną sytuacji. Należy zatem uważać na każde oskarżenie, ponieważ nie zawsze musi być ono zgodne z realnym przebiegiem sprawy. Ludzie myślą i zdarza się, że błędnie rozpoznają sytuację. Jednak każda informacja o możliwości wystąpienia nieuczciwej sprzedaży powinna być analizowana. Gdyby na etapie rozpoznania potrzeb klienta oraz dopasowywania odpowiedniego produktu ubezpieczeniowego sprzedający zawsze szczegółowo i klarownie omówił wszystkie cechy i warunki produktu, wyeliminowanych zostałoby wiele odmów wypłat świadczeń.

Na przykładzie przytoczonych skarg skierowanych do Rzecznika Finansowego można zauważyć, że klienci zakładów ubezpieczeń sygnalizują występowanie missellingu na rynku. Zdarza się, że sprzedający ubezpieczenia wykorzystują swoją przewagę informacyjną i sprzedają produkty niedostosowane do potrzeb klienta. Nieświadomi realnej konstrukcji produktu ubezpieczeniowego klienci zawierają umowy, które nie chronią ich w oczekiwanych momentach życia.

Dokumentem mogącym skutkować silnym ograniczeniem występowania missellingu na rynku ubezpieczeniowym jest karta produktu, czyli tak zwany dokument zawierający informacje o umowie ubezpieczenia, wprowadzony Ustawą z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń wdrażającą dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/97 z dnia 20 stycznia 2016 r. w sprawie dystrybucji ubezpieczeń (wersja przekształcona). Ustandaryzowany dokument powinien pomagać przy podjęciu ostatecznej decyzji dotyczącej ubezpieczenia, ponieważ to w nim znajdować się mają wszystkie najważniejsze informacje dotyczące danego ubezpieczenia. Określony w przepisach wygląd (np. wielkość czcionki) oraz zakres informacji (np. rodzaj i grupa ubezpieczenia, przedmiot ubezpieczenia, obszar obowiązywania, wyłączenia i ograniczenia czy obowiązki ubezpieczonego), które muszą być zawarte w karcie produktu, pomagają w prosty i szybki sposób porównać ze sobą różne przedstawione oferty, mają ułatwić pokazanie podobieństw i różnic poszczególnych ubezpieczeń.

Literatura

- Barathi C., Ibohal Metei Ch., Balaji C. D., 2011, *Unethical practice of mis-selling of insurance – impact and solutions*, International Journal of Research in Computer Application and Management, vol. 1, no. 6, s. 45-49.
- Butor-Keler A., 2017, *Misselling a ochrona konsumenta na rynku usług finansowych*, Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, nr 326/17, s. 9-20.
- Cichorska J., 2017, *Misselling, czyli sprzedaż niepotrzebnych instrumentów finansowych i jej skutki. Stan prawny w Polsce i Wielkiej Brytanii*, Rozprawy Ubezpieczeniowe. Konsument na Rynku Usług Finansowych, nr 24 (2/2017), s. 18-34.
- Diacon S. R., Ennew C. T., 1996, *Ethical issues in insurance marketing in the UK*, European Journal of Marketing, vol. 30, no. 5, s. 67-80.
- Krawczyk K., 2015, *Ubezpieczyciele w relacjach z konsumentami*, Monitor Ubezpieczeniowy, nr 61, s. 48-53.
- Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów, 2015, *Polityka ochrony konkurencji i konsumentów*, Warszawa.