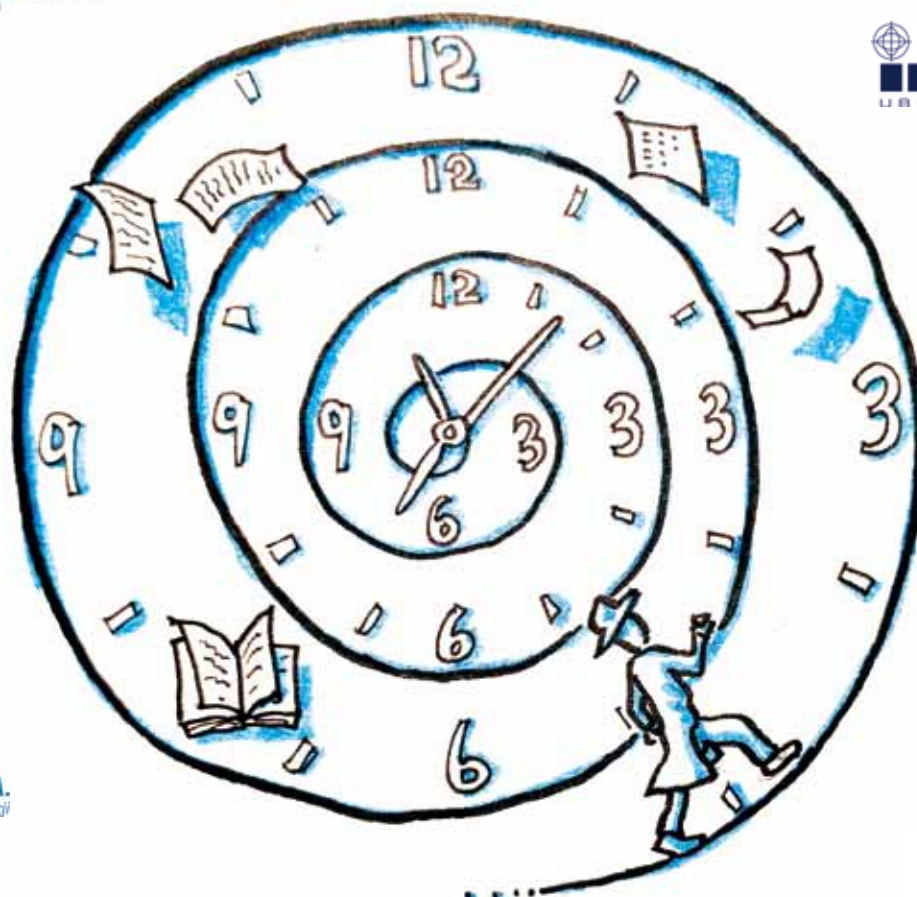


Miesięcznik Ubezpieczeniowy

ISSN 1732-2413 • WSZYSTKO, CO TRZEBA WIEDZIEĆ O RYNKU UBEZPIECZEŃ • DODATEK HISTORYCZNY • PAŹDZIERNIK 2019 • 7 PAŹDZIERNIKA 2019



©Pixabay



W N U M E R Z E :

30 lat wolnego rynku
Wspomnienia/Wyniki/Wydarzenia

30 LAT WOLNEGO RYNKU

06 Pierwsza ustawa i pierwsza spółka akcyjna – ANDRZEJ MACIĄŻEK

08 Konkurencja i kooperacja – MARIUSZ WICHTOWSKI

10 Rynek – kiedyś i obecnie – BEATA BALAS-NOSZCZYK

14 Ludzie dla ludzi – KRYSTYNA KRAWCZYK

16 Dla dobra całego rynku – ELŻBIETA WANAT-POŁEĆ, HUBERT STOKLAS

18 Nauka z upadłości – MARIUSZ WICHTOWSKI

20 Historia firm, historia ludzi – RYSZARD BOCIONG

22 Roszczenia dają nam chleb – PAWEŁ SUKIENNIK

29 30 lat w anegdotach – MARIUSZ J. SARNOWSKI

32 Wszyscy jesteśmy directami – SŁAWA CWALIŃSKA-WEYCHERT

36 Idea pomocy się nie starzeje – TOMASZ FRĄCZEK

38 Najważniejszy jest człowiek – ZBIGNIEW JĘKSA

40 Od ołówka do automatu – JAROSŁAW MATUSIEWICZ

44 Spokój po burzy – ŁUKASZ ZOŃ, MARCIN KAPIŃSKI

46 Broker (nie)znany – JACEK KLISZCZ

48 Razem lepiej – ARKADIUSZ ŚWIERCZ

— Miesięcznik —
Ubezpieczeniowy

Miesięcznik Ubezpieczeniowy nr 4/2019. ISSN: 1732-2413
Dodatek historyczny – 30 lat wolnego rynku

REDAKTOR NACZELNA: Ida Krzemińska-Albrycht
REDAKCJA: Eliza Kosicka

Wydawca: Ogma Sp. z o.o., ul. Tyniecka 27/13, 02-615 Warszawa, tel. (22) 844 78 86
Skład i łamanie: Magdalena Gałat. **Druk:** Drukarnia Szmydt

Od pierwszej ustawy do ostatniej konsolidacji

Dziki rynek... Tak najczęściej określali sytuację branży ubezpieczeniowej z początku lat 90. moi rozmówcy. Walizka z pieniędzmi przywieziona przez prezesa jednego z zakładów ubezpieczeń do UFG „tak, żeby mieli coś na start”. Znajomość języka angielskiego jako jedyna kompetencja wymagana, by zostać prezesem firmy brokerskiej. Trzy biurka upchnięte w jednym pokoiku w Ministerstwie Finansów jako całe biuro Rzecznika Ubezpieczonych. Hotel robotniczy z nieszczelnymi oknami, w którym zimą zamarzał nawet tusz w długopisach – to warunki lokalowe w pierwszych latach UFG. Brak konkretnych regulacji, brak narzędzi, brak wyszkolonych kadr. Wiele decyzji podejmowało się „na czuja”, mając za podstawę jedynie swoje dobre intencje. Panował też głód wiedzy – stopniowo zaspokajany przez coraz silniejsze kontakty z zagranicą: nowi ubezpieczyciele wchodzący na rynek, relacje z reasekuratorami. Skądinąd o wejściach i wyjściach kolejnych firm do Polski można by długo opowiadać. A to o tym, jak Commercial Union zdecydowało się spróbować na naszym rynku, bo „inwestycja w Polskę wymaga kilku milionów funtów, co prawda nie za bardzo wiemy, co w tej Polsce będzie, ale te kilka milionów to niewiele, więc spróbujemy”. A to o tym, jak wchodziło Link4, które pierwotnie miało się nazywać TUiR Ufam... lub Morela. Albo o tym, jak

Citybank postanowił z kolei z biznesu OFE tworzonego z Wartą się wycofać, dając Warcie 24 godziny na przedstawienie oferty wykupu, podczas gdy szefostwo Warty było akurat odcięte od świata w buddyjskim klasztorze w Himalajach. Z pewnością początki nie były łatwe, ale osoby, które miały okazję współtworzyć ten rynek, wspominają je jednak z pewnym rozrzewnieniem. I z dumą. Całkowicie uzasadnioną, bo przecież udało się w ciągu ostatnich trzech dekad stworzyć w zasadzie od podstaw wolny rynek ubezpieczeniowy. Z dużą przyjemnością słuchałam tych historii, a potem publikowałam je w cyklu Lekcja historii w „Miesięczniku Ubezpieczeniowym”, gdzie większość z nich pierwotnie się ukazała. Dziś oddaję w Państwa ręce zbiór wspomnień poszerzony o dodatkowe teksty i materiały, które opowieść o 30 latach wolnego rynku uzupełniają. Zapraszam w podróż od pierwszej ustawy o działalności ubezpieczeniowej, przez opowieści o tworzeniu się instytucji, firm, spojrzenie na ewolucję pośrednictwa i zmiany w sposobie działania samych ubezpieczycieli, aż po refleksje dotyczące niedawnych zdarzeń. Życzę przyjemnej lektury, która – mam nadzieję – pobudzi również Państwa do odświeżenia swoich wspomnień, pozwoli na chwilę oderwać się od pogoni za bieżącymi zadaniami i poczuć dumę z tego, co udało się zbudować. ▣

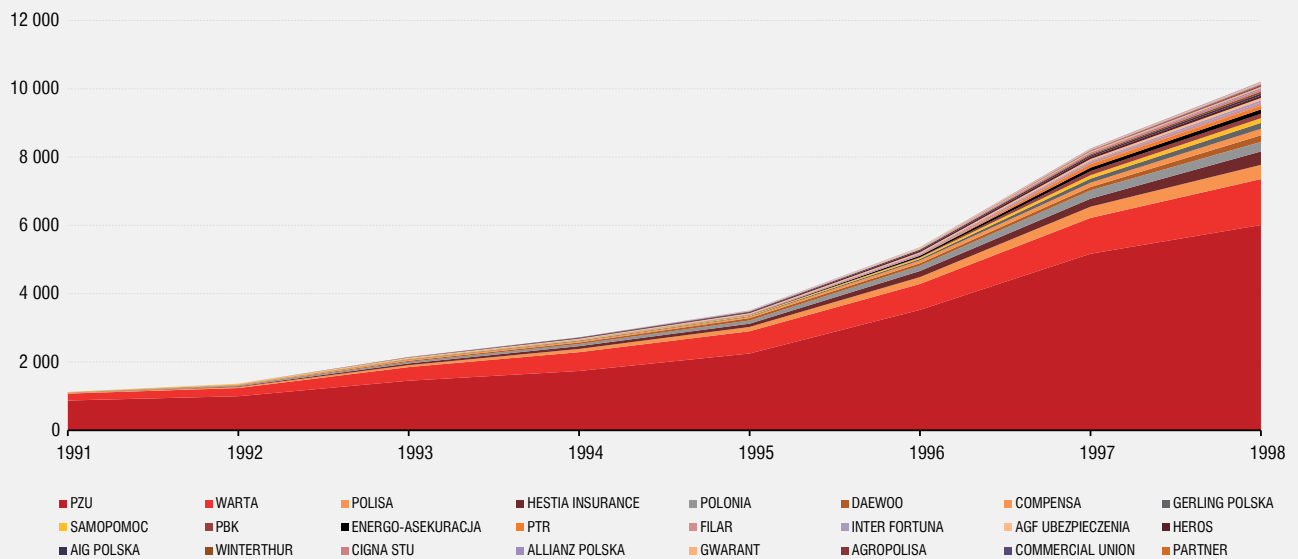
„W ciągu ostatnich trzech dekad udało się stworzyć od podstaw wolny rynek ubezpieczeniowy.”

Ida Krzemińska-Albrycht
jest redaktorką naczelną
„Miesięcznika
Ubezpieczeniowego”.

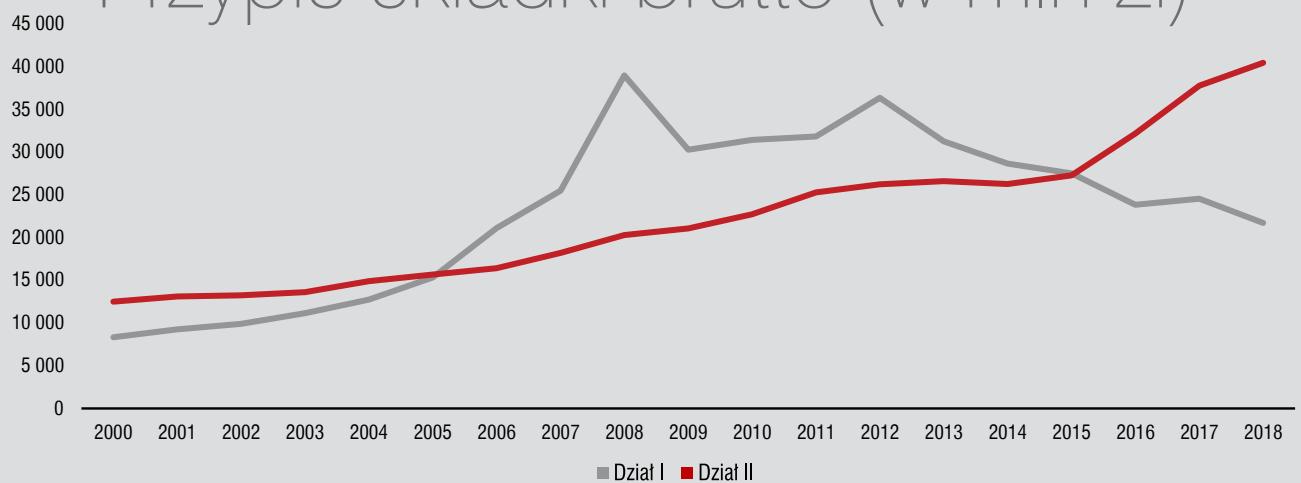


TRZY DEKADY W

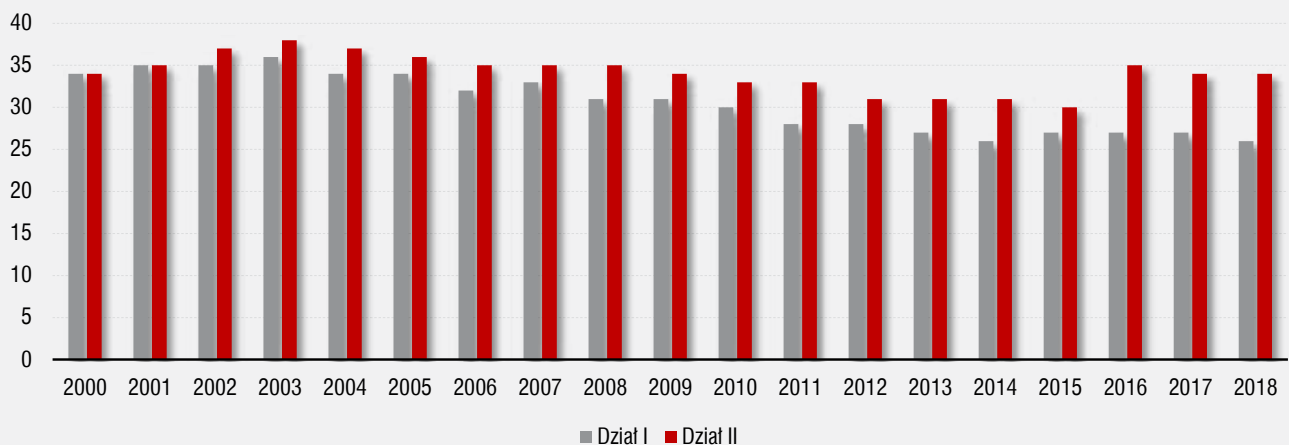
Składka z ubezpieczeń majątkowych (w mln zł)



Przypis składki brutto (w mln zł)



Liczba krajowych zakładów ubezpieczeń posiadających zezwolenie na prowadzenie działalności

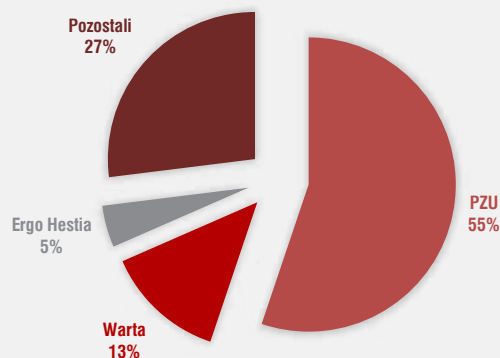
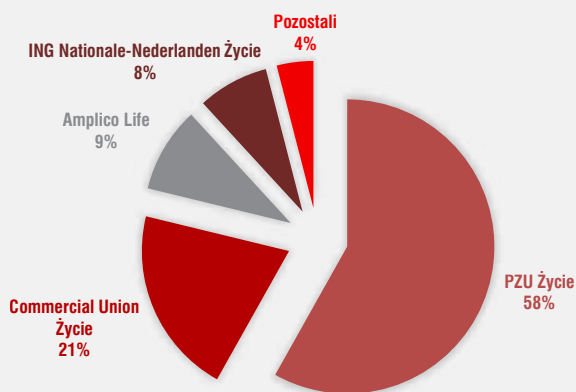


Sytuacja na rynku na koniec dekad

Udział ubezpieczycieli życiowych w składce przypisanej

Udział ubezpieczycieli majątkowych w składce przypisanej

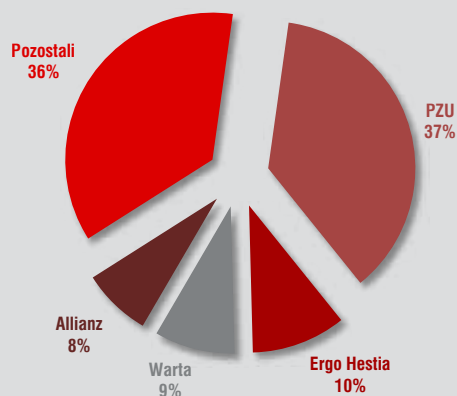
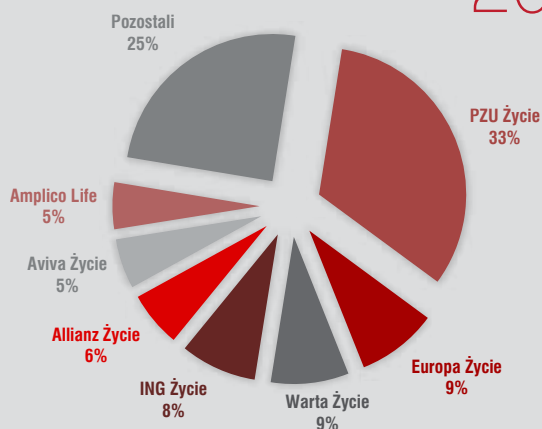
1999 r.



Udział ubezpieczycieli życiowych w składce przypisanej

Udział ubezpieczycieli majątkowych w składce przypisanej

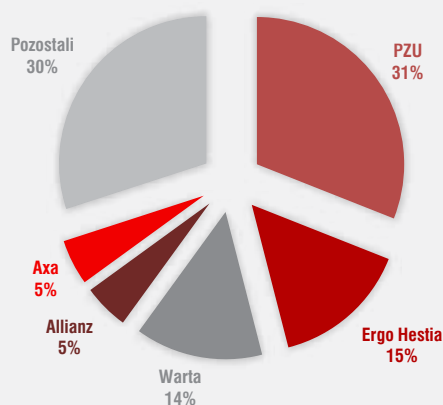
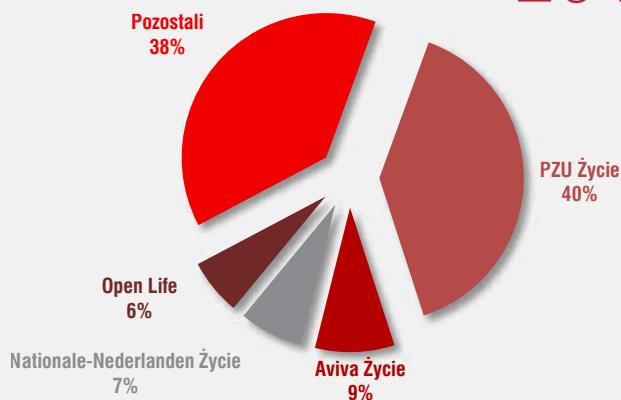
2009 r.



Udział ubezpieczycieli życiowych w składce przypisanej

Udział ubezpieczycieli majątkowych w składce przypisanej

2019 r.*



* Dane po I połowie 2019 r.

Pierwsza ustawa i pierwsza spółka akcyjna

Regulacje towarzyszyły rynkowi od zawsze. Historia ubezpieczeń ma swoje kamienie milowe. To takie zmiany prawne, które zamknęły ważny etap, a z kolei inny otworzyły. – ANDRZEJ MACIAZEK

Wszystko zaczęło się w '89 r. Pojawiły się wtedy informacje, że „piszą ustawę o działalności ubezpieczeniowej”. Było to jeszcze w poprzednim ustroju, więc właściwie nie wiadomo było, czy można o tym rozmawiać oraz jaki kształt ta regulacja przybierze.

POCZĄTEK

Pracowałem wtedy w turystyce. Ośmiu największych operatorów turystycznych było bardzo zainteresowanych nową ustawą. Każda z tych firm – jednej z nich byłem wiceprezesem – płaciła duże pieniądze za ubezpieczenia. Chodzi o polisy dla turystów wyjeżdżających za granicę, ale też o ubezpieczenie hoteli należących do tych firm turystycznych, ośrodków wypoczynkowych, flot autokarów itp. W związku z tym, na początku '89 r. grupa touroperatorów postanowiła zawiazać stosowne rezerwy i czekać na dogodną chwilę. Wyczekiwana ustawa do końca '89 r. nie powstała. Zgromadzone środki trafiły więc do specjalnie powołanej spółki z o.o. A gdy w 1990 r. ustawa weszła w życie, **spółka z o.o. została przekształcona w spółkę akcyjną – ATU Towarzystwo Ubezpieczeń Turystycznych. To była pierwsza ubezpieczeniowa spółka akcyjna pod rządami nowego prawa**, a zarazem piąta firma ubezpieczeniowa na polskim rynku, po PZU, Warcie, Weście i Varsovii (która przekształciła się później w Compense).

Sama ustawa była stosunkowo prosta i bardzo liberalna. I dobrze, że taka była, bo przy bardziej konserwatywnej regulacji rynkowi byłoby trudniej się rozwinąć. Ustawa była natomiast nieskomplikowana, otwarta, korzystająca raczej z liberalnych przepisów brytyjskich niż z prawa kontynentalnego.

KOLEJNE LATA

W ATU kolejne lata pokazały, że inwestycja w budowę spółki ubezpieczeniowej od zera wymaga dużej cierpliwości. To nie jest inwestycja na 10 lat, ale raczej na 20 i więcej. Okazało się, że o ile pieniądze na spółkę w Polsce są, to na pewno nie są one tak cierpliwe. W konsekwencji ATU było pierwszą na polskim rynku spółką ubezpieczeniową, w której większościowy pakiet został sprzedany inwestorowi zagranicznemu.

W tym punkcie historia ATU po raz kolejny splata się z historią regulacji. W połowie lat 90. kapitał na polskim rynku był, ale

nie było skłonności do długoterminowych inwestycji. Z tego względu niezbędne stało się sięganie po kapitał zagraniczny. W tym czasie doszło do generalnej zmiany ustawy o działalności ubezpieczeniowej. Ustawa powstała pod wpływem oglądu rynku, jego możliwości kapitałowych, a w swoim charakterze zbliżyła się znacznie do ustaw ubezpieczeniowych krajów europejskich, szczególnie Niemiec. W związku z tym ustawa powołała nowe instytucje ubezpieczeniowe i zmodyfikowała działalność już istniejących. Skonstruowano według bardzo mądrego schematu (obowiązek przynależności plus obowiązkowa składka rynku na działalność) funkcjonowanie Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego, Polskiego Biura Ubezpieczeń Komunikacyjnych, nadzoru – Państwowego Urzędu Nadzoru Ubezpieczeniowego, a Polska Izba Ubezpieczeń stała się obligatoryjna. Powstała też instytucja Rzecznika Ubezpieczonych, który to został powołany z inicjatywy samego rynku ubezpieczeń. Doszliśmy do wniosku, że Rzecznik może bardzo dobrze wpłynąć na standard tego nowego rynku. W istocie przepisy tej ustawy ukształtowały cały rynek ubezpieczeń poprzez powołanie kluczowych instytucji. To, jak przeszliśmy przez późniejsze kryzysy ekonomiczne, pokazało, że rynek działa dobrze i jest stabilny.

PAKIET USTAW Z POCZĄTKU WIEKU

Kolejny ważny etap od strony regulacyjnej to początek XXI w. W tym czasie świeże były doświadczenia z powodzi z 1997 r., kiedy to pomimo mądrych reasekuracji wszystkie firmy poniosły istotne straty. Szukając wsparcia, wielu graczy zdecydowało się na wpuszczenie zagranicznego kapitału większościowego. Po 2000 r. mieliśmy już znaczną przewagę kapitału zagranicznego. Okazało się więc, że ustawa o działalności ubezpieczeniowej, konstruowana w 1995 r., nie przystaje już do rzeczywistości szybko zmieniającego się rynku. Pod koniec lat 90. w Izbie powstały zespoły złożone z praktyków, przedstawicieli doktryny, szanowanych profesorów i zaczęto przygotowywać założenia do nowego prawa ubezpieczeniowego. W tym czasie już podejmowane były prace dotyczące wejścia Polski do Unii Europejskiej, postanowiliśmy więc dostosować nasze prawo do prawa wspólnotowego. Zdobywaliśmy wiedzę na temat prawa unijnego

i Izba bardzo intensywnie uczestniczyła w przygotowywaniu założeń oraz konkretnych zapisów trzech ustaw ubezpieczeniowych, które finalnie weszły w życie w 2003 r. – ustawy o działalności ubezpieczeniowej, ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym i ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK. *Kiedy więc Polska weszła do Unii, mogliśmy się już szczycić tym, że krajowe prawo ubezpieczeniowe jest w 100% dostosowane.*

DOBRE PRAKTYKI

Od tego czasu przybrał na sile ruch dobropraktkowy. Jeśli bowiem chodzi o regulacje rynków ubezpieczeniowych, to ważne jest i prawo stanowione, i dobre praktyki. Skądinąd właśnie od dobrych praktyk zaczęło się normowanie rynków, a prekursorem działań w tym zakresie był założyciel Gothaera, który już pod koniec XIX w. działał na rzecz zrzeszenia się ówczesnych niemieckich firm i normalizacji rynku.

Na polskim rynku w ramach *soft law* powstały m.in. bezpośrednia likwidacja szkód, karty produktu, prace nad standaryzacją zadośćuczynień i wiele innych. Łącznie ok. 20 dobrych praktyk. Nie sposób ocenić, które były dla rynku najważniejsze. Niektóre są zupełnie niewidoczne, bo dotyczą procedur w zakładach ubezpieczeń, inne zaś są na styku z klientem i będą lepiej widoczne. Niektóre zaś już zupełnie straciły znaczenie, bo wynikały z zapotrzebowania chwili. *Dobre praktyki to zawsze odpowiedź na bieżący problem rynku. I dobrze, że się ta odpowiedź pojawia.*

NAJŚWIEŻSZE ZMIANY

Ostatnie zmiany to już głównie wpływ ustawodawcy unijnego. Najnowsze ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz ustawa o dystrybucji ubezpieczeń to ustawy implementujące dyrektywy Solvency II i IDD. Dziś rynek jest dużo mocniej skodyfikowany niż był u początków swego działania. Czas pokaże, jakie da to efekty.

PIU ZAWSZE NA STRAŻY

W statucie PIU wpisane jest obligatoryjne uczestnictwo w tworzeniu prawa. Uważam, że jest to bardzo dobre dla rynku, bo mamy swój głos podczas legislacji, możemy mówić o praktyce rynkowej, możemy wspierać rządy w stanowieniu prawa opiniami specjalistów.

Rocznie przedstawiamy opinie do 100–150 projektów legislacyjnych.

Co jakiś czas liczymy ubezpieczenia obowiązkowe – ostatnio naliczyliśmy 250, wkrótce będziemy przeprowadzać kolejne liczenie i spodziewamy się, że ubezpieczeń obowiązkowych jest już jeszcze więcej. Chociażby z tego faktu wynika, że w tych wszystkich dziedzinach, gdzie są ubezpieczenia obowiązkowe, musimy zachować czujność. Często analizujemy jednocześnie 20 mniejszych i większych zmian legislacyjnych. W ciągu nieco ponad pół roku do członków Izby wysłaliśmy już ponad 60 komunikatów legislacyjnych. Pracy jest wiele, ale widzimy, że jest to praca potrzebna i doceniana przez członków Izby. □

„Przepisy ustawy o działalności z 1995 r. ukształtowały cały rynek ubezpieczeń poprzez powołanie kluczowych instytucji.”

Andrzej Maciążek
jest wiceprezesem Polskiej
Izby Ubezpieczeń.



Konkurencja i kooperacja

Niestety dziś nadal za mało jest współdziałania. Za dużo się mówi o konkurencji, a za mało o kooperacji. Bo jedno drugiego nie wyklucza – jak pokazuje przykład bankowców. – **MARIUSZ WICHTOWSKI**

Mam wrażenie, że jest stanowczo zbyt dużo konfrontacji między stronami, które biorą udział w całym procesie ubezpieczeniowym – od najniższego do najwyższego poziomu. Bynajmniej nie szukając winnych, zauważam, że jest to kwestia pewnego rodzaju konfrontacyjnego nastawienia, które przenosi się z pokolenia na pokolenie. Wydawałoby się, że powinniśmy się rozwijać, zmieniać nasz punkt widzenia, mając na uwadze zmieniające się otoczenie społeczne, ekonomiczne i instytucjonalne, obserwując choćby działania Rzecznika Finansowego (wcześniej Rzecznika Ubezpieczonych), działania Komisji Nadzoru Finansowego czy nawet działania kancelarii odszkodowawczych. My natomiast wciąż działamy na zasadzie konfrontacji. Wszystkich ze wszystkimi. Choć wydawałoby się, że interes świata ubezpieczeniowego jest wspólny. Jeśli jednak porównamy realizację tego interesu np. z realizacją interesu świata bankowego, to widzimy diametralne różnice. Dlaczego?

