Krzysztof ŁYSKAWA

GRUPOWE UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE WE WSPÓŁCZESNYM SYSTEMIE ZABEZPIECZENIA EMERYTALNEGO

Wprowadzenie

Obserwowany coraz częściej brak niezbędnych środków do zaspokojenia materialnych potrzeb rodziny po zaprzestaniu aktywności zawodowej przez głowę tej rodziny, powoduje podejmowanie działań osłonowych zarówno przez samych zainteresowanych członków rodziny, pracodawców, jak i instytucje państwowe. Obniżenie standardu życia (tzn. działania wpływające na życie, zdrowie lub majątek członków rodziny) powstaje najczęściej na skutek następstw niekorzystnego oddziaływania zdarzeń losowych. Do najczęstszych sytuacji powodujących analizowane skutki należą:

- uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia bądź śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku,
- utrata lub uszkodzenie czy zniszczenie składników majątkowych rodziny,
- powstanie zobowiązania materialnego po stronie członka rodziny w związku z wyrządzeniem przez nią lub osoby, za działania których ponosi odpowiedzialność szkody osobom trzecim,
- obniżenie standardu życia w związku z przejściem członka rodziny na rentę, emeryturę lub powstanie innych szczególnych potrzeb majątkowych (np. wyjście za mąż, urodzenie się dziecka, dożycie do określonego wieku)[1].

Ubezpieczenia gospodarcze stwarzają szczególną możliwość kompensacji następstw powyższych zdarzeń losowych. Szeroki wachlarz oferowanych produktów przez zakłady ubezpieczeń sprzyja realizacji zasady powszechności usługi ubezpieczeniowej: zapewnienie wszystkim podmiotom ochrony finanso-

[1] **S. Nowak**, Znaczenie grupowych ubezpieczeń życiowych dla materialnego bytu rodziny, Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny 1985, z. 2, s. 29.

wej przed wszelkiego rodzaju istniejącym i odczuwalnym ryzykiem[2]. Przedmiotem dalszych rozważań będzie jednak ryzyko osobowe, którego kompensacją, oprócz zakładu ubezpieczeń, zajmuje się również państwo przez system ubezpieczeń społecznych[3]. Część składowa gospodarczych ubezpieczeń osobowych – grupowe ubezpieczenia osobowe służą, podobnie jak ubezpieczenia społeczne, „zabezpieczeniu obywateli przed gospodarczo ujemnymi następstwami określonych zdarzeń losowych w ich życiu, w szczególności pokrywaniu potrzeb majątkowych będących następstwem chorób, utraty zdolności do zarobkowania, utraty żywiciela rodziny, a także finansowania wydatków związanych z jej powiększeniem"[4].

1. Charakterystyka ubezpieczeń grupowych

Ubezpieczenia grupowe, które możemy zdefiniować jako metodę objęcia ochroną ubezpieczeniową grupy osób na bazie jednej umowy, nie mają nawet 100 lat. Pierwsze zamówienia na tego rodzaju ubezpieczenia pojawiły się w 1910 roku w USA i były tworzone na bazie pracowniczych planów zasiłkowych *(employee benefit plans)*. Od tego momentu koncepcja i popyt na ubezpieczenia grupowe rozwijały się szybciej niż oferta zakładów ubezpieczeń w zakresie ochrony i możliwości budowania grup członkowskich. Idee kontraktów grupowych rozszerzono na ubezpieczenia związane z inwalidztwem, wypadkami oraz zdrowiem[5]. Klienci zakładów ubezpieczeń dostrzegali korzyści płynące z zawarcia grupowych umów ubezpieczenia na życie: uzyskanie wysokiej sumy ubezpieczenia pośmiertnego (na życie) przy małym obciążeniu składkowym; maksymalne uproszczenie techniki ubezpieczeniowej i obniżenie kosztów poprzez włączenie zakładów pracy w upowszechnianie i realizację umów.

Warunki przystąpienia do programu w danym zakładzie ubezpieczeń są najczęściej negocjowane indywidualnie dla każdego zakładu pracy. Rozwiązanie to

---

[2] **T. Sangowski**, Vademecum ubezpieczeń gospodarczych, SAGA Printing, Poznań 1999, s. 56-57.

[3] Art. 1 ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 1998 r. nr 137, poz. 887) stwierdza, że pracownicze ubezpieczenie społeczne obejmuje świadczenia: 1) w razie choroby i macierzyństwa (ubezpieczenia chorobowe), 2) w razie wypadku przy pracy lub choroby zawodowej (ubezpieczenia wypadkowe), 3) emerytalne, 4) rentowe.

[4] **W. Warkallo**, Węzłowe problemy polskich ubezpieczeń. Studia Ubezpieczeniowe 1973, t. I, s. 18.

[5] Szerzej na ten temat: **G. Baars**, **N. Sennett**, The Fundamentals of Group Imsurance, Swiss Re, Zurich 1993, s.14 i n.

może być atrakcyjne dla pracowników, gdyż sami nie muszą wybierać wśród dostępnych na rynku produktów (zdają się na wiedzę i doświadczenie pracodawcy lub obsługującego go brokera). Dodatkowo, generalnie nie bierze się pod uwagę ryzyka indywidualnego (tzn. nie przeprowadza się wywiadów indywidualnych dotyczących przebytych chorób własnych, chorób występujących w rodzinie, nie bada się stanu zdrowia), co pozwala na dostęp do ubezpieczenia wszystkim, nawet tym, którzy byliby odrzuceni jako klienci indywidualni. Do programu ubezpieczeniowego mogą przystąpić starsi pracownicy, od których w indywidualnej formie ubezpieczyciele żądają wysokich składek. Grupowy klient to niższe koszty administracyjne dla zakładu ubezpieczeń, niższa prowizja za pośrednictwo, a więc w konsekwencji niższa składka.

1.1. Wymagania zakładów ubezpieczeń

W związku z powyższymi korzyściami i pewnymi technicznymi potrzebami zakłady ubezpieczeń stawiają wiele warunków koniecznych do spełnienia przy zawieraniu ubezpieczeń grupowych[6]:

- grupa osób przystępujących do ubezpieczenia musi istnieć przed podpisaniem ubezpieczenia (unikanie sytuacji, gdy tworzy się grupę tylko w celu osiągnięcia korzyści, np. składkowych, z zawarcia grupowego ubezpieczenia na życie);
- grupa ma jasną „tożsamość" (tj. związki między członkami grupy nawzajem oraz między członkami grupy a ubezpieczającym – mającym polisę generalną – muszą być określone);
- warunki przystąpienia do grupy powinny być precyzyjnie określone: na przykład osoby pracujące obecnie na umowę o pracę;
- grupa powinna mieć wystarczająco dużo członków, tak aby korzyści (osłabienie wymagań medycznych czy oszczędność na kosztach obsługi) mogły być zrealizowane;
- powinna występować perspektywa stałego dopływu nowych członków do systemu ubezpieczenia (nowi pracownicy, związkowcy itp.);
- ubezpieczający (zakład pracy, stowarzyszenie itd.) musi być przygotowany do dokonywania administracyjnych i podatkowych działań niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania umowy (najprościej na bazie jednej listy płac);
- wysokość świadczeń powinna być oparta na ściśle określonej formule (poszczególne rodzaje wypłat wyrażone jako procent sumy ubezpieczenia);

[6] **G. Baars, N. Sennett**, op. cit., s. 8.

– indywidualni członkowie grupy nie mogą mieć całkowitej swobody w wyborze ryzyka objętego ochroną oraz sum ubezpieczenia (np. w zakładzie tworzy się dostatecznie liczne 3-4 podgrupy) itp.

Do nielicznych wad ubezpieczenia grupowego należą ostatnie dwa wymagania. Oznaczają one swoisty brak możliwości indywidualizacji warunków umowy. Jeżeli ogólne warunki proponowanego ubezpieczenia zakładają wypłatę na przykład 50% sumy ubezpieczenia w przypadku śmierci współmałżonka, to nie można tego zapisu zmienić tylko dla jednej lub kilku osób. Dodatkowo nie można zrezygnować z części oferowanej ochrony w stosunku do części pracowników, na przykład kobiety powyżej 50 lat nie chcą być objęte opcją wypłaty 20% sumy ubezpieczenia w przypadku urodzenia dziecka. Technika grupowa wymaga, aby cała grupa była ubezpieczona od tych samych typów ryzyka i świadczenia powinny być równoznacznie określone. Dyskusje nad warunkami i zakresem pokrycia ryzyka powinny być prowadzone pomiędzy posiadaczem polisy głównej (np. zakładem pracy) i towarzystwem ubezpieczeniowym. Sytuacja nieco się komplikuje, gdy pracownicy samodzielnie opłacają całą lub część składki. Wówczas w proces kształtowania stosunku ubezpieczeniowego powinna zostać włączona reprezentacja pracowników.

Pewnym ograniczeniem może być również suma ubezpieczenia. W wielu istniejących obecnie programach ubezpieczeń grupowych ustalona suma ubezpieczenia jest jednolita dla wszystkich uczestników. Można tę wielkość jednak różnicować, według kryterium przyjętego przy konstrukcji programu. Podstawą zróżnicowania sum ubezpieczeń mogą stać się: wynagrodzenie osiągane przez poszczególnych pracowników (suma ubezpieczenia równa dziesięcio- lub dwunastokrotności miesięcznych dochodów w danym zakładzie), przynależność do danego przedziału wynagrodzenia lub zajmowane stanowisko.

Wielu ubezpieczycieli pozwala na podział wszystkich pracowników na kilka podgrup, jednak należy mieć tu na uwadze techniczne pojęcie, tzw. *free cover limit* (FCL)[7]. Wskaźnik ten służy do oceny ryzyka poszczególnych podgrup, w zależności od przyjętych kryteriów. Generalnie przyjmuje się zasadę, iż:

– osoby, których suma ubezpieczenia przekracza FCL, ale nie przekracza limitu kwotowego (indywidualnie określany w każdy zakładzie ubezpieczeń, np. 150 000 zł) są zobowiązane wypełnić informację o stanie zdrowia (formularz nadesłany przez ubezpieczyciela),
– osoby, których suma ubezpieczenia przekracza granicę 150% FCL oraz określony limit kwotowy, są zobowiązane wykonać badanie lekarskie (najczęściej na koszt zakładu ubezpieczeń).

