

IFRS 17

Wytyczne IASB Transition Resource Group w obszarach
kluczowych wątpliwości interpretacyjnych IFRS 17

Wnioski po spotkaniu Grupy 2 maja 2018

18 czerwca 2018

Agenda

○ Grupa TRG - przypomnienie	03
○ Kluczowe aspekty omawiane przez TRG:	
• Łączenie umów ubezpieczeniowych	08
• Poziom ustalania korekty z tytułu ryzyka	13
• Granica umowy ubezpieczenia	17
• Granica umowy reasekuracji biernej	23
• Metody wyznaczania <i>coverage units</i>	26
• Wyzwania związane z nowym standardem sprawozdawczości	34
○ Zakończenie	33

Grupa TRG - przypomnienie

Grupa IFRS 17 Transition Resource Group

Wprowadzenie

Cele

- » Analizy w zakresie praktycznej implementacji IFRS 17 i potencjalnych problemów z niej wynikających
- » Stworzenie forum do dyskusji na temat nowych wymogów IFRS 17
- » Pomoc IASB w decyzji, czy konieczne są dodatkowe działania wspierające wdrożenie IFRS 17, takie jak: wskazówki, publikacja dokumentów objaśniających / interpretujących wymogi, czy ewentualne poprawki do IFRS 17

Spotkania

Planowano 4 spotkania – kwartalnie, przez cały 2018 rok. Możliwe jest finalne spotkanie w I kwartale 2019.

Skład

- 9** przedstawicieli grup ubezpieczeniowych (AXA, AVIVA, QBE, AIA, Allianz, Samsung, Sun Life, Generali, China Pacific Life Insurance)
- 6** przedstawicieli firm doradczych/audytorskich (reprezentantem Deloitte w Grupie TRG jest **Francesco Nagari**)
- 3** przedstawiciele IASB

W roli obserwatorów

przedstawiciele instytucji nadzoru i stowarzyszeń zawodowych:

International Actuarial Association,

International Organization of Securities Commissions,

International Association of Insurance Supervisors.

[Zapraszamy do korzystania ze strony Deloitte IASPlus.com](https://www.iasplus.com)



Grupa IFRS 17 Transition Resource Group

Organizacja prac

Zgłaszanie

Wszystkie zgłaszane wątpliwości muszą spełniać trzy podstawowe kryteria:

- 01** powinny **wynikać z IFRS 17** bądź być związane z wdrożeniem tego standardu,
- 02** ich **różna interpretacja** może prowadzić do niespójności w zakresie stosowania IFRS 17 na świecie,
- 03** dotyczą **wielu podmiotów**.

Organizacja:

1. zgłoszenie tematu
2. zespół IASB przygotowuje proponowaną odpowiedź
3. materiały upubliczniane są na 2 tygodnie przed spotkaniem
4. Poszczególne zagadnienia dyskutowane są na spotkaniu TRG

Miejsce: Londyn, City, 30 Cannon Street

[Zapraszamy do korzystania ze strony Deloitte IASPlus.com](https://www.iasplus.com)

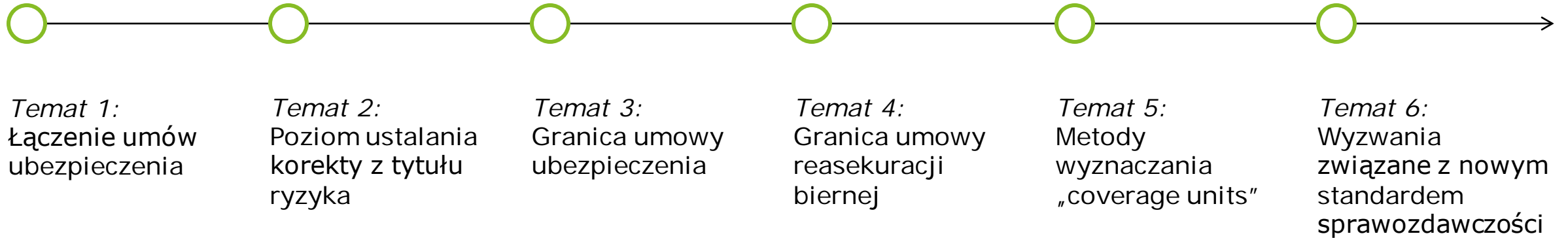


Kluczowe aspekty omawiane podczas spotkania TRG z 2 maja 2018

Kluczowe aspekty omawiane podczas spotkania TRG z 2 maja 2018

Tematy

Podczas spotkania grupy omawiano następujące zagadnienia:



Temat 1: łączenie umów ubezpieczenia

Temat 1: łączenie umów



Trochę teorii...

Par 9. *„A set or series of insurance contracts with the same or a related counterparty may achieve, or be designed to achieve, an overall commercial effect. In order to report the substance of such contracts, it may be necessary to treat the set or series of contracts as a whole.”*

Wprowadzenie

IFRS 17 ma dotyczyć tylko komponentów ubezpieczeniowych

IFRS 17 wskazuje wymogi w zakresie łączenia kontraktów ubezpieczeniowych z tym samym kontrahentem, które zostały skonstruowane w taki sposób, aby służyły temu samemu celowi ekonomicznemu

Podczas poprzedniego spotkania Grupy analizowano czy wymagane lub dozwolone jest rozdzielanie poszczególnych mniejszych składowych kontraktu ubezpieczeniowego (np. wiele różnych coverów, umowy dodatkowe itd.)

Zgłaszający pytania chcieli obecnie potwierdzić jak interpretować wymogi paragrafu 9 w kontekście wcześniejszych wytycznych.

Podstawowe pytanie implementacyjne: **„Kiedy dopuszczone jest w IFRS 17 łączenie pojedynczych kontraktów dla celów wyznaczania kwoty zobowiązania?”**

Temat 1: Łączenie umów

Kluczowe punkty podnoszone w dyskusji

Podczas spotkania pojawiły się następujące opinie:

Pojedyncza umowa ubezpieczenia powinna z reguły być traktowana, jako **najmniejsza jednostka obrachunkowa**.

Nie ma jednego decydującego czynnika determinującego konieczność łączenia kontraktów ubezpieczeniowych. Przy podejmowaniu takiej decyzji każdorazowo trzeba rozpatrzyć wszystkie **fakty i okoliczności**.

Sam fakt, że umowy ubezpieczeniowe dla **jednego kontrahenta** rozpoczynają się z **tą samą datą nie jest** wystarczającą przesłanką by uznać, że mają one **wspólny cel (efekt) ekonomiczny**.

Sam fakt, że przy wycenie jednego kontraktu zastosowano **zniżkę** z tytułu posiadania innych umów, **nie jest** wystarczającą przesłanką by uznać, że mają one **wspólny cel ekonomiczny** (jednakże, wysokość przyznanej zniżki może już mieć znaczenie).

Przesłanki sugerujące, że istnieje konieczność łączenia kontraktów:

Prawa i obowiązki wynikające z umów zmieniają się w zależności, czy rozpatrujemy je łącznie czy oddzielnie

- ***Przykład:*** prawa lub obowiązki w jednym kontrakcie negują prawa lub obowiązki w drugim kontrakcie, w rezultacie czego, nie istnieją żadne prawa lub obowiązki

Spółka nie jest w stanie wycenić jednego kontraktu bez wzięcia pod uwagę innych

- Współzależność pomiędzy różnymi rodzajami ryzyka
- Umowy kończą się wspólnie
- Potrzebna jest arbitralna decyzja, by rozdzielić przepływy pieniężne wynikające z tych umów.