FILOZOFIA BANKOWCÓW

W dużej mierze postawy, które dziś obserwujemy, ukształtowały się na samym początku tworzenia się wolnego rynku. Jak to się odbywało w sektorze bankowym? Otóż w ramach reorganizacji państwowego systemu bankowego ze struktury Narodowego Banku Polskiego wydzielono dziewięć banków komercyjnych, m.in. Bank Przemysłowo-Handlowy z Krakowa, Bank Zachodni z Wrocławia, Wielkopolski Bank Kredytowy w Poznaniu czy Powszechny Bank Kredytowy w Warszawie. Każdy z banków miał centralę w innym wybranym mieście, natomiast przysyłały mu również oddziały w innych częściach kraju. Zaś sam NBP po tym wydzieleniu działalności komercyjnej miał stać się bankiem centralnym w klasycznym rozumieniu gospodarki rynkowej. Prezesami tych banków zostali dyrektorzy wiodących oddziałów wojewódzkich NBP, którzy dobrze się znali. Od początku zaczęli bardzo ostrą konkurencję, opierając się głównie na oferowaniu coraz lepszych warunków lokowania pieniędzy, tak by zapewnić sobie środki na akcje kredytowe. Dochodziło czasem do wręcz szokujących wówczas decyzji w zakresie tzw. akcji kredytowych i lokacyjnych. Natomiast ci państwo od początku się regularnie spotykali i w swoich działaniach zewnętrznych wychodzili z racjonalnego przekonania, że jeżeli sami się nie zorganizują, nie będą koordynować działalno-

ści, wspólnie opiniować przeróżnych kwestii, to ich po prostu rozniosą... Skutkiem ich działalności było powołanie Związku Banków Polskich. Bardzo rozsądnie uznali, że **konkurencja konkurencją, ale współpraca oparta o pełną dobrowolność jest jedynym gwarantem stabilnego rozwoju branży.**

INNY RODOWÓD

Natomiast rynek ubezpieczeniowy rozwijał się całkowicie inaczej. Nie było podziału żadnej dużej instytucji (mimo iż plany w tej mierze były całkiem realne), tylko obok dwóch istniejących firm zaczęły wyrastać inne. Do nowych firm werbowano ludzi pracujących w tych już istniejących zakładach ubezpieczeń. Nie było zresztą innej drogi, bo po prostu innych fachowców nie było na rynku. Mówiąc wprost – ssanie na ekspertów było ogromne. Bo jak się tworzy jednocześnie 10 firm, to skądś tych ludzi trzeba wyciągnąć. Niestety miało to taki skutek, że między firmami narastało napięcie i wrogość. Ci, od których „wykradano” pracowników, nie ukrywali nawet swojej niechęci do nowych podmiotów. A pozyskani pracownicy do nowych firm przenosili swoje chęci i niechęci. W dużej mierze ludzie się ze sobą nie lubili. Dużo było niepotrzebnych wypowiedzi, złośliwości, podkupowania sobie pracowników. Skutkiem tego próby koordynacji działalności od samego początku były bardzo utrudnione.

TZW. ZMOWA

Przykładem nieskuteczności prób kooperacji środowiska ubezpieczeniowego była tzw. zmowa zakopiańska z 1991 r. Na tym wilczym rynku początku lat 90., kiedy już wszyscy się wzajemnie zagryzali, oferując coraz to niższe stawki ubezpieczeniowe i coraz wyższe prowizje, parę osób doszło do wniosku, że może warto by było się spotkać i w sposób cywilizowany coś ustalić. Spotkało się więc towarzystwo prezesowskie w Zakopanem i ustaliło parę kwestii. M.in. że stawki w ubezpieczeniach ogniowych nie będą niższe niż... (bo poziom stawek w ubezpieczeniach korporacyjnych był absurdalnie niski, jeszcze chwila i ubezpieczyciele zaczęliby dopłacać, by klienci w ogóle chcieli zawrzeć umowę ubezpieczenia), że w ubezpieczeniach komunikacyjnych, ale nie tylko tych, nie będzie się płać większej prowizji niż... (bo były to czasy bezwzględnej podkupowania sobie sprzedawców, zda-

rzało się 25% i więcej prowizji w OC ppm, przy coraz niższych stawkach – wtedy jeszcze komunikacja zaprzętała nam głowy bardziej pod kątem prowizji, a nie świadczeń). Pod tym dokumentem, zawierającym – zdaje się – 10 postulatów, koleżeństwo się podpisało. Natomiast jeszcze się nie zdążyli dobrze z tego Zakopanego rozjechać, a już pojawiły się stwierdzenia typu: „no ja podpisałem, ale i tak nie mam zamiaru się do tego stosować”... Tymczasem i dziwnym trafem informacja o „zmowie” dostała się do dziennikarzy, którzy już następnego dnia przedstawili te ustalenia w jak najgorszym świetle. I tyle było z próby ustalenia jakiegoś wspólnego frontu... Jedynym skutkiem było wdrożenie formalnego postępowania antykartelowego, co samo w sobie było dość zabawne – mając na uwadze rzeczywistą możliwość zawarcia jakiegoś „układu” – choć z formalnego punktu widzenia było jednak trzeba udowodnić, iż trudno przeprowadzić rzeczy z istoty swojej niemożliwe. Na długo pozostał jedynie wstyd.

SKUTKI

Niestety dziś nadal za mało jest współdziałania. Za dużo się mówi o konkurencji, a za mało o kooperacji. Bo jedno dru-

giego nie wyklucza – jak pokazuje przykład bankowców, czy też środowisk ubezpieczeniowych w innych krajach. *Sytuacji nie ułatwia również mniej lub bardziej nieformalny podział na firmy ważniejsze i mniej ważne, a co za tym idzie – o różnej wadze głosu. Skutkuje to tym samym zwykłymi wątpliwościami, czy warto się angażować.* Niedobrze byłoby, aby taki stan rzeczy się utrwalił.

Dobra wola i chęć współpracy muszą być okazywane przez wszystkich, a nie tylko przez wąskie grono prawdziwie zainteresowanych zbudowaniem jednoci rynku. Na razie wiele możemy podać przykładów, gdy coś nam nie wyszło przez brak zrozumienia, brak współpracy i brak umiejętności oddzielenia pewnych aspektów konkurencji od kooperacji. Bo jedno drugiego naprawdę nie wyklucza.

Szczęśliwie jednak coraz częściej możemy też wskazać przypadki, kiedy wspólny interes okazał się ważniejszy. Warto pamiętać, iż w dłuższej perspektywie rezygnacja z partykularnych interesów „tu i teraz ja” zazwyczaj przynosi pozytywne efekty, i chyba nic w tym złego, że innym również. □

„Konkurencja konkurencją, ale współpraca oparta o pełną dobrowolność jest jedynym gwarantem stabilnego rozwoju branży.”

Mariusz Wichtowski
jest prezesem Polskiego
Biura Ubezpieczycieli
Komunikacyjnych.



Rynek

— kiedyś i obecnie

Na polskim rynku przeszliśmy obecnie w fazę konsolidacji i przejmowania istniejących firm. Nie ma zainteresowania nowymi licencjami, za to rośnie lista podmiotów transgranicznych. – BEATA BALAS-NOSZCZYK

W latach 90. pojawiły się w Polsce nowe możliwości dla biznesu. Pracowałam wtedy w Ministerstwie Finansów. Staraliśmy się promować nasz rynek w innych krajach – z perspektywy czasu muszę przyznać, że zainteresowanie Polską ze strony inwestorów było duże. Lata 90. to przede wszystkim szczytowy okres tworzenia nowych firm w Polsce. Później, w pierwszej dekadzie obecnego stulecia, mieliśmy kilka wejść na rynek. Obecnie polski sektor ubezpieczeniowy dojrzał i raczej nie należy spodziewać się spektakularnych inwestycji – widzimy, że raczej przyszedł czas na konsolidację.

W ostatnim czasie powstało kilka firm ubezpieczeniowych – ich utworzenie podyktowane było koniecznością prowadzenia i rozwijania danego biznesu. Natomiast jedynym z ostatnich wejść do Polski międzynarodowego inwestora było pojawienie się Unum, poprzez transakcję nabycia firmy Pramerica w 2018 r.

Wydaje mi się, że raczej nie ma zainteresowania ze strony sektorowych graczy czy potencjalnych inwestorów, żeby od podstaw tworzyć zakłady ubezpieczeń czy nawet oddziały. Teraz wejście na rynek, szczególnie biorąc pod uwagę specjalistyczne ryzyka ubezpieczeniowe, odbywa się z reguły poprzez swobodę świadczenia usług, co jest moim zdaniem słuszną koncepcją, ponieważ wspólna licencja nie generuje potrzeby angażowania dodatkowych środków finansowych. Istotną jest za to kwestia nadzoru i współpracy pomiędzy regulatorami.

PROCEDURA

Na początku lat 90. procedura uzyskiwania licencji na utworzenie zakładu ubezpieczeń nie była tak skomplikowana jak obecnie. Podstawowymi dokumentami były plan działalności oraz sprawdzenie finansowe, czy inwestor rzeczywiście posiada środki na utworzenie zakładu ubezpieczeń. Proszę pamiętać, że w tamtych czasach dysponowaliśmy w Ministerstwie Finansów bardzo ograniczonymi i skromnymi, jak na dzisiejsze standardy, instrumentami i narzędziami – często prosiliśmy izby skarbowe o pomoc, faks można było wysłać tylko z gabinetu ministra. Nie było natomiast problemu ze sprawozdaniami finansowymi międzynarodowych grup finansowych, które jako pierwsze wchodziły na polski rynek. Wszystko było jasne, transparentne i logiczne, ponieważ w ich rodzinnych jurysdykcjach funkcjonowały odpowiednie nadzory oraz istniały przepisy i regulacje dotyczące procesu publikacji sprawozdań.

Do tej pory zresztą kwestie zobowiązań inwestorskich są bardzo istotne. Regulatorowi zależy, żeby firma bezpiecznie funkcjo-

nowała na rynku oraz żeby była wyposażona w kapitały i miała odpowiednie bufory finansowe. W latach 90. zbadanie kondycji finansowej było ogromnym wyzwaniem. Jednak pomimo szczerkowych przepisów i ograniczonych możliwości, procesy te zachodziły bardzo sprawnie. Jeżeli pojawiały się poważne wątpliwości – licencja nie była wydawana.

Pamiętam, że na początku zdarzały się przypadki, w których musieliśmy odmówić wydania zezwoleń. Miały również miejsce sytuacje, gdy cofaliśmy zezwolenia. Przed rokiem 1990 dopuszczalna była możliwość funkcjonowania prywatnych firm ubezpieczeniowych, które były w różnej kondycji finansowej. Niektórzy właściciele koncentrowali się na zbieraniu składek i zyskach, zapominając, że trzeba wypłacać odszkodowania i świadczenia.

W związku z tym, że sektor ubezpieczeniowy dopiero się tworzył, musieliśmy zachowywać bardzo wysoki poziom rozsądku, koncentracji, uwagi i przewidywania – każdemu z nas zależało, żeby na rynku nie pojawiły się toksyczne, nierzetelne i potencjalnie destrukcyjne dla sektora podmioty.

NAUKA OD INNYCH

W Polsce mieliśmy o tyle dobrą sytuację, że wprowadzaliśmy przepisy, bazując na regulacjach implementowanych po serii kryzysów, które dotknęły europejskie rynki ubezpieczeniowe. Przykładowo, w Wielkiej Brytanii przed ekonomiczno-finansowym załamaniem sektora, firmy ubezpieczeniowe inwestowały w aktywa, które nie były płynne. Po kryzysie zdecydowano się na zmiany w zakresie zasad inwestowania w celu zachowania dywersyfikacji i płynności aktywów. Oczywiście wnioski wyciągały też inne kraje, widząc, jakie błędy zostały wcześniej popełnione – zarówno w nadzorze, jak i w funkcjonowaniu samych firm ubezpieczeniowych.

Pomimo budowy naszego systemu w ekspresowym tempie, ma on moim zdaniem dobre i solidne fundamenty, o czym najlepiej świadczy fakt, że do tej pory w Polsce nie było jakiegokolwiek spektakularnego upadłości zakładu ubezpieczeń oraz że udaje się chronić ubezpieczonych. Z tego bardzo się cieszę i czerpię ogromną satysfakcję. Oczywiście należy podkreślić, że również – albo przede wszystkim – dzięki wykorzystaniu wiedzy, doświadczeń, dobrych praktyk, rozwiązań i prawodawstwa Unii Europejskiej nasz rynek jest stabilny.

Od samego początku wprowadzaliśmy nadzór finansowy, a nie materialny, który był praktykowany w Niemczech czy we Włoszech. Zdecydowaliśmy się iść w kierunku rozwiązań stosowa-

nych w Wielkiej Brytanii i Holandii. Z naszego punktu widzenia, bezdyskusyjnie najważniejsze było bezpieczeństwo finansowe ubezpieczonego oraz zapewnienie, żeby ubezpieczyciel miał środki na wypłatę świadczeń i odszkodowań. Opcja nadzoru finansowego, w przeciwieństwie do materialnego, pozwalała w tamtym okresie i warunkach na rozwój rynku i konkurencji. Nie było sytuacji związanych z akceptowaniem taryf, OWU itp. – czyli mechanizmów i czynności wpisanych w obszar nadzoru materialnego.

Jeżeli miałabym powiedzieć, czy czuję, że w którymś z obszarów rynku można było zrobić więcej w tamtym okresie, to będzie to bez wątpienia sektor ubezpieczeń na życie. Wydaje mi się, że nie do końca wykorzystaliśmy szansę na rozwój ubezpieczeń na życie. Ówczesny rząd nie podjął decyzji, aby wprowadzić ulgi na ubezpieczenia na życie. Nie było zachęt dla ubezpieczonych. Tymczasem ogromnym wyzwaniem początku lat 90. była edukacja rynku oraz przede wszystkim edukacja Polaków. Mam wrażenie, że współcześnie świadomość ubezpieczeniowa jest nadal na niezadowalającym poziomie pomimo tego, że ubezpieczyciele bardzo kompleksowo realizują działania marketingowe – oprócz reklamowania oferowanych produktów prowadzą również kampanie edukacyjne i społeczne. Musimy również pamiętać, że na rynek wchodzi nowe pokolenie, które na co dzień aktywnie korzysta z mediów i nowych technologii, tabletów, smartfonów,

wyszukanych aplikacji – pokolenie cyfrowo-internetowe, które inaczej patrzy na świat.

Stoimy przed dużym wyzwaniem, aby tej nowej generacji przekazać, że ubezpieczenie to nie jest anachronizm – produkt z poprzedniej epoki, oraz uświadomić, że powinni myśleć o sobie, że nikt inny, nawet państwo, nie zapewni im zabezpieczenia. W tym miejscu dochodzimy do kolejnego poważnego tematu, który dotyczy nie tylko nas, Polaków, ale całego świata. Kwestii systemów emerytalnych.

PAPIER NIE UCHRONI KLIENTA

Prawodawstwo ubezpieczeniowe rozrosło się znacznie na przestrzeni lat. Bezustannie regulujemy. Staramy się wszystkich i wszystko chronić, ale nie ma możliwości, żeby wszystko przełać na papier i zapisać w aktach prawnych. W bardzo dużym uproszczeniu – czym więcej zapisów, tym więcej niejasności oraz niespójności.

Obecnie w działaniu zakładów ubezpieczeń, jak i innych instytucji finansowych, ważną funkcją, oprócz funkcji ryzyka, jest compliance. Biorąc pod uwagę to, o czym wcześniej wspomniałam, wydaje mi się, że w pewnym momencie instytucje finansowe będą funkcjonowały właściwie dla samych norm.

„W Polsce mieliśmy o tyle dobrą sytuację, że wprowadzaliśmy przepisy, bazując na regulacjach implementowanych po serii kryzysów, które dotknęły europejskie rynki ubezpieczeniowe.”

Beata Balas-Noszczyk
jest radcą prawnym,
partnerem zarządzającym
warszawskim biurem
kancelarii Hogan Lovells.



W tym wszystkim zapominamy o kliencie i jego miejscu w tej układance. Czy tak wiele przepisów rzeczywiście chroni konsumenta, klienta? Jest wiele przypadków orzeczeń sądów, które rozpatrując daną sprawę ubezpieczeniową, stwierdzają, że klient nie zrozumiał tego, co podpisał przy zawieraniu umowy.

WAŻNE MOMENTY

Nie tylko inicjatywy i działania legislacyjne zmieniały sytuację na rynku i krajobraz sektora ubezpieczeniowego w Polsce. Wydaje mi się, że kluczowe dla rynku było wprowadzenie w życie w 2004 r. pakietu ustaw ubezpieczeniowych. Pojawiły się nowe wymogi dla ubezpieczycieli, nie tylko od strony ich funkcjonowania, ale również od strony produktowej, np. konstrukcji OWU. To był też rok otwarcia na podmioty unijne w ramach freedom of services i freedom of establishment. Kolejnym kamieniem milowym było Solvency II, które kompletnie zmieniło podejście do ryzyka.

Następnym ważnym momentem był globalny kryzys finansowy. Świat finansów odczuł skutki upadku jednego z amerykańskich banków inwestycyjnych w 2008 r. – rynek kapitałowy się załamał, co najbardziej uderzyło w sektor bankowy. W ubezpieczeniach nastąpił spadek aktywów, a w przypadku biznesu życiowego zachwiania na rynkach finansowych mają bardzo duże znaczenie. Polski rynek również ucierpiał, ale w zdecydowanie mniejszym stopniu niż w innych krajach.

Dużym wyzwaniem dla rynku było wprowadzenie tzw. podatku Belki. Nie mam wiedzy, jakie wpływy z tego tytułu zasiliły Skarb Państwa, ale wiem, że efektem wprowadzenia tego podatku było stworzenie i pojawienie się nowego rodzaju produktów. Później, w latach 2007–2008 obowiązywał podatek Religi, który był opłacany przez ubezpieczycieli do Narodowego Funduszu Zdrowia w celu finansowania kosztów leczenia ofiar wypadków drogowych. Dzisiaj mamy z kolei podatek od aktywów. Jak widać, obciążenia cały czas wzrastają.

Warto wspomnieć też o końcówce lat 90., czyli okresie, w którym zaczęły powstawać pierwsze OFE. Na początku rynek funduszy był zdominowany przez podmioty z sektora ubezpieczeń i bankowości. W późniejszym czasie banki zaczęły się jednak wycofywać z tego rynku. Okazało się, że nie były one przygotowane do procesu dystrybucji tak dobrze jak firmy ubezpieczeniowe – nie posiadały takich sieci agentów.

Przez pewien czas nadzór uzależniał w pewnym stopniu wydawanie zezwoleń od tworzenia joint ventures z lokalnymi podmiotami, w wyniku czego pojawiło się na rynku kilka wspólnych przedsięwzięć z lokalnymi bankami. W późniejszym okresie firmy ubezpieczeniowe same chciały wchodzić w sektor bankowy, a na rynku światowym była tendencja do łączenia grup bankowych z ubezpieczeniowymi. Jednak okazało się, że działalność bankowa jest inna niż ubezpieczeniowa i pomimo pewnej synergii w sprzedaży – nie zawsze takie przedsięwzięcia odnosiły sukces. Kryzys finansowy dodatkowo pokazał, że może to być duże obciążenie.

DOJRZAŁY RYNEK

Polski rynek ubezpieczeniowy, pomimo stosunkowo młodego wieku, jest dojrzały. Dzięki odpowiedniemu nadzorowi udało się uniknąć spektakularnych upadłości. Nie oznacza to, że ubezpieczyciele mogą spocząć na laurach – przed nimi wiele wyzwań regulacyjnych oraz rynkowych. □

PIERWSZA

1990

USTAWA O DZIAŁALNOŚCI

28 lipca 1990 r. uchwalona została Ustawa o działalności ubezpieczeniowej; datę tę można uznać za symboliczne powstanie współczesnego rynku ubezpieczeń w Polsce.

POWSTANIE ATU

ATU było pierwszym ubezpieczycielem powołanym w formule spółki akcyjnej.

PRZEKSZTAŁCENIE PZU W SPÓŁKĘ SKARBU PAŃSTWA

POWSTANIE POLSKIEJ IZBY UBEZPIECZEŃ

Izbę założyło dziewięciu członków-założycieli, a już po dwóch latach PIU zrzeszała 19 towarzystw ubezpieczeniowych. Członkostwo w Izbie było wówczas dobrowolne.

1991

POWSTANIE UFG

19 lutego 1991 r. odbyło się pierwsze posiedzenie zarządu UFG, dzień ten został uznany za datę narodzin Funduszu. 30 września 1991 r. zawarto porozumienie z Policją, na mocy którego UFG rozpoczął współpracę w zakresie wykrywania osób, które nie dopełniły obowiązku ubezpieczenia OC komunikacyjnego. Statut UFG został uchwalony w 1996 r.

ROZPOCZĘCIE DZIAŁALNOŚCI PRZEZ AMPLICO LIFE I AIG

Amplico Life i AIG to pierwsi ubezpieczyciele z udziałem kapitału zagranicznego, którzy rozpoczęli działalność na polskim rynku. Zezwolenie na prowadzenie działalności Amplico Life oraz AIG otrzymały 30 października 1990 r. Spółka majątkowa pierwszą polisę sprzedała 5 lutego 1991 r., a spółka życiowa – 1 listopada 1991 r.

1992

PIERWSZA POLISA D&O NA POLSKIM RYNKU

POWSTANIE SPBUIR

Założycielami Stowarzyszenia Polskich Brokerów Ubezpieczeniowych i Reasekuracyjnych byli: Leon Kozicki, Ryszard Bociong i Ryszard Micyk.

DEKADA WOLNEGO RYNKU

1993

**PIERWSZE UPADŁOŚCI:
WESTA I WESTA LIFE**

1995

**NOWELIZACJA USTAWY O DZIAŁALNOŚCI
UBEZPIECZENIOWEJ**

UTWORZENIE RZECZNIKA UBEZPIECZONYCH

UTWORZENIE PUNU

8 czerwca 1995 r. powołany został Państwowy Urząd Nadzoru Ubezpieczeń, a statut otrzymał 5 grudnia 1995 r. Jego prezesem była Danuta Walcerz.

1997

POWÓDŹ TYSIĄCLECIA

W lipcu 2017 r. przez Polskę przetoczyła się fala powodziowa. Według szacunków śmierć poniosło 56 osób, 162 tys. osób zostało ewakuowanych, a straty materialne wyniosły ponad 12 mld zł. To wtedy padły na długo zapamiętane słowa ówczesnego premiera Włodzimierza Cimoszewicza: „To jest kolejny przypadek, kiedy potwierdza się, że trzeba być przezornym i trzeba się ubezpieczać, a ta prawda ciągle jest mało powszechna”.

1998

**AWARIA W ELEKTROWNI TURÓW, SKUTKUJĄCA
WYPŁATĄ Z UBEZPIECZENIA 225 MLN ZŁ**

**I KONGRES BROKERÓW
ORAZ KARTA SOBIESZEWSKA**

1999

REFORMA SYSTEMU EMERYTALNEGO

Reforma wprowadziła otwarte fundusze emerytalne (OFE), zarządzane przez powszechne towarzystwa emerytalne. PTE z udziałowcami ubezpieczeniowymi zajęły dosyć mocną pozycję na rynku, w dużej mierze dzięki sieci agentów ubezpieczeniowych.

➔ 50% PZU, 25% PZU Życie, 25% pozostali ubezpieczyciele – tak wyglądała struktura rynku ubezpieczeniowego w 1990 r.

➔ W pierwszych miesiącach 1993 r. działało na polskim rynku 27 różnych towarzystw ubezpieczeniowych.

➔ Westa, Westa Life, Gryf, Hestia, Feniks, Polisa, Gwarant – to firmy, które ogłosiły upadłość. Choć do ostatnich upadłości doszło w 2000 r., UFG do dziś wypłaca odszkodowania z polis wystawionych przez te firmy (w 2018 r. było to prawie 8 mln zł).

➔ Dotychczasowi Rzecznicy Ubezpieczonych: Stanisław Rogowski, Halina Olendzka, Aleksandra Wiktorow (od 2015 r. jako Rzecznik Finansowy).

➔ Państwowy Urząd Nadzoru Ubezpieczeń został powołany do życia ustawą o działalności ubezpieczeniowej z 1995 r. Trzy lata później, jako element reformy emerytalnej, utworzony został Urząd Nadzoru nad Funduszami Emerytalnymi. Na początku XXI w. uznano jednak, że nieuzasadnione jest utrzymywanie dwóch rozdzielnych nadzorów, i w 2002 r. zlikwidowane zostały PUNU i UNFE, a w ich miejsce powołano Komisję Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych. Dalsza integracja nadzorów nastąpiła w 2006 r., kiedy to z połączenia KNUiFE, Komisji Papierów Wartościowych i Giełd oraz Komisji Nadzoru Bankowego powstała do dziś funkcjonująca Komisja Nadzoru Finansowego.

➔ 31 maja 1998 r. członkowie Stowarzyszenia Polskich Brokerów Ubezpieczeniowych i Reasekuracyjnych zgromadzeni na I Kongresie Brokerów w Sobieszewie określili zasady etyki zawodowej brokera – tak powstała Karta Sobieszewska. W 2013 r. została zastąpiona Kodeksem Etyki Zawodowej Brokera.

➔ W połowie lat 90. powstały pierwsze tzw. programy dealerskie. Wiele z nich wprowadziła polska spółka brokerska Protektor – pionier w budowie masowych programów ubezpieczeniowych.

➔ Do końca 1999 r. zezwolenie na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej na polskim rynku uzyskały 63 zakłady ubezpieczeń, z czego 45 to zakłady z udziałem kapitału zagranicznego.

Ludzie dla ludzi

To, jacy ludzie pracowali i pracują u Rzecznika, to jest nasz największy kapitał. To jest podstawa naszych przeszłych i obecnych sukcesów. – KRYSZYNA KRAWCZYK

Początki instytucji Rzecznika Ubezpieczonych na naszym rynku sięgają końcówki 1995 r. W czerwcu już było wiadomo, że kończą się prace nad ustawą, że instytucja Rzecznika zostanie powołana, zaczynało się więc już powoli coś finalizować.

Obowiązek stworzenia załączków tego urzędu został złożony na Ministerstwo Finansów, a konkretnie na ówczesny Departament Ubezpieczeń, bo taki w owym czasie funkcjonował w Ministerstwie Finansów. Z tegoż wydziału oddelegowano dwoje pracowników, by wspierali Rzecznika, który został powołany 9 listopada 1995 r. przez ministra finansów.

OJCOWIE ZAŁOŻYCIELE

Funkcję Rzecznika Ubezpieczonych objął Stanisław Rogowski, doktor prawa, poseł na Sejm drugiej kadencji. Tak naprawdę ten urząd ukształtowała właśnie osobowość Stanisława Rogowskiego, a także był on spiritus movens przy powoływaniu tej instytucji do życia. Miał on wsparcie w dwóch tuzach prawa ubezpieczeniowego, jakimi byli i są prof. Eugeniusz Kowalewski oraz prof. Jerzy Łańcucki. A nie sposób w tym towarzystwie nie wymienić również posła Aleksandra Bentkowskiego.

Aleksander Bentkowski działał wtedy w komisjach sejmowych, z których utworzono podkomisję, mającą za cel nowelizację ustawy o działalności ubezpieczeniowej z 1990 r. Wiedzano, że potrzebna jest nowa ustawa, która będzie odpowiadać realiom kształtującego się rynku. Ustawa, która wypełni luki w prawie, które w ciągu pierwszych pięciu lat funkcjonowania wolnego rynku się ujawniły. Jedną z nich była potrzeba utworzenia instytucji chroniącej ubezpieczonych.

Punktem zapalnym były upadłości obu West, które jeszcze mocniej uświadomiły, że działalność ubezpieczycieli jest zbyt swobodna i trzeba narzucić jej sztywniejsze ramy, a klientowi dać kogoś, kto reprezentowałby jego interesy. Głównie skupiano się wtedy na sferze nadzorczej i powołaniu Państwowego Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń z Danutą Walcerz, pierwszą prezes. Natomiast w ostatniej chwili zwolennikom stworzenia osobnej instytucji skupionej na kliencie udało się przeformować utworzenie funkcji ombudsmána.