Osoba pośrednicząca przy zawieraniu umowy jest zobowiązana powiadomić zakład pracy i centralę ubezpieczyciela o wstępnym zakresie wymagań wobec pracowników, jednak ostateczne wymagania określa zakład ubezpieczeń.

[7] **E. Stroiński**, Ubezpieczenia na życie, Wyd. LAM, Warszawa 1996, s. 136.

Przy wyliczeniu FCL bierze się pod uwagę:
– liczebność grupy,
– średnią sumę ubezpieczenia,
– współczynnik określony przez zakład ubezpieczeń zróżnicowany w zależności od przyjmowanego ryzyka.

FCL wyliczamy według następującego wzoru:

FCL = średnia suma ubezpieczenia · współczynnik dla danej wielkości grupy.

Średnia suma ubezpieczenia oznacza średnią arytmetyczną, a wartość współczynnika bierze się z tabel posiadanych przez zakład ubezpieczeń. Tabele są różne dla każdego zakładu i każdej grupy ryzyka.

Ponadto, w standardowych ogólnych warunkach ubezpieczenia (OWU) może znaleźć się zapis, że zakład ubezpieczeń zawrze umowę ubezpieczenia, jeżeli do ubezpieczenia przystąpi przykładowo:
– w zakładach pracy zatrudniających od 3 do 15 pracowników – 100% zatrudnionych,
– w zakładach pracy zatrudniających od 16 do 500 pracowników – nie mniej niż 75% zatrudnionych,
– w zakładach pracy zatrudniających powyżej 500 pracowników – nie mniej niż 60% zatrudnionych.

Ze względu na konkurencję na rynku ubezpieczeń życiowych, zapis ten często zmienia się przez określenie minimalnej liczby uczestników grupy lub podgrupy, na przykład nie mniej niż 10 osób.

Innym, często stosowanym, wymaganiem *underwritingu* jest obecność pracownika w zakładzie pracy w dniu podpisania wniosku. Nieobecni (np. z powodu choroby) mogą przystąpić do grupy ubezpieczonych później, ale zwykle dopiero w terminie opłacenia następnej składki. Zawiera się wówczas umowę uzupełniającą lub wypełnia odpowiedni formularz przystąpienia kolejnych uczestników.

1.2. Ubezpieczenia grupowe a kontrakty indywidualne

Istotną różnicą między indywidualnymi a grupowymi ubezpieczeniami jest stopień świadomości pokrycia ryzyka. Wiele osób uczestniczących w programach grupowych nie wie, w jakich sytuacjach następuje wypłata ze strony zakładu ubezpieczeń lub jaka jest suma ubezpieczenia. Taka sytuacja może powodować konsekwencje zarówno dla ubezpieczyciela, jak i dla ubezpieczającego, na przykład brak podstawowych informacji u pracownika może wywoływać jego brak akceptacji dla otrzymywanych świadczeń.

Zasadniczą różnicą między ubezpieczeniami grupowymi na wypadek śmierci a jednostkowymi ubezpieczeniami na życie jest składka, która w kontraktach

indywidualnych jest relatywnie wyższa i zróżnicowana w zależności od wieku ubezpieczonego, jego stanu zdrowia i okresu ubezpieczenia.

Programy grupowe dostarczają bardzo często rozszerzenia zakresu ochrony na osoby znajdujące się na utrzymaniu członka grupy. Taki zakres jest dość rzadki, a w Polsce niedostępny w przypadku umów indywidualnych. Działania takie nabierają szczególnego znaczenia w grupowych ubezpieczeniach medycznych (pokrywających koszty leczenia, usług stomatologicznych czy opieki w wieku starczym), gdzie członek grupy ubezpiecza całą rodzinę (czasami włączając rodziców i teściów). Jeśli uczestnik programu nie chce płacić składki za swoją własną ochronę, nie może opłacać składki za ochronę osób, które znajdują się na jego utrzymaniu.

Kolejną różnicą, dotyczącą bardziej praktycznego aspektu kontraktów, jest stopień oceny ryzyka w stosunku do pojedynczej osoby. W ubezpieczeniach grupowych osoby oceniające ryzyko są bardziej skoncentrowane na profilu ryzyka w całym programie niż istotności ryzyka wnoszonego przez poszczególnych uczestników. Stąd, pragną one upewnić się, czy struktura uczestników i poziomu świadczeń jest do przyjęcia według standardów obowiązujących w towarzystwach (np. określenie poziomu *free cover limit*).

Z punktu widzenia pośredników ubezpieczeniowych prowizja za sprzedaż ubezpieczeń grupowych (mierzona jako procent inkasowanej składki) jest niższa niż w ubezpieczeniach indywidualnych. Jednak wolumen składek w kontraktach grupowych jest niewspółmiernie większy. Ponadto prowizja nie obniża się gwałtownie w drugim lub trzecim roku trwania umowy, jak to występuje w indywidualnych ubezpieczeniach na życie[8].

Stąd programy grupowe są w sferze zainteresowań wielu pośredników. Jednak ubezpieczenia te wymagają kontaktu osoby pośredniczącej w zawarciu umowy ze szczeblem decyzyjnym w przedsiębiorstwie: dyrektorem finansowym, „risk managerem" lub innymi kierownikami wyższego szczebla. Prowadzone rozmowy wymagają dużej wiedzy i doświadczenia nie tylko w zakresie ubezpieczeń czy ryzyka, ale również w zakresie prawa pracy, prawa podatkowego czy alternatywnych sposobów finansowania ryzyka. W efekcie do zawierania kontraktów grupowych najczęściej wykorzystywani są instytucjonalni brokerzy, konsultanci lub agenci wytypowani przez zakład ubezpieczeń.

Z punktu widzenia zakładu ubezpieczeń, kontrakty grupowe to bardzo konkurencyjny rynek, gdzie próbuje zaistnieć wiele podmiotów, a przedmiotem walki, jak już wspomniano, jest duży wolumen zbieranej składki. Często oferta grupowa połączona jest z możliwością prowadzania programów emerytalnych,

[8] Jeden z zakładów ubezpieczeń na życie działający na polskim rynku ubezpieczeń oferuje dla brokerów prowadzących obsługę kontraktu grupowego kurtaż w wysokości 16% pierwszorocznej składki i 12% w następnych latach.

które muszą być właściwie i efektywnie zarządzane. Obecnie towarzystwa ubezpieczeniowe są do tego w większości przygotowane.

Należy również nadmienić, iż patrząc przede wszystkim z technicznego punktu widzenia, ubezpieczenia grupowe często są bardziej podobne do ubezpieczeń non-life niż życiowych (np. pobieranie tylko takiej sumy składek – w skali portfela – aby starczyły one na pokrycie bieżących świadczeń i kosztów oraz na tworzenie potrzebnej rezerwy na zwiększone wydatki wskutek starzenia się ogółu ubezpieczonych[9], częste wypłaty itp.). Ubezpieczenia grupowe nie są jakimś szczególnym rodzajem ubezpieczeń. To raczej inna forma oceny ryzyka, prowadzenia sprzedaży i administracji. Okres i suma ubezpieczenia czy przewidziane umową świadczenia często zbliżone są do oferty ubezpieczeń indywidualnych.

2. Otoczenie społeczno-polityczne w kontraktach grupowych

Poza prawem ubezpieczeń gospodarczych zakłady ubezpieczeń oferujące ubezpieczenia grupowe muszą poruszać się w pewnych ramach związanych z prawem pracy, ubezpieczeń społecznych oraz podatkowym. Każdy ubezpieczyciel, będąc aktywnym na tym rynku, musi rozwijać działania sondażowe i mieć znajomość podstawowych wymagań i skutków działania powszechnie przyjętego otoczenia prawnego.

System ubezpieczeń społecznych i związane z nim prawodawstwo kreuje możliwe do zagospodarowania pole usług ubezpieczeniowych. Wpływ powyższej sfery (prawodawstwa) jest dwustopniowy:

1) występują obowiązkowe świadczenia pracownicze wypłacane przez pracodawcę; pracodawcy dążą do transferu ciężaru tych świadczeń – dążą do ubezpieczenia danego ryzyka,

2) produkty oferowane przez zakłady są uzupełnieniem obowiązkowego systemu ubezpieczeń społecznych.

Według art. 93 § 1 kodeksu pracy, w razie śmierci pracownika w czasie trwania stosunku pracy lub w czasie pobierania po jego rozwiązaniu zasiłku z tytułu niezdolności do pracy wskutek choroby, rodzinie przysługuje od pracodawcy odprawa pośmiertna. Wysokość odprawy uzależniona jest od okresu zatrudnienia u danego pracodawcy (tzw. zakładowego stażu pracy) i wynosi:

[9] **E. Geppert**, Akwizycja ubezpieczeń życiowych i rentowych, PWE, Warszawa 1971, s. 83.

- jednomiesięczne wynagrodzenie, jeżeli pracownik był zatrudniony krócej niż 10 lat;
- trzymiesięczne wynagrodzenie, jeżeli pracownik był zatrudniony co najmniej 10 lat;
- sześciomiesięczne wynagrodzenie, jeżeli pracownik był zatrudniony co najmniej 15 lat.

Jednak odprawa pieniężna nie przysługuje, jeżeli pracodawca ubezpieczył pracownika na życie, ponosi koszt tego ubezpieczenia, a rodzinie przysługuje z tego tytułu od zakładu ubezpieczeń świadczenie w wysokości co najmniej równej tej odprawie. Ubezpieczenia grupowe na wypadek śmierci wydają się dobrym rozwiązaniem dla przedsiębiorstw niechcących ponosić danego ryzyka samodzielnie.

W krajach, gdzie poziom ochrony socjalnej zapewnianej przez państwo[10] jest wysoki, zakłady ubezpieczeń muszą się liczyć z tym, że większość pracowników ma gwarantowany pewien zakres świadczeń (substytucyjność pokrywanego ryzyka). W takiej sytuacji tworzenie nowych produktów ubezpieczeniowych może iść w kierunku uzupełniania (komplementarności) oferty. Kreowane przez ubezpieczycieli nowe systemy ubezpieczeń pracowników to:

- wzbogacenie rozmiarów ochrony i poziomu świadczeń dla wszystkich pracowników,
- kierowanie oferty do grup, najczęściej o wysokich dochodach, wyłączonych w części z obowiązkowego systemu,
- kreowanie oszczędności w systemie finansowym (jeżeli proponowane ubezpieczenie związane jest z funduszem inwestycyjnym).