Zasady łączenia kontraktów ubezpieczeniowych można interpretować spójnie z zasadami rozdzielania komponentów umowy.

Temat 1: Łączenie umów

Przykład

Przykład rozpatrywany przez IASB:

Scenariusz

Ubezpieczenie nieruchomości oraz ubezpieczenie komunikacyjne są sprzedawane łącznie i cena ubezpieczenia zawiera zniżkę za zakup dwóch polis. Polisy mają taką samą datę rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej i są sprzedawane temu samemu ubezpieczającemu. Dodatkowo, występują następujące czynniki:

- 01 Przy wycenie umów, ubezpieczyciel bierze pod uwagę różne rodzaje ryzyka i interakcje pomiędzy nimi.
- 02 Koszty akwizycji ustalone zostały przy założeniu, że oba ubezpieczenia wykupione zostaną jednocześnie.
- 03 Wysokość zniżki uwzględnia zakup dwóch polis.
- 04 W niektórych przypadkach, polisy mogą zlapsować niezależnie od siebie, nie wpływając na warunki pozostałej umowy. W innych, zakończenie jednej umowy pociągać za sobą będzie zakończenie drugiej.

Pytanie:

Czy kontrakty należy połączyć czy wyceniać osobno?

Temat 1: Łączenie umów

Przykład

Przykład rozpatrywany przez IASB:

Czynniki rozpatrywane przez IASB

- 01 **Współzależność pomiędzy rodzajami ryzyka:** wskaźnik, że razem te kontrakty mają na celu osiągnięcie wspólnego efektu ekonomicznego.
 - Współzależność oznacza, że różne rodzaje ryzyka zależą od siebie
 - Przykład: ryzyko zniszczenia samochodu w efekcie pożaru
- 02 **Czas zakończenia umowy:** jeżeli lapse jednej umowy pociąga za sobą lapse drugiej, jest to mocna przesłanka, by połączyć takie kontrakty.
- 03 **Zniżka:** nie jest to czynnik sam w sobie decydujący o połączeniu umów, ale w tym przypadku może być przesłanką do połączenia.

UWAGA: W niektórych przypadkach wspólny czas zakończenia umowy może być kwestią polityki zarządzania, a niekoniecznie oznaczać wspólny cel ekonomiczny tych polis.

Konkluzja:

Sytuacja sugeruje możliwość połączenia.

Analogiczne przypadki muszą być zawsze rozpatrywane w kontekście wszystkich faktów i okoliczności.

Temat 2: poziom ustalania korekty z tytułu ryzyka

Temat 2: poziom ustalania korekty z tyt. ryzyka



Trochę teorii...

Par 37. „An entity shall adjust the estimate of the present value of the future cash flows to reflect the **compensation** that the entity requires for **bearing the uncertainty** about the **amount** and **timing** of the cash flows that arises from non-financial risk.”

Par B88. „(...) the risk adjustment for non-financial risk also reflects:
(a) The **degree of diversification** benefit the **entity** included when determining the compensation it requires for bearing that risk; and
(b) Both favorable and unfavorable outcomes, in a way that reflects the **entity's degree of risk aversion**.”

Wprowadzenie

Korekta z tytułu ryzyka odzwierciedla **rekompensatę**, jaką jednostka („entity”) wymaga w związku z niepewnością, co do wysokości i czasu przyszłych przepływów pieniężnych, które wynikają z ryzyka innego niż finansowego, by móc wypełnić swoje zobowiązania ubezpieczeniowe.

Celem korekty jest odzwierciedlenie percepcji jednostki, co do obciążenia ekonomicznego wynikającego z tego ryzyka.

Standard nie precyzuje poziomu agregacji wymaganego do ustalenia korekty, co byłoby sprzeczne z jej celem (korekta, jako percepcja jednostki).

Rekompensata w rozumieniu rzeczywistego kosztu, a nie ceny ubezpieczenia, ponieważ cena może być bardziej wynikiem działań marketingowych i walki z konkurencją niż odzwierciedlać rzeczywiste spodziewana przepływy pieniężne

Dwie interpretacje słowa „entity”:

1. Jednostka sporządzająca sprawozdanie
2. Jednostka sprzedająca umowę ubezpieczenia

Podstawowe pytanie implementacyjne: „**Na jakim poziomie (jednostkowym czy grupowym) należy ustalać korektę z tytułu ryzyka?**”

Temat 2: Poziom ustalania korekty z tytułu ryzyka

Przykład

Przykład rozpatrywany przez IASB:

Scenariusz

- 01 Spółka P jest spółką-matką 2 spółek zależnych A i L. Grupa przygotowuje skonsolidowane sprawozdanie finansowe zawierające wyniki P, A i L.
- 02 Spółka A sprzedaje polisy rentowe, a ich korekta z tytułu ryzyka uwzględnia ryzyko, że ubezpieczeni będą żyli dłużej niż pierwotnie zakładano.
- 03 Spółka L sprzedaje terminowe ubezpieczenia na życie ze świadczeniem płatnym w przypadku śmierci ubezpieczonego. Korekta z tytułu ryzyka dla tej firma zawiera ryzyko, że ubezpieczony będzie żył krócej niż pierwotnie zakładano.
- 04 Patrząc z perspektywy grupy, jest ona mniej wrażliwa na ryzyko śmiertelności niż każda ze spółek zależnych oddzielnie, biorąc pod uwagę, że z ekonomicznego punktu widzenia ryzyko śmiertelności w spółce A i L częściowo się znosi.

● *To jest tylko interpretacja IASB – TRG nie doszło do porozumienia*

Konkluzja: ●

Zgodnie z punktami (2) i (3), spółki zależne A i L nie uwzględniają korzyści z dywersyfikacji dostępnych na poziomie wyższym niż jednostkowym przy wycenie. Dlatego też, nie powinny uwzględniać korzyści z dywersyfikacji przy ustalaniu korekty z tytułu ryzyka. Co więcej, korekta na poziomie grupowym również nie powinna uwzględniać dodatkowych korzyści z dywersyfikacji i powinna być równoważna korektom na poziomie jednostkowym.

Temat 2: Poziom ustalania korekty z tytułu ryzyka

Kluczowe punkty podnoszone w dyskusji

Podczas spotkania pojawiły się następujące opinie:

Standard IFRS 17 nie precyzuje poziomu ustalania korekty z tytułu ryzyka.

W przypadku sprawozdań finansowych **na poziomie jednostkowym**, jednostka powinna jedynie odzwierciedlić korzyści z dywersyfikacji w zakresie, w jakim korzyść z dywersyfikacji została uwzględniona przy ustalaniu rekompensaty, jaką jednostka zażądałaby za przejęcie na siebie ryzyka. W związku z tym zespół IASB sugerował, że stopień dywersyfikacji ryzyka, który występuje na poziomie wyższym niż poziom jednostki, należy uwzględnić przy ustalaniu korekty wtedy i tylko wtedy, gdy jest on również rozpatrywany przy ustalaniu powyższej rekompensaty.