SKROMNE POCZĄTKI

Ponieważ stało się to w ostatniej chwili, to m.in. nie ustalono w ogóle zasad finansowania. Kiedy więc w połowie listopada Stanisław Rogowski przyszedł do mojego pokoju w Departamencie Ubezpieczeń w Ministerstwie Finansów i powiedział, że wraz z koleżanką jestem oddelegowana do Rzecznika Ubezpieczonych, wprost przyznał, że na razie finansowania nie ma. Nie było też nawet osobnego pokoju. Więc do naszego pokoiku w Ministerstwie dostawiono kolejne biurko, przy którym siedł pan Rogowski, i tak oto wyglądało jego stanowisko pracy. Siedzieliśmy w piątce w jednym ciasnym pokoju. A tu trzeba było zacząć szukać kolejnych pracowników, bo pierwsze skargi już zaczynały spływać. Trzeba przyznać, że to tymczasowe ułożenie nas w Departamencie Ubezpieczeń miało i swoje plusy. Mogliśmy liczyć na nieocenioną pomoc Katarzyny Przewalskiej, która była wówczas prawnikiem w tym dziale. Radziłam się jej przy każdej trudniejszej

decyzji, którą przychodziło mi podjąć. Szczególnie, że w pierwszym okresie pan Rogowski sprawami operacyjnymi zająć się nie mógł, bo cały czas zajmowały go sprawy organizacyjne. W szczególności – zabieganie o rozporządzenie MF w sprawie finansowania Rzecznika czy chociażby kwestie lokalowe, byśmy mieli gdzie i jak działać. Wyczekiwane przez nas rozporządzenie okazało się dosyć oszczędne. Środki, które nam przeznaczono, nie pozwalały na taki rozwój, jakiego byśmy chcieli. W szczególności niełatwo było ściągnąć z rynku prawników, proponując im kwoty, które mogliśmy zaoferować. Niejednokrotnie więc nadal korzystaliśmy ze wsparcia prawniczych wolontariuszy, wśród których należy wspomnieć Bożenę Wolińską z obsługi prawnej klubu Unii Pracy – osobę, która wspaniale tematy ubezpieczeniowe czuje i jest przy tym świetnym prawnikiem.

Generalnie trzeba podkreślić, że **trafiały i trafiają do nas osoby, które pracują z pasją**. To są ludzie, którzy czerpią radość ze stania po tej dobrej stronie mocy i – być może dzięki temu – potrafią skutecznie mocować się z tym naszym Goliatem. To, jacy ludzie pracowali i pracują u Rzecznika, to jest nasz największy kapitał. To jest podstawa naszych przeszłych i obecnych sukcesów.

NABIERANIE ROZPĘDU

Większość naszych zadań pozostaje taka sama, jak była u początków. Poradnictwo, rozpatrywanie skarg, edukacja ubezpieczeniowa, informowanie instytucji, które mają inicjatywę legislacyjną, o naszych propozycjach zmian, konsultowanie aktów prawnych, które dotyczą rynku ubezpieczeń gospodarczych i konsumentów. Przy czym oczywiście skala naszej działalności jest zdecydowanie większa. Na przykład w pierwszym pełnym roku działalności, czyli 1996 r., mieliśmy 1089 skarg, a teraz miesięcznie przyjmujemy ok. 1200 wniosków o interwencję w sprawach ubezpieczeniowych. **Bardzo ważnym nowym narzędziem, z którego korzystamy od 2003 r., jest prawo formułowania wniosków do Sądu Najwyższego, kiedy stwierdzamy rozbieżność w wykładni orzecznictwa sądów powszechnych. To moim zdaniem nasz najpotężniejszy oręż i najwięcej zmian nim dokonaliśmy.** Bez niego byliśmy nieco bezradni, bo po podjętej interwencji mogliśmy co najwyżej napisać klientowi, że przysnajemy mu rację, a postępowanie zakładu ubezpieczeń jest bezpodstawne. Ale klient, by coś wywalczyć, choć wsparty naszą argumentacją, musi iść do sądu. Po takiej uchwale – w krótszym lub dłuższym okresie, ale jednak – ubezpieczyciele zmieniają swoją praktykę. To niweluje wiele problemów.

Drugim narzędziem bardzo przydatnym poszkodowanym jest możliwość przedstawiania istotnego poglądu w sprawie. To w zasadzie prezent dla poszkodowanych. Bo w ok. 90% spraw, w których przedstawiamy swój pogląd, sąd orzeka zgodnie z naszą opinią. Wręcz w uzasadnieniach jest on wprost przywoływany. Ale też nie zawsze decydujemy się na przedstawienie poglądu. **Czasem klienci nie mają racji w sporze z ubezpieczycielem, a są przekonani, że Rzecznik musi im pomóc, nawet łamiąc prawo. Wtedy tłumaczymy, czemu się mylą, i wyjaśniamy, dlaczego nie wydamy poglądu popierającego ich stanowisko. Podobnie rzecz się ma w przypadku naszego postępowania interwencyjnego.** To dwa przełomowe uprawnienia Rzecznika. Ale ważna też jest nasza współpraca z innymi instytucjami. Szczególnie z Urzę-

dem Ochrony Konkurencji i Konsumentów, który informujemy o dostrzeżonych przez nas nieprawidłowościach i podejrzeniach naruszania zbiorowego interesu konsumentów czy stosowania klauzul abuzywnych. W tym też tkwi duża nasza siła. Cztery lata temu Rzecznik Ubezpieczonych stał się Rzecznikiem Finansowym. Z tej perspektywy możemy powiedzieć, że była to zmiana pozytywna. Wiele dobrego poszkodowanym przyniosło utworzenie wydziału pozasądowego rozwiązywania sporów. Często udaje się ugodzić, a jeśli nie – to opinia eksperta może zostać wykorzystana w sądzie i ma wagę dokumentu urzędowego. Choć warto podkreślić, że opinia i istotny pogląd różnią się, bo opinia jest wydana bez względu na to, czy klient ma rację czy nie, a może być też użyta przez drugą stronę.

Doszedł także wydział bankowy, co dla nas zajmujących się ubezpieczeniami jest też okazją, by pełniej spojrzeć na klienta i się nim zaopiekować np. w kontekście missellingu w kanale bancassurance. To jest wyгода dla osób zgłaszających się do nas, że my mamy pod opieką i klientów banków, i klientów ubezpieczycieli.

Wejście w życie ustawy reklamacyjnej zmieniło też w pewnym stopniu profil spraw, które do nas trafiają. Teraz zajmujemy się sprawami bardziej skomplikowanymi. Oczywiście wpadki, „czeskie błędy” ubezpieczycieli są usuwane już w postępowaniu reklamacyjnym, również dzięki naszemu wsparciu klientów poradami. Ograniczono też definicję klienta o osoby niebędące osobami fizycznymi. Co akurat jest zmianą na minus, bo pewna część poszkodowanych – przedsiębiorcy, samorządy, organizacje – została bez wsparcia.

WOKÓŁ OSOBY RZECZNIKA

Przez te wszystkie lata na kształt instytucji zawsze duży wpływ miała osobowość Rzecznika. Wspomniany Stanisław Rogowski

pełnił tę funkcję przez trzy kadencje – 12 lat i przez ten czas nadał ton wszystkim naszym działaniom ówczesnym i późniejszym. To człowiek, który zawsze służył idei, i tego nas, swoich współpracowników uczył. Do czego się najależ, temu masz służyć. Musisz być bezkompromisowy, nie bać się. Wśród jego ulubionych powiedzonek znajdowały się: „Ja nie jestem złota pięciodolarówka, żeby się wszystkim podobać” czy „Nie można być jednocześnie przyjacielem mrówek i mrówkojada”. Budował nasz kręgosłup zawodowy. I mobilizował do myślenia i wysuwania inicjatyw. Wykonawstwo zostawiał nam, ale był dla nas mentorem. Choć czasem szorstkim, zawsze sprawiedliwym.

Z kolei Helena Olendzka miała ogromne serce do klientów. Co było widoczne nawet w sposobie, w jaki mówiła o naszych ubezpieczonych i ubezpieczających – nazywała ich zawsze podopiecznymi. Była z zawodu chirurgiem pediatrą, a społecznikiem z powołania. W jej sprawowaniu urzędu Rzecznika było widać kobiecą rękę społecznika. Swoją pracę widziała jako misję zaopiekowania się pokrzywdzonymi. Widziała krzywdę i zostawiała nam pole do działania, byśmy tym krzywdom przeciwdziałali. Ufała nam w pełni i zostawiała swobodę działania. Ten kredyt zaufania niesamowicie mobilizował. To był bardzo twórczy czas, bo chcieliśmy się wykazać i nie zawieść oczekiwań. Co było też niemalym wyzwaniem.

Z kolei obecna Rzecznik, Aleksandra Wiktorow, to doświadczony menedżer. Była wieloletnim prezesem ZUS-u, potrafi zarządzać dużą grupą ludzi, jest przyzwyczajona do brania odpowiedzialności i do podejmowania decyzji. Jest też bardzo wyczulona na wszelkie sygnały dotyczące nieprawidłowości, szybko je wyłapuje i uruchamia odpowiednie działania. Jest otwarta na dyskusje. Ale jest też bardzo konkretną osobą. Wiemy, czego od nas oczekuje, i wiemy, że dobrze się zna na materii, którą się zajmuję.

Z całą pewnością mamy szczęście do ludzi. □

„Na kształt instytucji zawsze wpływ miała osobowość Rzecznika.”

Krystyna Krawczyk
jest dyrektorem
Wydziału Klienta
Rynku Ubezpieczeniowo-
-Emerytalnego
w Biurze Rzecznika
Finansowego.



Dla dobra całego rynku

Zakres działania UFG ewoluował na przestrzeni ponad 27 lat od prostej funkcji związanej z wypłatą odszkodowań i pobieraniem opłat karnych do pełnienia zarazem funkcji gwaranta systemu ubezpieczeniowego, jak i funkcji informacyjnej i biznesowej. Zmienił się też nasz profil – od „urzędu” do instytucji biznesowej, która potrafi zrealizować każde zadanie. – ELŻBIETA WANAT-POŁEĆ,

HUBERT STOKLAS

Początki Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego nie należały do łatwych. Rynek ubezpieczeniowy funkcjonujący w warunkach gospodarki rynkowej był młody, dopiero się konstituował. Ramy działania Funduszu zostały zarysowane, jednak nie było doświadczenia, nie było wzorców, które pomogłyby przekuć przepisy na praktykę.

MŁODY UFG

Fundusz startował już po transformacji ustrojowej, jednak w okresie, gdy transformacja gospodarcza wciąż trwała. *Regulacje w tym czasie były zaledwie szczątkowe, nie było szczegółowych regulacji, procedur, nie było wyroków. Wiele decyzji trzeba było podejmować jedynie w oparciu o swoją intuicję i wiedzę,* wiele ciekawych przypadków rozwiązywać *ad hoc*, mając za oparcie tylko zasady ogólne i zdanie swoich współpracowników. Do dziś w UFG pracuje kilkanaście osób, które uczestniczyły w tym konstituowaniu się Funduszu. A do tego proza życia: trzeba było się mierzyć z bardzo skromnymi warunkami lokalowymi w pomieszczeniach dawnego hotelu robotniczego przy Dworcu Zachodnim. Budynek typu szkło i metal, więc latem temperatura sięgała niemal 50°C, a zimą zamarzały wkłady w długopisach. Wieczne przeciągi i ciasnota. A ponieważ możliwości komunikacyjne były, jakie były, to osoby, które miały coś do wyjaśnienia w Funduszu – czy to zgłoszenie roszczenia kompensacyjnego, czy kwestie związane z obciążeniem regresem lub opłatą – przyjeżdżały do tej naszej jedynej siedziby; niektórzy jechali po 500 km, by wyjaśnić swoją sprawę, odebrać odszkodowanie lub zapłacić regres czy opłatę w kasie Funduszu. Zdarzali się „recydywiści” mający do zapłacenia kilka kar za brak ubezpieczenia OC ppm, którzy chcieli negocjować warunki spłaty, jak również osoby mające do zwrotu wypłacone przez Fundusz odszkodowania, których jednorazowa spłata mogłaby doprowadzić do ruiny ekonomicznej zarówno całą rodzinę sprawcy, jak i posiadacza pojazdu.

MŁODY RYNEK

Na początku lat 90. rynek ubezpieczeniowy dopiero się tworzył, liczba nowych firm sukcesywnie rosła, ale większość była w fazie organizacji. I na tym młodym, jeszcze niedoświadczonym rynku, nietrudno było popełnić błędy, które przełożyły się na pierwsze upadłości. Fundusz, sam będąc w pierwszej fazie organizowania się, nagle został zasypyany tonami papieru, w związku z rozpatrywaniem roszczeń z tytułu upadłości. W latach 1992–1993 upadły dwa zakłady, tj. majątkowa i życiowa Westa. Dla Funduszu było to wielkim wyzwaniem, by sprawnie zorganizować pracę, tak by

poszkodowani dostali szybko należne świadczenia. Do 2000 r. upadło łącznie 7 firm. W przypadku Westy życiowej przejęliśmy listy wierzytelności, natomiast przy sześciu kolejnych upadłościach dostaliśmy akta szkodowe, więc pracy było jeszcze więcej. *Do dziś UFG wypłaca odszkodowania w związku z upadłościami z lat 1993–2000. Tylko w 2017 r. wypłaty wyniosły 9,7 mln zł.*

Po jednym z bankructw doszło do niezręcznej sytuacji – prezes upadłej spółki był wówczas przewodniczącym Rady Funduszu i nie wykazywał inicjatywy, aby ustąpić ze stanowiska z własnej woli. Wyciągając wnioski z tego doświadczenia, we współpracy z organem nadzoru zmieniony został statut, tak by więcej nie zdarzyła się sytuacja, że osoba odpowiedzialna w jakimś stopniu za upadłość firmy, której zobowiązania reguluje cały rynek, nadal reprezentowała system gwarancyjny. Oczywiście, członkowie Rady są przedstawicielami całego rynku, a nie tylko swoich firm, ale powinni być jednak nieskazitelni.

NOWE OBOWIĄZKI

W 2003 r. rynekowi zaserwowany został pakiet ustaw, a nam – nadano nowe obowiązki związane z pełnieniem funkcji ośrodka informacji. Olbrzymie pieniądze – jak na owe czasy – i olbrzymie wyzwanie dla Funduszu, by to nowe zadanie zorganizować, ale też i olbrzymie wyzwanie dla zakładów w zakresie dostosowania swoich procedur i systemów informatycznych do zasilania naszej bazy. Gdy w lipcu 2004 r. uruchomiliśmy bazę, to tak naprawdę niewiele się zmieniło, gdyż większość zakładów nie była w stanie przekazywać nam danych w określonym formacie. Przez pierwsze lata stale szukaliśmy kompromisów między zmniejszaniem restrykcyjności w zakresie przekazywania danych a zachowywaniem ich jakości. *Wprowadzenie zmiany w przepisach to jedno, a doprowadzenie do sprawnego funkcjonowania nowych rozwiązań to drugie. Dla każdego z podmiotów niezbędny jest czas na dostosowanie się do nowych obowiązków i przygotowania systemów do zasilania.* Przy uchwalaniu przepisów dotyczących bazy nikt zapewne nie myślał o kosztach, jakie zakłady ubezpieczeń będą musiały ponieść na przygotowanie swoich systemów informatycznych do zasilania bazy danych UFG, aby sprostać nowym, ustawowym obowiązkom. Tak naprawdę dopiero po 6 latach, tj. od 2011 r., przełamaliśmy wszystkie opory przy współpracy z ubezpieczycielami, gdy oni sami zaczęli dostrzegać wymierne korzyści z kooperacji z nami. Dziś baza jest jednym z kluczowych elementów naszej działalności i bardzo ważnym elementem biznesowej działalności firm ubezpieczeniowych.

NOWY UFG

Przydzielenie UFG obowiązków Ośrodka Informacji miało niezwykły wpływ na architekturę technologiczną samego Funduszu. W perspektywie kilku lat doszło do niespotykanego dotychczas rozwoju technologicznego, zmieniła się też istotnie struktura zatrudnienia. O ile w 2004 r. w całym UFG było zaledwie kilka komputerów, to w efekcie otrzymania nowego zadania wszystkie środki ze składek zakładów ubezpieczeń przeznaczone zostały na budowę bazy. Jej koszt wyniósł prawie 50 mln zł. Przy czym baza UFG to nie jest jakiś pojedynczy system, ale cała platforma informatyczna, z którą zintegrowanych zostało kilkadziesiąt systemów wewnętrznych i zewnętrznych.

Zmieniliśmy się. W 2004 r. cztery maszynistki pisały setki pism, wszyscy biegali z papierowymi dokumentami, wnosili i znosili teczki, segregatory; Komisja ds. umorzeń trzy dni debatowała nad stosami papierów. Gdybyśmy nie zmodernizowali się wtedy, dziś nie moglibyśmy sprawnie i efektywnie działać. Dzięki tamtym zmianom – teraz jesteśmy jedną z najnowocześniejszych instytucji, wiele obszarów mamy w pełni zautomatyzowanych, a obieg dokumentów jest całkowicie elektroniczny. Kiedyś ręcznie przygotowywaliśmy tysiące dokumentów i wysyłaliśmy je pocztą, u nas była kancelaria prawie jak w niejednej placówce pocztowej. Dziś wiele procesów odbywa się automatycznie – czy to poprzez online’owe zgłoszenia z policji o braku polisy OC, zautomatyzowaną weryfikację rekordów w zakładach ubezpieczeń czy wysta-

wianie w trybie administracyjnym tytułów wykonawczych do urzędów skarbowych poprzez ePUAP, jak również kierowanie e-pozwów w sprawach regresowych w ramach elektronicznego postępowania upominawczego (EPU).

Przebudowaliśmy też system finansowo-księgowy. W 2013 r. nastąpiła zmiana zasad rachunkowości UFG (z tzw. rachunkowości kasowej na memoriałową) i od tego czasu nasze przychody i koszty są ewidencjonowane i raportowane tak jak zakładów ubezpieczeń. Zmieniła się także istotnie struktura przychodów Funduszu. O ile wcześniej nasza działalność finansowana była niemal w 100% ze składek ubezpieczycieli, o tyle dziś coroczne wpłaty zakładów (w 2017 r. – 196 mln zł) finansują już tylko 50% kosztów. Pozostałe przychody Funduszu to przede wszystkim przychody z kar za brak polis OC oraz przychody z regresów. O ile pod koniec lat 90. spraw nowo zarejestrowanych związanych z opłatami było rocznie ok. 15 tys., a przychody kasowe z tego tytułu sięgały ok. 10 mln zł – to dziś takich spraw prowadzimy rocznie ponad 82 tys., a przychody z kar są rzędu 160 mln zł, zaś z regresów – ok. 45 mln zł (a kasowo łącznie to ok. 95 mln zł rocznie). Co istotne, to wszystko osiągamy przy nieznacznej zmianie liczby osób zatrudnionych w UFG. Po 2000 r. w Funduszu pracowało ok. 156 osób. Teraz, gdy zadań i licznych inicjatyw na rzecz środowiska mamy nieporównywalnie więcej, w tym obsługujemy dodatkowo Turystyczny Fundusz Gwarancyjny – w UFG pracuje 175 pracowników. I mamy poczucie, że wykonują dobrą pracę dla dobra całego rynku. □

„Wiele decyzji trzeba było podejmować jedynie w oparciu o swoją intuicję i wiedzę.”



Elżbieta Wanat-Poleć
jest byłym prezesem UFG.



Hubert Stoklas
jest wiceprezesem UFG.

Nauka z upadłości

Na całe szczęście dziś upadłości nam nie grożą. Czegoś jednak historia nas nauczyła. Nasz nadzór jest konserwatywny – w pozytywnym sensie tego słowa. Brakuje mi jednak pragmatycznego nadzoru nad racjonalnością taryf ubezpieczeniowych. – **MARIUSZ WICHTOWSKI**

Na początku lat 90. podjęto decyzję o utworzeniu Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego. To ważne zadanie z sukcesem realizowała Danuta Bentkowska – pierwszy dyrektor, a potem prezes Funduszu. Taką instytucję łatwo było utworzyć na papierze, natomiast by wprowadzić ją w ruch, potrzebne były fundusze. Sytuacja nie wyglądała ciekawie. Pewnego dnia pojawił się jednak w progach UFG prezes Westy z walizką pieniędzy i słowami: „Przywiozłem pieniądze, żebyście mogli w ogóle zacząć działać”. Dziś wydaje nam się to niewyobrażalne. Natomiast takie to były czasy. Chwała mu za tę wizytę, ponieważ m.in. dzięki temu Fundusz mógł zacząć jakoś funkcjonować. A przecież pieniądze były niezbędne, by móc zatrudnić pracowników Funduszu, wynająć biuro, zadbać o wyposażenie i oczywiście mieć środki na realizację celów Funduszu, czyli wypłatę odszkodowań, bo nieubezpieczeni kierowcy byli zawsze i zawsze też dochodziło do szkód. Warto dodać, iż otrzymane fundusze zostały oczywiście zwrócone po rozpoczęciu normalnego finansowania działalności Funduszu przez ubezpieczycieli. Został też utworzony Fundusz Ochrony Ubezpieczonych, którego zadaniem było interweniować w razie upadłości zakładów ubezpieczeń. Szybko okazało się, jak rozsądna była to decyzja, bo całkiem niedługo po jego utworzeniu pojawiła się pierwsza upadłość...

WESTA, HESTJA, GRYF...

W 1993 r. upadła Westa, która była trzecim co do wielkości zakładem ubezpieczeń. Specjalizowała się oczywiście w ubezpieczeniach komunikacyjnych, bo to najłatwiejsza droga, żeby zaistnieć w ubezpieczeniach. Zaraz po niej upadła Westa Życie. Przy czym upadek towarzystwa życiowego był raczej decyzją polityczną, bo ekonomicznie Westa Życie funkcjonowała całkiem przyzwoicie. O niezłej kondycji tego ubezpieczyciela świadczył zresztą fakt, że gdy po kilku latach UFG zakończył wypłacanie świadczeń, zostały jeszcze pieniądze, które zostały zaliczone na poczet działalności Funduszu lub zwrócone do zakładów ubezpieczeń życiowych, które w pierwszej kolejności pokryły koszty upadłości Westy Życie, zanim udało się pozyskać środki od syndyka masy upadłościowej.

W połowie lat 90. pojawiły się kolejne upadłości – Gryf, Hestja i Feniks. Gryf i Hestja to przykłady na działania zgodnie z zasadą:

od tego, co zebraliśmy, odejmujemy odszkodowania i nasze bieżące koszty, a reszta to już jest zysk. Rezerwy? Na co komu rezerwy? Ogólnie panowała tam tzw. wolna amerykanka. Do tego należy dodać jeszcze niezbyt jasne interesy i przepływy finansowe między spółkami a ich inwestorami. Nie bez znaczenia była także względna pasywność w działaniach ówczesnego nadzoru sprawowanego wtedy przez Ministerstwo Finansów. Wszystko to skutecznie doprowadziło do wiadomego końca. Sytuacja Feniksa była inna. Ubezpieczyciel miał spory udział ubezpieczeń komunikacyjnych, ale zajmował się też z sukcesem innymi ryzykami. Portfel Feniksa był racjonalny. Problemem był jednak właściciel, który nie chciał przyjąć do wiadomości, że wraz ze wzrostem firmy potrzebny jest też wzrost kapitałów. To znaczy dobrze zdawał sobie z tego sprawę, nie godził się jednak na to, że pozyskanie inwestorów strategicznych będzie się wiązało z utratą przez niego kontroli nad firmą. Zresztą jednym z inwestorów zainteresowanych przejęciem był Allianz, który starał się wówczas o licencję na działalność w Polsce. Uzyskanie licencji nie było zadaniem prostym, więc Allianz podejmował próby, by kupić firmę już działającą, a wiadomo było, że Feniks od strony techniczno-ubezpieczeniowej był ubezpieczycielem stosunkowo bezpiecznym – jak na tamte czasy. Jednak właściciel Feniksa uparł się i w konsekwencji doszło do kolejnej upadłości. Swoją drogą Allianzowi udało się w końcu zaistnieć na naszym rynku, ale licencji udzielono mu pod nieformalnym warunkiem, że sfinansuje w dużej części koszty upadłości Feniksa.

Potem w 2000 r. doszło jeszcze do upadłości Polisy i Gwaranta. Powody jak zwykle te same – brak pieniędzy na zabezpieczenie wypłacalności i niefrasobliwość akcjonariuszy.

Wszystkie te upadłości stanowiły ogromne wyzwanie dla PBUK i UFG. Kosztowało to mnóstwo pracy i jeszcze więcej pieniędzy. Ogrom zobowiązań był przerażający. W krótkim czasie należało rozpatrzyć dziesiątki tysięcy roszczeń. Westa była przecież numerem 3 na rynku, podobnie Gryf i Polisa. I wszystkie specjalizowały się niestety w ubezpieczeniach komunikacyjnych. Kwoty wypłat świadczeń na rzecz poszkodowanych były astronomiczne, a do tego doszły jeszcze wielomilionowe zobowiązania na rzecz zagranicznych Biur Zielonej Karty z tytułu wypadków zaistniałych poza granicami kraju. Żeby uświadomić rozmiar zobowiązania, warto dodać, że choć Westa upadła w 1993 r.,

w PBUK i w UFG w dalszym ciągu są realizowane płatności z tytułu tej upadłości. Podobnie jak i z pozostałych.

KONSERWATYWNY NADZÓR

Na całe szczęście dziś upadłości nam nie grożą. Czegoś jednak historia nas nauczyła. Nasz nadzór jest konserwatywny – w pozytywnym sensie tego słowa. Zresztą dzięki temu konserwatywni nadzoru bankowego i ubezpieczeniowego nie przeżyliśmy głębokiego kryzysu finansowego w pierwszej dekadzie tego wieku. I to jest nasze wielkie szczęście.

Brakuje mi jednak pragmatycznego nadzoru nad racjonalnością tariff ubezpieczeniowych. Wielokrotnie zwracałem na to uwagę, szczególnie po ostatnich upadłościach z 2000 r. Oczywiście nie chodzi o to, by ingerować w swobodę gospodarczą, **nadzór ma jednak możliwość wplywania na ubezpieczycieli – nie poprzez narzucanie im wysokości składki, ale poprzez kontrolę, czy rachunek się zgadza – jak tworzone są rezerwy i czy ubezpieczyciel ma wystarczające środki na pokrycie swoich zobowiązań.** Gdyby nadzór działał systematycznie i był bardziej aktywny w tym zakresie, antycypował, co się może zdarzyć, uniknęlibyśmy dziś odium związanego z tymi nieszczę-

snymi podwyżkami w OC ppm. I nie chodzi o to, by nakładać jakieś kary, które dla ubezpieczycieli są w zasadzie nieistotne od strony finansowej, a tak naprawdę finansowane przez ubezpieczonych. **Działalność nadzoru powinna polegać nie na tym, by kary nakładać, ale na ingerencji w odpowiednim momencie – tak, by kary nie były potrzebne.** Podstawową bowiem zasadą i celem działania każdego nadzoru winna być profilaktyka.

Od lat 90. widać, że jest duży problem z poziomem składek ubezpieczeniowych. Raz na jakiś czas zdarzają się krótkie momenty, kiedy stawki zmierzają do racjonalnego poziomu. I niestety za każdym razem skutkują szybkim samozadowoleniem branży. Oczywiście można by powiedzieć, że pierwsze upadłości były kosztem zmian społeczno-gospodarczych, ale czy tylko? Co prawda nie można za pierwsze cztery winić nadzoru, bo on w obecnej formie powstał dopiero w 1996 r. Jednak za dwie ostatnie upadłości i upadłość Feniksa nadzór już ponosi odpowiedzialność, ponieważ istniały racjonalne przesłanki i możliwości, by podjąć odpowiednie decyzje wcześniej. Natomiast strach przed ich podjęciem był na tyle duży, że ich nie podjęto. Ale to już temat na inną lekcję historii... □

„Powody upadłości są zwykle takie same – brak pieniędzy na zabezpieczenie wypłacalności i niefrasobliwość akcjonariuszy.”

Mariusz Wichtowski
jest prezesem Polskiego
Biura Ubezpieczycieli
Komunikacyjnych.



Historia firm, historia ludzi

Na podstawie doświadczeń z budowania firm mogę z pewnością powiedzieć, że najważniejszym elementem są ludzie. Trzeba mieć dobrych współpracowników i trzeba im wierzyć. – RYSZARD BOCIŃG

Początek lat 90. to okres, w którym zaczynał się formować polski rynek ubezpieczeniowy. W tym czasie Polska była postrzegana przez zagranicznych graczy jako rynek bardzo perspektywiczny. Kolejne firmy nabierały więc ochoty, by do Polski wejść i spróbować swoich sił. Jednak choć rynek był już teoretycznie otwarty, to zaistnienie na nim było niemałym wyzwaniem – i ze względu na jego specyfikę, i na dostępność kadr.