Systemy socjalne z szeroką gamą świadczeń stają się powoli niemodne. Kraje uprzemysłowione odczuwają obecnie koszty swojej szczodrości (ciężką sytuację potęguje proces starzenia się społeczeństw i stały wzrost wydatków na opiekę zdrowotną) i starają się obniżać wydatki budżetu na pokrywanie świadczeń związanych z ubezpieczeniami społecznymi. Stąd, nawet jeśli do tej pory ubezpieczenia grupowe odgrywały marginalną rolę, należy oczekiwać ich rozkwitu w najbliższych latach. Z drugiej strony poziom sprzedaży ubezpieczeń grupowych może być również niewielki w krajach z minimalnym poziomem świadczeń pochodzących z systemu państwowego. Wówczas należy domniemywać, iż nie istnieje w danym społeczeństwie idea ubezpieczania ryzyka osobowego (brak nacisków legislacyjnych i ekonomicznych ze strony państwa), a dodatkowo pracodawcy nie odczuwają potrzeby dostarczania świadczeń ubez-

[10] Systemy państwowe dążą głównie do pokrycia ochroną tzw. ryzyka społecznego (zob. **T. Szumlicz**, Funkcje ubezpieczenia w polityce społecznej, w: Organizacja i finansowanie ubezpieczeń zdrowotnych. Materiały z ogólnopolskich konferencji naukowych, AE Katowice 1996, s. 8).

pieczeniowych, aby stać się atrakcyjnym pracodawcą i zatrzymać obecny personel.

Wpływ prawa na poziom zabezpieczenia świadczeń dla pracowników jest zróżnicowany w każdym z państw. Podstawowe różnice dotyczą tego, jakie świadczenia muszą, a jakie mogą być dostarczane pracownikowi przez pracodawcę oraz w jakim stopniu obciążenie kosztami ryzyka osobowego jest przenoszone na pracownika. W niektórych krajach pracodawcy mogą wybierać pomiędzy dostarczaniem niektórych świadczeń przez system państwowy (w ślad za tym idzie odpowiednia składka wpłacana przez pracodawcę do systemu) a zapewnieniem ochrony pracownikom poprzez zawarcie grupowego kontraktu ubezpieczeniowego[11].

Inną sferą, gdzie prawo pracy wpływa na powszechność ubezpieczeń grupowych, jest możliwość tworzenia przez pracodawcę lub ubezpieczyciela programów obowiązkowych. W wielu krajach prawo pracy ustala warunki, które uniemożliwiają pracodawcy zmianę materialnych warunków pracy (w czasie trwania zatrudnienia), bez dania pracownikowi prawa do rozwiązania danego kontraktu. Oznacza to, iż tak długo jak plan ubezpieczeniowy jest obowiązkowy dla pracowników (np. uczestnictwo jest warunkiem zatrudnienia), pracownik może mieć pewność, że materialne warunki programu ubezpieczeniowego nie zmienią się (szczególnie jeśli pracownik uczestniczy również w finansowaniu składki). Z tego powodu typowym rozwiązaniem jest obligatoryjne uczestnictwo w programie dla nowych pracowników, a w przypadku starszych pracowników tylko wówczas, gdy program jest w całości finansowany przez pracodawcę.

Fundamentalne znaczenie dla kreowania, marketingu i określenia kosztów w ubezpieczeniach grupowych ma system podatkowy istniejący w danym kraju. Dla prostoty rozważań w dalszej części skupimy się tylko na tych sferach kontraktów, w których czynnik podatkowy odgrywa dużą rolę.

Powszechnym zjawiskiem jest wkład pracodawcy w opłacanie składki ubezpieczeniowej. Wydatek ten musi być prawnie uzasadniony[12] i w efekcie prowadzi do zmniejszenia przychodu, a więc podstawy opodatkowania i zmniejszenia łącznego podatku. W niektórych przypadkach pracownik może ponosić obciążenie podatkowe za składkę opłacaną przez pracodawcę. W ubezpieczeniach z funduszem inwestycyjnym składka ubezpieczeniowa opłacana przez pracodawcę uważana jest jako dochód do opodatkowania (alternatywne, dodatkowe wynagrodzenie oddawane do rąk pracownika, z odroczonym terminem realizacji).

---

[11] **G. Baars, N. Sennett**, op. cit., s. 11.

[12] W ostatnich latach w naszym kraju zakłady ubezpieczeń prowadziły produkty ubezpieczeniowe, które umożliwiały transfer znacznych środków na polisy ścisłego zarządu firmy. Ten często wykorzystywany proceder prowadził do podnoszenia kosztów pracodawcy, wyższych wynagrodzeń pracowników oraz częściowego omijania obciążeń podatkowych i na rzecz ZUS.

W zakresie opodatkowania, składka płacona przez pracownika może być traktowana w dwojaki sposób. Jej wysokość może pomniejszać dochód do opodatkowania i wówczas jest to zachęta dla poszczególnych członków do uczestnictwa w realizowanym programie grupowym. W wielu krajach występują jednak limity ograniczające wysokość tego zwolnienia. Drugim sposobem, częściej spotykanym, jest opłata składki z wynagrodzenia netto pracownika.

Świadczenia wypłacane z ubezpieczeń grupowych są zazwyczaj wolne od opodatkowania. Wyjątkiem są tu sytuacje, gdy wcześniej ubezpieczony skorzystał z ulgi podatkowej lub gdy wypłacane świadczenie traktowane jest jako dochód (ubezpieczenie na wypadek niezdolności do zarobkowania), wówczas istnieje pewne obciążenie podatkowe. Jednorazowe wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych zazwyczaj nie podlegają opodatkowaniu.

Powyżej przytoczono podatkowe aspekty ubezpieczeń grupowych z punktu widzenia osoby ubezpieczonej, świadczeniobiorcy lub pracodawcy (jako ubezpieczającego). Jednak w niektórych przypadkach kontrakty grupowe mogą mieć wpływ na sytuację podatkową zakładu ubezpieczeń. Dla ubezpieczyciela niekorzystna jest sytuacja, gdy podatkiem obciążona byłaby inkasowana składka lub gdy zysk z ubezpieczeń grupowych podlegałby innemu rodzajowi opodatkowania niż pozostała prowadzona działalność. Jeśli zachodziłyby takie zjawiska, zakłady ubezpieczeń tworząc dany produkt, musiałyby w składce skalkulować swoje dodatkowe obciążenia.

Należy podkreślić, że zachęty podatkowe odgrywają główną rolę w propagowaniu ubezpieczeń grupowych. W Stanach Zjednoczonych składka płacona na ubezpieczenia medyczne w połowie pokrywana jest przez pracodawcę i zaliczana do kosztów uzyskania przychodu; nie jest również traktowana jako dochód do opodatkowania dla pracowników. W efekcie na tym rynku dużo efektywniejsze dla pracodawcy jest współuczestniczenie w finansowaniu programów ubezpieczeniowych dla pracowników niż opłacanie wyższego wynagrodzenia.

Jeżeli program ubezpieczeniowy oparty jest na produkcie z funduszem inwestycyjnym, należy również poruszyć problem stopy alokacji. Pojęcie to występuje w programach oszczędnościowych i określa część opłaconej składki, przeniesionej na indywidualne konto uczestnika programu w celu budowy kapitału. Jest ona na ogół określana w procentach składki opłaconej, która jest uszczuplana o koszty związane z: założeniem konta i jego prowadzeniem, inkasem składki, prowizją pośrednika, wyceną jednostek, a nawet opłatą ponoszoną przez zakład z tytułu kosztów nadzoru nad działalnością ubezpieczeniową. W tego typu ubezpieczeniach, fundusz inwestycyjny traktowany jest jako niezależna grupa, rządząca się własnymi przepisami[13].

[13] **M. Gadkowski**, Poradnik dla ubezpieczających się na życie, Wyd. MSM, Warszawa 1998, s. 102.

W takim rozwiązaniu towarzystwo ubezpieczeniowe stanowi jakby dodatkową komórkę pośredniczącą, pobierającą część opłacanej składki za to pośrednictwo.

3. Trzeci filar zabezpieczenia emerytalnego

Również reformatorzy polskiego systemu emerytalno-rentowego dostrzegli pozytywne walory tego typu ubezpieczeń. Poziom obecnej minimalnej emerytury wynosi 36-39% przeciętnego wynagrodzenia i ma tendencję spadkową, a założenia reformy ubezpieczeń społecznych przewidują dalsze jej obniżenie do 28% przeciętnego wynagrodzenia[14]. Dodatkowo według obliczeń Biura Pełnomocnika Rządu ds. Reformy Systemu Emerytalnego poziom emerytury z dwóch obowiązkowych filarów, tj. I i II, przy zakończeniu kariery zawodowej w minimalnym wieku będzie wynosić od 60 do 62% wynagrodzenia w ostatnim roku pracy. Stąd konieczność zadbania o tzw. III dobrowolny filar zabezpieczenia emerytalnego.

Umowa grupowego ubezpieczenia na życie z funduszem inwestycyjnym jest jedną z form umożliwiającą pracodawcy tworzenie swoim pracownikom dodatkowych emerytur. Artykuł 7 ustawy z 22 sierpnia 1997 roku o pracowniczych programach emerytalnych, Dz.U. nr 139, poz. 932, stanowi, iż pracownicze programy emerytalne mogą być prowadzone według wyboru pracodawców w jednej z czterech form:

- pracowniczego funduszu emerytalnego,
- umowy o wnoszenie przez pracodawcę składek pracowników do funduszu inwestycyjnego,
- umowy grupowego ubezpieczenia na życie pracowników z zakładem ubezpieczeń,
- umowy o wnoszenie przez pracodawcę składek pracowników, którzy staną się członkami towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych będącego stroną tej umowy.

Jak wynika z powyższego zestawienia, formy ubezpieczeniowe mogą być oferowane zarówno przez zakłady w formie spółki akcyjnej, jak i towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych. Każda z tych form ma swoje wady i zalety (charakterystyka w poniższej tabeli), jednak skorzystanie z jednej z nich i utworzenie pracowniczego programu emerytalnego daje pracodawcy i pracownikowi wiele korzyści (omówiono je w dalszej części opracowania).