Część członków TRG zgodziła się, że tylko podmiot sprzedający dane ubezpieczenie może ustalać korektę z tytułu ryzyka, a zatem korekta z tytułu ryzyka na poziomie grupowym jest taka sama jak na poziomie jednostkowym.

Część członków TRG miała inne zdanie i dopuszcza możliwość ustalania różnych korekt z tytułu ryzyka w zależności od poziomu sprawozdania (takie podejście jest obecnie stosowane w Australii).

● **Brak jednoznacznej opinii**

TRG zauważyło ponad to, że:

- zastosowanie tylko jednej korekty z tytułu ryzyka byłoby bardziej praktyczne pod względem operacyjnym
- spółki muszą stosować wymogi konsekwentnie pośród wszystkich grup ubezpieczeniowych

Temat 3: granica umowy ubezpieczenia

Temat 3a: praktyczna możliwość ponownej wyceny



Trochę teorii...

Par 34: „Cash flows are within the boundary of an insurance contract if they **arise from substantive rights and obligations that exist during the reporting period** in which the entity can compel the policyholder to pay the premiums or in which the entity has a substantive obligation to provide the policyholder with services (...).

A substantive obligation to provide services ends when:

(a) the entity has the **practical ability to reassess the risks of the particular policyholder** and, as result, can set a **price or level of benefits that fully reflects those risks (...)**”

Problem

Jednostka ma taką „praktyczną możliwość” przy braku czynników uniemożliwiających ustalenie ceny dla kontraktu na takim poziomie, na jakim ustalona zostałaby dla nowych kontraktów. Jeżeli więc ograniczenia, w takim samym stopniu dotyczą nowych umów jak również umów istniejących, to nie mają zastosowania przy tych rozważaniach.

Zadający pytanie przedstawił dwa punkty widzenia w kontekście ograniczeń:

- A** Presja rynkowa, aby pozostać konkurencyjnym, dotyczy najprawdopodobniej tak samo nowych jak już istniejących umów. W konsekwencji, nie ogranicza to praktycznej możliwości spółki do ponownej wyceny kontraktu.
- B** Presja rynkowa może uniemożliwić jednostce pełną rekalkulację umowy z ubezpieczającymi, których ryzyko jest wyższe niż przeciętne (konkurencja, reputacyjne, negatywna reakcja kanałów dystrybucji). Jeżeli równoważna nowa umowa z tym samym ryzykiem byłaby wyceniana wyżej niż obowiązujący kontrakt, praktyczna możliwość ponownej wyceny umowy byłaby ograniczona.

Podstawowe pytanie implementacyjne: „**Jakie ograniczenia, inne niż wynikające z umowy, mogą wpływać na praktyczną możliwość ponownej wyceny kontraktu?**”

Temat 3a: granica umowy ubezpieczenia

Ograniczenia praktycznej możliwości rekalkulacji kontraktu

Ograniczenia, które w takim samym stopniu dotyczą nowych umów jak również umów istniejących, nie powinny mieć znaczenia praktycznej możliwości na ponowną wycenę istniejących kontraktów tak, aby odzwierciedlić ich rzeczywiste ryzyko.

Ograniczenia wpływające na praktyczną możliwość ponownej wyceny umowy różnią się od wyborów, jakie spółka rzeczywiście podejmuje, które mogą nie ograniczać możliwości rekalkulacji składki w sposób przewidziany w standardzie.

Ustalając granicę kontraktu, ubezpieczyciel powinien

- wziąć pod uwagę wszystkie prawa i obowiązki wynikające z **umowy, prawa** lub **innych regulacji**,
- pominąć warunki, które nie mają treści ekonomicznej.

IFRS 17 wykorzystuje pojęcie „praktycznej możliwości”, nie precyzując jednak źródeł jej ograniczeń. Dlatego też, nie należy ograniczać ich do warunków wynikających z umowy, prawa lub innych regulacji. **Konkurencja na rynku** oraz **względy ekonomiczne** również są czynnikami, które ubezpieczyciel zazwyczaj rozważa przy ustalaniu nowej ceny.

Konkluzja:

Na praktyczną możliwość rekalkulacji kontraktu wpływają;

- Warunki umowy
- Prawo
- Inne regulacje
- Względy ekonomiczne
- Konkurencja na rynku

Ograniczenia, które w takim samym stopniu dotyczą nowych umów jak również umów istniejących, nie mają znaczenia

Temat 3b: opcje do umowy



Trochę teorii...

Par B62: „*Many insurance contracts have features that enable policyholders to take actions that change the amount, timing, nature or uncertainty of the amounts they will receive. Such features include **renewal options, surrender options, conversion options and options to stop paying premiums** while still receiving benefits under the contracts. The measurement of a group of insurance contract shall reflect, on an expected value basis, the entity's current **estimates of how the policyholders in the group will exercise the options available** (...).*”

Problem

Zadający pytanie zastanawiał się, jak wyznaczyć granicę umowy dla dwóch przypadków:

- A** Zawarta jest opcja do ubezpieczenia na warunkach gwarantowanych w pierwotnej umowie
- B** Zawarta jest opcja do ubezpieczenia na warunkach niegwarantowanych przez pierwotną umowę

Podstawowe pytanie implementacyjne: „**Jak ustalić granicę kontraktu dla umów zawierających dodatkowe opcje**”

Temat 3b: granica umowy ubezpieczenia

Opcje dodane do umowy ubezpieczenia

Opcje dodane do umowy ubezpieczenia powinny być rozpatrywane, jako komponent danego kontraktu, a spółka powinna skupić się na prawach i obowiązkach wynikających z opcji aby ustalić, czy przepływy pieniężne z nią związane są w granicy lub poza granicą kontraktu.

Umowy, gdzie warunki realizacji opcji są gwarantowane

spółka ustala składki za dodatkową ochronę w momencie zawarcia ubezpieczenia i nie może ich zre kalkulować, aby odzwierciedlić rzeczywiste ryzyko związane z tą umową ubezpieczenia (lub portfelem umów)

Jeżeli w momencie zawierania ubezpieczenia, znane są warunki, na podstawie których ubezpieczający będzie mógł skorzystać z opcji, przepływy pieniężne wynikające z niej **są w granicy kontraktu**, ponieważ ubezpieczyciel nie może ustalić ponownie składki, aby odzwierciedlić w całości nowe ryzyko na jakie jest narażony.

Umowy, gdzie warunki realizacji opcji nie są gwarantowane

spółka ustala cenę za dodatkową ochronę tylko wtedy, gdy ubezpieczający zdecyduje się na realizację opcji.

Czy opcja dodana do ubezpieczenia tworzy prawa i obowiązki?

Członkowie grupy TRG wyrazili różne poglądy na to, czy opcja bez gwarancji warunków będzie tworzyła prawa i obowiązki.