BROKERKA NA UGORZE

Jedną z takich firm był Sedgwick – w owych czasach trzeci największy broker na świecie pod względem przychodów. Ich filozofia była prosta: uznali, że skoro ich klienci korporacyjni zaczynają kupować firmy w Polsce, to potrzebne jest lokalne przedstawicielstwo brokera, tak by Sedgwick mógł tym globalnym klientom już w Polsce doradzać. Zaczęli więc szukać kogoś, kto mógłby tę działalność poprowadzić. W zasadzie wymagania były bardzo ograniczone: znajomość języka angielskiego, jakiejkolwiek doświadczenie w ubezpieczeniach i gotowość, by pojechać do Polski. Tak trafili do mnie, a ja podjąłem się tego zadania. Pomiędzy kwestie organizacyjne i administracyjne, **pierwszym wyzwaniem, któremu musiałem stawić czoła, była niedojrzałość rynku. Przecież żeby broker mógł działać, musi mieć ubezpieczycieli, z którymi może współpracować.** Głównymi graczami byli w tym czasie niezainteresowane współpracą z brokerami PZU i Warta. Na szczęście funkcjonowały już także dwie firmy zagraniczne: AIG i AGF Polska (Assurances Générales de France). Z AIG było o tyle dobrze, że firma była wówczas nastawiona wyłącznie na klienta korporacyjnego, a jej szefem był Tomasz Mintoft-Czyż, który sam pracował wcześniej w Stanach Zjednoczonych jako broker. Nieco inaczej sytuacja wyglądała w AGF, które pierwotnie było nastawione raczej na ubezpieczenia dla klienta detalicznego. Co więcej, kierownictwo, mając poczucie potęgi spółki matki – podówczas drugiego gracza na rynku francuskim – było przekonane, że każdy będzie się chciał u nich ubezpieczać. Tak się oczywiście nie stało. Dopiero z czasem AGF (później zresztą przejęte przez Allianz) otworzyło się bardziej na ubezpieczenia korporacyjne i wtedy już współpraca zaczęła się układać całkiem nieźle.

POWOŁAĆ MAJĄTEK DO ŻYCIA

Inną firmą, która szybko zagościła na polskim rynku, było Commercial Union (dziś: Aviva). Tyle że przez pierwsze lata rozwijano tylko dział życiowy. W połowie lat 90. Londyn doszedł jednak do wniosku, że czas skorzystać również z licencji majątkowej. Przypadło mi więc w udziale zbudowanie zupełnie od zera ubezpieczeń majątkowych. Natomiast Anglicy zastrzegli, że

w ogóle nie chcą ubezpieczeń komunikacyjnych. Nastawili się na ubezpieczenia korporacyjne i w tym względzie pozostawili nam bardzo dużą swobodę – można by powiedzieć: full underwriting authority. Nawet traktaty reasekuracyjne mieliśmy aranżować sami, co zrobiliśmy we współpracy z Munich Re. Pierwszą polisę sprzedaliśmy w 1997 r., a już w drugim roku działalności udało się być zyskownym. Trzeba przyznać, że mieliśmy świetne kadry, co w głównej mierze było zasługą Katarzyny Wojciechowskiej, której udział w budowaniu tej firmy był nieoceniony. Pamiętam, że jak negocjowaliśmy umowy z Munich Re, to **monachijszczy pyłali nas, kto będzie underwriterem, kto będzie akceptował ryzyka, po czym bez problemu zawierali umowę, bo nazwiska naszych specjalistów były im świetnie znane i mieli do nich duże zaufanie.**

Po trzech latach działalności działu majątkowego, kiedy życiowe Commercial Union miało już miliony klientów, którzy przecież oprócz życia mieli również majątek do ubezpieczenia, Londyn zgodził się, byśmy rozszerzyli ofertę dla klientów indywidualnych – mieszkania, OC, NNW... Ale na komunikację na tym etapie nadal nie było zgody – Anglicy uważali, że biznes w Polsce jest wysoko szkodowy, drogi są złe, a kierowcy jeżdżą nieostrożnie. Zgoda na direct komunikacyjny przyszła dopiero dużo później. Skądinąd wraz z rozszerzaniem oferty w tle cały czas była obawa, że agenci życiowi przestaną sprzedawać życie, zadowolając się łatwiejszym do sprzedaży majątkiem.

W ramach anegdoty mogę też wspomnieć, że kiedy ówczesny szef Commercial Union przyjechał do Polski z okazji 5-lecia działalności firmy w Polsce, pokazał nam dokument, na podstawie którego zarząd podjął decyzję o wejściu do Polski. To była jedna kartka, a na niej mniej więcej tyle: inwestycja w Polskę wymaga kilku milionów funtów, co prawda nie za bardzo wiemy, co w tej Polsce będzie, ale te kilka milionów to niewiele, więc spróbujmy.

BEZPOŚREDNIO W DIRECT

Z kolei właśnie od directu komunikacyjnego zaczynała Axa, w której wprowadzaniu na polski rynek również brałem udział. Gdzieś w tle decyzji Axy o wyborze tego kanału była nieskuteczna próba zakupu PZU w 1999 r. A bezpośrednią motywacją była strategia całej grupy, która w tamtym czasie zaczęła bardzo mocno stawiać na sprzedaż directową – we Francji, Hiszpanii, Portugalii, Japonii, Korei i innych krajach. Centrala uznała, że warunki podstawowe w Polsce są spełnione: jest dużo samochodów i ciągle ich przybywa, taryfa nie jest kontrolowana przez regulatora, drogi są coraz lepsze itp. itd. Uważano również, że

rozwiązania już zastosowane we Francji wystarczy przenieść na polski rynek, co pozwoli na zmniejszenie kosztów i łatwe wejście w biznes. Przy czym warto sobie powiedzieć, że **Axa nigdy nie miała planów mocarstwowych, nie przewidywała, że direct ogarnie 50% polskiego rynku. Założeniem Axy było wejść na rynek i po określonym czasie stać się rentownym**, co zresztą udało nam się wykonać nawet rok wcześniej, niż zakładał pierwotny plan biznesowy. Trzeba sobie uświadomić, że w 2006 r., kiedy Axa sprzedawała pierwszą polisę w Polsce, przez direct rozumiało się tylko sprzedaż telefoniczną, nie było jeszcze mowy o sprzedaży przez internet. Czas pokazał, że samym directem nie da się rosnąć na miarę apetytu. Axa dość niechętnie weszła więc również w sprzedaż agencyjną. Dość niechętnie, ponieważ nasz direct podlegał osobom odpowiedzialnym za projekt directowy w wielu krajach – trudno im było się pogodzić z tym, że w 13 innych krajach można sprzedawać bez agentów, a w Polsce nie. Udało się jednak przekonać centralę, że niezbędne jest wyjście do agentów, a nie tylko poleganie na sprzedaży telefonicznej. Zaczęła się również rozwijać sprzedaż internetowa. Skądinąd moim zdaniem w direct nie powinno się wierzyć przesadnie i upatrywać w nim jedyne kanału przyszłości. Nie można też jednak directu lekceważyć.

PRZEDĘ WSZYSTKIM LUDZIE

Na podstawie doświadczeń z budowania firm mogę z pewnością powiedzieć, że najważniejszym elementem są ludzie. Samemu się firmy nie stworzy. **Trzeba mieć dobrych współpracowników i trzeba im wierzyć. Oczywiście powinni działać w ramach ogólnego planu, natomiast trzeba im dać swobodę działania i dać narzędzia, by mogli realizować swoje pomysły.** Ważne jest też, by ich doceniać, również

finansowo. Po stronie lokalnej zespół jest absolutnie kluczowy. Kierując różnymi firmami, zawsze kierowałem się jedną – dla mnie oczywistą – zasadą zatrudniania zwłaszcza jako bezpośrednich podwładnych w zarządzie ludzi mądrzejszych ode mnie i niepatrzenia im na ręce.

Z kolei jeśli się pracuje dla zagranicznej korporacji, ważne jest też, by mieć właściciela, który rozumie biznes, działa według długofalowej strategii i ma pieniądze. Partnerskie relacje z właścicielem są niesłychanie ważne, a dialog to podstawa. Tymczasem niestety zdarzają się takie sytuacje, że właściciel rzuca kłody pod nogi.

Mam zresztą takie wrażenie, że w pierwszych 10–15 latach naszego rynku generalnie zagraniczni właściciele zostawiali większą swobodę lokalnym menedżerom. Zapewne wynikało to z kilku czynników. Po pierwsze, operacje były jeszcze stosunkowo małe, nie do końca było wiadomo, jak rynek się zachowa. Po drugie, menedżerowie z tamtych czasów to w dużej części były osoby, którymi nie dało się sterować, oni nie chcieli być – nazwijmy to – brygadystami w międzynarodowych korporacjach (by zapożyczyć tutaj wyrażenie mojego wieloletniego, zresztą dwukrotnego, szefa). Nie oceniam tego ani pozytywnie, ani negatywnie, to raczej moje spostrzeżenie. A po trzecie, obecnie dużo silniej zarysowują się strategię dla całej grupy, plany są wytyczane centralnie, wiele rozwiązań wdraża się jednocześnie na kilku rynkach. To daje mniej swobody lokalnemu menedżerowi. Taka kolej rzeczy. Zwłaszcza jeśli właściciel z tej swobody miał złe doświadczenia – wtedy nie ma się co dziwić, że chce wprowadzić rozwiązania i sprowadzić ludzi, którzy wyprowadzą lokalne firmy na zysk. To naturalna ewolucja. W końcu przecież o to chodzi w biznesie. ▣

„W pierwszych 10–15 latach naszego rynku generalnie zagraniczni właściciele zostawiali większą swobodę lokalnym menedżerom.”

Ryszard Bociong
jest menedżerem
z wieloletnim
doświadczeniem na rynku
ubezpieczeniowym, obecnie
dyrektor Departamentu
Ubezpieczeń w mBanku.



Roszczenia dają nam chleb

Polski rynek ubezpieczeń OC przez blisko 30 lat nie odrobił swojej lekcji. Zachowujemy się tak, jakbyśmy nie rozumieli, że żyjemy z dobrze wypłaconych odszkodowań. – PAWEŁ SUKIENNIK

Swoją pracę zawodową w ubezpieczeniach zaczynałem na początku lat 90. w Hestii Insurance, kiedy nowo powstające firmy ubezpieczeniowe dopiero uczyły się nowoczesnych ubezpieczeń.

WSZYSTKO W JEDNYM MIEJSCU

Niemal do połowy lat 90. w zakładach ubezpieczeń w Polsce nie było tzw. biur liniowych, które odpowiadały w całości za jedną linię biznesową – od produktu, poprzez underwriting, sprzedaż, po wypłatę odszkodowań. Tymczasem już we wczesnych latach 90. w Hestii Insurance z ogólnie pojętych ubezpieczeń majątkowych i osobowych wyodrębniły się najpierw ubezpieczenia komunikacyjne, potem osobowe, następnie ubezpieczenia finansowe i ubezpieczenia OC. Wymienione linie były wtedy 1- lub 2-osobowymi „działami”. Właśnie jako taki 1-osobowy dział zaczynałem swoją przygodę z ubezpieczeniami OC, która trwa do dzisiaj. W tym czasie wszystkiego intensywnie się uczyliśmy. Ten pionierski etap był niemożliwy do przeprowadzenia bez udziału reasekuratorów, czyli dostępu do know-how, ale także bez znajomości języka angielskiego, co wówczas było na wagę złota. W ciągu mniej więcej 3–4 lat wchłonęliśmy wiedzę niezbędną do stworzenia produktu OC dla przedsiębiorstw, który na tamte czasy był rewolucyjny. Zresztą do tej pory dominuje na rynku. Wtedy właśnie, ze wsparciem wspaniałego fachowca – Michaela Theilmeyera z Alte Leipziger, powstało tzw. ubezpieczenie modułowe składające się z ok. 20 logicznie wyodrębnionych elementów. To było zwieńczenie pierwszego okresu tworzenia się „hestyjnego” działu OC, który w 1996 r. przekształcił się w Biuro Ubezpieczeń OC. Podobna ewolucja zaszła w tym czasie w innych zakładach ubezpieczeń. Skupienie w jednym miejscu w firmie całej odpowiedzialności było kluczem do sukcesu. Mieliliśmy decyzyjność w każdym obszarze – od produktu, przez sprzedaż, po likwidację, a także reasekurację. Poza decyzyjnością ogromną zaletą był przepływ informacji zwrotnych – przede wszystkim od „szkodowców” do underwriterów.

MODUŁY I SEGMENTACJA

Wspominałem już, że w 1996 r. w Hestii Insurance wprowadzono modułowe ubezpieczenie OC przedsiębiorstw. Nieco wcześniej polski Gerling umieścił w swojej ofercie ubezpieczenie tego typu, ale nie odkrywało ono modułów, pokazując tylko podstawowe 2 zakresy (OC ogólne i OC za produkt oraz usługę), a pozostałe elementy umieszczone były w klauzulach, które skreślały poszczególne wyłączenia w ogólnych warunkach ubezpieczenia (OWU). Ale klauzule spoczywały w szufladach underwritera...

My wyszliśmy z założenia, że **nie da się wyedukować pośredników i klientów, jeśli 90% klauzul będzie ukrytych. Zapisaliśmy wszystko czarno na**

białym w OWU, a treść wszystkich dostępnych klauzul stanowiła integralną część OWU. Tytuły dobrze oddawały sens danej klauzuli, tworząc coś na kształt swoistego „menu”, z którego mógł korzystać klient według swego uznania. To był przełom w ubezpieczeniach OC przedsiębiorstw, bo nagle ujawniono bardzo atrakcyjne zakresowo klauzule, w tym rozszerzone OC za produkt (niemiecki model ubezpieczenia „produktowych” czystych strat finansowych), szkody środowiskowe, OC pracodawcy – i kilkanaście innych. W ślad za tym podążyli kolejni ubezpieczyciele. Dzisiaj takie podejście stanowi rynkowy standard.

Kolejnym przełomem na rynku ubezpieczeniowym (nie tylko w OC) była segmentacja. Z punktu widzenia sprzedaży zapewne miała jakiś sens, natomiast z punktu widzenia szerzenia świadomości ryzyka ubezpieczeniowego OC okazała się bardzo szkodliwa. Z góry założono bowiem, że klient mały i średni nie potrzebuje wysokich sum gwarancyjnych albo niektórych klauzul. Ponieważ z założenia nie mógł to być ten sam pełny produkt co dla klienta przemysłowego, więc wprowadziliśmy cięcia w limitach, w zakresach, w klauzulach. Tak spakietyzowany produkt oddano do sprzedaży. Nie było już miejsca na edukację, pracę u źródeł i zadawanie pytań, tylko na wykonywanie planu sprzedaży.

Podział na segmenty zakładał, że każdy klient mały i średni będzie zawsze mały i średni. Ale przecież dzisiaj jest on mały, jutro będzie średni, a pojutrze być może zdobędzie strategicznego kontrahenta i stanie się duży. Z kolei z punktu widzenia ryzyka OC mógł od samego początku generować gigantyczne ryzyko (np. jako poddostawca wielkich zagranicznych firm produkcyjnych czy IT). Tymczasem każdej firmie, która spełniała wielkościowe kryteria przynależności do segmentu MSP, oferowano ten sam, wystandaryzowany pakiet. Powszechne stały się podlimity. A przecież każda klauzula powinna być indywidualnie analizowana pod kątem przydatności i niezbędnego limitu, a dopiero w ostateczności – podlimitu.

Po latach stałem się więc zdecydowanym wrogiem segmentacji w ubezpieczeniach OC. Nasz rynek jest za młody, żeby działać w ten sposób. To być może można robić na rynku bardzo dojrzałym, takim jak np. brytyjski, zbudowanym na tzw. spontanicznej deklaracji ryzyka, która wymusza korzystanie z doradców (brokerów). Tam każdy klient musi sam umieć ocenić, jakie informacje mogą mieć znaczenie dla oceny ryzyka, a ich niepodanie ubezpieczycielowi lub podanie nieprawdy może spowodować nieważność umowy ubezpieczenia (od początku). Dlatego każdy angielski przedsiębiorca ma u swojego boku osobę, która ponosi wobec niego odpowiedzialność za poradę, a prawo tworzy swoistą wspólnotę interesu ubezpieczyciela i ubezpieczonego, bowiem każdy klient (ze swoim brokerem) w pewnym sensie

występuje w roli underwritera. Powstaje w ten sposób klimat wzajemnego zrozumienia i świadomości ryzyka.

U nas jest dokładnie odwrotnie. Przepisy chronią każdego klienta – nawet zakład przemysłowy – tak, jakby był konsumentem. Polskie prawo nie przewiduje spontanicznej deklaracji ryzyka, tylko listę pytań formułowaną przez ubezpieczyciela. Brak odpowiedzi nie rodzi dla ubezpieczającego żadnej sankcji, a konsekwencje udzielenia przez niego nieprawdziwej odpowiedzi na zadane przez ubezpieczyciela pytanie są czysto teoretyczne, zwłaszcza gdy jest to pytanie nieprecyzyjne. Całe ryzyko z tym związane ponosi tylko i wyłącznie ubezpieczyciel. Klient nie musi się obawiać uznania umowy ubezpieczenia za nieważną od początku wskutek sprzeniewierzenia się obowiązowi deklaracji ryzyka. Taki system nie rodzi wspólnoty interesu i świadomości ryzyka, ustawiając klienta w opozycji do ubezpieczyciela i stawiając ich niejako po dwóch stronach barykady. Eliminuje też w zasadzie brokerów – stają się oni niepotrzebni, bo klient na etapie zawierania umowy ubezpieczenia nie musi mieć tłumacza i adwokata. System deklaracji ryzyka oparty na „liście pytań” redagowanej przez ubezpieczyciela to jeden z głównych powodów, dlaczego w Polsce świadomość ubezpieczeniowa nie podnosi się w takim tempie, w jakim byśmy sobie tego życzyli, nie tylko w ubezpieczeniach OC.

PASJA I ZAANGAŻOWANIE

Zawodowo szczególnie uformowało mnie spotkanie z Jurgenem Krause z Cologne Re we wczesnych latach 90. Wówczas ten ponad 60-letni mentor zadał nam, młodym adeptom sztuki ubezpieczeniowej, pytanie: „z czego żyjemy?”. Ktoś nieśmiało odpowiedział, że ze składki. Na co Jürgen odrzekł, że nie ze składki, a z roszczeń. „Żyjemy z roszczeń” – powtórzył. Zostało mi to w pamięci na całe życie i stało się moją *idée fixe*.

Późniejsza droga, którą przechodziłem w poszczególnych firmach (w tym m.in. w kancelarii odszkodowawczej Adversum, którą miałem zaszczyt zakładać), była podporządkowana dbałości o rzetelność obietnic składanych klientom. Uważam, że jeśli obiecujemy wypłatę, to tę wypłatę musimy zrealizować. Na odszkodowanie należy patrzeć jak na zamówiony przez ubezpieczonego towar z odroczonym terminem dostawy, a na firmę ubezpieczeniową – jak na jego wytwórcę oraz centrum magazynowo-logistyczne, którego głównym zadaniem jest dostarczenie zamówionego towaru na czas. Ten czas to nie ustawowe 30 dni, to powinno działać natychmiast – tak jak przebiega dzisiaj realizacja zamówień internetowych. Wszyscy do tego szybko przywykliśmy...

Tej wizji powinna być podporządkowana cała organizacja firmy ubezpieczeniowej, czyli tworzenie OWU, rekrutacja i szkolenie ludzi (również sprzedawców – aby uniknąć missellingu), a przede wszystkim ich systemy motywacyjne. Kiedyś było to o tyle prostsze, że nie było innych osób odpowiedzialnych za sprzedaż, innych za szkody, innych za produkty, a jeszcze innych za ocenę ryzyka i szkolenie sieci, zorganizowanych w odrębne biura i podległych odrębnym członkom zarządu. Wszystkim zajmowały się te same osoby. To my osobiście jako „hestyjne” Biuro Ubezpieczeń OC – w przerwach w pracy nad produktem i bieżącym underwritingiem – jeździliśmy po całym kraju, szkoląc brokerów i agentów. Chcieliśmy im zaszczyścić swoją pasję do ubezpieczeń OC. Tłumaczyliśmy, na czym polega odpowiedzialność za szkodę, ubezpieczenie tej odpowiedzialności, rola ubezpieczyciela, ale także sam produkt – jak on jest zbudowany i do czego służą poszczególne elementy zakresowe. Produkt miał nasze twarze i nazwiska. Dzisiaj mamy produkty *no name*.

„Nie da się wyedukować pośredników i klientów, jeśli 90% klauzul będzie ukrytych. Zapisaliśmy wszystko czarno na białym w OWU, a treść wszystkich dostępnych klauzul stanowiła integralną część OWU.”

Paweł Sukiennik,
PS Consult, Lloyd's Polska
Compliance Officer.



ŚWIADOMOŚĆ NIE WZRASTA

Przeciętny obywatel Polski, który nie jest menedżerem czy właścicielem firmy, ma świadomość ubezpieczeniową na poziomie takim, jaki obserwowaliśmy w latach 90. Niestety niewiele się przez ten czas zmieniło. Dlatego uważam, że każda firma ubezpieczeniowa powinna mieć wewnętrzną, mocno doinwestowaną jednostkę edukacji. Nie mówimy tu o reklamach telewizyjnych. Chodzi o codzienną pracę u podstaw, przede wszystkim stworzenie „lotnych zespołów” do regularnych spotkań z klientami i pośrednikami, krzewienia świadomości ubezpieczeniowej na różnych forach. Inwestycja w edukację się z pewnością zwróci – może nie w drugim czy trzecim roku, ale już w piątym czy szóstym cały rynek by na tym zyskał. **Edukacja ubezpieczeniowa powinna być główną misją każdego ubezpieczyciela.**

Świadomość ubezpieczeniowa jest pochodną świadomości prawnej. Polacy nie wiedzą o możliwości dochodzenia swoich praw, boją się kosztów postępowania, które przecież często są bardzo niskie lub ich w ogóle nie ma. Do tego dochodzi bardzo długi czas trwania postępowań sądowych i brak wiedzy o istnieniu sądów polubownych. W konsekwencji ludzie bardzo rzadko decydują się występować z roszczeniami, a cała linia produktów ubezpieczeniowych od tzw. ryzyk prawnych – od OC, poprzez ochronę prawną, wszelkie ubezpieczenia kosztów, aż do cyberryzyk – nie jest u nas popularna.

Nieco lepiej ze świadomością ubezpieczeniową jest wśród przedsiębiorców, w czym wielka zasługa brokerów ubezpieczeniowych. Bardzo niska świadomość odpowiedzialności i ryzyka dotyczy jednak wciąż poszczególnych grup zawodowych, na czele z lekarzami i informatykami. Nie wiedzą np., że jeżeli nie są pracownikami, to nie mają nad sobą „ochronnego parasola” Kodeksu pracy. Przejście na własną działalność, na kontrakt, umowę cywilnoprawną oznacza przecież przyjęcie pełnej odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną swojemu usługobiorcy, który jeszcze niedawno był pracodawcą. Wydawałoby się, że to elementarna wiedza. Ale czasem nawet prawnicy o tym zapominają, a co mówić o lekarzach, inżynierach czy informatykach. Świetnym przykładem są właśnie informatycy, z których większość działa na umowach cywilnoprawnych, a nie słyhać o ich masowym ubezpieczaniu się. Dopóki nie mają w kontrakcie wymogu zawarcia umowy ubezpieczenia, to o tym nie myślą. Świadomość klienta „zawodowego” co do ryzyka i konieczności posiadania polisy OC jest niestety praktycznie na zerowym poziomie. Paradoksalnie po części wynika to z systemu ubezpieczeń obowiązkowych, w których minimalne sumy gwarancyjne wyznaczone są odgórnie. **Skoro minimalne sumy są zgodne z prawem, Polacy uważają, że jest to poziom wystarczający. Podobnie jak w przypadku omówionej wcześniej deklaracji ryzyka, także i w tym przypadku państwowy protekcjonizm wygrał z edukacją obywateli.**

Do mediów nie przebijają się informacje o roszczeniach. A skoro nikt nie miał roszczenia, to mamy utwierdzenie potencjalnych klientów w błędnym przekonaniu, że ubezpieczenie trzeba kupować tylko po to, żeby spełnić prawny obowiązek. Ale roszczenia oczywiście są, jednak zwykle objęte są klauzulą tajemnicy handlowej. Informacja o szkodach nie wychodzi więc poza krąg kontrahentów, dopóki któryś z nich nie wystąpi do sądu, a rozprawa nie stanie się jawna. **Wiedzą o roszczeniach oczywiście dysponują ubezpieczyciele, jednak zamiast się nią dzielić, zastaniają się niewłaściwie pojętą tajemnicą ubezpieczeniową.** A można przecież w zgodzie z prawem zanonimizowane informacje o konkretnych roszczeniach regularnie publikować w periodykach lub na forach branżowych, adresowanych do danej grupy zawodowej. Nie wiem, dlaczego ubezpieczyciele tego nie robią. Nic tak bowiem

nie przemawia do świadomości jak informacja o szkodach i kwotach roszczeń.

WRÓĆMY DO PODSTAW

Linia ubezpieczeń OC generalnie rośnie szybciej niż rynek. Składka w ciągu ostatnich 10 lat podwoiła się. Ale mimo wszystko tempo wzrostu jest zdecydowanie niezadowolające. Jednak niekoniecznie trzeba wymyślać nowe produkty ubezpieczeniowe, aby to tempo zwiększyć. Ubezpieczyciele powinni wrócić do podstaw – czyli edukować. Weźmy przykład ubezpieczenia business interruption. Mimo że już od 25 lat ten produkt jest dostępny na rynku praktycznie u każdego ubezpieczyciela, taką ochronę kupuje wciąż niewiele przedsiębiorstw. Potencjał rynku jest ogromny, ale niewykorzystany. Podobnie wyglądają ubezpieczenia OC dla grup zawodowych.

Wciąż nie dysponujemy szczegółowymi danymi o rynku ubezpieczeń OC w Polsce. Dostępne są jedynie dane zagregowane w podziale na grupy. Tymczasem grupa 13 działu II jest niezwykle pojemna. Są tu produkty dla wszystkich segmentów, jak np. OC ogólne, OC w życiu prywatnym, OC pracodawcy, OC środowiskowe, OC za produkt, poszczególne OC zawodowe. Jak można tworzyć jakiegokolwiek założenia produktowe, jeżeli się nie wie, jak wygląda rynek, jaka jest dynamika jego rozwoju, jaka jest szkodowość oraz trendy i tendencje w podstawowych wskaźnikach. Niewielu inwestorów decyduje się na wejście w nową linię produktową bez wiarygodnej informacji o historycznych przebiegach szkodowych w skali całego rynku. Wielką rolę tu Polska Izba Ubezpieczeń, aby takie dane dla jej członków wreszcie były zbierane i udostępniane, podobnie jak to od dziesięcioleci robi GDV w Niemczech.

Grupa 10. Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej wszelkiego rodzaju, wynikającej z posiadania i użytkowania pojazdów lądowych z napędem własnym, łącznie z ubezpieczeniem odpowiedzialności przewoźnika.

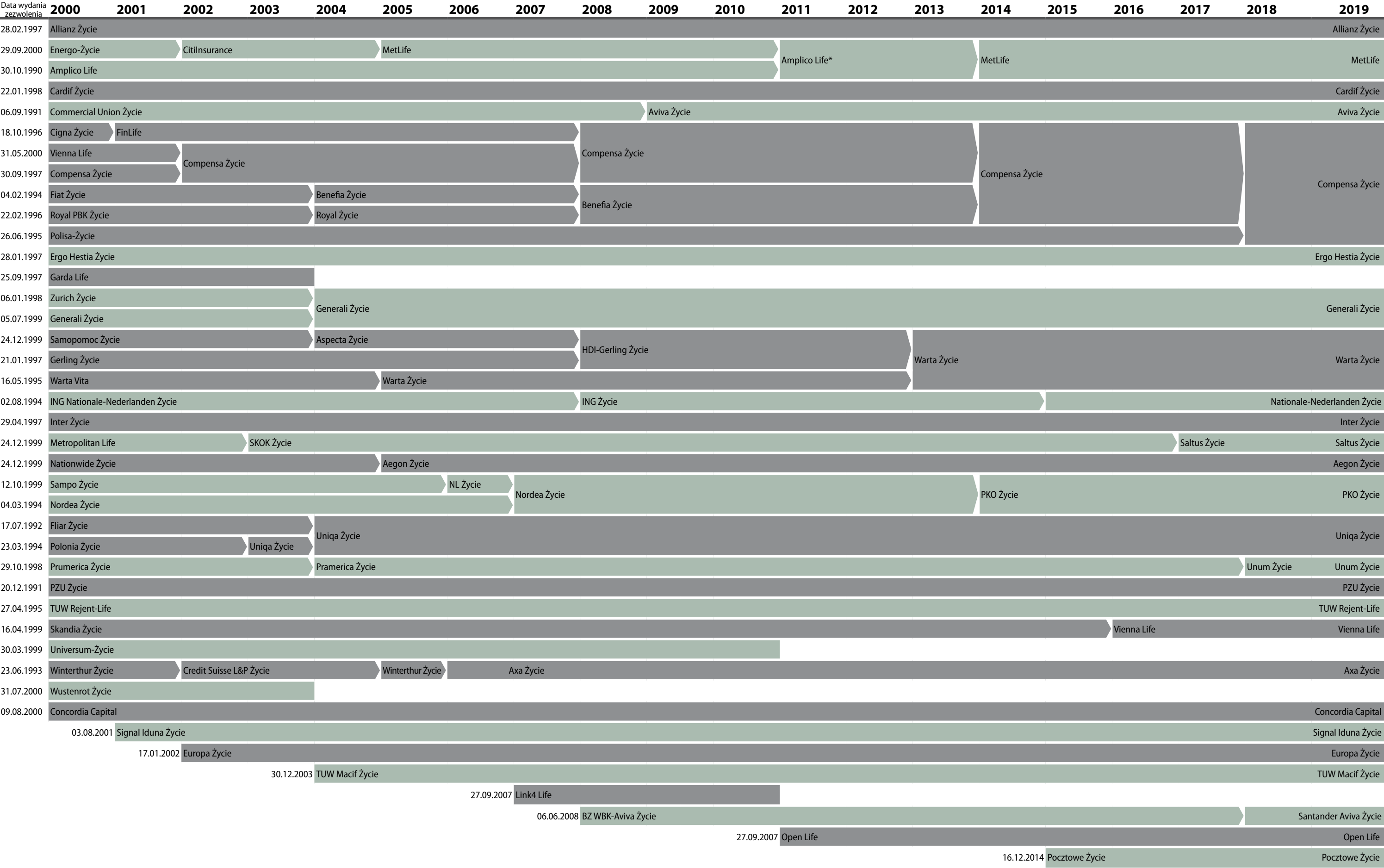
Grupa 11. Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej wszelkiego rodzaju, wynikającej z posiadania i użytkowania statków powietrznych, łącznie z ubezpieczeniem odpowiedzialności przewoźnika.