[14] „Twoja emerytura". Bezpieczeństwo dzięki różnorodności, Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Reformy Zabezpieczenia Społecznego, Warszawa 1997, s. 9.

Tabela 1

Porównanie form gromadzenia środków w ramach pracowniczych programów emerytalnych (PPE)

Forma	Wpływ na zarządzanie	Koszt pracodawcy	Wymogi formalne	Ubezpieczenie	Wdrożenie programu
Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych	pracownicy – pełna kontrola (członkowie)	składka, opłata na rzecz UNFE	konieczność założenia TUW – proces licencyjny	według standardów ustalonych przez pracowników	obecnie w zasadzie brak podobnych rozwiązań
Ubezpieczenie grupowe na życie w zakładzie ubezpieczeń SA	brak wpływu	składka, opłata na rzecz UNFE	brak procesu licencyjnego, oprócz rejestracji PPE	według ogólnych warunków proponowanych lub uzgodnionych przez zakład ubezpieczeń	obecne polisy (czasami po małych przekształceniach) mogą być zamieniane na PPE i utrzymują zwolnienie z ZUS
Fundusz Inwestycyjny	generalnie brak wpływu (ew. rada inwestorów)	składka, opłata na rzecz UNFE	brak procesu licencyjnego, oprócz rejestracji PPE	brak	obecne umowy mogą być zamieniane na PPE i utrzymują zwolnienie z ZUS
Pracowniczy Fundusz Emerytalny (PTE)	pracownicy lub ich przedstawiciele – stanowią min. 50% Rady Nadzorczej, pracodawca – akcjonariuszem PTE	składka, opłata na rzecz UNFE, koszt założenia PTE (kapitał akcyjny + koszty organizacji) i koszty funkcjonowania PTE	konieczność utworzenia PTE i PFE – proces licencyjny	brak	wymagana standardowa dokumentacja do uruchomienia funduszu, konieczność uzyskania zgody UNFE

Źródło: Opracowanie własne.

Głównym kryterium wyboru formy programu przez pracodawcę powinny być wiek i liczba zatrudnianych osób. Pracowniczymi funduszami emerytalnymi (PFE), z uwagi na koszty, mogą być zainteresowane duże przedsiębiorstwa zatrudniające powyżej 5000 pracowników. Mogą one zlecić organizację i prowa-

dzenie całego przedsięwzięcia wyspecjalizowanym podmiotom (bankom, funduszom inwestycyjnym), które mają odpowiednie know-how i dysponują wystarczającym rozeznaniem w rynku kapitałowym. PFE są zbliżone do funduszy działających w II filarze, mają jednak trochę łagodniejsze wymogi inwestycyjne. Ponadto również muszą być zarejestrowane w Urzędzie Nadzoru nad Funduszami Emerytalnymi (UNFE) oraz dostarcza tam stosowne raporty o swojej sytuacji finansowej. Fundusze pracownicze, najczęściej ze względu na oszczędność kosztów, będą tworzone w ramach branży (tzw. międzyzakładowe programy emerytalne). Zdaniem specjalistów jest to najkorzystniejsze rozwiązanie, gdyż łatwiej wynegocjować warunki zarządzania funduszem, dysponując większą sumą pieniędzy. Młoda załoga przedsiębiorstwa może zwrócić uwagę na ubezpieczenia na życie, w których część składki pracować będzie na przyszłą emeryturę, a część zabezpieczać dochody rodziny w razie wypadku osoby ubezpieczonej.

W zakładach, gdzie większość zatrudnionych to osoby w średnim wieku, dla których ubezpieczenie jest relatywnie droższe, optymalnym rozwiązaniem dla pracodawcy może być wnoszenie składek pracowników do bezpiecznego funduszu inwestycyjnego. Fundusze mają do wyboru różne sposoby inwestowania zgromadzonych pieniędzy w zależności od stopnia ryzyka (fundusze akcji, obligacji, mieszany itp.). Z zebranej od klientów składki potrącają one określoną prowizję, resztę inwestują. W tym układzie podstawą negocjacji dla pracodawcy z funduszem organizującym PPE jest wysokość opłat i sposoby ich pobierania.

4. Grupowe ubezpieczenie na życie z funduszem inwestycyjnym

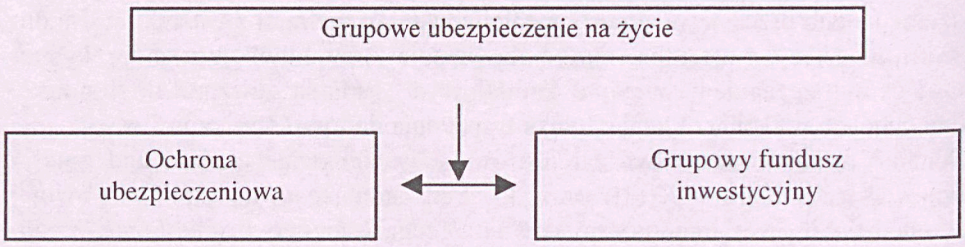
Najlepiej znaną dziś możliwością uruchomienia PPE jest umowa z zakładem ubezpieczeń obejmująca grupowe ubezpieczenie na życie[15]. Ubezpieczenia takie generalnie uprawniają do otrzymania przez pracownika świadczenia po osiągnięciu przez niego wieku emerytalnego, a w razie jego śmierci do wypłaty określonej sumy ubezpieczenia wskazanym osobom.

Ta forma ubezpieczenia składa się więc z dwóch części:

1) ubezpieczenia grupowego na wypadek śmierci lub innego zdarzenia (część ochronna),

2) indywidualnego konta oszczędnościowo-inwestycyjnego dla każdego pracownika (część emerytalna).

[15] Krótka charakterystyka znaczenia grupowych ubezpieczeń na życie w nowym systemie emerytalnym znalazła się w: „Twoja emerytura" op. cit., s. 38.



Rys. 1. Struktura ubezpieczenia na życie z funduszem inwestycyjnym

4.1. Ochrona ubezpieczeniowa

We wspomnianej ustawie o pracowniczych programach emerytalnych (art. 7) określa się, iż formy ubezpieczeniowe tego sposobu dodatkowego zabezpieczenia emerytalnego mogą być prowadzone tylko jako ubezpieczenie na życie z funduszem inwestycyjnym. Zakres chronionego ryzyka może być dodatkowo dobrowolnie poszerzony o opcje wypadkowe i chorobowe, jeżeli są one uzupełnieniem ubezpieczenia podstawowego.

Każde przedsiębiorstwo, stowarzyszenie czy instytucja mają określoną strukturę pracowników; zarówno pod względem płci, wieku, jak i wykonywanych czynności zawodowych. Dlatego pierwszym działaniem, jakie należy podjąć przy tworzeniu PPE na bazie grupowego ubezpieczenia na życie, jest identyfikacja zapotrzebowania pracowników w zakresie ochrony ubezpieczeniowej.

Głównym zadaniem części ochronnej programu jest wypłata świadczenia w przypadku śmierci pracownika. Jego wartość powinna być na tyle wysoka, aby zaspokoić potrzeby pozostałych członków rodziny (np. przez kilka miesięcy) w sytuacji braku jednego ze źródeł dochodów. Oczywiście rodzina musi podjąć pewne działania dostosowawcze do nowej sytuacji, ale dzięki sumie uzyskanej z ubezpieczenia może to być łatwiejsze do przejścia.

Jeżeli natomiast zdecydowano się na zakup dodatkowych opcji wypadkowych lub chorobowych, pieniądze będą również wypłacone ubezpieczonemu pracownikowi na przykład w przypadku częściowego inwalidztwa spowodowanego wypadkiem czy poważnego zachorowania (nowotwór, zawał serca, udar mózgu itp.).

Wykładnia przytoczonego art. 7 ustawy o pracowniczych programach emerytalnych dokonana przez funkcjonujące w Polsce zakłady ubezpieczeń i UNFE, spowodowała ograniczenie chronionego ryzyka do ściśle dotyczącego osoby ubezpieczonej. Stąd w ramach PPE nie można objąć ochroną opcji rodzinnych (wypłata odpowiedniej części sumy ubezpieczenia w przypadku urodzenia dziecka, śmierci współmałżonka lub rodziców), które tak mocno weszły w rzeczywistość ubezpieczeniową naszego rynku poprzez pracownicze ubezpieczenie

typu „P" prowadzone przez PZU „Życie". Atrakcyjnym rozwiązaniem dla pracowników może być dodatkowe ubezpieczenia życia członków rodziny (współmałżonka, rodziców, dzieci) przy wysokich sumach ubezpieczenia, jednak składka powinna być opłacana z wynagrodzenia netto ubezpieczonego.

Całkowita składka wpłacana do firmy ubezpieczeniowej, po odliczeniu jej kosztów administracyjnych i akwizycji, jest dzielona na dwa elementy. Część pierwsza – ściśle określona na podstawie przeprowadzonej oceny ryzyka – odłożona zostaje na rezerwę, z której wypłacane będą pieniądze w razie śmierci osoby ubezpieczonej (realizacja części ochronnej ubezpieczenia). Pozostała kwota jest inwestowana, najczęściej poprzez zakup jednostek uczestnictwa w odpowiednim funduszu prowadzonym przez zakład ubezpieczeń. Należy podkreślić, iż w przypadku gdy na ubezpieczenie przeznaczana jest określona, stała kwota, wtedy im mniejsza zostanie określona suma ubezpieczenia na życie, tym więcej będzie odkładane na przyszłą emeryturę.

4.2. Fundusz inwestycyjny

Druga część programu to indywidualne konto inwestycyjne poszczególnych pracowników. Każde z nich powinno składać się z dwóch ściśle oddzielonych części (dla gromadzenia składek podstawowych i dodatkowych). Służą one do gromadzenia przez pracownika funduszy, z których następnie będzie wypłacane świadczenie emerytalne do końca życia lub jako jednorazowa wypłata. Środki te do czasu przejścia na rentę lub emeryturę będą zablokowane na powyższym koncie. W związku z opodatkowaniem zarówno składki podstawowej, jak i dodatkowej, wypłacane świadczenia są wolne od podatku.