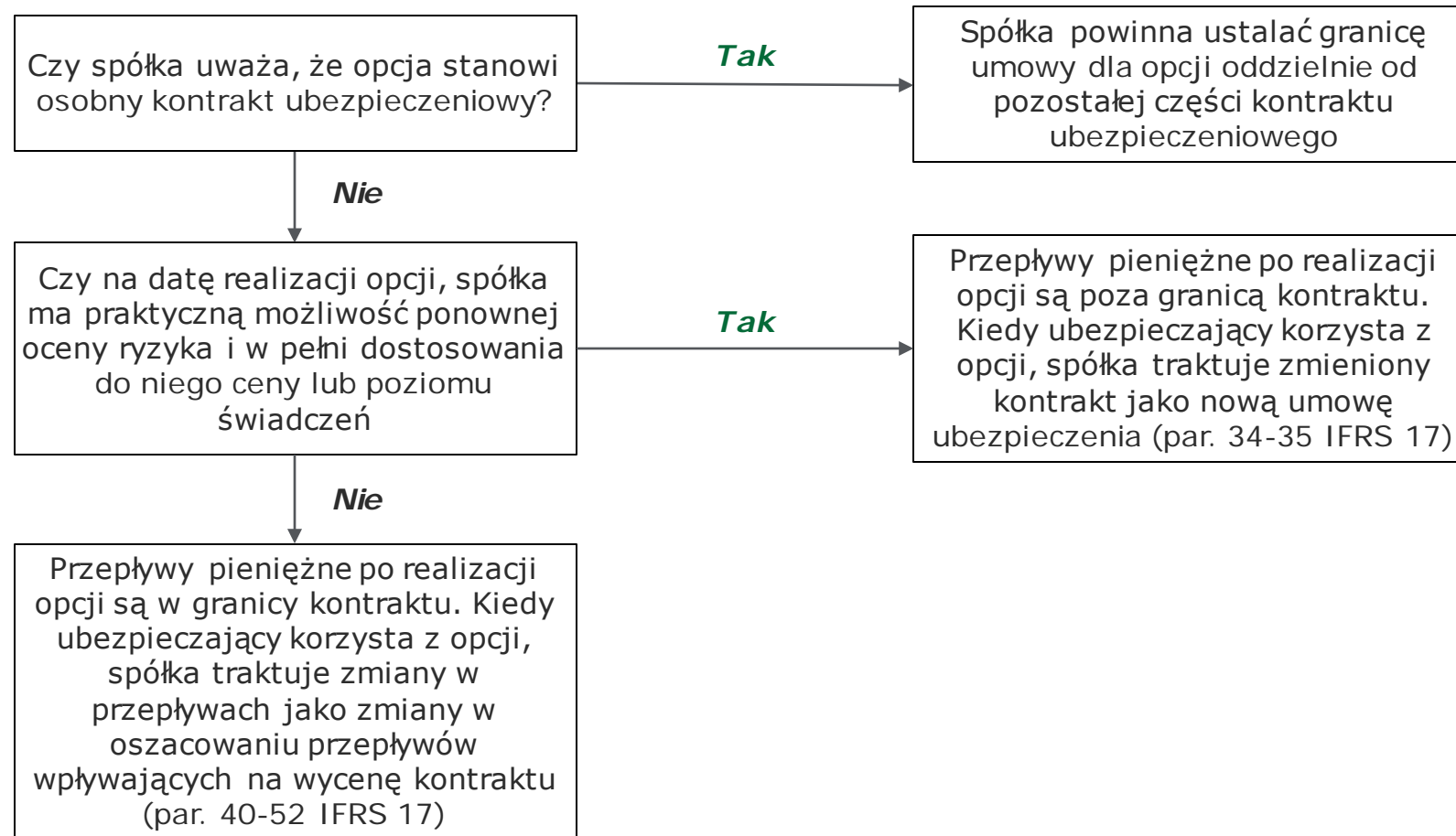
W przypadku umów ubezpieczenia bez gwarancji warunków możliwych opcji, przepływy pieniężne wynikające z realizacji opcji **mogą być zarówno w granicy jak i poza granicą kontraktu**. Będzie to zależało od tego, czy ubezpieczyciel ma praktyczną możliwość ustalenia ceny, tak, aby w całości dopasować ją do nowego ryzyka.

W przypadku, gdy przepływy pieniężne wynikające z realizacji opcji są w granicy umowy, wycena grupy kontraktów powinna odzwierciedlać, na bazie wartości oczekiwanych, obecne oszacowanie spółki, jak ubezpieczający w danej grupie skorzysta z możliwości realizacji opcji dostępnych w danym kontrakcie.

Temat 3b: granica umowy ubezpieczenia

Opcje dodane do umowy ubezpieczenia

Przykładowy proces decyzyjny zaproponowany przez IASB



Temat 4: granica umowy reasekuracji biernej

Temat 4: granica umowy reasekuracji biernej



Trochę teorii...

Par 33: „An entity shall include in the measurement of a group of insurance contracts all the future cash flows within the boundary of each contract in the group [...]”

Par 34: „Cash flows are within the boundary of an insurance contract if they arise from **substantive rights and obligations** that exist during the reporting period in which the entity can compel the policyholder to pay the premiums **OR** in which the entity has a substantive obligation to provide the policyholder with services”

Problem

Wnioski z wcześniejszego spotkania:

Przepływy pieniężne z umów reasekuracji biernej wynikają z istotnych **praw i obowiązków zakładu ubezpieczeń**, jako posiadacza kontraktu (*ang. holder of the contract*).

- Prawem jest otrzymanie usługi od reasekuratora
- Obowiązkiem jest płacenie pewnych kwot reasekuratorowi

Prawo do otrzymania usługi od reasekuratora kończy się, kiedy reasekurator ma praktyczną możliwość do ponownej oceny ryzyka przenieszonego do niego i dopasowania ceny lub poziomu świadczenia, tak, aby w pełni odzwierciedlić to ryzyko.

Powyższe wnioski dotyczą sytuacji, kiedy prawo do otrzymywania usługi od reasekuratora kończy się oraz nie istnieje żaden obowiązek do płacenia składek reasekuratorowi

Podstawowe pytanie implementacyjne: „**Jak ustalić granicę kontraktu w umowie reasekuracji biernej z możliwością rekalkulacji składki z 3-miesięcznym okresem wypowiedzenia**”?

Temat 4: Granica umowy reasekuracji biernej

Przykład

Przykład rozpatrywany przez IASB:

Scenariusz

Reasekurator może wybrać czy:

- nie korzysta z prawa do rekalkulacji składki. W tym przypadku, ubezpieczyciel jest zobowiązany do kontynuowania płacenia składek reasekuratorowi; albo
- korzysta z prawa do rekalkulacji składki. W tym przypadku, ubezpieczyciel ma prawo do zakończenia ochrony.

Reasekurator może dostosować stawki w każdym momencie, z uwzględnieniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia.

Konkluzja:

Poprawne jest **podejście A**

Wyznaczając granicę trzeba patrzeć zarówno na prawa i obowiązki.

Zachowanie reasekuratora jest poza kontrolą ubezpieczyciela.

Możliwe podejścia

A Spółka ma obowiązek płacenia składek reasekuratorowi w okresie trwania kontraktu reasekuracji. W związku z tym, granica kontraktu powinna odzwierciedlać całą długość trwania umowy. Prognozowane przepływy pieniężne dla tej umowy reasekuracji biernej mogłyby odzwierciedlać (jeżeli uznane to zostanie jako najlepsze oszacowanie) założenie dotyczące przyszłych dostosowań składek w zależności od decyzji reasekuratora.