Grupa 12. Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za żeglugę morską i śródlądową, wynikającej z posiadania i użytkowania statków żeglugi śródlądowej i statków morskich, łącznie z ubezpieczeniem odpowiedzialności przewoźnika.

Grupa 13. Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej ogólnej) nieujętej w grupach 10-12.

Na rynku obecnie za mało jest forów wymiany myśli i poglądów. Każdy odpowiedzialny jest za swój „odcinek”, nie sięga się już do źródeł ubezpieczeń. Brakuje pasji, zaangażowania i holistycznego podejścia do klienta. Próbuja to robić jedynie brokerzy i w nich pokładam największe nadzieje, dlatego ich szkolę i im doradzam. Brokerzy wiedzą, że ubezpieczenia żyją z roszczeń. □

20 lat zmian – ubezpieczyciele życiowi

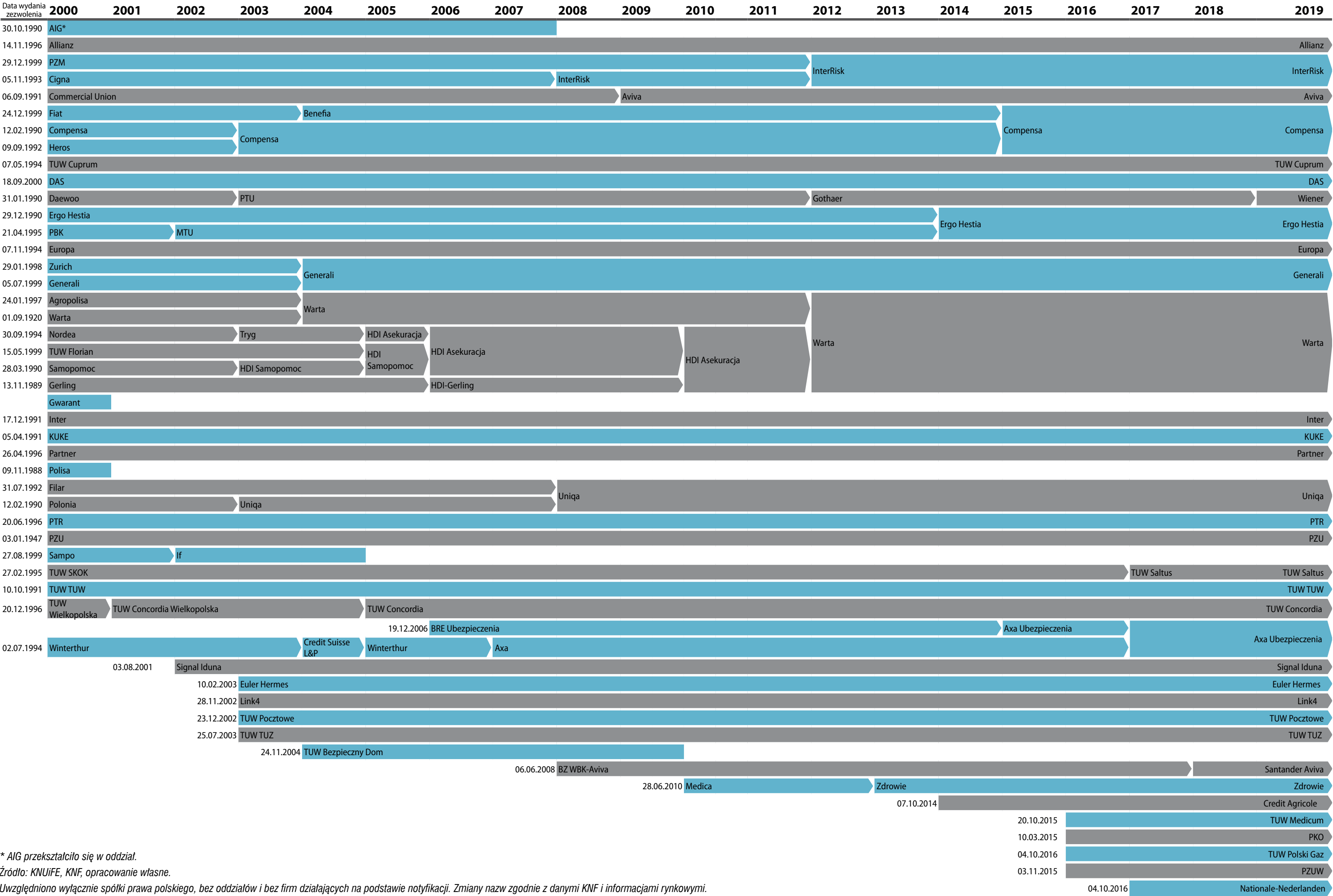


*W danych KNF-u po połączeniu MetLife i Amplico Life spółka widnieje jako Amplico Life, rynkowo do 2014 r. ubezpieczyciel posługiwał się nazwą MetLife Amplico, kiedy spółka ostatecznie zmieniła nazwę na MetLife.

Źródło: KNUiFE, KNF, opracowanie własne.

Uwzględniono wyłącznie spółki prawa polskiego, bez oddziałów i bez firm działających na podstawie notyfikacji. Zmiany nazw zgodnie z danymi KNF i informacjami rynkowymi.

20 lat zmian – ubezpieczyciele majątkowi



* AIG przekształciło się w oddział.
Źródło: KNUiFE, KNF, opracowanie własne.
Uwzględniono wyłącznie spółki prawa polskiego, bez oddziałów i bez firm działających na podstawie notyfikacji. Zmiany nazw zgodnie z danymi KNF i informacjami rynkowymi.

30 lat w anegdotach

Z tworzeniem się i rozwojem rynku ubezpieczeniowego wiąże się wiele anegdot. Choć mogłoby się zdawać, że anegdoty to coś błahego i niegodnego uwagi poważnego czytelnika, to jednak sądzę, że naprawdę dobrze obrazują one ówczesne warunki i okoliczności, w których rynek się konstituował i dochodził do dzisiejszego stanu. – **MARIUSZ J. SARNOWSKI**

Poproszono mnie, bym opowiedział, jak wspominam początki i rozwój rynku ubezpieczeniowego. By nie zanudzić mojej słuchaczki, a w konsekwencji również czytelników, pozwoliłem sobie nie sięgać po historyczny, suchy wykład ani epatować statystycznymi analizami. Opowiem raczej o wydarzeniach, które wspominam dziś z uśmiechem, a nieraz też z niemałą dozą sentymentu.

DOŚWIADCZENIE... SIĘ DOPIERO ZDOBĘDZIE

Na początku lat 90. żyliśmy w zupełnie innej niż dzisiejsza rzeczywistości. I w tej zupełnie innej rzeczywistości tworzył się rynek ubezpieczeniowy. Po '89 r. Polak zaczęli się interesować zagraniczni inwestorzy. Co prawda, nie za bardzo wiedzieli, jak tu działać, bo Polska była dla nich dzikim krajem. Ale jednocześnie krajem z perspektywą, że można tu będzie ubić dobry interes. W tym czasie również do mnie trafił jeden z „naganiaczy”, którzy szukali ludzi dla angielskich inwestorów. Dostałem propozycję założenia polskiego oddziału londyńskiego brokera ubezpieczeniowego – Jardine (które z biegiem lat i po kolejnych fuzjach stało się Jardine Lloyd Thompson, a dziś jest częścią GrECo). Miałem wtedy trzydzieści lat i nie miałem zielonego pojęcia o ubezpieczeniach. Anglicy uznali to jednak za zaletę. Jak stwierdzili – wolą mieć kogoś, kogo nauczą wszystkiego od początku, niż kogoś, kto działał na polskim rynku jeszcze przed transformacją i w związku z tym „ma 10-letnie doświadczenie... jak ubezpieczeń robić nie należy”. Moją koronną zaletą było zaś to, że znałem język angielski. I takie właśnie były początki rynku – wystarczyło znać język i wykazać się choćby elementarną inteligencją podczas rozmowy rekrutacyjnej, by zostać prezesem spółki brokerskiej...

BROKERKA NA NOWYCH WARUNKACH

W pierwszych latach funkcjonowania po stronie brokerskiej działały trzy typy organizacji. Zagraniczni brokerzy, którzy dość szybko weszli do Polski – jak to moje Jardine, Marsh, Willis – zajmowali się głównie obsługą polskich biznesów zagranicznych firm. Drugi typ to duże polskie firmy brokerskie – w większości do dziś działające – które wzięły pod swoje skrzydła dużych polskich klientów. A obrazu dopełniali mali brokerzy, firmy rodzinne, które skierowały się do mniejszych, lokalnych klientów. W zasadzie nikt sobie w drogę nie wchodził. My w oddziałach spółek zagranicznych na początku żyliśmy z obsługi polskich kawałków biznesu firm, które za granicą ubezpieczała nasza spółka matka. A pierwszą, podstawową umiejętnością było zapoznanie się w praktyce z mitycznym słowem „fronting”, który trzeba było „przepchnąć”, wówczas zazwyczaj przez AIG.

Z czasem również zagraniczni brokerzy zaczęli chodzić do polskich firm. Ja wówczas pracowałem w Sedgwicku, którego prezesem była niezwykle barwna i charyzmatyczna osoba – pani Grażyna Źródłowska-Kabat. Wiele się od niej nauczyliśmy – i ja, i cała grupa młodych pracowników, która właśnie w Sedgwicku pod skrzydłami pani Grażyny zaczynała swoją przygodę z ubezpieczeniami (a dziś niektórzy z nich są szefami poważnych organizacji – co pokazuje, że była to dobra szkoła ubezpieczeń). W tym czasie Sedgwick również zaczął szukać klientów wśród polskich firm, za co właśnie ja odpowiadałem. Obejrzałem przy tej okazji kilkadziesiąt bardzo różnych zakładów pracy pod kątem ryzyk i zagrożeń. Jak się okazuje, dla wielu z nich było to spojrzenie zupełnie nowe. Zdecydowana większość lokalnych szefów pracowała bowiem na zasadzie: „ubezpieczamy tak samo jak w zeszłym roku, tylko teraz ma być taniej”. Pamiętam dyskusje z dyrektorami finansowymi, którzy podważali sens ubezpieczania się w kolejnym roku, bo przecież w poprzednich latach nie mieli szkody, a wydali tyle pieniędzy na te ubezpieczenia...

WARTA UNIWERSALNA, NAWET EMERYTALNA

Po doświadczeniach brokerskich przeszedłem – mówiąc z przymrużeniem oka – na jasną stronę mocy. Dołączyłem do Warty, która w latach 90. przechodziła bardzo ciekawą przemianę. Wcześniej Warta zajmowała się bowiem wszystkim, co miało związek z zagranicą – polskie firmy za granicą, polskie statki, polskie samoloty, tudzież ubezpieczenia indywidualne zagraniczne. Czy ktoś jeszcze pamięta, że jeszcze w latach osiemdziesiątych mówiło się „kupić wartę” – w sensie „kupić zieloną kartę”...? Na początku lat 90. podjęto jednak strategiczną decyzję, że Warta z ubezpieczyciela „dewizowego” stanie się ubezpieczycielem uniwersalnym. I tę pozycję przez dekadę Warta z sukcesem zbudowała. Co oczywiście nie oznacza, że rozwój nie wiązał się z trudnymi decyzjami. Szczególnie mocno w pamięci utkwiły mi dwie.

Pierwsza związana była z pakietami dilerskimi, którymi Warta w tamtym czasie żywo się interesowała. Niestety rentowność tego biznesu była – a wydaje się, że nierzadko nadal jest – eufemistycznie rzecz ujmując, poniżej oczekiwań. Niemniej w pakietach dilerskich (a później też leasingowych) zawsze działała magia dużych liczb – kiedy broker, a nawet sam diler przynosił 20 tys. aut do ubezpieczenia jednym podpisem, to ubezpieczycielowi oczy się świeciły. Po 2–3 latach okazywało się, że szkodowość spycha rachunek istotnie poniżej progu rentowności, ale brokerzy nawet nie chcieli słyszeć o podwyżce, bo zawsze był ktoś, kto znów za tę samą, a nawet czasem i niższą cenę

podejmie się ubezpieczenia. I tak ubezpieczyciel stawał w rozroku pomiędzy utrzymywaniem nierentownego rachunku a utratą istotnej części portfela. Pamiętam, jak dramatyczną decyzją było dla nas jako ówczesnego zarządu Warty zamknięcie jednego z tych programów. Programu, który stanowił 7% naszego portfela komunikacyjnego...

Druga szczególnie trudna sytuacja dotyczyła z kolei zawirowań wokół OFE. **Reforma emerytalna wiązała się zresztą u znacznej części ubezpieczycieli najpierw z dużymi nadziejami, a później z goryczą nie do końca satysfakcjonujących wyników.**

Warta do reformy przystąpiła wspólnie z Citybankiem. Wydawało nam się, że mamy wszystko, żeby osiągnąć sukces: z jednej strony ogromną wiedzę, know-how, a z drugiej – zbudowaną i prężnie działającą sieć agentów. Niestety sieć okazała się niezdolna do sprzedaży takiego produktu. Rozmiar naszego portfela nie osiągnął progu, po którego przekroczeniu zabawa w OFE zaczynała się opłacać. Amerykanie znani są z tego, że potrafią szybko odcinać się od porażek – i jeśli utopili gdzieś 10 USD, to nie wsadzą drugich 10 USD, żeby ratować pierwsze, bo wiedzą, że zazwyczaj kończy się to utratą całych 20 USD. Tak też postąpił City – postanowił się z tego naszego wspólnego biznesu wycofać. Smaczkowi tej historii dodaje fakt, że umowa między Wartą a City zawierała klauzulę „I buy you, you buy me”.

Zgodnie z taką klauzulą, jeżeli jedna ze stron umowy spółki chce z niej wyjść i nie może uzyskać od drugiej strony satysfakcjonującej oferty odkupu swojej części, to może uruchomić następujący mechanizm. Powiadamia drugą stronę o zamiarze skorzystania z klauzuli, następnie obie strony mają 24 godziny na złożenie, u ustalonego wcześniej notariusza, zamkniętych kopert z ceną, za jaką są gotowe odkupić udziały drugiej strony. Po 24 godzinach notariusz otwiera koperty, w której znajdzie cenę wyższą, ta strona, za tę cenę kupuje udziały drugiej. Proste, choć z lekką gangsterskie...

Pewnego dnia dostaliśmy od City informację o uruchomieniu procedury, niby nic dziwnego, skoro obie strony się na to zgodziły przy podpisywaniu umowy. Tyle że kiedy Warta dostała od City tę informację, to ówczesny prezes Warty Agenor Gawrzyał oraz właściciel kontrolujący, czyli Jan Kulczyk, byli w Himalajach, odcięci od świata w buddyjskim klasztorze... Pozostając w Warszawie część zarządu Warty przeżywała w tym czasie najgorsze godziny swojego życia. Z jednej strony próbowaliśmy jakimś cudem się do tych mnichów tybetańskich dobić, z drugiej strony staraliśmy się u naszych amerykańskich przyjaciół wybiłgać przesunięcie terminu złożenia oferty, a z trzeciej – rozpaczliwie kalkulowaliśmy, jaką ofertę do tej koperty powinniśmy włożyć, jeśli inne środki zawiodą. Szczęśliwie Amerykanów udało się przekonać, by poczekali na powrót świeżo himalajsko i buddyjsko uduchowionego prezesa...

UFAM, MORELA CZY LINK4

W pewien sposób z Wartą wiąże się też historia pierwszego directu w Polsce. Warto bowiem wiedzieć, że historia późniejszego Link4 zaczęła się od nieco innej koncepcji niż ta, która ostatecznie została zrealizowana. Akcjonariusze z Israeli Direct Insurance szukali bowiem początkowo w Polsce partnera do wspólnego biznesu. Jednym z ubezpieczycieli, którzy interesowali się tym przedsięwzięciem, była właśnie Warta. Jest w tym zresztą pewien chichot losu, że list intencyjny w sprawie współpracy Warty z Israeli Direct Insurance podpisywałem z ramienia Warty właśnie ja... nie mając wtedy pojęcia, że jakiś czas później moje życie zwiąże się z tą inicjatywą od zupełnie innej strony. Z czasem okazało się bowiem, że już po moim odejściu, Warta

zdecydowała się jednak wycofać z tych negocjacji. A izraelscy inwestorzy postanowili zbudować niezależną firmę, skoro nie mogli znaleźć nikogo do współpracy.

Nowa firma wymagała nowej nazwy. Wniosek licencyjny do Ministerstwa Finansów został złożony z nazwą TUiR Ufam SA. Mnie się ta nazwa bardzo podobała, głównie z uwagi na smaczek językowy, jakim byłaby odmiana rzeczownikowa słowa mającego formę czasownika (może byśmy wtedy mówili: „Pracuję w Ufamie”, „Mam dobre doświadczenia z Ufamem”). Pojawiły się jednak wątpliwości i padła nowa propozycja: Morela. Sukces firm takich jak Apple pokazuje, że może nie byłaby to zła nazwa, a polska część zespołu była już nawet mocno do niej przekonana. Akcjonariusze jednak nie mogli się pozbyć wątpliwości. Pamiętam, jak jeden z nich zapytał mnie: „Nie bałbyś się zarządzać firmą, która nazywa się Morela?”, na co ja odpowiedziałem: „Jeśli ty nie boisz się wyłożyć paru milionów dolarów na firmę, która się nazywa Morela, to jak ja mógłbym się bać nią zarządzać”. Ostatecznie uznano, że to jednak zbyt ekstrawagancki pomysł. Wtedy Elżbieta Wójcik rzuciła pomysł: „Link”, a ja dodałem: „Link4”, bo już wiedziałem, że nasz numer telefonu to będzie 22 444 44 44. I tak właśnie spontanicznie powstała dzisiejsza nazwa pierwszego directu na polskim rynku.

DWA DWA I SIEDEM CZWÓREK

Tak się też ciekawie złożyło, że dokładnie w tym samym czasie, kiedy my byliśmy na etapie budowania infrastruktury, na polski rynek telekomunikacyjny weszła Netia. Ponieważ byli nowym graczem na rynku i mocno potrzebowali klientów, z radością podpisali z nami umowę. Obietnica, że przyniesiemy im 50-osobowe call center i duży ruch telefoniczny, do tego stopnia ich urzekła, że za tak charakterystyczny numer 22 444 44 44 zażyzyli sobie od nas... zero złotych.

Jako firma directowa na własnej skórze odczuliśmy magię reklam.

Zaraz po starcie firmy mieliśmy wykupionych po 10 spotów dziennie, w pierwszych miesiącach byliśmy w pierwszej dziesiątce reklamodawców pod względem wykupionego czasu reklamowego. **A po każdej reklamie w naszym call center rodził się tajfun.** Pewnego dnia nawet postawiliśmy tam telewizor, żeby operatorzy mieli szansę reklamę na żywo zobaczyć. Siedziało wtedy w call center ok. 40 osób, z czego rozmawiało może 5. Nadeszła godzina 19, zaczyna lecieć reklama, mija pół minuty i telefony zaczynają dzwonić, liczby na ekranie podsumowującym ruch telefoniczny zaczynają się zmieniać 5, 10, 23, 32, 40... I pojawia się nowa liczba – kolejka oczekujących na połączenie... W pewnej chwili przekroczyła nawet 70. Stałem przed tym ekranem zupełnie zafascynowany... Wtedy trudno było wątpić w to, że Link4 jest skazane na sukces.

Czas pokazał, że warunki rynkowe są nieco inne niż zakładaliśmy i nie udało nam się dotrzymać obietnicy najniższej ceny. W modelu directowym koszty akwizycji są stałe i wynoszą tyle, ile wydamy na reklamę. W modelu tradycyjnym od każdej zawartej polisy musimy odjąć koszt prowizji agencyjnej. A więc po osiągnięciu odpowiedniego wolumenu direct staje się niezwykle konkurencyjny, bo coraz większa sprzedaż nie generuje coraz większych kosztów. Okazało się jednak, że poziom, na którym koszt reklamy zrównuje się z kosztami prowizji, jest wyżej niż się spodziewaliśmy – bo w tamtym czasie reklama była prawie tak samo droga jak jest dziś, ale prowizje agencyjne były istotnie, istotnie niższe. Nigdy więc do tego punktu nie dobiłmy i musieliśmy się wycofać z obietnicy, że będziemy o 30% tańsi niż rynek.

W konsekwencji historia tej firmy nie jest historią takiego sukcesu, na jaki wtedy liczyliśmy i na jaki liczyli akcjonariusze. Ale patrząc na to, czym Link4 jest dzisiaj, jaką ma pozycję, co i jak robi – to z pewnością nie jest to historia porażki. Dla mnie ważne jest też to, co naszym wejściem zmieniliśmy na rynku. A zmieniliśmy standardy obsługi. Byliśmy dostępni 24/7, przez co wymusiliśmy zwiększenie dostępności czasowej w innych kanałach, agenci zaczęli mieć dłużej otwarte biura, co jest oczywiście korzyścią dla klientów. Byliśmy też szybcy – po 30 minutach od zgłoszenia wypadku u klienta było już nasze assistance. Do takiego poziomu musieli równać nasi konkurenci, którzy nie mieli tak scentralizowanej bazy jak my. No i mieliśmy informację – praktycznie od razu: o zawartych umowach, o szkodach, o naszym portfelu... Coś, czego inni mogli nam tylko pozazdrościć. Nie mogę też nie wspomnieć o świetnym składzie osobowym, atmosfera pracy była zupełnie inna niż w standardowych firmach ubezpieczeniowych, które wtedy były przykładem daleko posuniętego Bizancjum. A z tego, co słyszę, ta wyjątkowa kultura pracy w Link4 utrzymuje się do dziś.

PZU, CZYLI STEROWANIE SŁONIEM

Pod tym względem przeciwieństwem Link4 było PZU, w czasie kiedy rozpoczęła się moja przygoda z ubezpieczeniowym gigantem. Miałem to nieszczęście, że po raz pierwszy z PZU

związałem się na parę miesięcy przed przyjściem prezesa Jaromira Netzla. Kolejne miesiące w PZU były zatem obserwacją uczestniczącą w eksperymencie socjologicznym „jak zarządzić organizację od środka”. Co wspominam z żalem, bo do PZU mam wielki sentyment. Szczęśliwie eksperyment zarządzania organizacją się nie powiódł i PZU wyszło z niego obronną ręką. Choć oczywiście wiele musiało wody w Wiśle upłynąć, nim PZU stało się taką firmą, jaką jest dziś. Wtedy bowiem jeszcze PZU dla wielu było kwintesencją nieruchawości, braku inicjatywy. Po rynku krążyło porównanie, że sterowanie PZU jest jak sterowanie słoniem – na grzbiecie słonia siedzi mały chłopiec i trąca słonia piórkiem w prawe ucho, gdy chce, by ten skręcił w prawo, a w lewe – gdy chce, by słoń skręcił w lewo. Oczywiście słoniem jest PZU, chłopcem zarząd, a piórko to uchwały zarządu... Choć ziarno prawdy w tym jest, to jednak rzeczywistość nie była aż tak tragiczna. Faktem jest natomiast, że pracę w PZU trudno porównać do jakiegokolwiek innego doświadczenia, ponieważ nigdzie indziej nie ma takiej skali i takich możliwości wpływania na rynek. W pewien sposób jest to nawet uzależniające. Sam zresztą po odejściu z firmy za czasów prezesa Netzla też wróciłem do PZU, kiedy kierował nim już prezes Andrzej Klesyk. I trzeba przyznać, że udało mu się niesamowicie rozpędzić zmiany w PZU i nadać firmie kurs, którym dziś z sukcesem płynie... ▣

„Czy ktoś jeszcze pamięta, że jeszcze w latach osiemdziesiątych mówiło się „kupić wartę” – w sensie „kupić zieloną kartę”...?”

Mariusz J. Sarnowski
jest ekspertem rynku
ubezpieczeniowego.



Wszyscy jesteście directami?

Od 2000 r. rynek ubezpieczeń komunikacyjnych w Polsce przeszedł ogromną zmianę. Obecnie już niemal wszyscy ubezpieczyciele w tym segmencie, ale też i wielu jego pośredników, działają w scentralizowanym systemie zarządzania relacjami z klientami i procesami ich obsługi, czyli *de facto* w... modelu direct. – SŁAWA CWAŁIŃSKA-WEYCHERT

Direct to nie tylko forma kontaktu z klientem w procesie sprzedaży. Direct to przede wszystkim model budowania i zarządzania relacjami z nim. Wszystkie rozwiązania operacyjne w modelu direct opierają się na centralnie tworzonej i zarządzanej bazie klientów wraz z równoczesną centralizacją i standaryzacją procesów ich obsługi.

DIRECT JAKO MODEL BIZNESOWY

Jeśli pomyślimy o ubezpieczeniach w modelu direct jako o tak zdefiniowanym modelu biznesowym, to w ostatnich latach osiągnęliśmy na polskim rynku niebywały sukces. Obecnie właściwie nie ma już zakładów ubezpieczeń, a nawet pośredników, którzy działaliby inaczej. Nikt już chyba dzisiaj nie potrafi sobie wyobrazić ubezpieczycieli komunikacyjnych działających inaczej, choćby tak jak w latach 90. ubiegłego wieku.

I nawet jeżeli jeszcze nie wszyscy ubezpieczyciele całkowicie wdrożyli ten model zarządzania portfelem i procesami, to różnymi wprowadzanymi rozwiązaniami i tak się do niego zbliżają. Bo rzeczywiście – **obecnie trudna do wyobrażenia jest działalność operacyjna w ubezpieczeniach komunikacyjnych bez wykorzystania spójnego systemu informatycznego, w którym pomieszczone zostały wszystkie procesy biznesowe.** Przy czym każdy z tych procesów ma wspólny rdzeń – klienta, wokół którego buduje się całą strategię biznesową, zarówno w sprzedaży polis, jak i ich odnowień, ale także w likwidacji szkody, cross-sellingu, serwisie posprzedażowym czy wreszcie obsłudze reklamacji. To właśnie klient stanowi centrum wszystkich wymienionych procesów, skoordynowanych w scentralizowanych systemach informatycznych.

Jeszcze w 2000 r., czyli w okresie gdy startował pierwszy w Polsce direct, rynkowym standardem organizacyjnym ubezpieczycieli była centrala i rozbudowana sieć terenowa: oddziały we wszystkich miastach wojewódzkich (w przypadku większych firm również w miastach powiatowych), przedstawicielstwa, w których likwidowano szkody, a czasem jeszcze punkty obsługi klienta, które zarządzały współpracą z agentami. Ich produkcja była rozliczana w „kartach pracy” dostarczanych przez agentów, wraz z kopiami wniosków i polis, do POK-ów, które następnie przekazywały je do przedstawicielstw, przedstawicielstwa z kolei do oddziałów, a oddziały do centrali. W ten sposób kwartalny wynik sprzedaży ubezpieczyciela był ustalany „już” w drugim

miesiącu kolejnego kwartału, co i tak było w tamtych czasach niezwykle sukcesem. Raporty o szkodach tworzone były w podobnym wieloetapowym trybie i tempie. Likwidatorzy zlokalizowani byli w przedstawicielstwach, a umowy z lokalnymi zakładami naprawczymi i ewentualnie rzeczoznawcami lub lekarzami zawierane były – również lokalnie – na wynegocjowanych przez nich warunkach. Rola centrali w tym modelu polegała na próbie kontroli tych wszystkich procesów, głównie poprzez sprawdzanie *post factum* dokumentów papierowych. W co bardziej innowacyjnych firmach niektóre sprzedażowe czy szkodowe procesy obsługi były częściowo skomputeryzowane (np. dane o produkcji agentów czy szkodach u likwidatora zgrywane były do systemu informatycznego oddziału z dyskiepek przez nich dostarczanych).