Niemal standardowym rozwiązaniem jest możliwość dokonywania przez pracownika, za pomocą poczty lub banku, dobrowolnych wpłat dowolnej wielkości. Wszystkie firmy określają, jaka część składki jest przeznaczana do lokowania (na zakup jednostek funduszu). Pierwsze wpłaty są silnie obciążone kosztami, jednak już od trzeciego roku standardem jest alokacja zbliżona do 96-97%. Jej poziom zależy częściowo od wysokości wpłat na fundusz, gdyż niektóre płatności ponoszone na rzecz funkcjonowania funduszu są stałe, skąd mniejsze nimi procentowe obciążenie przy wyższej składce. Dodatkowo należy zauważyć, że zakłady ubezpieczeń inwestują środki według określonych przepisów, które gwarantują bezpieczeństwo, efektywność i zróżnicowanie. Wszystkie instytucje ubezpieczeniowe działają więc przy tych samych ograniczeniach i można oczekiwać zbliżonych poziomów rentowności składek na fundusz. Oceniając ofertę zakładów ubezpieczeń w zakresie funduszowej należy ocenić wysokość pobieranych kosztów, sposób informowania o stanie indywidualnego konta klienta oraz sposób wypłacania emerytury (jednorazowo, przez gwarantowany okres).

Na rynku ubezpieczeń gospodarczych, oprócz firm działających w formie spółek akcyjnych, mogą też funkcjonować wspomniane już – towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych (TUW). Nie są one nastawione na zysk, a ubezpieczenie się w nich jest równoznaczne z przystąpieniem do towarzystwa w charakterze członka. Pracownicy mogą w ten sposób lepiej wpływać na strategie inwestycyjne towarzystwa i kontrolować jego funkcjonowanie. W ramach pracowniczych programów emerytalnych można też wykupić emeryturę w towarzystwach ubezpieczeń wzajemnych sprzedających polisy na życie z funduszem inwestycyjnym. W praktyce ta forma jest martwa. W Polsce działa bowiem jak dotąd tylko jeden taki TUW Rejent Life, ograniczający krąg swoich klientów do notariuszy.

5. Zasady i fazy tworzenia pracowniczych programów emerytalnych

PPE mogą być oferowane przez pracodawcę lub pracodawców, zatrudniających co najmniej pięciu pracowników każdy. Pracodawca, który prowadzi działalność nieprzerwanie od 3 lat, może oferować program emerytalny już przy zatrudnianiu trzech osób. Przez pracownika ustawa definiuję osobę zatrudnioną na podstawie:

- umowy o pracę,
- powołania,
- wyboru,
- mianowania,
- spółdzielczej umowy o pracę w pełnym lub niepełnym wymiarze czasu pracy,
- umowy agencyjnej lub umowy zlecenia (jeżeli jest ona objęta ubezpieczeniem społecznym z tego tytułu zatrudnienia),
- umowy zawartej w wyniku powołania lub wyboru do organu reprezentującego osoby prawne (w tym kontraktu menedżerskiego).

Pracodawcy powinni być wpisani do stosownego rejestru na rok przed dniem zawarcia zakładowej umowy (szczegółowe omówienie umów związanych z utworzeniem PPE znajdują się w następnym punkcie). Warunek ten nie dotyczy spółek z udziałem pracowników oraz pracodawców – osób fizycznych, niepodlegających wpisowi do rejestru oraz spółek z udziałem pracowników przejmujących przedsiębiorstwo w ramach prywatyzacji (art. 4 ustawy o PPE).

Pracodawcy, którzy zamierzają zaoferować swoim pracownikom program emerytalny lub zawarli już umowy zakładowe, mogą utworzyć międzyzakładowe programy emerytalne. Jest to celowe dla pracodawców mniejszych, współpracujących w ramach branży, gminy lub miasta. W umowie międzyzakładowej

pracodawcy mogą zobowiązać się do kontynuowania programu w przypadku upadłości jednego z nich, likwidacji, zbycia przedsiębiorstwa, jego połączenia lub podziału, jeśli nowy pracodawca do programu przystąpi. Zwiększa to bezpieczeństwo stron umowy i ich pracowników.

Aby dany program uznano za PPE, konieczne jest spełnienie wielu warunków. Do najważniejszych należy zaliczyć:

a) zapewnienie dostępu do programu przynajmniej dla połowy wszystkich pracowników (jedynym ograniczeniem tej dostępności, wynikającym z art. 6 wspomnianej wcześniej ustawy, może być ustalenie minimalnego stażu pracy uczestnika na okres powyżej trzech miesięcy),

b) nieprzekroczenie maksymalnego poziomu składki podstawowej w wysokości 7% wynagrodzenia pracownika, co zwalnia tę składkę z obciążeń na ZUS,

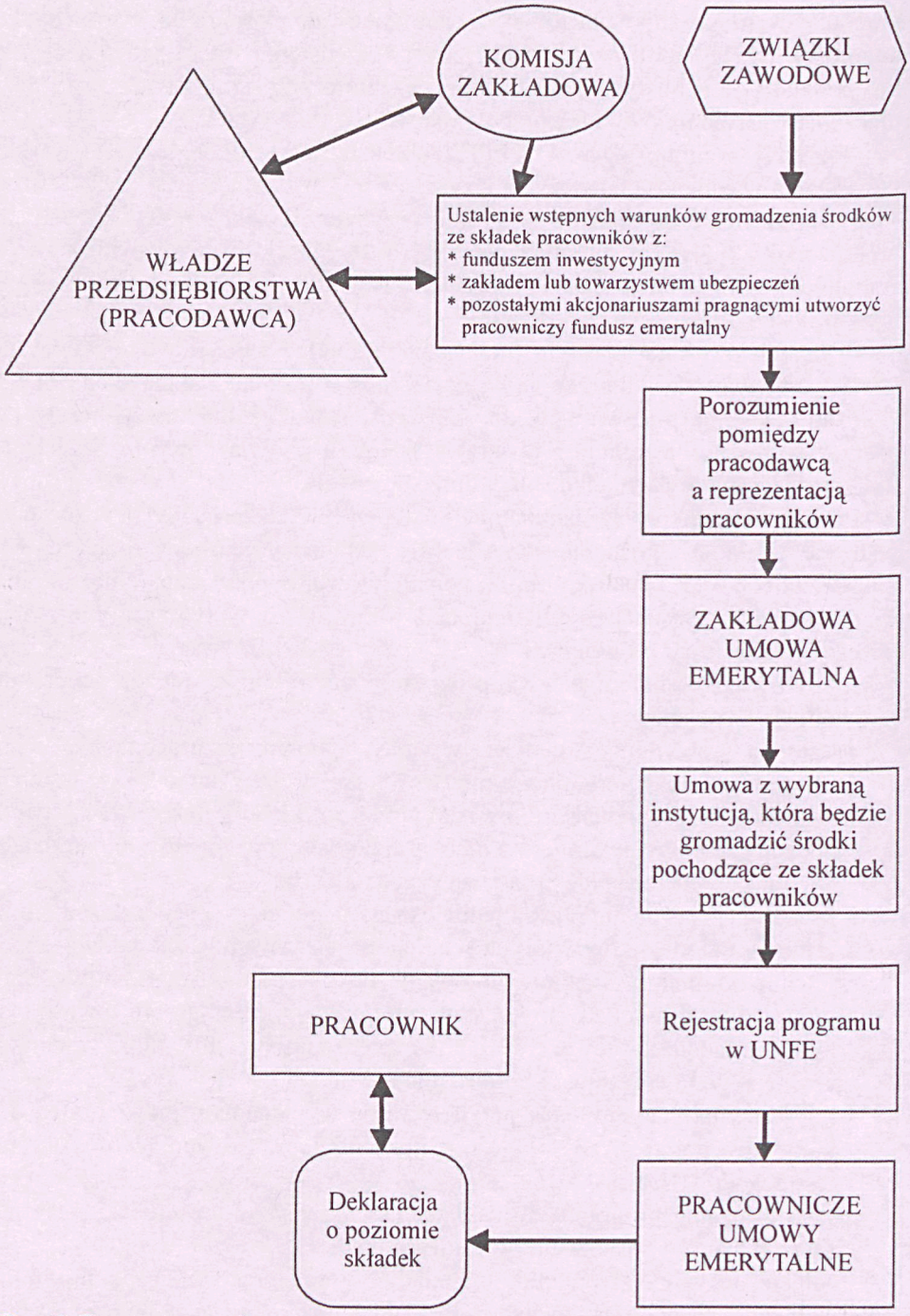
c) uprawnienie pracowników do wnoszenia składki dodatkowej, bez wyłączenia wydatków na te cele z podstawy wymiaru obowiązkowych składek na ZUS (inaczej niż w przypadku składki podstawowej).

Procz pracowników uczestnikami PPE mogą być także osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą na własny rachunek, wspólnicy spółek cywilnych, jawnych oraz wspólnicy spółki komandytowej odpowiadający bez ograniczeń. Osoba zatrudniona u kilku pracodawców może w tym samym czasie uczestniczyć w kilku programach.

Etapy tworzenia pracowniczych programów emerytalnych można generalnie podzielić na następujące fazy (rys. 2):

- wstępną – obejmującą analizę i wstępny wybór przez pracodawcę formy zabezpieczenia emerytalnego pracowników w III filarze oraz wstępne uzgodnienie z funduszem inwestycyjnym, zakładem lub towarzystwem ubezpieczeniowym warunków umowy o powierzenie zarządzania środkami pochodzącymi ze składek pracowniczych,
- negocjacyjną – obejmującą z jednej strony negocjacje pracodawcy z reprezentacją pracowników, których rezultatem jest zawarcie zakładowej umowy emerytalnej, a także przygotowanie wzoru pracowniczej umowy emerytalnej, a z drugiej zawarcie ostatecznej umowy z funduszem inwestycyjnym, zakładem lub towarzystwem ubezpieczeniowym albo utworzenie pracowniczego towarzystwa i funduszu emerytalnego,
- rejestracyjną – obejmującą przygotowanie wymaganych przez prawo dokumentów potrzebnych do rejestracji programu oraz złożenie wniosku o rejestrację do UNFE,
- wprowadzania programu do zakładu pracy, w fazie tej zawierane są poszczególne pracownicze umowy emerytalne.