B Granica kontraktu powinna zostać skrócona do pierwszego momentu, kiedy reasekurator może zwiększyć stawki, jako że, ubezpieczyciel będący właścicielem umowy, nie ma prawa do otrzymania usług od reasekuratora po tej dacie.

Temat 5: metody wyznaczania „coverage units”

Temat 5: „quantity of benefits”



Trochę teorii...

Par B119: „*An amount of the contractual service margin for a group of insurance contracts (...) is determined by:*

*a) identifying the **coverage units** in the group. The number of coverage units in a group is the quantity of coverage provided by the contracts in the group, determined by considering for each contract the **quantity of the benefits** provided under a contract and its **expected coverage duration**.*”

Wprowadzenie

Marża CSM jest jednym ze źródeł zysku rozpoznawanego przez firmę ubezpieczeniową w rachunku zysków i strat

Okres, w którym jednostka ponosi ryzyko ubezpieczeniowe nie musi być konieczne taki sam jak okres ochrony ubezpieczeniowej (w rozumieniu definicji IFRS 17).

Zgodnie z paragrafem B119(a), coverage units powinny być ustalane na poziomie grupy kontraktów, w oparciu o **wielkość świadczeń** (*quantity of the benefits*) każdego z kontraktów wchodzących w jej skład w horyzoncie **oczekiwanego okresu** jego trwania (*expected coverage duration*).

Przy ustalaniu coverage units, należy wziąć pod uwagę oczekiwania, co do lapsów, ponieważ wpływają one na oczekiwaną długość zobowiązania do świadczenia ochrony ubezpieczeniowej.

Celem alokacji marży CSM do poszczególnych okresów jest odzwierciedlenie usług świadczonych w tym okresie. W związku z tym, ustalenie coverage units nie jest **kwestią prowadzonej przez jednostkę polityki rachunkowej**, a wymaga uzasadnienia i najlepszego oszacowania wysokości rzeczywiście świadczonej ochrony. **Takie uzasadnienie i oszacowanie powinno być wykonywane systematycznie i opierać się na racjonalnych przesłankach.**

Podstawowe pytanie implementacyjne: „**Jak wyznaczać coverage units?**”

Temat 5: „quantity of benefits”

Kluczowe punkty podnoszone w dyskusji

Podczas spotkania pojawiły się następujące opinie:

Należy rozróżnić kontrakty, które zawierają komponent inwestycyjny i pozostałe kontrakty o charakterze ochronnym.

Ponieważ istnieje wiele rodzajów ochrony ubezpieczeniowej, nie jest możliwe zdefiniowanie szczegółowych wytycznych, które miałyby zastosowanie do wszystkich możliwych przypadków.

Konieczność stworzenia **podejścia opartego na zasadach** (ang. *principle-based approach*).

Przykłady podane przez IASB bardzo mocno zależą od podanych faktów, i mogą nie mieć zastosowania do innych, choć podobnych, produktów. Wybór odpowiedniej metody powinien być każdorazowo potwierdzony **faktami i okolicznościami**.

Ustalając *coverage units*, jednostka powinna brać pod uwagę **oczekiwane świadczenie**, jakie otrzyma beneficjent, a nie koszty, jakie zaistnieją po stronie ubezpieczyciela w związku z wypłatą tego świadczenia.

Usługą świadczoną wobec ubezpieczającego jest gotowość do wypłaty świadczenia w okresie całego trwania ochrony, nie tylko sama wypłata świadczenia, gdy zaistnieje zdarzenie ubezpieczeniowe. W związku z tym, wielkość świadczenia zależy od kwoty, jaka może być wnioskowana przez ubezpieczającego w każdym momencie trwania ochrony, a spółka ubezpieczeniowa jest gotowa do jej wypłaty. **Prawdopodobieństwo, że ubezpieczający zażąda świadczenia nie wpływa na jego wielkość.**

Temat 5: „quantity of benefits”

Kluczowe punkty podnoszone w dyskusji

Rozważane podczas spotkania metody ustalania wielkości świadczenia (pod warunkiem, że są uzasadnionym oszacowaniem ochrony świadczonej w każdym okresie)

01

Liniowa alokacja w czasie, ale uwzględniająca zmieniającą się liczbę kontraktów w grupie

02

Metoda oparta o **maksymalną możliwą ochronę** w każdym okresie

03

Metoda oparta o **oczekiwania spółki** co do **roszczeń**, jakich ubezpieczający jest w stanie **skutecznie dochodzić** w każdym okresie, jeżeli zaistnieje zdarzenie ubezpieczeniowe

04

Metody oparte o **składki**, o ile



Składki nie są należne w innych okresach niż świadczona ochrona ubezpieczeniowa



Składki nie odzwierciedlają różnego prawdopodobieństwa wystąpienia szkody w różnych okresach



Składki nie odzwierciedlają różnego poziomu zyskowności kontraktów w grupie. Poziom zyskowność kontraktu nie wpływa na świadczoną ochronę ubezpieczeniową

05

Metody oparte o **oczekiwane przepływy pieniężne**, o ile:



Oczekiwane przepływy pieniężne nie odzwierciedlają różnego prawdopodobieństwa wystąpienia szkody w różnych okresach

Temat 5: „quantity of benefits”

Przykłady – ubezpieczenia bez komponentu inwestycyjnego

Numer przykładu IASB	1	2	4
Opis kontraktu	Ubezpieczenie na życie do kredytu z malejącą SU	Ubezpieczenie na życie do kredytu ze zmienną SU	Gwarancja produktowa
Proponowane metody	<p>(a) stała ochrona w wysokości bieżącego świadczenia z tyt. śm.</p> <p>(b) ochrona w wysokości bieżącej kwoty zadłużenia na każdą kolejną datę sprawozdawczą</p>	<p>(a) stała ochrona w wysokości maksymalnej kwoty wyznaczonej przez warunki kredytu</p> <p>(b) ochrona w wysokości spodziewanego salda zadłużenia</p>	<p>(a) stała ochrona aż do zgłoszenia szkody</p> <p>(b) coverage units powinny uwzględniać oczekiwane koszty wymiany produktu, np. inflację</p>
Uzasadnienie	<p>1. Maksymalna możliwa ochrona w każdym okresie</p> <p>2. Kwota, jaką spółka spodziewa się, że ubezpieczający jest w stanie efektywnie zażądać w każdym okresie</p> <p>Metoda (a) nie odzwierciedla różnych poziomów ochrony świadczonej w różnych okresach</p>	<p>1. Metoda (a) odzwierciedla maksymalną możliwą ochronę</p> <p>2. Metoda (b) odzwierciedla kwotę, jaką spółka spodziewa się, że ubezpieczający będzie w stanie efektywnie zażądać</p>	<p>1. metoda (a), jeżeli spółka spodziewa się, że cena produktu pozostanie stała</p> <p>2. metoda (b), jeżeli spółka spodziewa się, że cena produktu wzrośnie</p>

Temat 5: „quantity of benefits”