Wprowadzony wówczas przez Link4 model direct, oparty na scentralizowanym systemie informatycznym, umożliwiającym wykonywanie wszelkich czynności procesowych – sprzedażowych, serwisowych i likwidacyjnych – z ich jednoczesną rejestracją i kontrolą w tych systemach, był nie tylko bardziej skuteczny i efektywny (w sensie zarządzania relacjami i procesami), ale również znacznie tańszy operacyjnie. To była olbrzymia przełama w porównaniu do kosztów utrzymywania rozbudowanych struktur terenowych przez tradycyjnych ubezpieczycieli.

ZACZĘŁO SIĘ OD SZKÓD

Najszybciej tradycyjni ubezpieczyciele, działający ówczesnie na polskim rynku, zmodyfikowali swój model zarządzania likwidacją szkód. Pomimo początkowych wątpliwości co do ewentualnych wyludzeń, najprościej było wtedy uwierzyć i się przekonać, że możliwe będzie zarządzanie szkodą przez telefon. Oznaczało to, że możliwe stanie się scentralizowanie procesów zgłaszania szkód i nadzorowania przebiegu ich likwidacji, a także podejmowania decyzji o odszkodowaniach. Oczywiście wymagało to przede wszystkim uspoijnienia i standaryzacji wszystkich procesów szkodowych w całej firmie. Jednak w tamtym okresie brak bezpośredniego kontaktu likwidatora z poszkodowanym przy zgłaszaniu szkody budził najwięcej wątpliwości i nieufności likwidatorów. I pomimo tych wątpliwości to właśnie ich scentralizowanie i odejście od terenowego, rozproszonego modelu likwidacji zostało przez tradycyjnych ubezpieczycieli przeprowadzone najszybciej i najskuteczniej. Być może pomogły w tym

ich wcześniejsze doświadczenia z ubezpieczeniami assistance. Zapewne uznano, że jeżeli można było zarządzić organizacją pomocy poszkodowanym na drodze, w czasie rzeczywistym, bezpośrednio po zdarzeniu – co wydawało się wówczas najtrudniejsze – to tym bardziej możliwa będzie online’owa obsługa klienta także w momencie zgłaszania przez niego szkody i potem w całym procesie jej obsługi.

Najważniejszym wnioskiem płynącym z tamtych doświadczeń było stwierdzenie, że **nie trzeba już mieć fizycznie likwidatora w prawie każdej miejscowości w Polsce, żeby umożliwić klientowi skuteczne zgłoszenie szkody w całym kraju, a także by dokonać na jego rzecz wypłaty odszkodowania pod dowolnie wskazany adres**. Niewątpliwie w decyzjach ówczesnych decydentów ubezpieczeniowych przeważały też directowe zalety związane z możliwościami kontroli wystandaryzowanych szkód wraz z ujednoliconymi procedurami ich obsługi oraz podejmowania decyzji, dokumentowanych w ramach tego samego systemu informatycznego. Nie bez znaczenia musiały być także koszty osobowe, zdecydowanie niższe niż w przypadku sieci placówek terenowych. Zwłaszcza gdy na dodatek to tańsze call center mogło przyjmować zgłoszenia szkód nawet przez 24 godziny na dobę. Direct pokazał, że możliwe jest wyeliminowanie jednego z największych problemów tradycyjnego, zdecentralizowanego modelu obsługi szkód, czyli niespójności i nieporównywalności decyzji poszczególnych likwidatorów danego ubezpie-

czyciela. W analogicznych sprawach szkodowych w różnych częściach kraju mogły bowiem zapadać kompletnie różne decyzje, w zależności od tego, kto i gdzie je podejmował i kto nadzorował. W scentralizowanym modelu direct, w którym wszystko odbywa się w jednym systemie informatycznym, wymuszającym kolejne czynności i decyzje w postępowaniu likwidatora, takiej możliwości po prostu nie ma. Procedura zgłoszenia szkody, procedura rozpatrywania roszczenia, procedura zatwierdzania kwoty odszkodowania i procedura wypłaty jest zawsze taka sama, niezależnie od miejsca, w którym zaszło zdarzenie, miejsca pobytu poszkodowanego, a także indywidualnych preferencji czy doświadczeń likwidatora.

Po scentralizowaniu procesu likwidacji szkód przyszedł czas na wprowadzenie przez tradycyjnych ubezpieczycieli scentralizowanych mechanizmów w obsłudze posprzedażowej, czyli przy śledzeniu płatności, zbiorze ratalnej składki, wykrywaniu niedopłat, a więc w zarządzaniu tymi obszarami, które zazwyczaj nie pozostawały w sferze zainteresowań pośrednika. Konsekwencją scentralizowania również tych procesów była z kolei możliwość wprowadzenia kontroli ubezpieczyciela nad procesem odnowieniowym, i to nawet jeśli ograniczało się to początkowo tylko do przygotowywania agentom oferty odnowieniowej dedykowanej danemu klientowi.

Ostatni etap implementacji przez tradycyjnych ubezpieczycieli rozwiązań z modelu direct umożliwił zakładom – oczywiście

„Jeszcze w 2000 r., czyli w okresie gdy startował pierwszy w Polsce direct, rynkowym standardem organizacyjnym ubezpieczycieli była centrala i rozbudowana sieć terenowa.”

**Sława
Cwalińska-Weychert**
jest wiceprezesem UFG.



przy ścisłej współpracy z ich pośrednikami – zautomatyzowanie znacznej części czynności również w procesie sprzedaży. Poczynając od online’owego przygotowywania ofert, poprzez wyliczanie wariantów składki i wystawianie polis w systemie, aż po automatyzację procedur rozliczania produkcji. W konsekwencji pozwoliło to na coraz śmielsze wprowadzenie informatycznych systemów monitorowania i nadzorowania sprzedaży. Ostatecznie ówczesni ubezpieczyciele przygotowali, wdrożyli, a następnie udostępnili agentom programy informatyczne, które dzisiaj pozwalają im przygotować oferty w masowej skali, a także online sprawdzić szkodowość klienta, wyliczyć dla niego składkę, i to w wielu wariantach ochrony. A potem, na podstawie tych samych danych i bezpośrednio w systemie informatycznym danego ubezpieczyciela, zawrzeć umowę ubezpieczenia i wydrukować gotową polisę, zgodną 1:1 z danymi wprowadzonymi wcześniej do systemu, w którym odbywała się cała obsługa procesu sprzedaży. Od wielu lat sprzedaż ubezpieczeń w Polsce jest sprzedażą wielokanałową – od multiagenta i jego OWCE, poprzez agenta wyłącznego, pracownika własnego ubezpieczyciela, aż po direct, sprzedaż online, czy też programy afiliacyjne, partnerskie itd. Jednak wielość tych form obsługi klienta kończy się w tym samym miejscu. Polisa klienta dla konkretnego produktu w danym zakładzie ubezpieczeń jest zawierana na podstawie oceny ryzyka szacowanego zawsze w ten sam sposób, a taryfa modelowana jest na wspólnych dla wszystkich kanałów sprzedaży zasadach i parametrach. **Proces zawierania umowy, potwierdzony wystawianiem polisy, faktycznie dokonuje się w systemie informatycznym ubezpieczyciela, i to niezależnie od tego, gdzie się fizycznie odbywa.** Oczywiście równolegle funkcjonują także wyodrębnione programy ubezpieczeniowe za swoją specyfiką, np. programy flotowe, ale nawet one ostatecznie referują i raportują do tego samego centralnego systemu informatycznego ubezpieczyciela, w którym są następnie obsługiwane – choćby w procesie likwidacji szkód.

W każdym ze wskazanych obszarów mówimy o pracy w scentralizowanym systemie informatycznym ubezpieczyciela. Natomiast to właśnie te systemy pozwoliły ubezpieczycielom zasilać bazę UFG danymi o coraz lepszej jakości. Od dawna już bowiem funkcjonują mechanizmy walidacyjne, które wychwytyują i zwracają ubezpieczycielom błędne rekordy, np. niewłaściwa pisownia adresu, numeru PESEL czy numeru rejestracyjnego. Jednocześnie baza danych UFG pozwala ubezpieczycielom, już na etapie tworzenia wniosku, zweryfikować w czasie rzeczywistym (jeżeli proces przebiega online) lub w czasie zbliżonym do rzeczywistego ocenę ryzyka danego klienta dokonywaną w systemach informatycznych ubezpieczyciela. Dane z tych systemów – wspomagane danymi z bazy UFG – przedstawiają więc rzeczywistą informację o przebiegu szkodowości danego klienta na przestrzeni ostatnich lat. Przy czym wszystkie procesy tej weryfikacji przebiegają na tych samych zasadach w każdym kanale dystrybucji ubezpieczyciela, zarówno w sprzedaży agencyjnej, jak i multiagencyjnej, a także w sprzedaży online lub telefonicznej.

Wszystko to stało się możliwe dzięki temu, że ubezpieczyciele stworzyli biznesowe modele i systemy, w których zarządzają informacją o kliencie i ryzyku z nim związanym w czasie rzeczywistym, w scentralizowanych narzędziach informatycznych, połączonych dodatkowo z jedną – wspólną dla całego rynku – bazą danych o wszystkich klientach, ubezpieczonych, a nawet nieubezpieczonych, pojazdach, a także ich polisach i szkodach, czyli ogólnopolską bazą polis komunikacyjnych – OI UFG.

KONIECZNE ZMIANY W OTOCZENIU

Żeby jednak powyższe mogło się wydarzyć, musiał wcześniej zaistnieć szereg okoliczności m.in. rynkowych, prawnych, społecznych, technologicznych, które pozwoliły wdrażać kolejne etapy zmian w zarządzaniu portfelem ubezpieczeń komunikacyjnych i relacjami z klientem. Bo przecież na początku lat 90. wdrożenie modelu opartego na scentralizowanym zarządzaniu interakcjami z klientami było technologicznie niemożliwe. Ale już wprowadzenie w połowie lat 90. Audatexu i Eurotaxu, czyli narzędzi, które pozwalały kalkulować szkody na zasadzie zobiektywizowanych norm i wartości, ustalanych przez producentów pojazdów, spowodowało, że można było zastosować pierwsze mechanizmy porównywania i kontroli decyzji likwidatorów, a także systemowo raportować i analizować wartości wypłacanych odszkodowań. Ważną rolę odegrała tutaj oczywiście rozbudowa ubezpieczeniowych baz danych, które umożliwiły gromadzenie stale rosnących danych. Musiały się więc także pojawić efektywne modele i narzędzia analityczno-raportowe, które pozwoliły na przetwarzanie i udostępnianie wszystkich zebranych danych.

Model direct nie byłby oczywiście możliwy również bez telefonu, a później także internetu. Musiał więc najpierw nastąpić – dzisiaj nie do uwierzenia! – rozwój sieci telefonii stacjonarnej, a zaraz później telefonii komórkowej, a jeszcze później sieci informatycznych, tak żeby sam telefon i internet stały się naturalnym narzędziem komunikacji klienta z ubezpieczycielem. I to na wszystkich etapach życia polisy. Zarówno na etapie sprawdzania oferty ubezpieczeniowej, zgłaszania szkody, jak i kontrolowania przebiegu jej likwidacji.

Jak się dziś wydaje, rynek ubezpieczeń wyjątkowo dobrze wykorzystał wszystkie pojawiające się społeczno-prawno-technologiczno-logistyczne możliwości. Nie ulega wątpliwości, że technologiczny rozwój – z czego nie zawsze zdajemy sobie sprawę – jest niebywały nie tylko na tle innych obszarów krajowego rynku finansowego, czy w ogóle rynku usług w Polsce, ale też w porównaniu z innymi europejskimi rynkami ubezpieczeniowymi. Często nie pamiętamy, że dzięki temu, że wystartowaliśmy, zwłaszcza w obszarze usług finansowych, dużo później niż rozwinięte rynki w Europie Zachodniej – nie byliśmy aż tak obciążeni archaicznymi – z dzisiejszej perspektywy – usługami, formami działalności czy rozwiązaniami oferowanymi i utrwalonymi przez lata, które niezwykle trudno jest przebudować, unowocześnić lub zmienić. Na polskim rynku ubezpieczeniowym, zwłaszcza nowo startującym zakładom, dosyć łatwo przyszło wdrożyć rozwiązania i modele oparte na nowoczesnych technologiach informatycznych. Trudno uwierzyć, ale w Europie dopiero teraz dyskutuje się, czy i jak stworzyć spójne, w miarę jednolite zaświadczenie o przebiegu ubezpieczenia, które mogłoby być respektowane we wszystkich krajach unijnych. Polski rynek ubezpieczeniowy już takie rozwiązanie ma. UFG posiada bazę danych o ubezpieczonych, poszkodowanych i sprawcach wypadków komunikacyjnych, która pozwala każdemu klientowi, po utworzeniu indywidualnego konta na portalu Funduszu, pobrać z niego informację o historii swoich ubezpieczeń i szkód w zakresie OC i AC. Informacja ta może być udostępniona w jednym z 3 języków i może stanowić podstawę do ubiegania się o zniżkę bonus-malus w unijnym kraju jego aktualnej aktywności życiowej lub zawodowej, np. Niemczech czy Wielkiej Brytanii.

W Polsce – dzięki temu, że dopiero w latach 90. rozpoczęliśmy budowę prawdziwego rynku usług finansowych, a jednocześnie

tkwiliśmy w głębokim niedorozwoju telekomunikacyjnym – zmuszeni byliśmy pominąć kilka etapów w rozwoju usług obu tych branż. Od braku telefonów i kolejek (!) do automatów telefonicznych przeszliśmy od razu do systemu komórkowego, który rozrósł się w błyskawicznym tempie. Podobnie w bankowości – praktycznie ominęliśmy etap płatności czekami. Z gotówki przeszliśmy od razu do kart płatniczych. **Także historia naszego rynku ubezpieczeń, zwłaszcza w modelu direct, tworzyła się razem z nowymi możliwościami technologicznymi.** Firmy, które powstawały na początku nowego stulecia, mogły już sięgać do tych nowych technologii. Wcześniej w przypadku firm ubezpieczeniowych powstających w latach 90., wykorzystywany był model tradycyjny, oparty na rozproszonej strukturze terenowej w obsłudze likwidacyjnej i pośrednictwie lokalnych agentów, bo alternatywnych rozwiązań wówczas po prostu nie było! Jednak nawet w obrębie tych tradycyjnych rozwiązań, już w drugiej połowie lat 90., pojawiły się pierwsze próby implementacji systemów informatycznych, głównie w kontroli i nadzorze nad procesami szkadowymi, choć dalej w rozproszonych strukturach terenowych ówczesnych ubezpieczycieli. Poczynając od Warty, ze stworzonym na jej potrzeby przez Prokom – Zintegrowanym Systemem Informatycznym (ZSI!), który miał umożliwić kontrolę najpierw szkód, a potem polis w jednym systemie, poprzez Hestię, która budowała własne systemy informatyczne i za ich pośrednictwem próbowała zarządzać relacjami z klientem, aż po Link4, który cały swój model biznesowy oparł na jednym scentralizowanym systemie informatycznym, w którym wszystkie procesy sprzedażowe, posprzedażowe i szkadowe odbywały się online w czasie rzeczywistym. Zasadą w systemie Link4 było to, że klient w każdym z tych procesów kontaktuje się bezpośrednio z tą samą bazą danych. Kolejni ubezpieczyciele wchodzący wówczas na polski rynek, jak Liberty, Axa Direct czy Proama, już w sposób oczywisty opierali swoje rozwiązania biznesowe na podobnym modelu scentralizowanego zarządzania relacjami z klientem i procesami jego obsługi, nawet jeśli w części sprzedażowej włączały do swoich procesów pośrednictwo agentów. W konsekwencji **w bardzo krótkim czasie okazało się, że trudno sobie wyobrazić skuteczne konkurowanie na polskim rynku ubezpieczeniowym bez zastosowania tych rozwiązań i służących im narzędzi informatycznych.** Dodatkowo na dynamikę zmian na polskim rynku ubezpieczeń komunikacyjnych niewątpliwie wpłynęło powstanie centralnej, ogólnopolskiej bazy polis ubezpieczeń OC ppm, co wynikało wprost ze spełnienia standardów unijnych. Ale i tutaj nasz ustawodawca poszerzył – w stosunku do wymogów unijnych – zakres danych gromadzonych w bazie UFG o informację na temat polis AC oraz zdarzeń szkadowych z OC i AC, dzięki czemu mamy dziś w tej bazie pełen obraz historii ubezpieczeń i szkód naszych klientów, z którego ubezpieczyciele bez ograniczeń mogą korzystać do realizacji wszystkich swoich procesów operacyjnych, a także do oceny ryzyka i tworzenia własnych modeli taryfowych.

EWOLUCJA W TEMPIE REWOLUCJI

W bardzo krótkim okresie zaszły na naszym rynku ubezpieczeniowym zmiany, które odczuliśmy bardziej jako ewolucję niż rewolucję, choć w swojej istocie przecież były one rewolucyjne. Możemy powiedzieć, że **w ostatnich 15 latach przeżyliśmy jedną z najszybszych ewolucji w historii świata.** Osiągnęliśmy wszystkie korzyści wynikające z przebudowy i zmian całego rynku, bez kosztów typowych dla rewolucji, burzenia i niszczenia przeszłości. Udało się coś, z czego powinniśmy być dumni. I dzięki temu, że już większość nowoczesnych rozwiązań i technologii zostało zaimplementowanych, możemy się dzisiaj skoncentrować na doskonaleniu i rozwijaniu kolejnych obszarów. □

Wokół startu directu

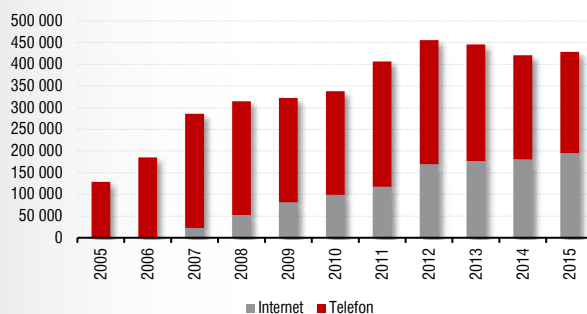
W ankiecie przeprowadzonej w 2001 r. przez Pentor na zlecenie Polskiej Izby Ubezpieczeń ubezpieczeniowcy zostali zapytani o najważniejsze kanały dystrybucji. Anketowani ocenili, że w 2001 r. w sprzedaży dominują agenci (95% przedstawicieli ubezpieczycieli majątkowych wskazało ten kanał, a 100% przedstawicieli ubezpieczycieli życiowych), kolejnym ważnym kanałem są własne placówki towarzystw (odpowiednio 75% i 70% anketowanych tak oceniło). Życiowcy poproszeni o prognozę na za 5 i za 10 lat stwierdzili, że nadal najważniejszym kanałem będą agenci, ale aż 74% z nich wskazało internet jako ważny kanał dystrybucji, dalej: brokerzy (41%) i banki oraz poczta (39%). Z kolei majątkowcy spodziewali się, że najważniejszym kanałem będą brokerzy (57% odpowiedzi), internet (53%) i agenci (51%). Na multiagencję postawiło 38% anketowanych, a na placówki własne 35%.

Według badania przeprowadzonego przez KPMG wśród internautów w 2007 r. co piąty anketowany zadeklarował, że kupił ubezpieczenie przez telefon lub internet, a dziewięciu na dziesięciu przepytanych internautów przyznało, że wykorzystuje internet do szukania informacji przed zakupem.

W 2003 r. ze sprzedażą bezpośrednią wystartowało Link4. W kanale bezpośrednim swoich sił próbowali także: MTU, Generali i Signal Iduna. Wysyp inicjatyw directowych miał miejsce od końca 2006 r. i przez 2007 r. Wtedy ruszyły: Benefia24, Axa, Allianz Direct, BRE Ubezpieczenia, Liberty Direct, Commercial Union Direct oraz Link4Life.

W 2016 r. udział directu w rynku wynosił 1,1%.

Przypis składki brutto z ubezpieczeń majątkowych sprzedawanych przez internet i przez telefon (w tys. zł)



Źródło: Biuletyny roczne KNUIFE i KNF

Idea pomocy się nie starzeje

Przez lata istnienia rynku ubezpieczeń zmieniło się bardzo wiele. Zmienili się ludzie, zmieniło się otoczenie gospodarcze, zmieniły się warunki, w jakich pracujemy. Zaszły niesamowite zmiany technologiczne. Ale idea assistance jest niezmienna i bardzo prosta: trzeba komuś pomóc. – TOMASZ FRĄCZEK

Nie ma jednej dobrej odpowiedzi na pytanie, co zmieniło się w ubezpieczeniach i w usługach pomocowych przez ostatnie 30 lat funkcjonowania rynku czy nawet z perspektywy 20 lat funkcjonowania Mondial Assistance. Tak jak nie ma jednej dobrej odpowiedzi na pytanie, co zmieniło się w naszym kraju w tym czasie. Można by powiedzieć, że w zasadzie zmieniło się wszystko. Ale przecież są i rzeczy niezmiennie. W assistance jest to idea naszego działania – ciągle taka sama i w gruncie rzeczy bardzo prosta: trzeba komuś pomóc.

WYZWANIE POMOCY OD SOŁTYSA

Najłatwiej chyba zauważyć zmiany technologiczne. W naszym przypadku najbardziej widoczne i pokazujące rozwój firmy są te związane ze sposobami komunikowania się z nami. W naszym obszarze działania komunikacja to podstawa. Zaczynamy działać, kiedy klient da nam znać o swoim problemie. Dziś każdy ma telefon komórkowy pod ręką i w każdej chwili może się z nami skontaktować. Ba! Dziś funkcjonują już takie systemy jak b-call czy e-call, które nie wymagają nawet, by osoba potrzebująca pomocy sama wykonywała połączenie, bo – upraszczając nieco – jej samochód sam do nas dzwoni. A kiedy zaczynaliśmy pracę, to mało kto miał telefon komórkowy. W razie awarii na drodze wyzwanie pomocy trzeba było zacząć od znalezienia gdzieś aparatu telefonicznego – nierzadko dopiero w najbliższej wsi, u sołtysa.

ŚWIATŁOWÓD: I STAŁA SIĘ JASNOŚĆ

Ale komunikacja nie tylko od strony klienta była wyzwaniem. My również musieliśmy być gotowi te zgłoszenia przyjmować. A to wcale nie było oczywiste, że będzie się można do nas bez problemu dodzwonić. Zaczynaliśmy w czasach, gdy na rynku był jeden operator, a załatwienie z nim czegokolwiek wymagało cierpliwości... takiej na 90 dni, bo takie były terminy rozpatrywania spraw. A przecież do nas ludzie non stop dzwonili i nie mogliśmy sobie pozwolić na takie terminy oczekiwania, aż coś zostanie poprawione. Nie było światłowódów, bazowaliśmy na parach miedzianych, które były niestety wówczas bardzo zawodne i nie były w stanie obsługiwać takiego ruchu, jaki był generowany przez nasze centrum operacyjne. Ostatecznie postanowiliśmy sami zainwestować we własny światłowód. To była gigantyczna inwestycja, ale z perspektywy czasu mogę powiedzieć, że z pewnością opłacalna. Można bowiem powiedzieć, że od tej chwili u nas „stała się jasność”. Można było się do nas dodzwonić, tak po prostu, bez problemów. Stało się to wręcz jednym z głównych

punktów rozmów handlowych z naszymi przyszłymi partnerami ubezpieczeniowymi. Na dalszy plan schodziły tematy takie jak sieć podwykonawców, standardy, poziom obsługi. Pamiętam, że mówiłem: „Do nas się można dodzwonić w 10 sekund” i nikt mi nie wierzył. Wręcz standardem stało się, że moi rozmówcy chwyтали po takiej deklaracji za telefon i wykręcali do nas numer. I rzeczywiście się dodzwaniali. Myślę, że to niejednokrotnie przechyliło szalę w negocjacjach na naszą korzyść.

W późniejszych latach nasza dostępność była też zresztą wykorzystywana przez żartownisiów, głównie dzieci. Kiedy pojawiła się moda na darmowe połączenia zaczynające się na 0-800, doświadczaliśmy wysypu telefonów z nieprawdziwymi zgłoszeniami. A najwięcej takich połączeń odbieraliśmy – dziwnym zbiegiem okoliczności – w czasie długich przerw w szkołach...

OD FAKSU DO AUTODISPATCHINGU

U początków działania nie miałym wyzwaniem było też wymyślenie, w jaki sposób mamy się kontaktować z naszymi podwykonawcami. Zaczynaliśmy w erze, gdy przełomowym rozwiązaniem wydawały się faksy. Sądziliśmy, że ten rodzaj komunikacji będzie najbardziej adekwatny do wysyłania zleceń np. właścicielom holowników. Musieliśmy jednak szybko zweryfikować nasze plany, bo okazało się, że 3/4 holowników faksu nie ma... To było jednak dość drogie urządzenie.

Niemal o tym dyskutowaliśmy, jak najlepiej zleceniami zarządzać. Wystawienie komuś zlecenia i uzyskanie potwierdzenia było naprawdę konkretnym zadaniem. A dziś? Dziś wystarczy mail lub nawet zlecenie w aplikacji – nikt się nad tym nie zastanawia. Nawet udział człowieka jest ograniczony do minimum, bo **korzystamy z autodispatchingu – operator nie musi nigdzie dzwonić. Wystarczy, że wystawi zlecenie, a już w tle szuka się najlepiej pasujący dostawca, który musi tylko zatwierdzić jednym przyciskiem, że się zlecenia podejmuje.**

Kiedyś też standardem było, że musimy mieć holowniki z naszej sieci porozstawiane co 50 km wzdłuż głównych dróg, by była szansa na utrzymanie zakładanych przez nas czasów dojazdu do osoby potrzebującej pomocy. Dziś możemy zarządzać tym już dużo sprawniej i dużo sprytniej. Choć oczywiście nadal zarządzanie siecią wiąże się z różnymi wyzwaniami, m.in. z ciągłym monitorowaniem jakości usług. I to się nie zmienia – tak, jak kiedyś wymagaliśmy od naszych podwykonawców spełniania odpowiednich standardów, tak i dziś od nich tego wymagamy. I tak, jak kiedyś niektórych partnerów z sieci musieliśmy wykluczać, tak i dziś czasem taką decyzją podejmujemy. Choć trzeba

powiedzieć, że większość naszych partnerów sprawdza się świetnie, a są i tacy, dla których wręcz nie ma rzeczy niemożliwych – wszystko potrafią i są zawsze dostępni. Są i tacy, którzy wstaną od wieczerzy wigilijnej i pojadą pomagać komuś, kto utknął gdzieś w zepsutym aucie w ten zimowy wieczór – tak, by on na swoją wigilię szczęśliwie dotarł.

CZUĆ DUMĘ Z POMOCY

I to jest właśnie ta idea pomocy, która przyświeca wszystkim naszym działaniom. Pomocy, która daje nam wielką satysfakcję i radość z naszej pracy. Oczywiście dziś przy tysiącach rozwiązywanych przez nas spraw, coraz więcej w nas rutyny, a coraz mniej emocji. Coraz więcej zamykamy w standardach i schematach postępowania, które – rzecz jasna – muszą być, by tak duża fabryka pomocy działała bez szwanku. W pierwszych latach działania z pewnością tego entuzjazmu i zachwytu pomocą było w nas więcej. Nie chciałbym wyjść na człowieka zapatrzonego w tzw. stare dobre czasy, ale mam wrażenie, że wtedy było w nas więcej radości. Dziś jesteśmy przyzwyczajeni, że chociażby te wspomniane telefony działają bez zarzutu, a wtedy to była satysfakcja, gdy zaczęły dobrze działać. Jak się komuś udało pomóc na Spitzbergenie, to w całej firmie była radość. Jak w okolicach Florydy naszemu klientowi rekin odgryzł nogę, a my błyskawicznie zorganizowaliśmy pomoc – wysłaliśmy helikopter straży przybrzeżnej, znaleźliśmy szpital z lądowiskiem dla helikopterów i umówiliśmy operację, tak że klient w niecałą godzinę po zdarzeniu już był operowany – to w całej naszej załodze była ogromna duma. Taka uczciwa

duma z tego, że naprawdę dobrze się spisaliśmy i uratowaliśmy kogoś w dramatycznej sytuacji. Firma żyła tym przez długi czas. Pamiętam też emocje związane z pierwszym telefonem od klienta. Cały nasz skład liczył wtedy ok. 18 osób, bo mówiło się, że 15 osób to minimum, by zapewnić całodobową obsługę. Wszyscy byliśmy świetnie wyszkoleni, jak działać, co mówić, kiedy klient zadzwoni, jak się przywitać i jakie pytania zadawać. I wreszcie pierwszy klient zadzwonił. Było nas wtedy w biurze niecałe dziesięć osób i wszyscy jak jeden mąż zdębieliśmy. A telefon dzwoni. Po dobrych kilku sygnałach ocknął się nasz dyrektor operacji i podniósł słuchawkę, ale oczywiście wszystkie procedury wyleciały mu z emocji z głowy... i powiedział najwyklejsze: „halo”. Rozbawił nas tym wszystkich, emocje puściły i zaczęliśmy działać już normalnie. Ale ten szok z pierwszego dnia trudno zapomnieć. A teraz pracuje u nas ok. 400 osób... i nikt już nie zaczyna rozmowy z klientem od „halo”.