Podjęcie decyzji o tworzeniu w zakładzie pracy pracowniczego programu emerytalnego należy do pracodawcy, który musi mieć na uwadze fakt, że w efekcie jego decyzji część wynagrodzenia pracowników zostaje powierzona w dłu-



Rys. 2. Etapy tworzenia pracowniczego programu emerytalnego w zakładzie pracy

Źródło: Opracowanie własne

gookresowe zarządzanie wybranej instytucji (zakładowi ubezpieczeń, funduszowi inwestycyjnemu itd.). Decyzja o wprowadzeniu pracowniczego programu emerytalnego w zakładzie pracy z reguły poprzedzona jest wieloma analizami i symulacjami finansowymi, przeprowadzonymi w celu określenia wszystkich za i przeciw utworzeniu programu i wyboru jego właściwej formy. Pomocna w tym zakresie może okazać się specjalnie w tym celu powołana komisja zakładowa. Poprzez stały kontakt z pracodawcą, związkami zawodowymi i podmiotami doradczymi (broker, grupa konsultingowa) wybierają oni najlepszą formę i instytucję do prowadzenia PPE. Pracodawca decydując się na jedną z form pracowniczych programów emerytalnych, ustala wstępne warunki zarządzania środkami pochodzącymi ze składek w zależności od wyboru formy programu – z funduszem inwestycyjnym, zakładem lub towarzystwem ubezpieczeń. Warto pamiętać, że każdy z podmiotów, z którymi pracodawca prowadzi negocjacje, oprócz ogólnych kosztów obsługi pracowniczego programu emerytalnego wymaga uiszczania innych opłat czy prowizji, obniżającymi rzeczywistą wartość lokowanej składki pracownika[16]. W związku z tym, pracodawca przed wyborem formy programu i firmy, która będzie go obsługiwać, powinien zapoznać się z wszystkimi dodatkowymi rodzajami opłat i ich wysokościami.

Jeszcze przed zawarciem ostatecznej umowy pomiędzy pracodawcą a wybranym podmiotem, ustalone wstępnie warunki są przedstawiane reprezentacji pracowników wraz z projektem zakładowej umowy emerytalnej. Sama umowa, w postanowieniach której regulowane są warunki gromadzenia środków ze składek pracowników wpłacanych przez pracodawcę, przeznaczonych do wypłat w wieku emerytalnym lub w przypadku uzyskania uprawnień do świadczeń rentowych z tytułu niezdolności do pracy, podpisywana jest po rejestracji programu w UNFE.

6. Dokumenty niezbędne przy realizacji PPE

Zakładowa umowa emerytalna podpisywana jest z jednej strony przez pracodawcę, a z drugiej przez przedstawicieli pracowników, w imieniu i na rzecz których działa wybrana reprezentacja pracowników lub związek zawodowy. Gdy na

[16] W dostępnych umowach między zakładami ubezpieczeń a pracodawcami można znaleźć szczegółowy wykaz opłat pobieranych przez te instytucje:
- opłata związana z nabywaniem jednostek uczestnictwa,
- opłata związana z dokonywaniem wypłat (w tym wypłat z tytułu wykupów),
- opłata za zarządzanie funduszem,
- opłata za obsługę funduszu,
- opłaty związane z akwizycją.

terenie zakładu pracy działa więcej niż jedna organizacja związkowa, pracodawca zawiera wspólną umowę ze wszystkimi organizacjami związkowymi, zgodnie z zasadą, że w sprawach dotyczących zbiorowych praw i interesów pracowników organizacje związkowe mogą tworzyć wspólną reprezentację związkową. Organizacje te przedstawiają wspólnie uzgodnione stanowisko, którego sposób ustalania i przedstawiania określa porozumienie zawarte przez organizacje związkowe.

Negocjacje prowadzone przez pracodawcę i reprezentację pracowników przy okazji zawierania zakładowej umowy emerytalnej ograniczają się zasadniczo do ustalenia dwóch kwestii. Po pierwsze, reprezentacja pracowników może nie zgodzić się na wybraną przez pracodawcę instytucję obsługującą pracowniczy program emerytalny. Pracownicy mogą na przykład uznać, że instytucja ta jest zbyt droga, bo żąda zbyt wysokich opłat, które umniejszać będą wpłacane składki. Po drugie, negocjacjom może podlegać wysokość składek podstawowych w przyjętej ustawowo maksymalnej wysokości 7%. Pracodawca może również określić minimalną wysokość wpłacanej składki. Pozostałe kwestie, które regulować będzie zakładowa umowa emerytalna, wynikają wprost z ustawy o PPE lub z ustawy z dnia 28 sierpnia 1997 roku o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych[17].

W rezultacie, zakładowa umowa decydować ma w szczególności o:

- przyjętej formie pracowniczego programu emerytalnego ze wskazaniem funduszu inwestycyjnego, zakładu albo towarzystwa ubezpieczeń bądź pracowniczego funduszu emerytalnego, który będzie gromadził środki i zarządzał nimi na podstawie umowy z pracodawcą,
- warunkach, jakie decydować będą o przyjęciu pracownika do programu,
- terminach i sposobie deklarowania, naliczania i pobierania składek pracowniczych,
- warunkach deklarowania składek, gromadzenia, gospodarowania, wypłaty transferowej, zwrotu i wypłat zgromadzonych środków przez pracowniczy fundusz emerytalny,
- warunkach zmiany i wypowiedzenia pracowniczej umowy emerytalnej,
- możliwościach zadysponowania przez pracownika w przyszłości zgromadzonymi środkami finansowymi, a w szczególności o ich wypłacie, wypłacie transferowej i zwrocie, a także o możliwościach dysponowania środkami pochodzącymi ze składki dodatkowej niezależnie od składki podstawowej oraz o ich konsekwencjach,
- warunkach utworzenia pracowniczego towarzystwa emerytalnego prowadzącego fundusz bądź wskazywać istniejący już fundusz emerytalny i pracownicze towarzystwo emerytalne, które będzie zarządzać gromadzonymi

[17] Dz.U. nr 139 poz. 934 z późn. zm.

środkami, gdy pracowniczy program emerytalny prowadzony jest w formie pracowniczego funduszu emerytalnego,
– zasadach ponoszenia przez pracowników na rzecz funduszu opłat za zbywanie i odkupywanie jednostek uczestnictwa, w przypadku gdy pracowniczy program emerytalny realizowany jest na podstawie funduszu inwestycyjnego.

Postanowienia pracowniczej umowy emerytalnej są w dużym stopniu powtórzeniem i uszczegółowieniem zapisów zakładowej umowy emerytalnej i zależne są od charakteru zakładu pracy, który oferuje program. Każda zatem pracownicza umowa emerytalna powinna być rozpatrywana w kontekście zakładowej umowy, na której jest oparta.

Pracownik, który po zapoznaniu się z planem emerytalnym chce przystąpić do programu, składa pracodawcy odpowiednią deklarację. Zawiera ona przede wszystkim wysokość deklarowanej składki podstawowej i dodatkowej oraz upoważnienie dla pracodawcy do jej naliczania, potrącania z wynagrodzenia oraz przelewania na rachunek pracownika do instytucji zarządzającej środkami. W treści deklaracji powinno znaleźć się oświadczenie pracownika o znajomości warunków pracowniczej umowy emerytalnej i dobrowolności przystąpienia do pracowniczego programu emerytalnego na tych warunkach. Ze względu na majątkowy charakter programu, pracownik powinien również określić sposób rozporządzenia środkami na wypadek swojej śmierci.

Deklaracja osoby spełniającej wymagania ustawy i umowy zakładowej musi być przyjęta. Następstwem przyjęcia deklaracji jest wydanie pracownikowi umowy pracowniczej podpisanej przez pracodawcę i objęcie programem.

Kolejnym etapem powstawania pracowniczego programu emerytalnego jest jego rejestracja w UNFE. Urząd ten jest centralnym organem administracji państwowej podległym bezpośrednio prezesowi Rady Ministrów. Celem jego istnienia jest m.in. sprawowanie kompleksowego nadzoru nad działalnością pracowniczych programów emerytalnych oraz respektowaniem praw ich uczestników. Po podpisaniu zakładowej umowy emerytalnej oraz umowy z instytucją, do której odprowadzać będzie składki pracowników, pracodawca składa wniosek o wpis do rejestru pracowniczych programów emerytalnych prowadzonych przez UNFE. Wniosek oprócz danych podstawowych (identyfikacja pracodawcy, zakładowa umowa emerytalna, umowa z podmiotem, któremu będą powierzane składki pracowników)[18] zawiera również wzór pracowniczej umowy emerytalnej.

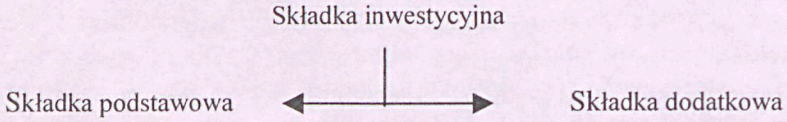
[18] Mimo wcześniejszego zawarcia tych umów, stają się one skuteczne dopiero z chwilą rejestracji całego programu w UNFE. Umowy te powinny w swej treści wskazywać warunek zawieszający, jakim jest rejestracja w Urzędzie Nadzoru, po spełnieniu którego staną się one skuteczne. Należy także pamiętać, że do UNFE składany jest jedynie wzór pracowniczej

Urząd Nadzoru rozpatruje wniosek w terminie jednego miesiąca od dnia jego złożenia. W przypadku jakichkolwiek braków formalnych wniosku, UNFE wyznacza dodatkowy termin do jego uzupełnienia. Pozytywne rozpatrzenie wniosku powoduje wpis programu do rejestru[19].

Pracodawcy prowadzący PPE zobowiązani są do wnoszenia kwartalnych opłat na rzecz UNFE. Do dnia 31 grudnia 1999 roku ich wysokość ustalono na poziomie 0,05% składek wpłaconych w danym kwartale, a następnie będą obniżane do poziomu 0,035% wpłaconych kwartalnie składek po 1 stycznia 2000 roku i do poziomu 0,02% po 1 stycznia 2001 roku.

7. Składki i wypłata zgromadzonych środków

Składki na pracowniczy program emerytalny mogą być wpłacane w wysokości:
– podstawowej
lub
– podstawowej i dodatkowej[20].