Przykłady – ubezpieczenia bez komponentu inwestycyjnego

Numer przykładu IASB	6	8	11
Opis kontraktu	Ubezpieczenie zdrowotne (10-letnie, pokrycie kosztów medycznych do poziomu maksymalnego)	Reasekuracja ADC z limitem szkód	Połączenie kilku rodzajów ochrony
Proponowane metody	<p>(a) kwota bieżącego roku + stały pozostały limit w latach kolejnych (np. 1,9,9,9,...)</p> <p>(b) Malejąca suma w oparciu o oczekiwane pozostałe limity (1,9,8,7,...)</p> <p>(c) porównanie wartości spodziewanych do zapłaty w danym okresie do spodziewanych wypłat w przyszłości</p>	<p>(a) porównanie maksymalnej wysokości świadczenia jaka może być zażądana przez ubezpieczającego w danym okresie, do pozostałej maksymalnej kwoty świadczenia jako stałej kwoty dla wszystkich przyszłych lat ochrony</p> <p>(b) równomiernie rozłożenie spodziewanych płatności przez cały okres ochrony</p> <p>(c) porównanie spodziewanej wysokości szkód w danym okresie ze spodziewanymi szkodami w przyszłych okresach</p>	<p>(a) Wielkość świadczeń jest taka sama dla każdego kontraktu</p> <p>(b) Wielkość świadczeń jest maksymalnym poziomem ochrony gwarantowanym przez którykolwiek z rodzajów ochrony, ignorując wielkość ochrony z tytułu pozostałych rodzajów ryzyka.</p> <p>(c) wielkość świadczeń dla każdego kontraktu jest sumą świadczeń ze wszystkich rodzajów ochrony.</p> <p>(d) roczna składka</p>
Uzasadnienie	<p>Metoda (c) nie może zostać zastosowana, ponieważ mogą wystąpić okresy, gdzie spółka nie spodziewa się szkód (tj. nie zostanie rozpoznana żadna CSM w tym okresie). Dodatkowo, zastosowanie metody (c) nie uwzględni wypłaconych już świadczeń.</p>	<p>Metoda (b) nie jest dopuszczalna, ponieważ nie uwzględnia różnych poziomów ochrony w różnych okresach</p>	<p>Metoda (a) i (b) nie może zostać zastosowana, ponieważ nie odzwierciedla różnych wielkości ochrony w różnych okresach.</p> <p>Możliwość zastosowania metody (d) zależy od innych czynników, nieopisanych w przykładzie.</p>

Temat 5: „quantity of benefits”

Ubezpieczenia z komponentem inwestycyjnym

*W przypadku grup kontraktów modelowanych **VFA***

Zawierają w sobie zarówno usługi ubezpieczeniowe jak również usługi inwestycyjne

W związku z powyższym, paragraf B119 należy interpretować w taki sposób, że:

- świadczone usługi
- wielkości świadczeń
- oczekiwana długość ochrony

dotyczą zarówno ochrony ubezpieczeniowej jak również usług inwestycyjnych

● **Większość członków TRG nie zgodziła się z tą opinią!**

*W przypadku grup kontraktów modelowanych **BBA***

Kontrakty z komponentem inwestycyjnym, ale bez cech bezpośredniego udziału powinny być rozpatrywane, jako świadczące tylko ochronę ubezpieczeniową (bez usług inwestycyjnych). ●

Temat 5: „quantity of benefits”

Przykłady – ubezpieczenia z komponentem inwestycyjnym

- **Większość członków TRG nie zgodziła się z tymi wnioskami**

Numer przykładu IASB

14

15

Opis kontraktu

10-letni kontrakt inwestycyjny, ochrona na poziomie $\max(\text{fundusz}, 110\% \text{ składki})$ w 5 latach, potem fundusz

Endowment z udziałem w zysku

Proponowane metody ●

(a) część związana z ubezpieczeniem - tylko 5 lat, część związana z inwestycjami - 10 lat **VFA**

(b) całość na 10 lat - zawsze wypłacana jest SU, czasami jest równa funduszowi

(c) CSM rozpoznawany tylko przez 5 lat **BBA**

(a) stała suma wypłacana w przypadku śmierci **VFA**

(b) różnica pomiędzy SU a kwotą wykupu **BBA**

Uzasadnienie

Metoda VFA zakłada, że jest świadczona ochrona ubezpieczeniowa i usługi inwestycyjne.

W pozostałych metodach jest założenie, że jedyną usługą jest ochrona ubezpieczeniowa.

Metoda VFA zakłada, że jest świadczona ochrona ubezpieczeniowa i usługi inwestycyjne.

W pozostałych metodach jest założenie, że jedyną usługą jest ochrona ubezpieczeniowa.

Temat 6: wyzwania związane z nowym standardem sprawozdawczości

Temat 6a: wyzwania – agregacja wyników



Trochę teorii...

Par 78: „An entity shall present separately in the statement of financial position the carrying amount of groups of:

- (a) insurance contracts issued that are assets;
- (b) insurance contracts issued that are liabilities;
- (c) reinsurance contracts held that are assets; and
- (d) reinsurance contracts held that are liabilities.”

Problem

Należności ubezpieczeniowe: informują o ekspozycji zakładu ubezpieczeń na ryzyko kredytowe

UPR: Informuje o zobowiązaniach zakładu ubezpieczeń wynikające z zawartych umów

IFRS 17 wymaga, aby kontrakty ubezpieczeniowe podzielić na takie, które stanowią aktywo i takie, które stanowią zobowiązanie

Dotyczy to zarówno grup kontraktów wycenianych metodami ogólnymi i PAA

Wymagane jest rozbitcie na zobowiązania dla pozostałej ochrony (LRC) oraz na zobowiązania wynikające ze szkód zaistniałych (LIC).

Obecnie, pozycje w sprawozdaniu finansowych odzwierciedlają relatywnie wysoki poziom agregacji (np. na poziomie całej spółki) oraz są dezagregowane w sposób zgodny ze sposobem, w jakim spółka zarządza swoją działalnością oraz systemami.

Przykład:

Pozycja w sprawozdaniu	Systemy/narzędzia przetwarzania danych
Należności ubezpieczeniowe	System rozliczeniowy
UPR	System polisowy
Rezerwy na szkody zaistniałe (w tym IBNR)	System szkodowy, narzędzia aktuarialne
DAC	System prowizyjny / kosztowy

Podstawowe pytania implementacyjne: „**Jak dokonać alokacji otrzymanej składki / zobowiązań z tytułu szkód zaistniałych do poszczególnych grup umów ubezpieczeniowych?**”

Temat 6a: Wyzwania – agregacja wyników

Wyzwania w identyfikacji i alokacji składek otrzymanych do poszczególnych grup umów ubezpieczeniowych

Skąd się biorą trudności?

Nieprzystosowania obecnych systemów do łączenia danych z różnych źródeł

Różny poziom granulacji obecnych wyników (np. system rejestrujący wpłaty składek, agregujący informację w podziale na kanały dystrybucji).

Kogo najbardziej to dotknie?

Część członków TRG uważa, że wyznawanie będzie większe dla **ubezpiezycieli majątkowych**, ponieważ:

- data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej i data, kiedy składka jest należna są ustalane w umowie (ochrona może być niezależna od tego czy składka została już zapłacona).
- Przewiduje się, że tylko nieistotna liczba polis życiowych będzie zmieniać swoją pozycję pomiędzy aktywami i zobowiązaniami z powodu długoterminowej ochrony.