Az nadal zdarzają się sytuacje, przy których zdarza nam się na chwilę zdębieć lub nabrać podejrzeń, że zgłaszający robi sobie z nas żarty. Tak było np. w przypadku klientki, która zadzwoniła zgłosić, że siedzi na drzewie na safari i nie może zejść, bo na to drzewo zapędził ją nosorożec... Choć historia wydaje się dość humorystyczna, to pani z pewnością nie było do śmiechu, a i dla nas nie było to wcale łatwe zlecenie, począwszy od konieczności zlokalizowania klientki na jednym z afrykańskich drzew. To jedno z takich zleceń, które burzą rutynę, a budzą emocje i nakręcają cały zespół. I dobrze, że takie się pojawiają, bo dzięki nim wciąż żywy jest ten duch assistance, który tak mocno towarzyszył nam w pierwszych latach działania firmy. □

„W razie awarii na drodze wzywanie pomocy trzeba było zacząć od znalezienia gdzieś aparatu telefonicznego – nierzadko dopiero w najbliższej wsi, u sołtysa.”

Tomasz Frączek
jest prezesem
zarządu
Mondial Assistance.



Najważniejszy jest człowiek

Przez ostatnie 25 lat w ubezpieczeniach korporacyjnych nie doszło do żadnej spektakularnej zmiany w modelu prowadzenia tego biznesu. Był underwriter, jest underwriter. Był inżynier oceny ryzyka, jest inżynier oceny ryzyka. Była analiza i cały proces wyceny ryzyka przez underwritera i nadal jest, tylko jeszcze bardziej wyrafinowany. Broker był, jest i będzie nadal. – ZBIGNIEW JEKSA

Obserwuję rynek ubezpieczeń korporacyjnych od ponad 25 lat i moim zdaniem w tym czasie nie doszło w tym obszarze do żadnej wielkiej rewolucji. Mam wrażenie, że u początków wolnorynkowych ubezpieczeń korporacyjnych wszyscy spodziewaliśmy się, że przez następne ćwierć wieku zajdą większe zmiany niż faktycznie zaszły. Nie nastąpił jednak żaden wielki przełom, tak jak w innych segmentach ubezpieczeń czy innych branżach. Rozwój biznesu korporacyjnego odbywał się raczej ewolucyjnie i tradycyjnie. Nie doświadczyliśmy w korpo przejścia na nowe technologie, radykalnej zmiany modelu dystrybucji czy metod akwizycji biznesu. I nie spodziewam się też, byśmy w najbliższej przyszłości takich rewolucyjnych zmian się doczekali. Dużo więcej zmieniło się w biznesie indywidualnym, szczególnie komunikacyjnym, czy w modelu likwidacji takich szkód. Sektor korporacyjny hołduje raczej tradycyjnym zasadom. Oczywiście, obecnie ludzi w jakiejś części wspiera technologia, a w niektórych rodzajach ubezpieczeń nawet częściowo zastępuje w pewnych czynnościach, ale w ubezpieczeniach majątkowych, technicznych czy tradycyjnym OC underwriter jest nadal niezbędny. Jestem sobie w stanie wyobrazić, że za kilkanaście lat samochód sam sobie będzie wykupywał ubezpieczenie czy zgłaszał szkodę od razu w momencie wypadku lub kolizji, ale wizja ubezpieczeń korporacyjnych bez underwriterów, przynajmniej w tej perspektywie czasowej, nie mieści mi się w głowie.

POCZĄTKI I GŁÓD WIEDZY

To, co się z pewnością w tym czasie radykalnie zmieniło, to poziom wiedzy. Teraz wiemy dużo więcej na temat ryzyka i ubezpieczeń. Gdy zaczynałem pracę w branży, w pierwszej połowie lat 90., cały rynek dopiero uczył się nowoczesnych ubezpieczeń. Underwriterzy, specjaliści ds. technicznej oceny ryzyka czy brokerzy – wszyscy zaczynali właściwie od zera. Zagraniczni ubezpieczyciele, którzy wchodzili na nasz rynek, mieli świadomość, że swoje lokalne kadry trzeba wykształcić. I kształcili je, poprzez różne szkolenia, staże. Ja akurat miałem szczęście korzystać przez wiele lat z dostępu do – można powiedzieć – światowego know-how. Wszyscy mieliśmy wtedy na polskim rynku poczucie dużego deficytu wiedzy, braku merytorycznych publikacji, dlatego zdecydowałem się przelać na papier to, czego ja miałem szansę się nauczyć, żeby podzielić się tym z innymi. Właśnie mija już 20 lat od wydania mojej książki „Ubezpieczenia majątku i zysku

firmy”. Mam poczucie, że pomimo upływu lat wiedza w niej zawarta nie zdezaktualizowała się. No może oprócz wysokości stawek, które pojawiają się w przykładach. Dziś są niestety nawet kilkukrotnie niższe.

STAWKI I KONKURENCJA

Duży biznes zawsze wydawał się i nadal wydaje się atrakcyjnym obszarem, więc co jakiś czas kolejny ubezpieczyciel chce w nim zaistnieć. Tymczasem faktem jest, że my właściwie ciągle walczymy o ten sam rynek, który co prawda rośnie, ale realnie ten wzrost nie jest duży, co najwyżej zbliżony do wzrostu PKB. Jednocześnie liczba chętnych, by wykroić z tego tortu coś dla siebie, jest coraz większa i zarazem wszystkim rośnie apetyt. Bolaćką ubezpieczeń korporacyjnych jest brak stabilności cen na poziomie adekwatnym do poziomu ryzyka. Abstrahując od sytuacji szczególnych, powinniśmy stopniowo, małymi krokami budować oczekiwaną cenę, podnosić ją regularnie do poziomu dającego szansę na chociażby niewielki zysk. Szczególnie że stale rośnie szkodowość frekwencyjna i nie jest to tylko wynik anomalii pogodowych. W pewnym stopniu przyczynia się do tego również rozwój nowoczesnych technologii, powszechne oszczędzanie na wszystkim, na materiałach, na pracownikach. Teraz nie produkuje się już maszyn czy urządzeń na lata. To wszystko przekłada się negatywnie na jakość i bezpieczeństwo, a w efekcie zwiększa ryzyko powstania i skali szkód m.in. w ubezpieczeniach inżynierskich, OC oraz majątkowych.

GRACZE

Polska nadal wydaje się rynkiem perspektywnym dla ubezpieczeń. W zasadzie, w ciągu ostatniego ćwierćwiecza pojawiła się tutaj prawie cała śmietanka zachodnich ubezpieczycieli, w tym specjalizujących się w biznesie korpo. Wchodzące na rynek firmy w zdecydowanej większości przypadków decydowały się na tworzenie struktur regionalnych dla tego biznesu, wiedząc, że relacja z brokerem lokalnym, relacja z klientem jest tutaj kluczowa. Ubezpieczenia korporacyjne to duże umowy, przy których trzeba poznać człowieka będącego po drugiej stronie. Operujemy kwotami idącymi w setki, a nawet w miliony złotych składki, a przy takich kwotach klient czy broker potrzebuje drugiego człowieka, najlepiej takiego, którego zna i któremu ufa. Potrzebuje sprawnego i lokalnego serwisu, spotkania na miejscu, w swoim mieście czy

regionie, a tego nie zapewni serwis prowadzony z Warszawy. Model centralnego prowadzenia biznesu korpo, moim zdaniem nigdy nie będzie równie skuteczny i efektywny. Widać zresztą, że największy sukces w biznesie korporacyjnym odnosili i odnoszą obecnie ci ubezpieczyciele, którzy poza mocną centralą, posiadają też silne regionalne struktury z wysokimi kompetencjami biznesowymi.

PRODUKTY

Ostatnie ćwierćwiecze to też rozwój produktów. Tu zaszły naprawdę duże zmiany. Pojawiły się nowe ubezpieczenia – takie jak chociażby BI, które jeszcze 20 lat temu było dla większości tematem nieznanym. A dziś wykupuje je zdecydowana większość firm produkcyjnych – w zasadzie w tym zakresie ubezpieczone jest prawie każde poważne i duże przedsiębiorstwo produkcyjne, które ma dobrego brokera. W branżach nieprodukcyjnych odsetek jest mniejszy, ale z pewnością ten rodzaj ochrony się upowszechnia, także wśród mniejszych klientów, chociaż wolniej, niż kiedyś przewidywałem. Ubezpieczenia D&O, wszelkiego rodzaju ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, w tym zawodowej – rozwijały się prężnie przez cały ten okres i z pewnością będą się jeszcze bardziej rozwijać. Z kolei chyba jeszcze klienci muszą trochę dorosnąć do ubezpieczeń ryzyk cyber. Na razie jest to w Polsce temat bardziej medialny niż

w praktyce funkcjonujący. Ale z pewnością jest to przyszłość rynku i docelowo ubezpieczenie cyberrisk znajdzie się w repertuarze produktowym większości ubezpieczycieli. Siłą rzeczy będzie to jedno z podstawowych ubezpieczeń dla każdej firmy opartej na technologiach.

Ale oprócz wprowadzania nowych produktów, doszło do dużych zmian m.in. w zakresach i konstrukcji już istniejących ubezpieczeń. **Wyraźnie upowszechniły się ubezpieczenia all risks. Gdy kilkanaście lat temu w mojej poprzedniej firmie wprowadzałem takie OWU w ubezpieczeniach majątkowych, to spotykałem się z opiniami z rynku, że tak szeroki zakres doprowadzi firmę do bankructwa.** Oczywiście nie doprowadził, a ubezpieczenia od wszystkich ryzyk od lat są już standardem na rynku.

Kolejnym trendem wartym zauważenia jest postępujące od dłuższego czasu upraszczanie produktów. Tego nie da się zatrzymać. OWU – długie na 30 czy więcej stron – dziś nie mają już prawa bytu. Coraz więcej kwestii dotyczących ubezpieczeń jest już – jak wiadomo – uregulowanych w prawie i nie ma sensu ich przepisywać. OWU stały się krótsze, prostsze i bardziej zrozumiałe, ale to dopiero początek zmian. Być może kiedyś OWU nie będą już miały wyłącznie formy tekstowej, pisanej drobnym drukiem, tylko będzie to infografika, z jakimś dodatkowym opisem. □

„U początków wolnorynkowych ubezpieczeń korporacyjnych wszyscy spodziewaliśmy się, że przez następne ćwierć wieku zajdą większe zmiany niż faktycznie zaszły.”

Zbigniew Jęksa
jest dyrektorem
zarządzającym
ds. sprzedaży
korporacyjnej, Axa.



Od ołówka do automatu

Każda firma ubezpieczeniowa, która chciała mieć likwidację na odpowiednio wysokim poziomie, musiała przejść kilka kluczowych zmian. Pierwszą z takich cegiełek było wydzielenie likwidacji w strukturach firmy. – JAROSŁAW MATUSIEWICZ

Kiedy zaczynałem swoją przygodę z ubezpieczeniami – jako likwidator szkód – do klienta jechało się z kartką, ołówkiem i cennikiem, w którym znajdowały się stawki podyktowane przez rady rzemieślnicze. Od tego czasu likwidacja zmieniła się diametralnie. Najszybciej zmieniła się likwidacja szkód komunikacyjnych – to ona wyznaczała trendy i dla pozostałej części likwidacji, i w niektórych kwestiach w ogóle dla całego rynku.

CENNIKI

Pierwszym rewolucyjnym krokiem w likwidacji było wejście na rynek takich firm jak Eurotax czy Audatex. Wcześniej cenniki dla likwidatorów były tworzone na podstawie wytycznych od rady rzemieślniczej, czyli w zasadzie głównego interesariusza. Kiedy więc weszły zewnętrzne firmy, które w swoich kalkulatorach przyniosły normy produkcyjne, dużo bardziej obiektywne niż te od warsztatów, zmiana była duża. Zwłaszcza że wiązało się to również z przejściem na kalkulację na komputerze, choć oczywiście te pierwsze cenniki były w DOS-ie, na czarnych ekranach, a między poszczególnymi pozycjami przesakiwało się poprzez klikanie strzałkami.

WYDZIELENIE LIKwidACJI

Druga niezwykle istotna zmiana w likwidacji to wydzielenie jej w strukturach ubezpieczyciela. Kiedy ten proces się zaczynał, PZU miało 70% rynku i mocno opierało się na jednostkach regionalnych. W takiej jednostce – inspektoracie – lokalnie obsługiwano sprzedaż, likwidację, sprawy kadrowe, księgowe. Inspektorat tworzył w zasadzie własny samowystarczalny mikrosystem. Moim kolegom (myślę tu m.in. o Rafale Staniewicz, Tomku Tarkowskim) i mnie wyznaczono wtedy dość karkołomne zadanie: zabranie likwidacji ze struktur tych inspektoratów. To była rewolucja organizacyjna. I niezwykle trudne wyzwanie również pod kątem ludzkim – zwłaszcza w mniejszych miastach – chodziło i o ambicje, i o realną władzę, jaką miał ten, kto na takim jeszcze nieco dzikim rynku miał moc podejmowania decyzji w sprawie odszkodowań. **Twardy rozdział likwidacji od sprzedaży i doprowadzenie poprzez centralizację procesów do spójności w decyzjach likwidacyjnych, tak by zniwelować dotychczas wyraźne różnicowanie regionalne – to były cele, które trzeba było osiągnąć.**

MAŁE KROKI O DUŻYM ZNACZENIU

Potem pojawiły się kolejne cegiełki, które każda firma musiała dołożyć, by poziom serwisu likwidacyjnego wzrósł. Po pierwsze: specjalizacja w likwidacji, czyli podział na likwidatorów tech-

nicznych i merytorycznych. Na tych, którzy robią oględziny, i tych, którzy liczą.

Następny krok – call center, a później możliwość zgłaszania szkody przez stronę internetową. Kiedy Unia umieściła w 2007 r. formularz do zgłaszania szkody na swojej stronie, już pierwszego dnia, bez żadnej reklamy i żadnej informacji, pojawiły się 4 zgłoszenia. To pokazuje, że klienci już wtedy tego oczekiwali. Oczywiście na tym etapie nie było mowy o jakiegokolwiek automatyzacji w przyjęciu zgłoszenia. Klient wypełniał formularz i ten formularz trafiał do pracownika, który dopiero wprowadzał zgłoszenie do systemu. Ale to był początek i otwarcie się na nowe sposoby komunikacji z klientem.

Kolejny przełom to wprowadzenie likwidatorów mobilnych. Kiedyś, jeśli tylko pojazd klienta był na chodzie, to podjeżdżał on na oględziny. Likwidatorzy wyjeżdżali tylko do najpoważniejszych szkód. A potem nastąpiła zmiana – w dużej mierze mentalna: **to my jedziemy do klienta, a nie on do nas, nie „ciągamy” go, nie wzywamy na oględziny, to my się dopasowujemy.** Dziś likwidator przyjeżdża nawet do symbolicznego rozbitego lusterka. Nasz rynek przyjął tę zmianę bardzo naturalnie. Pamiętam jednak, że kiedy w 2013 r. zaproponowałem wprowadzenie likwidatorów mobilnych w Rumunii, gdzie wówczas pracowałem w ramach projektu Unia International, to spotkałem się z dużym oporem. Na cały Bukareszt ubezpieczyciel miał jedno centrum likwidacyjne, do którego ściągał wszystkich klientów na oględziny, i był przekonany, że to wystarczy...

I w końcu: szybka ścieżka likwidacji. Akurat w naszej firmie w tym przypadku to majątek wyprzedził komunikację, bo jeszcze za czasów Filara klientom dano możliwość likwidacji mniejszych szkód bez oględzin. Myślę, że Filar był jednym z prekursorów tego rozwiązania, które po jakimś czasie stało się *must have* w każdej firmie. Rozwiązania, które ciągle są udoskonalane – rezygnacja z oględzin, oględziny na podstawie opisu szkody dokonanego przez klienta, na podstawie zdjęć, na podstawie MMS-ów, oględziny zdalne, oględziny przez aplikację, aplikacje do samolikwidacji szkody. To wszystko pokłosie tej koncepcji sprzed nastu lat, że nie musimy każdej szkody zobaczyć na żywo. Oczywiście początki nie zawsze były łatwe – chociażby do obsługi szkody nie można było zatrudnić bardzo doświadczonego likwidatora, bo taki „stary wyjadacz” nie wypłaciłby żadnej szkody, której nie dotknął i nie zobaczył. Z kolei mało która osoba bez doświadczenia nadawałaby się do zdalnej oceny

szkody, bo do tego trzeba mieć dobre rozeznanie i wyczucie. Oprócz wyzwań organizacyjnych mierzyliśmy się też z wyzwaniami kadrowymi.

TECZKA ELEKTRONICZNA

Z pewnością rynek zmieniło też wprowadzenie teczki elektronicznej. Kiedyś każda szkoda była dokumentowana na papierze. Do szarej teczki, z papieru niskiej jakości, trafiały wywołane zdjęcia wraz z kliszami, opis, wyliczenia, faktury, numerowane załączniki, na końcu podpisy – w zależności od rangi sprawy i kompetencji likwidatora: jeden, dwa lub nawet trzy. Potem teczki zostały zastąpione przez skoroszyty, do których wpinaliśmy kolejne dokumenty. **Z czasem zaczęliśmy się cyfryzować. I nie była to zmiana wyłącznie technologiczna. Potrzebna była też zmiana mentalności.** Na początku wiele osób przyzwyczajonych do papieru i tak całą dokumentację drukowało, kolejne pozycje odhaczało ołówkiem na wydruku. W niektórych przypadkach trzeba było wręcz zabrać drukarki...

Poza przyzwyczajeniem do papieru musieliśmy też zwalczyć w sobie przemożną chęć dokumentowania wszystkiego. W momencie wprowadzania teczek elektronicznych średnia teczka szkodowa liczyła 27 stron. A każda strona w DMS-ie

(data management system) to jest koszt. Szukaliśmy możliwości zmniejszenia objętości teczek. W każdym z 12 krajów, w których odpowiadałem za rozwój likwidacji, rozmowy wyglądały podobnie: „Po co to robimy?” i odpowiedź: „Bo zawsze tak robiliśmy”, „Po co ten załącznik?” – „Od zawsze był”. Jednak głębsza analiza własnych procedur, tego, co warto dokumentować, a czego nie warto, pozwoliła wtedy zmniejszyć liczbę stron do 15. Dziś jest ich jeszcze mniej.

Obecnie może jeszcze nie cały rynek ma systemy wspierające elektroniczny obieg dokumentów, ale u każdego akta są w pełni zdigitalizowane. A kiedy już przeprowadziliśmy wewnętrznie te zmiany, w pewnym sensie kłode pod nogi rzuciła nam Komisja Nadzoru Finansowego, wprowadzając w swoich wytycznych likwidacyjnych wymóg numerowania stron w teczkach szkodowej. W dobie teczek elektronicznych był to wymóg wręcz archaiczny, niemniej jednak musieliśmy mu sprostać. Na nasze uwagi Komisja odpowiedziała zaleceniem, by drukować całą teczkę, numerować na papierze strony, skanować i ponownie wprowadzać do systemu. Biznesowo było to trudne do przyjęcia. Zaczęliśmy więc inwestować w programy, które pozwalają numerować strony w dokumentacji przechowywanej elektronicznie. Wtedy było to dość drogie przedsięwzięcie, dziś na szczęście technolo-

„Twardy rozdział likwidacji od sprzedaży i doprowadzenie poprzez centralizację procesów do spójności w decyzjach likwidacyjnych, tak by zniwelować dotychczas wyraźne różnicowanie regionalne – to były cele, które trzeba było osiągnąć.”

**Jarosław
Matusiewicz**
jest prezesem Uniqi.



gia poszła do przodu i nie jest to już takim obciążeniem.

ZARZĄDZANIE LIKWIDACJĄ

Duży wpływ na dzisiejszy obraz likwidacji miały też zmiany w zarządzaniu. Od kwestii operacyjnych – takich jak zmiana systemów motywacyjnych, z promujących liczbę zlikwidowanych szkód na promujące jakość likwidacji, ukierunkowanych na klienta. Po kwestie organizacyjne. Tak jak wspomniałem – na początku likwidacją zarządzali szefowie jednostek terenowych czy szefowie sprzedaży danego regionu. Po czym przeszliśmy drogę do bardzo dużej specjalizacji. Na czele wydzielonych w organizacji jednostek likwidacji szkód zaczęli stawać ludzie z bardzo dużym doświadczeniem w szkodach, świetni specjaliści. W moim odczuciu dziś aż taka specjalizacja nie jest już potrzebna. Patrząc na likwidację szkód jako na proces, w końcu 95% szkód to szkody powtarzalne, masowe. Sądzę więc, że do zarządzania likwidacją potrzebny jest obecnie raczej dobry procesowiec, menedżer niż dobry likwidator. **W firmie takiej jak Unia, mającej 3% rynku, grono likwidatorów liczy 206 osób. Takim zespołem trzeba umieć dobrze i sprawnie zarządzać.** Trzeba też mądrze korzystać z dobrodziejstw automatyzacji. Robot nie zastąpi człowieka, ale tam, gdzie może go wspomóc, powinien to robić. Uważam także, że dziś proces likwidacji powinien być ładnie wpleciony w cały proces obsługi. Klient powinien mieć poczucie, że dostaje wsparcie cały czas i w sposób spójny. Klientem trzeba się opiekować, a nie oczekiwać na jego inicjatywę.

MATERIA LIKWIDACJI

Na przestrzeni lat zmieniali się ubezpieczyciele. Zmieniali się klienci i ich oczekiwania względem ubezpieczycieli. I co oczywiste – zmieniały się też same szkody. Zwłaszcza komunikacyjne. W typowej szkodzie uszkodzeniu ulega zderzak, lampa, krata wlotu powietrza, błotnik – 4–5 elementów. Kiedyś wymienialiśmy tę lampę za nieduże pieniądze. Dziś płacimy za lampę bixenonową. Kiedyś lakier metalik to była rzadkość, dziś mało który samochód nie ma lakieru metalik, a nawet takie kolory jak biały czy czerwony niemetalizowane i tak są lakierami wielowarstwowymi, więc koszt jest tak samo wysoki. Kiedyś mało który samochód miał klimatyzację, dziś to już standard, a chłodnica klimatyzacji jest zaraz za zderzakiem, więc przy większości stłuczek, w których ucierpi przód auta, jest do wymiany. Liczba elementów do wymiany wzrosła kilkukrotnie. Co więcej, kiedyś wiele rzeczy się naprawiało, dziś zgodnie z zaleceniami technologicznymi coraz więcej elementów wymieniamy na zupełnie nowe.

Zmieniały się też fraudy. Kiedyś to były naprawdę proste „ustawki”, w których „przypadkowo” zderzyli się dwaj szwagrowie. Dziś – w dobie mediów społecznościowych – wykrycie powiązań interpersonalnych nie jest żadnym problemem. Coraz mniej jest takich prób naiwnego naciągnięcia ubezpieczyciela. Fraudy wchodzą na wyższy poziom organizacji. Ale też my jesteśmy coraz lepiej przygotowani do ich wykrywania – mamy chociażby możliwość wydobycia danych z komputera pokładowego, możemy się dowiedzieć, z jaką prędkością jechało auto przed wypadkiem, kiedy wystrzeliła poduszka, czy kierowca hamował. Każda firma jest też już uzbrojona technologicznie w systemy antyfraudowe, ma do tego wydzielone specjalne działy. Nie jest też tajemnicą, że jako rynek mocno ze sobą współpracujemy w tym zakresie. Mijamy nadzieję, że to skutecznie ukróci działania przestępców, a nie tylko pobudzi ich do jeszcze większej kreatywności. □

DRUGA

2000

UPADŁOŚĆ POLISY I GWARANTA

POWSTANIE DZIENNIKA UBEZPIECZENIOWEGO

2002

UTWORZENIE KNUIFE

Komisja Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych powstała w miejsce Urzędu Nadzoru nad Funduszami Emerytalnymi oraz Państwowego Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń.

2003

PAKIET USTAW UBEZPIECZENIOWYCH

W 2003 r. uchwalone zostały: Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, Ustawa z dnia 22 maja o pośrednictwie ubezpieczeniowym, Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

Obecnie obowiązuje już tylko ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych, ustawę o pośrednictwie zastąpiła ustawa o dystrybucji, a ustawę o działalności ubezpieczeniowej – ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

WEJŚCIE LINK4

Rozpoczęcie działalności Link4 stanowiło początek ubezpieczeń direct w Polsce.

Z wejściem Link4 na polski rynek wiąże się również ostry i długotrwały spór między firmą a agentami, którzy poczuli się dotknięci reklamami ubezpieczyciela. Sprawa znalazła swój finał aż w Sądzie Najwyższym, w którym agentów reprezentowała Polska Izba Pośredników Ubezpieczeniowych i Finansowych.

2004

POWSTANIE MIESIĘCZNIKA UBEZPIECZENIOWEGO

WEJŚCIE POLSKI DO UNII EUROPEJSKIEJ

Przystąpienie Polski do UE dla firm skutkowało otwarciem granic i większą łatwością w prowadzeniu działalności. Dla klientów – możliwością jazdy po krajach unijnych na polskim OC, bez konieczności wykupywania Zielonej Karty.

DEKADA WOLNEGO RYNKU

2006

UTWORZENIE KOMISJI NADZORU FINANSOWEGO

KATASTROFA MTK

Pod naporem śniegu zawalił się dach hali Międzynarodowych Targów Katowickich. W trakcie katastrofy w budynku miała miejsce wystawa gołębi pocztowych, która zgromadziła ok. 700 osób. Spośród nich 65 zginęło, a ponad 170 zostało rannych. Zdarzenie jest uznawane za największą katastrofę budowlaną w ostatnich latach w Polsce. Ubezpieczenie OC właściciela katowickiej hali opiewało na 5 mln zł, ochrony dostarczał Allianz.

2007

HARACZ RELIGI

Z inicjatywy ówczesnego ministra zdrowia Zbigniewa Religi na ubezpieczycieli nałożony został obowiązek przekazywania 12% składki z OC ppm do NFZ. Środki te miały pokrywać koszty leczenia ofiar wypadków drogowych. Podatek został zniesiony z końcem 2008 r.

NOWELIZACJA KODEKSU CYWILNEGO DOTYCZĄCA UMOWY UBEZPIECZENIA

WYPADEK AUTOKARU Z POLSKIMI TURYSTAMI POD GRENOBLE

SN: VAT PRZY KOSZTORYSIE

Na wniosek Rzecznika Ubezpieczonych Sąd Najwyższy podjął uchwałę, zgodnie z którą w ubezpieczeniach OC ppm w wypłatach kosztorysowych należy uwzględniać również podatek VAT.

2008

WPROWADZENIE ART. 446 § 4 K.C.

2009

PODPISANIE POROZUMIENIA REGRESOWEGO

Ubezpieczyciele zrzeszeni w PIU podpisali umowę w sprawie zasad i trybu wzajemnego uznawania roszczeń regresowych. Umowę podpisało 12 firm, których udział w rynku OC ppm w 2008 r. wynosił ok. 90%. Z czasem do porozumienia przystępowali kolejni ubezpieczyciele.

➔ Przez całą dekadę toczył się spór między Eureko a Skarbem Państwa w związku z prywatyzacją PZU. W 1999 r. podpisano umowę o prywatyzacji, na mocy której Eureko nabyło 20% akcji PZU za kwotę 2 mld zł. W 2001 r. obiecano Eureko sprzedaż dodatkowych 21% akcji, ale do 2009 r. do sprzedaży nie doszło, co było przyczyną konfliktu między Eureko a Skarbem Państwa. Burzliwy spór zakończyła ugoda między rządem a Eureko, zawarta w 2009 r., na mocy której Eureko sprzedało większość akcji PZU na warszawskiej Giełdzie Papierów Wartościowych.

➔ Na lata 2001–2002 przypadła fala łapów w ubezpieczeniach na życie. Media donosiły, że w tym czasie mogło upaść ponad milion polis życiowych.

➔ W 2000 r. w 41 zakładach ubezpieczeń działających na polskim rynku przeważał kapitał zagraniczny. Łączny udział zagranicznych inwestorów w kapitałach polskich ubezpieczycieli wynosił prawie 54%.

➔ Rok 2007 można nazwać rokiem inicjatyw directowych – w styczniu operacyjnie wystartowała Axa (formalnie obecna od 2006 r.), niewiele później Allianz, w lutym ruszyło BRE Ubezpieczenia, a w drugiej połowie roku Liberty Direct i Commercial Union.