Rys. 3. Rodzaje składki w pracowniczych programach emerytalnych

Składka podstawowa nie może być wyższa od 7% ubruttowionego wynagrodzenia pracownika, stanowiącego podstawę ustalenia obowiązkowej składki na ubezpieczenia społeczne. W przypadku form ubezpieczeniowych PPE (grupowe ubezpieczenie na życie, umowa z towarzystwem ubezpieczeń wzajemnych), może pokrywać ona zarówno część ochronną, jak i funduszową programu emerytalnego. Wartość tej składki umniejsza podstawę ustalenia obowiązkowej składki na ubezpieczenia społeczne płaconej w części przez pracodawcę i pracownika.

---

umowy emerytalnej, którą dopiero po rejestracji programu będą podpisywać pracownicy gotowi uczestniczyć w programie.

[19] Szczegółowe zasady prowadzenia rejestru pracowniczych programów emerytalnych oraz terminów wydawania wpisów do rejestru zostały określone rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 11 maja 1998r. (Dz.U. nr 62, poz. 396).

[20] W świetle obowiązujących przepisów zarówno składka podstawowa, jak i dodatkowa płacona jest z wynagrodzenia pracownika.

Tabela 2

Obliczanie składki na I i II filar po odjęciu składki na III filar w 1999 roku

Lp.	Wyszczególnienie	Sytuacje			
		A	B	C	D
1	Wynagrodzenie po ubruttowieniu	2460,33 zł	2460,33 zł	2632,55 zł	2665,27 zł
2	Składka na III filar – 7% wynagrodzenia podstawowego (maksymalna)	0 zł	172,22zł	172,22 zł	172,22 zł
3	Podstawa wymiaru składki na ZUS (poz. 1–poz. 2)	2460,33 zł	2288,11 zł	2460,33 zł	2493,05 zł
4	Wysokość składki na ZUS od pracownika (18,71% od poz. 3)	460,33 zł	428,10 zł	460,33 zł	466,45 zł
5	Wysokość składki na ZUS od pracodawcy (17,87% od poz. 3)	439,66 zł	408,88 zł	439,66 zł	445,51 zł
6	Wynagrodzenie brutto (poz. 3–poz. 4+poz. 2)	2000 zł	1860,01 zł	2171,22 zł	2198,83 zł
7	Koszty uzyskania przychodu	74,06 zł	74,06 zł	74,06 zł	74,06 zł
8	Kwota do opodatkowania (poz. 6–poz. 7)	1926 zł	1786 zł	2097 zł	2125 zł
9	Podatek od osób fizycznych (łącznie ze składką na ubezpieczenie zdrowotne) pomniejszony o kwotę wolną od podatku (19% od poz. 8–32,90 zł)	333 zł	306,40 zł	365,50 zł	370,90 zł
10	Wynagrodzenie netto pracownika (poz. 6–poz. 9–poz. 2)	1667 zł	1381,40 zł	1634,50 zł	1655,71 zł
11	Łączne obciążenie pracodawcy (poz. 1+poz. 5)	2900 zł	2869,21 zł	3072,21 zł	3110,79 zł

Źródło: Opracowanie własne.

W powyższej tabeli dokonano porównania czterech możliwych sytuacji w przedsiębiorstwie, które rozważa możliwość utworzenia pracowniczego programu emerytalnego dla swoich pracowników.

Sytuacja A obrazuje pracownika, który nie zdecydował się na udział w III filarze. W związku z tym podstawą naliczenia składek na ubezpieczenia społeczne (zarówno część pracownika, jak i pracodawcy) jest jego wynagrodzenie ubruttowione – w naszym przykładzie 2460,33 zł. Pracownik otrzymuje w tej sytuacji wynagrodzenie netto w wysokości 1667 zł. Łączne obciążenie pracodawcy, na które składa się kwota wynagrodzenia ubruttowionego i składka na ubezpieczenie społeczne odprowadzana przez pracodawcę, wynosi 2900 zł. Całkowite liczby w pozycjach 8 i 9 wynikają z przepisów prawa podatkowego, gdzie podstawę naliczania zaokrągla się do pełnych złotych, a płacony podatek do pełnych dziesiątek groszy.

Kolejna sytuacja (B) obrazuje przypadek, w który pracownik przystąpił do PPE i pracodawca odprowadza z jego dochodów zadeklarowaną składkę podstawową w wysokości 7% ubruttowionego wynagrodzenia. Dzięki pozytywnej decyzji pracownika o przystąpieniu do programu zmniejsza się jego podstawa naliczania obowiązkowego obciążenia na ubezpieczenia społeczne. Składka pracownika na rzecz ZUS zmniejsza się o ponad 32 zł, a pracodawcy o 30,78 zł. Ostatnia kwota jest równa pewnego rodzaju „oszczędności" pracodawcy – jego łączne obciążenie wynosi 2869,21 zł. Jednak wynagrodzenie netto pracownika zmniejszyło się o 285,60 zł.

W trzeciej sytuacji (C), pracodawca postanawia w ramach zachęty dla osób przystępujących do programu podnieść im wynagrodzenie ubruttowione o 172,22 zł, czyli 7% od zasadniczej płacy równej 2460,33 zł. W dalszych wyliczeniach założono, iż pracownik przekazuje na III filar dokładnie kwotę uzyskanej podwyżki, mimo że jest ona niższa niż ustawowe 7% od bieżącego wynagrodzenia ubruttowionego. Kwota ta, przy wykupieniu ubezpieczenia na życie z funduszem inwestycyjnym, jest dzielona pomiędzy część ochronną i inwestycyjną. Łączne obciążenie pracodawcy w stosunku do sytuacji wyjściowej (A) zwiększyło się w tym przypadku o kwotę przekazaną na PPE, czyli 172,22 zł. Wynagrodzenie zaś netto pracownika uczestniczącego w programie, który uzyskał nieznaczną podwyżkę, jest niższe o 32,50 zł od pracownika tego samego przedsiębiorstwa, a który jednak do programu nie przystąpił (zaliczka na podatek dochodowy od składki na PPE).

Ostatnia sytuacja (D) w prezentowanym zestawieniu, to rozliczanie wynagrodzenia pracownika w sytuacji, gdy pracodawca podnosi jego wartość zarówno o wysokość składki na III filar, jak i zaliczkę na podatek dochodowy w wysokości 19% tej składki (32,72 zł). Łączne obciążenie pracodawcy zwiększyło się o 7,2% w stosunku do sytuacji A. Wynagrodzenie netto otrzymywane przez pracownika nieznacznie się zmniejszyło (o 11,29 zł), jednak pracownik uzyskuje dodatkowe zabezpieczenie emerytalne, a składki przekazywane na ubezpieczenia społeczne obowiązkowe są większe niż w wariancie wyjściowym.

Kwestia ewentualnej podwyżki dla pracowników uczestniczących w pracowniczych programach emerytalnych jest indywidualną sprawą każdego przedsiębiorstwa. Jednak w przypadku realizacji PPE należy powyższy temat włączyć do negocjacji płacowych pomiędzy pracodawcą a reprezentacją pracowników (związkami zawodowymi).

Przedstawiony powyżej schemat naliczania składki w PPE, obrazuje pewne niepokojące zjawisko. Kwota przekazywana na III filar, w świetle obowiązujących przepisów, umniejsza podstawę naliczania składek na obowiązkowe ubezpieczenia społeczne (szczególnie rentowe i emerytalne). Powoduje to w efekcie niższe zapisy na indywidualnym koncie emerytalnym w ZUS i otwartym funduszu emerytalnym (II filar). Osoba decydująca się na uczestnictwo w PPE powin-

na mieć świadomość, iż rzeczywiste korzyści co do wysokości emerytury osiągnie wówczas, gdy rentowność III filara będzie wyższa od stopy waloryzacji środków na kontach w I filarze i stopy zwrotu w otwartych funduszach emerytalnych (II filar) lub gdy odprowadzana składka będzie dodatkowo otrzymywanym wynagrodzeniem.

Składkę dodatkową może zadeklarować tylko pracownik i składka ta musi pochodzić z wynagrodzenia otrzymywanego od pracodawcy prowadzącego dany program emerytalny, w którym pracownik uczestniczy. Poziom tej składki określany jest w składanej deklaracji i z chwilą gdy program rozpoczyna działanie, pracodawca potrąca ją z wynagrodzenia pracownika i przekazuje do podmiotu zarządzającego środkami. Potrącenie to następuje od wynagrodzenia netto. Mamy wówczas do czynienia ze świadomym przesunięciem przez pracownika środków z bieżącej konsumpcji na zabezpieczenie dochodów w okresie starości.

Pracownik w każdej chwili może dokonać podwyższenia zadeklarowanej składki zarówno tej podstawowej, jak i dodatkowej, przy czym wysokość składki podstawowej nie powinna przekraczać określonego ustawowo wskaźnika.

Składki w wysokości zdeklarowanej przez pracownika są przez pracodawcę naliczane, pobierane i odprowadzane w następujący sposób: przy wynagrodzeniach wypłacanych raz w miesiącu bądź w krótszych okresach – przy każdej z wypłat, przy wynagrodzeniach wypłacanych w dłuższych niż miesięczny terminach – zgodnie z postanowieniami zawartymi w zakładowej umowie emerytalnej.

Zakłady albo towarzystwa ubezpieczeń, fundusze inwestycyjne bądź pracownicze fundusze emerytalne zapewniają prowadzenie indywidualnych rachunków uczestników dla środków pochodzących ze składki podstawowej i dodatkowej w taki sposób, aby możliwa była ich niezależna wypłata albo zwrot.

Pracodawca ponosi wobec uczestników odpowiedzialność z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania swoich obowiązków zgodnie z zakładową umową emerytalną oraz z tytułu terminowości i poprawności naliczania, potrącania i odprowadzania składek na rachunki pracowników.

Środki zgromadzone w ramach pracowniczego programu emerytalnego ze składek podstawowych znajdują się pod szczególną ochroną. Nie podlegają egzekucji sądowej i administracyjnej. Jedynym wyjątkiem jest egzekucja mająca na celu zaspokojenie roszczeń z tytułu alimentów. Nie dotyczy to również sytuacji, gdy powstał obowiązek ich zwrotu albo wypłaty na podstawie przepisów ustawy, o czym jest mowa w dalszej części opracowania. W takiej sytuacji podlegają egzekucji od dnia wymagalności, a więc od dnia, w którym osoba uprawniona złoży wniosek o dokonanie zwrotu lub wypłaty zgromadzonych przez siebie lub dziedziczonych środków.