Jakie będą skutki?

Implementacja nowych rozwiązań będzie bardzo skomplikowana i kosztowna z powodu konieczności rozbudowy i integracji istniejących systemów. ●

Możliwe uproszczenia

Zastosowanie przybliżonego podejścia do alokacji składki otrzymanej na poszczególne grupy kontraktów opierając się na paragrafie 24, który zezwala na przybliżoną alokację przepływów pieniężnych. ●

Obawa, że koszty związane z implementacją będą wyższe niż korzyści wynikające z nowej prezentacji informacji w sprawozdaniu finansowym

Nowe problemy: brak zgodności, niedostosowanie alokacji do zmian w płatnościach od ubezpieczających, problemy z walidacją poprawności alokacji.

Zastosowanie uproszczonej alokacji będzie wyzwaniem również dla audytorów!

Temat 6a: Wyzwania – agregacja wyników

Materiały pomocnicze – mechanizm metody PAA



Analizując odpowiedzi otrzymane od członków TRG, IASB zidentyfikowało kilka obszarów, gdzie ich zdaniem warto stworzyć dodatkowe materiały pomocnicze.



Materiały mają na celu pomoc w zrozumieniu wymogów standardu i rozwianie ewentualnych wątpliwości implementacyjnych.



Jednym z takich obszarów jest mechanizm metody PAA, który, zdaniem IASB, może być błędnie interpretowany przez rynek.



W związku z tym, IASB przedstawiło przykłady mechanizmu działania podejścia PAA wraz z porównaniem do obecnej praktyki.

Temat 6a: wyzwania – agregacja wyników

PRZYKŁAD

Okres ubezpieczenia:
01.06.20X1 – 30.06.20X2

Składka:
1.200

Koszty akwizycji:
180

Płatne 01.06.20X1

Sposób płatności składki:
Jednorazowo z góry

Obecna i nowa prezentacja w sprawozdaniu Składka płatna jednorazowo z góry

Data sprawozdania	01.07.X1	30.09.X1	31.12.X1	31.3.X2	30.06.X2
Obecna praktyka - pozycje w sprawozdaniu finansowym oraz zaraportowany przychód					
Należności (składki)	0	0	0	0	0
Rezerwa składek (UPR)	-1 200	-900	-600	-300	0
Odroczone koszty akwizycji (DAC)	180	135	90	45	0
Suma	-1 020	-765	-510	-255	0
Przychody		300	300	300	300
IFRS 17 PAA - aktywa/ zobowiązania w sprawozdaniu finansowym oraz zaraportowany dochód					
Bilans otwarcia	0	-1 020	-765	-510	-255
55(a)(i) Składki otrzymane przy początkowym rozpoznaniu	-1 200				
55(a)(ii) Przepływy związane z kosztami akwizycji	180				
55(b)(i) Składki otrzymane w okresie		0	0	0	0
55(b)(iii) Alokacja kosztów akwizycji		-45	-45	-45	-45
55(b)(v) Przychody ubezpieczeniowe *		300	300	300	300
Aktywo (zobowiązanie) ubezpieczeniowe	-1 020	-765	-510	-255	0

* Spodziewany jednostajny rozkład ryzyka zaalokowane do okresów (CU1200 / 4 okresy = CU300)

Temat 6a: wyzwania – agregacja wyników

PRZYKŁAD

Okres ubezpieczenia:
01.06.20X1 – 30.06.20X2

Składka:
1.200

Koszty akwizycji:
180

Płatne 01.06.20X1

Sposób płatności składki:
Jednorazowo na koniec okresu
ochrony

Obecna i nowa prezentacja w sprawozdaniu Składka płatna jednorazowo na koniec okresu ubezpieczenia

Data sprawozdania	01.07.X1	30.09.X1	31.12.X1	31.3.X2	30.06.X2
Obecna praktyka- pozycja w sprawozdaniu finansowym oraz zaraportowany dochód					
Należności (składki)	1 200	1 200	1 200	1 200	0
Rezerwa składek (UPR)	-1 200	-900	-600	-300	0
Odroczone koszty akwizycji (DAC)	180	135	90	45	0
Suma	180	435	690	945	0
Przychody		300	300	300	300
IFRS 17 PAA - aktywa/ zobowiązania w sprawozdaniu finansowym oraz zaraportowany dochód					
Bilans otwarcia	0	180	435	690	945
55(a)(i) Składki otrzymane przy początkowym rozpoznaniu	0				
55(a)(ii) Przepływy związane z kosztami akwizycji	180				
55(b)(i) Składki otrzymane w okresie		0	0	0	-1 200
55(b)(iii) Alokacja kosztów akwizycji		-45	-45	-45	-45
55(b)(v) Przychody ubezpieczeniowe*		300	300	300	300
Aktywo (zobowiązanie) ubezpieczeniowe	180	435	690	945	0

* Spodziewane wpłaty składek zaalokowane do okresów (CU1200 / 4 okresy = CU300)

Temat 6a: wyzwania – agregacja wyników

PRZYKŁAD

Okres ubezpieczenia:
01.06.20X1 – 30.06.20X2

Składka:
1.200

Koszty akwizycji:
180

Płatne 01.06.20X1

Sposób płatności składki:
Miesięcznie

Obecna i nowa prezentacja w sprawozdaniu Składka płatna miesięcznie

Data sprawozdania	01.07.X1	30.09.X1	31.12.X1	31.3.X2	30.06.X2
Obecna praktyka- pozycja w sprawozdaniu finansowym oraz zaraportowany dochód					
Należności (składki)	1 200	900	600	300	0
Rezerwa składek (UPR)	-1 200	-900	-600	-300	0
Odroczone koszty akwizycji (DAC)	180	135	90	45	0
Suma	180	135	90	45	0
Przychody		300	300	300	300
IFRS 17 PAA - aktywa/ zobowiązania w sprawozdaniu finansowym oraz zaraportowany dochód					
Bilans otwarcia	0	180	135	90	45
55(a)(i) Składki otrzymane przy początkowym rozpoznaniu	0				
55(a)(ii) Przepływy związane z kosztami akwizycji	180				
55(b)(i) Składki otrzymane w okresie		-300	-300	-300	-300
55(b)(iii) Alokacja kosztów akwizycji		-45	-45	-45	-45
55(b)(v) Przychody ubezpieczeniowe*		300	300	300	300
Aktywo (zobowiązanie) ubezpieczeniowe	180	135	90	45	0

* Spodziewane wpłaty składek zaalokowane do okresów (CU1200 / 4 okresy = CU300)

Temat 6a: Wyzwania – agregacja wyników

Wyzwania w identyfikacji i alokacji zobowiązań dot. szkód zaistniałych do poszczególnych grup kontraktów

Skąd się biorą trudności?

Niezgodność nowego standardu raportowania z dotychczasowymi zasadami wyceny aktuarialnej

Kogo najbardziej to dotknie?

Część członków TRG uważa, że trudności w implementacji w równym stopniu dotyczą spółek majątkowych i życiowych.

Inni uważają, że wyznawanie będzie większe dla ubezpieczycieli majątkowych, z powodu długiego okresu likwidacji szkody.