Co uczestnik programu, po przejściu na emeryturę, zrobi z pieniędzmi zgromadzonymi w ramach pracowniczego programu emerytalnego, jest jego indywidualną sprawą. Wypłata oznacza wypłacenie pracownikowi środków zgromadzonych w ramach PPE w sytuacji, gdy spełnione będą określone warunki. Sytuacja taka może wystąpić wyłącznie w niżej opisanych przypadkach.

Na wniosek uczestnika:

- na rzecz osób przechodzących na emeryturę w wieku ustawowym nie wcześniej niż w chwili osiągnięcia przez uczestnika wieku 60 lat, a więc dwa lata przed znalezieniem się w wieku emerytalnym według pierwotnie przyjmowanej koncepcji. Ponieważ przyjęta została idea zróżnicowanego wieku emerytalnego dla kobiet i mężczyzn[21] (odpowiednio 60 i 65 lat) ustawa o PPE powinna zostać do niej dostosowana i minimalny wiek wypłaty wyniósłby 63 lata dla mężczyzn i 58 lat dla kobiet;
- na rzecz osób, które uzyskały wcześniej uprawnienia emerytalne, ponieważ w III filarze będą uczestniczyć również osoby, którym zachowano taką możliwość;
- na rzecz osób, które uzyskały orzeczenie właściwego organu o uzyskaniu uprawnień do świadczenia rentowego z tytułu niezdolności do pracy.

Jeżeli uczestnik nie wystąpił z odpowiednim wnioskiem przed ukończeniem przez niego 70 lat, wypłata nastąpi automatycznie po osiągnięciu przez niego tego wieku. W takim przypadku wypłata musi nastąpić jednorazowo w ciągu trzech miesięcy.

Również automatycznie wypłata następuje w dwóch innych sytuacjach:

a) w przypadku śmierci uczestnika; wypłata następuje wtedy na rzecz osoby lub osób uposażonych (wskazanych w umowie ubezpieczenia);

b) w razie likwidacji podmiotu zarządzającego środkami, jeśli nie nastąpi wypłata transferowa lub przelew praw (cesja) z umowy pracodawcy z instytucją zarządzającą środkami na rzecz innej instytucji.

Wypłaty mogą być, w zależności od żądania uczestnika, dokonywane jednorazowo bądź ratalnie, w gotówce lub przelewem na wskazany przez uczestnika rachunek. Ustawodawca podkreślił, że może być to rachunek w zakładzie ubezpieczeń. Stąd za środki zgromadzone w ramach którejkolwiek z czterech form PPE można dokonać wykupu renty czasowej lub dożywotniej na podstawie zgromadzonych wcześniej środków.

Wypłaty jednorazowe muszą być dokonane w terminie nie dłuższym niż trzy miesiące od dnia zgłoszenia żądania, a w przypadku wypłat ratalnych pierwsza rata jest płatna w terminie nie dłuższym niż jeden miesiąc od dnia zgłoszenia żądania, chyba że uczestnik zażąda wypłaty w terminie późniejszym. Należy

[21] Art. 24 i art. 27 ustawy z 17 grudnia 1998 r. o rentach i emeryturach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, Dz.U. nr 162, poz. 1118.

w tym miejscu podkreślić doniosłość skutków prawnych wypłaty jednorazowej. Ustawodawca przewidział bowiem, iż skutkuje ona utratą prawa do udziału w pracowniczych programach emerytalnych w przyszłości, z wyjątkiem sytuacji, gdy wypłata następuje na skutek likwidacji pracowniczego towarzystwa emerytalnego bądź pracowniczego funduszu emerytalnego. Wypłata nie może również nastąpić, jeżeli po jej dokonaniu pracownik pozostawałby uczestnikiem innego programu emerytalnego. W tym przypadku możliwa jest jedynie wypłata transferowa.

Od wypłaty zgromadzonych środków należy odróżnić ich zwrot, tj. wycofanie zgromadzonych środków w razie wypowiedzenia umowy przez członka programu i wyrażenia chęci ich natychmiastowego pobrania. Podmiot zarządzający środkami pracowników zgromadzonymi w ramach PPE, w tym przypadku obowiązany jest do zwrotu środków najpóźniej do upływu terminu wypowiedzenia zgodnie z dyspozycją pracownika.

W przypadku zwrotu środków pochodzących ze składki dodatkowej pracodawca nalicza i potrąca wynagrodzenie za obsługę programu emerytalnego uczestnika, w wysokości ustalonej zgodnie z zasadami określonymi w zakładowej umowie emerytalnej. Jednak należy zauważyć, że samo wypowiedzenie umowy skutkuje sytuacją, w której środki dotychczas zgromadzone w ramach składki podstawowej na rachunku uczestnika pozostają na tym rachunku do czasu ich wypłaty lub wypłaty transferowej. Uczestnik może dokonać w każdym czasie wypowiedzenia pracowniczej umowy emerytalnej (składanego pracodawcy w formie pisemnej), przy czym okres wypowiedzenia przewidziany umową zakładową nie może być krótszy niż jeden miesiąc i dłuższy niż trzy miesiące.

Wpłata transferowa polega na przeniesieniu środków do innego zakładu ubezpieczeń, towarzystwa, funduszu inwestycyjnego albo pracowniczego funduszu emerytalnego. Następuje ona na podstawie dyspozycji pracownika po ustaniu uczestnictwa w dotychczasowym programie i przystąpieniu do nowego programu wskutek:

– zmiany pracodawcy,
– wypowiedzenia udziału,
– likwidacji pracowniczego programu emerytalnego.

W związku z powyższym zapisem w zakładowej umowie emerytalnej powinny się znaleźć terminy i sposoby przyjęcia nowego uczestnika, który zamierza przetransferować środki i uczestniczyć w PPE po zmianie pracodawcy.

8. Gwarancje w III filarze

Istotnym elementem opisu form PPE jest brak państwowych gwarancji dla efektywności zarządzania środkami emerytalnymi pracowników. W polskim

systemie finansowym nie znajdziemy zabezpieczeń (jakie istnieją w II filarze), które dawałoby klientom pewność, że zyskowność inwestycji nie spadnie poniżej założonego wskaźnika. Niektóre zakłady ubezpieczeń czy fundusze inwestycyjne gwarantują w warunkach szczegółowych umów rentowność na poziomie nie niższym niż na przykład efektywność trzymiesięcznych bonów skarbowych. Jednak nie zawsze takie warunki znajdują się w podpisywanych umowach. Nie jest możliwe i celowe stworzenie jednolitego systemu nadzoru nad wszelkimi formami dobrowolnego lokowania indywidualnych lub grupowych środków finansowych. Nadzór nad poszczególnymi instytucjami umożliwiającymi oszczędzanie w III filarze sprawować będą właściwe dla nich organy: nadzoru bankowego nad działalnością banków, Państwowy Urząd Nadzoru Ubezpieczeniowego (PUNU) nad zakładami ubezpieczeń na życie i TUW, Komisja Papierów Wartościowych i Giełd (KPWiG) nad emisją i obrotem papierami wartościowymi oraz działalnością funduszy inwestycyjnych. Urząd Nadzoru nad Funduszami Emerytalnymi (UNFE) będzie sprawował kompleksowy nadzór nad funkcjonowaniem pracowniczych funduszy emerytalnych oraz nad respektowaniem uprawnień pracowników w programach opartych na innych formach PPE. Również elementem kontroli PPE jest konieczność zarejestrowania przez pracodawcę programu w UNFE. Szczególnie ścisły nadzór występuje w działalności zakładów ubezpieczeń i towarzystw ubezpieczeń wzajemnych i obejmuje wiele aspektów działalności ubezpieczycieli. Dodatkowo na naszym rynku ubezpieczeń istnieje Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny (UFG), którego jednym z zadań jest wypłata świadczeń osobom ubezpieczonym na życie w przypadku upadku zakładu ubezpieczeń. W takiej sytuacji UFG wypłaca 50% należnego świadczenia, ale nie więcej niż 30 000 ECU[22].

Zakończenie

Reforma emerytalna skłania do poważniejszego traktowania zarówno własnych prywatnych ubezpieczeń o charakterze oszczędnościowym, jak i ubezpieczeń zawieranych przez zakłady pracy na rzecz swoich pracowników, pozwalających na uzyskanie dodatkowej emerytury. Korzyści dla pracowników wynikające z uczestnictwa w grupowych ubezpieczeniach na życie, a także przyzwyczajenia naszego społeczeństwa sprawiają, iż najprawdopodobniej będzie to najpopularniejsza forma realizacji pracowniczych programów emerytalnych w naszym kraju.

[22] Art. 51 pkt 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej z 28 lipca 1990 r. z późn. zm.

Trudno tutaj doradzić, czy pracodawca musi podejmować decyzję już teraz, czy też spokojnie analizować rynek ubezpieczeniowy i inwestycyjny, a dopiero po kilku latach podjąć decyzję o utworzeniu PPE. Świadczenia otrzymywane z III filaru będą jednak ściśle związane z okresem wpłacania składek i ich poziomem. Stąd zasada „kto pierwszy, ten lepszy" może okazać się słuszna z punktu widzenia pracowników, członków programu i przyszłych świadczeniobiorców.

GROUP LIFE INSURANCE IN THE CONTEMPORARY SYSTEM OF OLD AGE PENSIONS PROVISION

Summary

Insurance agreements which protect many people are nothing new; however they have been developing extensively in the recent years. Many factors contribute to particular popularity of the group life insurance – one of the types of personal insurance : the range of protection in social insurance, legal and tax regulations or competition on the insurance market. In the reformed Polish system of old age pensions provision, like in other European systems, life insurance with an investment fund supplement the performance from two obligatory pillars. This product, being composed of two parts – the protective and the investment one – makes it possible to provide for the family of the insured both in case of his/her death and disability or withdrawal from work. It seems that due to the habits deeply rooted in our society, the existing guarantees and a still developing market of life insurance, this form of employee pension schemes will be most frequently undertaken by the Polish employers.



NOTATKI

NOTATKI