Jakie będą skutki?

Duże koszty wdrożeniowe

Możliwe uproszczenia

Zastosowanie przybliżonego podejścia do alokacji na poszczególne grupy kontraktów opierając się na paragrafie 24, który zezwala na przybliżoną alokację przepływów pieniężnych. ●

Nowe problemy: Ewentualny brak zgodności, niedostosowanie reakcji do zmian w przepływach, problemy z walidacją poprawności alokacji.

Zastosowanie uproszczonej alokacji będzie wyzwaniem również dla audytorów!

Temat 6b: wyzwania – kontrakty nabyte po zakończeniu okresu ochrony



Trochę teorii...

Par B5: „*Some insurance contracts cover events that have already occurred but the financial effect of which is still uncertain. An example of an insurance contract that provides coverage against an adverse development of an event that has already occurred. In such contracts, the insured event is the determination of the ultimate cost of those claims.*”

Problem

Niektóre kontrakty ubezpieczeniowe zapewniają ochronę w związku ze zdarzeniami, które już się wydarzyły, ale ich efekt finansowy jest nieznany.

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest wtedy ustalenie ostatecznego kosztu tych szkód.

Spółka zawierająca umowę z ubezpieczającym

Zobowiązania po zakończeniu ochrony są częścią LIC

Spółka do wyceny LRC może stosować modele PAA

Przychód rozpoznawany tylko, kiedy jest świadczona ochrona

Spółka nabywająca kontrakt po zakończeniu okresu ochrony

Zobowiązania po zakończeniu ochrony są częścią LRC

Spółka do wyceny LRC najprawdopodobniej będzie stosować modele BBA

Przychód rozpoznawany tak długo, jak długo będą rozwijać się szkody

Podstawowe pytania implementacyjne: **„Jak traktować kontrakty nabyte po zakończeniu okresu ochrony?”**

Temat 6b: Wyzwania – kontrakty nabyte po zakończeniu okresu ochrony

Wyzwania w podejściu do kontraktów nabytych po zakończeniu okresu ochrony

Skąd się biorą trudności?

Inna metoda stosowana przez spółkę zawierającą pierwotną umowę (PAA) i spółkę nabywającą kontrakt po zakończeniu okresu ochrony (BBA)

Inna metoda wyznaczania coverage units i alokacji marży CSM

Kogo najbardziej to dotknie?

Głównie ubezpieczycieli majątkowych i zdrowotnych, którzy spodziewali się, że wykorzystają metodę PAA do wszystkich swoich kontraktów

Możliwe uproszczenia

Udowodnienie, że stosowanie metody PAA jest nadal adekwatne, pomimo dłuższego okresu ochrony niż 1 rok

Jakie będą skutki?

Duże koszty wdrożeniowe

Informacje pokazywane w sprawozdaniu mogą wprowadzać w błąd lub być nieintuicyjne dla użytkownika, ponieważ będą pokazywały podobne kontrakty w inny sposób, w zależności, czy umowy te zostały pierwotnie zawarte przez spółkę, czy nabyte po zakończeniu okresu ochrony

Podwójne rozpoznanie przychodu

Zakończenie

Kontakt

Zapraszamy do kontaktu!



Adam Pasternak-Winiarski

Menadżer
Dział Usług Aktuarialnych

apasternakwiniarski@deloittece.com

Adam gromadził doświadczenie aktuarialne zarówno uczestnicząc w projektach doradczych jak również pełniąc funkcję Głównego Aktuariusza w jednym z zakładów ubezpieczeń majątkowych. Był odpowiedzialny za wyznaczanie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych na cele rachunkowości (według PSR i MSSF) i wypłacalności. Jest zaangażowany w wiele aktywności związanych z edukacją aktuarialną, m.in. współprowadząc wykłady Technik Aktuarialnych organizowane przez Polskie Stowarzyszenie Aktuariuszy. W Dziale Usług Aktuarialnych Deloitte zajmuje się m.in. obszarem związanym z wdrożeniem IFRS 17.



Marcin Piskorski

Dyrektor
Dział Usług Aktuarialnych

mpiskorski@deloittece.com

Marcin specjalizuje się w ubezpieczeniach na życie oraz produktach emerytalnych. Jest ekspertem w modelowaniu w systemie aktuarialnym Prophet m.in. dla celów generowania projekcji finansowych, obliczeń na potrzeby Solvency II oraz raportowania według MSSF. Kierował wieloma przeglądami Embedded Value. Marcin uczestniczył w projektach dotyczących aktuarialnego due diligence oraz statutowego audytu towarzystw ubezpieczeń na życie.



Agnieszka Jurczak

Konsultant
Dział Usług Aktuarialnych

ajurczak@deloittece.com

Agnieszka jest Konsultantem w dziale Usług Aktuarialnych i Ubezpieczeniowych Deloitte i specjalizuje się w ubezpieczeniach działu II i I. Ma ponad 3-letnie doświadczenie w pracy w sektorze ubezpieczeniowym na pograniczu zadań aktuarialnych i związanych z zarządzaniem ryzykiem.

Pracując w Deloitte jako konsultant, Agnieszka uczestniczy w projektach w obszarze ubezpieczeń życiowych i majątkowych. Są to projekty związane z audytami sprawozdań finansowych, przeglądami rezerw techniczno-ubezpieczeniowych jak również implementacją nowego standardu IFRS 17.

Zobacz także

IASB TRG for IFRS 17 Insurance Contracts

<https://www.ifrs.org/groups/transition-resource-group-for-insurance-contracts/#meetings>





Nazwa Deloitte odnosi się do jednej lub kilku jednostek Deloitte Touche Tohmatsu Limited, prywatnego podmiotu prawa brytyjskiego z ograniczoną odpowiedzialnością i jego firm członkowskich, które stanowią oddzielne i niezależne podmioty prawne. Dokładny opis struktury prawnej Deloitte Touche Tohmatsu Limited oraz jego firm członkowskich można znaleźć na stronie www.deloitte.com/pl/onas.

Deloitte świadczy usługi audytorskie, konsultingowe, doradztwa podatkowego i finansowego klientom z sektora publicznego oraz prywatnego, działającym w różnych branżach. Dzięki globalnej sieci firm członkowskich obejmującej 150 krajów oferujemy najwyższej klasy umiejętności, doświadczenie i wiedzę w połączeniu ze znajomością lokalnego rynku. Pomagamy klientom odnieść sukces niezależnie od miejsca i branży, w jakiej działają. Ponad 225 000 pracowników Deloitte na świecie realizuje misję firmy: wywierać pozytywny wpływ na środowisko i otoczenie, w którym żyją i pracują.

Deloitte Central Europe to regionalna jednostka działająca w ramach Deloitte Central Europe Holdings Limited, członka Deloitte Touche Tohmatsu Limited w Europie Środkowej. Usługi świadczą spółki zależne i stowarzyszone z Deloitte Central Europe Holdings Limited, które stanowią odrębne i niezależne podmioty prawne. Spółki zależne i stowarzyszone z Deloitte Central Europe Holdings Limited to jedne z wiodących firm świadczących usługi profesjonalne; zatrudniają łącznie ponad 5000 pracowników w 41 biurach w 18 krajach Europy Środkowej.