➔ 3 sierpnia 2008 r. w życie weszła nowelizacja Kodeksu cywilnego wprowadzająca art. 446 § 4 o treści: „Sąd może także przyznać najbliższym członkom rodziny zmarłego odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę”. Zmiana, początkowo niepostrzegana jako szczególnie bolesna dla rynku, nabrała mocy wraz ze zmianą linii orzeczniczej przy innej podstawie prawnej – art. 448 k.c. w związku z art. 24 § 1 k.c. W 2010 r. Sąd Najwyższy uznał bowiem, że zadośćuczynienia z art. 448 wypłacać należy również za zdarzenia, które miały miejsce przed 3 sierpnia 2008 r. Ubezpieczyciele początkowo starali się odmawiać wypłat w sprawach sprzed wprowadzenia art. 446 § 4. Jednak w 2014 r. na wniosek Rzecznika Ubezpieczonych sprawę wyjaśnił Sąd Najwyższy, który odmówił podjęcia uchwały, uznając, że nie ma rozbieżności w orzecnictwie, a ubezpieczyciele powinni pokrywać tego typu roszczenia. Wprowadzenie art. 446 § 4 stało się przyczynkiem do rozkwitu kancelarii odszkodowawczych.

➔ Końcówka dekady to wejścia kolejnych porównywarek, m.in. ipolisa.pl, wygodnie.pl czy ubezpieczeniowego supermarketu grupy BRE. W 2009 r. wystartował rankomat.pl

➔ PZU cieszyło się zainteresowaniem rynku, mediów... i polityków nie tylko ze względu na spór z Eureko. Wiele emocji wzbudziła historia kampanii reklamowej „Stop wariatom drogowym”, która miała zwrócić uwagę kierowców na zachowania będące najczęstszymi przyczynami wypadków, tj. nadmierną prędkość, brawurę, jazdę pod wpływem alkoholu. Polskie Towarzystwo Psychiatryczne i Fundacja Komunikacji Społecznej były zbulwersowane przyrównywaniem piratów drogowych do osób chorych psychicznie i zażądały od PZU natychmiastowego wycofania reklam. Kampanię zakończono. Jacek Kurski, ówczesny poseł PiS, zarzucił PZU, że na billboardach, z których zdjęto plakaty reklamowe, zawisły plakaty wyborcze PO. Miejsca na billboardach miały być rzekomo oddane za bardzo niską cenę. Sprawą zajęło się Centralne Biuro Śledcze. Ostatecznie oskarżenia uznano za bezzasadne, a Jackowi Kurskiemu nakazano prawnym wyrokiem publikację przeprosin na billboardach.

Spokój po burzy

Pierwsze lata rynku brokerskiego były burzliwe, musieliśmy zdefiniować własną tożsamość i wprowadzić rynek na nowy etap rozwoju. Dziś jednak idziemy już spokojnie dawną wytyczoną ścieżką, którą wyznaczyła nam Karta Sobieszevska. – ŁUKASZ ZOŃ,

MARCIN KAPINŚKI

Początki rynku to było dla nas wszystkich uczenie się siebie nawzajem. We wczesnych latach 90. klienci w ogóle nie rozumieli, kim jest broker, jakie są jego zadania. Pierwsi brokerzy uczyli się swojego fachu, a potem uczyli klientów, jakie są zalety współpracy z brokerem. W pewnym momencie pojawiła się prawie że obsesyjna potrzeba udowodnienia profesjonalizmu brokera i przekonywania klientów, że u brokera warto się ubezpieczać.

UBEPIECZYĆ „OGNIEM I MIECZEM”

Obok obsługi ubezpieczeń pierwszych przedsiębiorstw i przedsiębiorców, pierwsze specjalistyczne zlecenia, jakie się zaczęły pojawiać, dotyczyły bardzo wąskich ryzyk, specyficznych i nietypowych ubezpieczeń. Kiedy klientowi przyszło się zmyślić z takim właśnie ryzykiem, na które niezbyt chętnie spoglądali działający podówczas na naszym rynku ubezpieczyciele, wtedy trafiał do brokera. Z rozrzuconiem można wspominać przykłady takich zleceń jak ubezpieczenie produkcji filmu „Ogniem i mieczem”. To był film, na który brano duży kredyt dewizowy... I nikt z ubezpieczycieli nie chciał przyjąć tego ryzyka. Trzeba było stworzyć program ubezpieczeniowy i szukać ubezpieczyciela, u którego można by go uplasować. Inny przykład – władze pewnego miasteczka chciały uczcić okrągłą rocznicę nadania praw miejskich wystrzałem z zabytkowej armaty. Ale były obawy, czy armata się od tego nie uszkodzi. Pytanie więc do brokera: czy to się da ubezpieczyć. Owszem, da się. I rozpoczynamy wyszukiwanie odpowiedniego ubezpieczyciela.

W zasadzie to była taka kwintesencja pracy brokerskiej. Klient przychodził z problemem i broker musiał od początku wszystko zbadać, przygotować ofertę i znaleźć ubezpieczyciela, u którego ubezpieczenie można uplasować. Wcześniej potrzeby klientów były „zaspokajane” przez OWU utworzone uchwałą ministra. Ale weszliśmy w nową rzeczywistość, pojawiły się zupełnie inne potrzeby. Nagle trzeba było ubezpieczyć to wspomniane „Ogniem i mieczem”, więc musieliśmy coś wymyślić, coś stworzyć, zapukać do nowych drzwi. Obok tego okazało się, że w ramach „państwowego podatku ubezpieczeniowego” istnieje szerokie spektrum ryzyk, które – choć do tej pory nieznane – okazały się bardzo przydatne w codziennej działalności przedsiębiorców.

Z czasem pierwsze firmy brokerskie coraz bardziej się komercjalizowały, nabierały struktur normalnych przedsiębiorstw. Dziś mamy już zupełnie inną skalę, zajmujemy się wieloma sprawami, przez co w sposób naturalny główna część biznesu, jakim jest pośredniczenie w zawarciu umowy ubezpieczenia, jest w pewien sposób automatyczna, powtarzalna.

ZAPOMNIEĆ, KIM SIĘ BYŁO, ZROZUMIEĆ, KIM SIĘ JEST

Kto tworzył w Polsce brokerkę? Naukowcy. Byli pracownicy zakładów ubezpieczeń – głównie Warty. A także multiagenci,

np. toruński rynek brokerski w dużej mierze stworzyli pracownicy multiagencyjnego Konzeptionu. Wszyscy weszli w te nowe realia z jakimiś swoimi dotychczasowymi doświadczeniami i zaczęli tworzyć rynek tak, jak umieli najlepiej. Oczywiście obierali różne drogi. Rynek od początku był bardzo niejednorodny. Niektórzy zdecydowali się na wielkie zakłady przemysłowe, korporacje, wielkie biznesy. Inni działali bardziej lokalnie – ci zawsze byli bliżej klienta, tego mniejszego, lokalnego. I jakby podążali za rynkiem, recypując te rozwiązania, które rynek wypracowywał w toku swego rozwoju.

Pierwsze, przed czym stanęliśmy jako środowisko, to... zapomnienie o swojej przeszłości i stworzenie statusu zawodu brokera. Powstała Karta Sobieszevska, następnie Kodeks Etyki Zawodowej Brokera. A przede wszystkim pierwszy Kongres Brokerów 26 lat temu... To tam kształtowało się wyobrażenie, czym w ogóle jest broker. Naprawdę ostro dyskutowaliśmy o tym, czy uznać, że broker działa w interesie klienta, czy też że działa w interesie klienta i ubezpieczyciela. Przedstawiciele firm anglosaskich twardo stali na stanowisku, że broker jest strażnikiem rynku, takim notariuszem, musi działać w interesie i klienta, i ubezpieczyciela. Druga strona oponowała, twierdząc, że musimy się zdecydowanie opowiedzieć po stronie klienta. Naszym zdaniem niewątpliwym sukcesem jest to, że wygrała ta druga opcja. W ten sposób zidentyfikowaliśmy swoją tożsamość. Dopiero w 2013 r. w Kodeksie Etyki Zawodowej Brokera, przynaglani przez regulację IMD, złagodiliśmy nieco tę zasadę, uznając, że broker działa w interesie obu stron, ale... ze szczególnym uwzględnieniem interesu klienta.

WYCIĄGNAĆ RYNEK ZA USZY

Drugie ogromne wyzwanie – obok zdefiniowania własnej tożsamości – to zdefiniowanie rynku. A przede wszystkim wprowadzenie go na inny etap rozwoju. Trzeba było stwierdzić, że – mówiąc kolokwialnie – bierzemy się za siebie. Z potrzebami naszego klienta jedziemy do Londynu, jedziemy do Monachium. Rozmawiamy ze światem. Korzystamy z doświadczeń zachodnich firm, które przecież też na nasz rynek wtedy wchodziły. Uczymy się nowych ubezpieczeń, o których mówią nam nasi zachodni koledzy. Wprowadzamy je na nasz rynek. Ubezpieczenie maszyn od awarii, ubezpieczenie utraty zysku... Bo nasi klienci tego potrzebują. Produktowo zrobiliśmy wtedy ogromny skok. Dziś nadal się rozwijamy pod tym względem, ale już równolegle do rozwoju rynków zachodnich. Wtedy goniliśmy świat. I to właśnie brokerzy ten świat gonili. Bo brokerzy byli kreatorami popytu, przekonywali klientów, że warto się zainteresować danym ubezpieczeniem. Ponieważ byliśmy kreatorami popytu, musieliśmy być też *de facto* kreatorami produktu. Czasem sami pisaliśmy pierwsze warunki ubezpieczeń. Połowa lat 90. to były też pierwsze umowy koasekuracji na polskim rynku. I też zdarzało się, że to my je tworzyliśmy. To było właśnie kreowanie tego rynku, recypowanie standardów z Zachodu. Tworzenie nowych możliwości.

NA POUKŁADANYM RYNKU

Po pierwszych latach nieco „dzikiego” rynku, kiedy trzeba było zmienić mentalność i stać się naprawdę brokerem, po Karcie Sobieszewskiej, która nas zakotwiczyła w pewnych standardach, nadszedł początek XXI w. Wtedy większość podstawowych zagadnień mieliśmy już w zasadzie poukładanych. Kiedy po ataku na World Trade Center przyszło znaczne utwardzenie rynku, w zasadzie polski biznes brokerski miał już bardzo konkretny kształt. Wtedy skupiliśmy się na obronie interesów klientów w tej nowej sytuacji, ale sami byliśmy już ukonstytuowani. Pojawił się co najwyżej trend do specjalizacji – zaczęliśmy wchodzić coraz głębiej w coraz bardziej specjalistyczne branże.

Natomiast ogólnie jako profesja weszliśmy w fazę zmian bardziej ewolucyjnych. W 2004 r. przystąpiliśmy do Unii Europejskiej, co trochę zmieniło brokerską perspektywę, ale raczej od strony ustawowej, prawnej, bo w pracy brokera zmiany mentalne już nie były potrzebne. Zwiększył się natomiast przepływ kapitału, przepływ usług, pojawiły się nowe możliwości dla

brokerów. Wchodzenie do struktur międzynarodowych, przystępowanie do organizacji brokerskich, opiekowanie się klientami na całym świecie.

Oczywiście nadal trwał rozwój produktowy, w który brokerzy wnosili swój duży wkład. Nieraz się mówi o roli brokerów we wprowadzeniu D&O na polski rynek. Ale i przy ubezpieczeniach finansowych czy bardziej specjalistycznych, jak np. bankers blanket bond – niewątpliwa była zasługa brokerów w wyflu-maczeniu rynkowi, o co w ogóle chodzi. Pierwsze OWU tak naprawdę musieliśmy tłumaczyć „z polskiego na nasze”. Dziś podobną sytuację obserwujemy w zakresie cyberryzyk.

A później przyszło IDD – i to już jest zupełnie spokojny rozwój, umacnianie tego, co wypracowaliśmy, z ewentualnym dołożeniem wymaganej dokumentacji czy też procedur. Nadal jednak idziemy tą samą ścieżką, którą sobie w Karcie Sobieszewskiej wyznaczaliśmy. Ścieżką, która oznacza oddanie naszej wiedzy i umiejętności klientom w ramach zindywidualizowanej obsługi, prowadzonej przez konkretne osoby z krwi i kości, które są fachowcami w tym, co robią. □

„Pierwsze, przed czym stanęliśmy jako środowisko, to... zapomnienie o swojej przeszłości i stworzenie statusu zawodu brokera.”

**Marcin Kapiński**

jest dyrektorem generalnym
Stowarzyszenia Polskich
Brokerów Ubezpieczeniowych
i Reasekuracyjnych.

**Łukasz Zoń**

jest prezesem Stowarzyszenia
Polskich Brokerów
Ubezpieczeniowych
i Reasekuracyjnych.

Broker (nie)znany

W dalszym ciągu brakuje świadomości, kim jest broker ubezpieczeniowy i jaka jest jego rola. Nie uświadomiliśmy społeczeństwa, komu są potrzebne ubezpieczenia. – JACEK KLISZCZ

Po 30 latach obecności na rynku ubezpieczeniowym nadal widzę, że brakuje świadomości, kim jest broker ubezpieczeniowy i jaka jest jego rola. Co więcej, zdarzają się przypadki, że tej wiedzy brakuje też osobom, które broker właśnie obsługuje. Broker jest często mylony z agentem ubezpieczeniowym, z kimś, kto pracuje na rzecz zakładu ubezpieczeń. Tymczasem w 90% przypadków broker nie ma odwagi powiedzieć klientowi, że jest inaczej, bo jego los jest uzależniony od dobrego humoru klienta.

POCZĄTKI

Pierwsze firmy brokerskie tworzone były przez osoby, które wcześniej pracowały w PZU i Warcie. Tam była wiedza ubezpieczeniowa. Naukowo rynek ubezpieczeniowy oparty był na dwóch ośrodkach akademickich – Akademia Ekonomiczna w Poznaniu z prof. Tadeuszem Sangowskim (zresztą również założycielem firmy brokerskiej) i Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu z prof. Eugeniuszem Kowalewskim. Na rynku pojawiali się kolejni brokerzy międzynarodowi, którzy z zagranicy przynosili potencjał wiedzy. W czasach, kiedy rynek się kształtował, było to wielką wartością. Potem zaczęły powstawać ogólnopolskie firmy brokerskie.

W TROSCE O ETYKĘ

Trudnym momentem dla rynku brokerskiego był podział, jaki dokonał się po powołaniu Izby Brokerów Ubezpieczeniowych i Reasekuracyjnych. Izba została powołana, gdyż Stowarzyszenie nie miało oficjalnego tytułu do uczestnictwa w konsultacjach zmian legislacyjnych dotyczących środowiska brokerskiego. Kolejny moment – kiedy walczyliśmy o obowiązkową przynależność do Izby. Obowiązkowa przynależność porządkowałaby środowisko. Nieprzestrzeganie zasad sankcjonowane byłoby karami, np. wykluczeniem. System bez sankcji nie istnieje. O czym świadczy przykład Komisji Etyki przy Stowarzyszeniu. Obecnie broker, którego sprawa trafia do komisji, może wypisać się ze Stowarzyszenia, zanim zapadnie rozstrzygnięcie. A jak się wypisze, ze względu na ochronę danych, nie można się nim już zajmować.

W przypadku obowiązkowości, większość głosów mieliby mali brokerzy, których jest najwięcej. Ale czy umieliby się ze sobą dogadać?

PRZEKRÓJ RYNKU

Rynek brokerski jest bardzo zróżnicowany. Dane KNF pokazują, że 80% składki jest generowane przez 20% brokerów. To optymistyczny wariant. Gdyby odrzucić udział brokera w programach bancassurance, leasingowych i zostawić pracę stricte brokerską, to jeszcze mniej firm miałoby jeszcze większy udział w rynku.

Cała reszta – z całym szacunkiem dla kolegów brokerów – to ludzie, dla których tytuł brokera jest bardziej powodem do jakiegoś prestiżu niż rzeczywistej pracy. Są brokerzy związani

z 2-3 ubezpieczycielami, z bardzo wąskim portfelem. Tymczasem żeby istnieć na rynku brokerskim, trzeba mieć portfel. Jeżeli broker nie jest uznawany w zakładach ubezpieczeń jako poważny partner, to nie osiągnie on dla swojego klienta tego, co można osiągnąć przez nacisk i posiadanie portfela. Można np. sprzedawać niechciane ryzyka w pakiecie z chcianymi, atrakcyjnymi dla ubezpieczycieli.

Obecnie do zawodu brokera ubezpieczeniowego wchodzi trzy grupy osób:

1. Osoby wcześniej związane z ubezpieczeniami, które po rozstaniu z korporacjami ubezpieczeniowymi próbują się odnaleźć na rynku brokerskim. Nie zawsze jednak to się udaje. Może to zabrzmieć dziwnie i dosadnie, ale praca brokera to nie jest praca dla ambitnych ludzi z dużym poczuciem własnej wartości. Podobnie jak każda praca sprzedawcy, pośrednika. Sprzedając cudzy towar, musimy też sprzedać siebie i dać komfort klientowi. Bardzo często na nas się skupia odpowiedzialność za nie nasze winy. Sprzedawca jest jak piorunochron. Musi więc zapomnieć o nadmiernym poczuciu wartości osobistej.
2. Młodzi ludzie po studiach, którzy uwierzyli, że mogą się w tym zawodzie odnaleźć, i szukają pracy w firmach brokerskich. Ale tu od razu powstaje pytanie – kto jest brokerem? Ten, kto jest u klienta i przynosi pełnomocnictwa? Czy ten, kto siedzi w biurze i koresponduje z zakładami ubezpieczeń? Czy ten, kto przygląda się likwidacji szkód?
3. Grupa agentów, którzy w rzeczywistości agencji już się nie odnajdują i przenoszą wzory agencji na brokerskie. Pieczęć brokera czasem daje im poczucie większej wartości. Choć znam oczywiście agentów z dużo wyższymi zarobkami niż brokerzy.

SAMOŚWIADOMOŚĆ

Na początku brokerzy dysponowali wiedzą ubezpieczeniową. Potem pojawili się brokerzy, których główną umiejętnością było pozyskiwanie pełnomocnictw. To była ich cała wartość dodana. Nie wyobrażam też sobie, z punktu widzenia bezpieczeństwa klienta i zapewnienia klientowi odpowiedniego serwisu, pracy singlowego brokera w stosunku do dużego klienta instytucjonalnego. Chociaż widziałem też przypadki, kiedy dla pojedynczego brokera oferowana jest możliwość uzyskania ISO, co mija się z sensem.

Z drugiej strony niektórzy brokerzy próbują angażować klienta i jako wartość dodaną oferują możliwość przeglądania akt szkodowych w systemie. Tymczasem klienci wcale nie chcą tego oglądać. Chcą otrzymać odszkodowanie. To ubezpieczyciel prowadzi postępowanie likwidacyjne. Broker dopilnuje tego od strony klienta. Ale też broker nie potrzebuje specjalnego pionu szkodowego. To nie jego zadanie.

WIELOŚĆ PEŁNOMOCNICTW

Przez lata funkcjonowania rynku brokerskiego nie udało się zwalczyć problemu wielości pełnomocnictw. Tymczasem rozwiązania można szukać w praktyce zakładów reasekuracji – kto pierwszy przyniesie klienta do zakładu reasekuracji, jest jedynym odbiorcą oferty. Broker jest pasem transmisyjnym – oferta jest dla klienta. Kiedy pojawia się drugi broker, który domaga się oferty, zakład ubezpieczeń powinien odpowiedzieć, że oczywiście uznaje prawo klienta do wielości brokerów i wielości pełnomocnictw, ale klient już ofertę otrzymał i jeśli ufa drugiemu brokerowi, może mu ją przekazać. Jeżeli ubezpieczyciel daje wiele ofert w stosunku do tego samego klienta, staje się niewiarygodny. Zupełną patologią były sytuacje, kiedy jeszcze dodatkowo ubezpieczyciel wchodził z ofertą bezpośrednio do klienta. Teraz na szczęście takie przypadki to wyjątki. Ale się zdarzały, kiedy na rynek wchodził ubezpieczyciele nastawieni na sieć własną.

KOGO INTERESUJE KURTAŻ

Emocje – niepotrzebne – budzi też od czasu do czasu kwestia kurtażu. Tymczasem zakład ubezpieczeń również jest pośrednikiem, ponieważ plasując i cedując ryzyko reasekuracyjne pobiera prowizję. Oczywiście to nie jest proste przełożenie. Ale element kurtażu się pojawia. Ale czy rozmawiać o składowych ceny przy zakupie jakiegokolwiek towaru? Jeżeli tak jest, musielibyśmy wrócić do wyceny pracy godziwej, jak w socjalizmie. Na rynku widać jednak niepokojącą tendencję, która dotyczy przede wszystkim flot. Przewoźnicy, stosując wiele pełnomocnictw, chcą wykorzystać walkę brokerów do maksymalnej

obniżki stawek za ubezpieczenia. Wpuszczają na rynek „sforę wygłodniałych psów”, która przy pomocy wysokości swojej prowizji, albo kontaktów w zakładach ubezpieczeń, będzie dążyła do tego, aby przynieść klientowi jak najniższą cenę. Oczywiście to będzie pyrrusowe zwycięstwo, bo za rok przewoźnicy w dalszym ciągu będą stosować tę samą metodę. I nikt nie ma odwagi powiedzieć klientowi, że prowizja, którą broker pobiera, nie jest tym, na co klient powinien wpływać. Umowa o kurtaż to jedyna dopuszczalna umowa między brokerem a zakładem ubezpieczeń. Nie z klientem. Relacje broker – klient regulują inne umowy. Klient powinien patrzeć na globalne koszty ubezpieczenia. **Jeżeli widzimy konkursy, w których parametrem wyboru brokera jest wysokość oczekiwanej prowizji, to jest to aberracja.**

Na marginesie warto dodać, że nie ma żadnych ścisłych wytycznych dotyczących wysokości kurtażu. Reguluje go jedynie zwyczaj, który ukształtował się przede wszystkim na rynku brytyjskim. Zakładał on, że wysokość kurtażu w majątku wahała się między 15 a 18%.

KTO DECYDUJE

Pracy brokera ubezpieczeniowego nie ułatwia również to, że **do tej pory nie uświadomiliśmy społeczeństwa, komu są potrzebne ubezpieczenia.** Widać to też w ubezpieczeniach korporacyjnych. Po pierwsze trzeba coś mieć, a po drugie – być tego właścicielem. To właściciel fabryki powinien podjąć decyzję o ubezpieczeniu, bo w razie pożaru, to on poniesie stratę. To nie jest decyzja dyrektora finansowego, który jest zatrudniony na 2-letnim kontrakcie. □

„Na początku brokerzy dysponowali wiedzą ubezpieczeniową. Potem pojawili się brokerzy, których główną umiejętnością było pozyskiwanie pełnomocnictw.”

Jacek Kliszcz
jest prezesem
PWS Konstanta.



Razem lepiej

Przez ostatnie dwadzieścia lat rynek agencyjny zmienił się merytorycznie, technologicznie i finansowo. Zmiany na pewno będą szły dalej. – **ARKADIUSZ ŚWIERCZ**

Prawie 20 lat temu dużych agencji ogólnopolskich w ogóle nie było. Taki model dystrybucji nie funkcjonował. Kanał agencyjny był traktowany jak piłkarska liga okręgowa przy ekstraklasie, za jaką uważano dynamicznie rozwijające się firmy brokerskie. Żeby pozyskać pierwszych agentów do współpracy, trzeba było zaoferować im coś ekstra. To był czas tworzenia różnych dedykowanych pakietów specjalnych, trochę na wzór pakietów dealerskich. Takie rozwiązania były domeną głównie mniejszych firm ubezpieczeniowych walczących o rynek. Jednak okres życia tego typu produktu był dość krótki, trwał kilka miesięcy, gdyż szybko okazywało się, że są bardzo szkodowe. Te amatorskie działania trochę „na partyzanta” pozwoliły jednak zgromadzić pierwszą grupkę agentów. Zaczęło się wtedy szukanie kolejnego pomysłu, co można zaoferować agentom więcej.

POMOC ORGANIZACYJNA

Z racji uboższego zaplecza finansowego nie można było iść w ekstrarozwiązania prowizyjne, na podbój technologiczny też było za wcześnie. Zaoferowaliśmy wtedy agentom pomoc organizacyjną. Zaczęliśmy od jednego centrum dystrybucyjno-rozliczeniowego. Agenci mogli u nas, w jednym miejscu zamawiać druki ścisłego zarachowania różnych ubezpieczycieli i prosić o mieć rozliczoną w jednym terminie, niezależnie od liczby towarzystw.

Miało to plusy i minusy. Z jednej strony agent, decydując się na takie rozwiązanie, częściowo wiązał się sprzedażowo, bo mógł akwizować w oparciu o pobrane u nas druki. Z drugiej – jak trafił się nierzetelny pośrednik i na pierwszy druk z bloczka zdefraudował składkę, to skala fraudu była w większości przypadków sumą składek z wydanych polis zawartych w bloczku. Istniało więc potężne ryzyko obarczeń składkowych. Jedynie dzięki temu, że w tamtym czasie prowadziliśmy jeszcze obsługę umów korporacyjnych (głównie flotowych), dysponowaliśmy swoistą poduszką finansową. Nie uniknęliśmy jednak kilku dużych wpadek z agentami, którzy nas oszukali. Mimo tych mankamentów chcieliśmy poważnie postawić na współpracę z agentami, widząc tam potencjał i skalę. Dlatego zasady współpracy trzeba było uszczelnić. Powoli wprowadzaliśmy procedury, doprecyzowywaliśmy terminy rozliczeń. A pamiętajmy, że wtedy nie wszyscy agenci mieli Excela, a jak mieli, to nie zawsze umieli z niego korzystać. Do dziś pamiętam, jak niektórzy tabelki rozliczeniowe tworzyli odręcznie, rysując na kartce od linijki.

TRIGGERY ROZWOJU

W mojej ocenie rozwój dużych multiagencji umożliwiły trzy wydarzenia rynkowe.

Pierwszym było wejście MTU z idealnym modelem dla tego typu podmiotów. Nie bez kozery ówczesna Pani Prezes Anna Włodarczyk-Mockowska jest nazywana matką chrzestną agregatorów. To pod skrzydłami MTU powstawały (obecnie duże) agencje, które wprowadzały ubezpieczenia do swojej oferty. A ponieważ model współpracy zakładał tanie ubezpieczenia (głównie OC) z niską prowizją przy niskich kosztach administracyjnych i wykorzystaniu niewielu wytypowanych podmiotów, to agenci, aby mieć ten produkt w ofercie, musieli dołączyć do takich wyselekcjonowanych pośredników. To był pierwszy impuls, który wtedy pchnął tego typu podmioty do przodu.

Dруга sposobność pojawiła się trochę później. Jak dziś pamiętam, jak jeden z prezesów zakładów ubezpieczeń mówił, że ubezpieczycieli z racji dużych kosztów administracyjnych przestał interesować „plankton”, czyli agenci, którzy mieli bardzo małe wolumeny sprzedaży. Wtedy to my zwróciliśmy się do takich agentów, proponując współpracę. Może rzeczywiście danemu ubezpieczycielowi (i sześciu mu podobnych) taki agent przynosił 5 tys. zł. miesięcznie, ale dla nas kwota ta po przemnożeniu liczby przejmowanych ubezpieczycieli i dotychczasowego przypisu tego agenta robiła się odpowiednio większa i interesująca. To były też początki pierwszych systemów rozliczeniowych, analizy danych etc.

Trzecim bardzo mocnym czynnikiem, który pozwolił się nam rozwinąć, było pogodzenie się firm o rodowodzie directowym z akwizycją agencyjną. Choć początki były trudne. Pierwsze było RSA, ówczesny właściciel Link4. Anglicy nie chcieli się zgadzać na współpracę z agentami. Mogli ją nawiązać za to pośrednicy kredytowi. Takim pośrednikiem był wtedy np. Unilink i jako pierwszy nawiązał współpracę z Link4. Consultia była druga – pomogło nam wtedy to, że w logo widniało u nas „finanse i ubezpieczenia”. To przekonało RSA i pozwoliło aktywnie wyjść do agentów z nową ofertą.

Dzięki temu pozyskaliśmy bardzo wielu agentów, którzy nie mieli innego sposobu, aby uzyskać dostęp do oferty Link4. Consultia z Unilinkiem byli pierwsi, potem zaczęły wchodzić inne multiagencje. Otwierali się też kolejni ówcześni gracze direct – Liberty, Axa, Proama, Aviva. Od tego też momentu

stopniowo zaczęło się „uproduktowanie” agentów kolejnymi zakładami.

NIE TYLKO OC

Agregatorom dawno przyklejono łatkę, że opierają się na OC komunikacyjnym. Wielkim odkryciem to nie jest, bo cały rynek stoi na OC. Ale rzeczywiście współpracę z agentami zaczynaliśmy od OC. Agenci zachowawczo oddawali nam inną komunikację (dobrowolne AC, floty), a umowy majątkowe najczęściej robili bezpośrednio z ubezpieczycielami na swoich umowach agencyjnych. **Dużo wysiłku wymagało zdobycie zaufania agentów, ale udało się ich przekonać, żebyśmy razem sprzedawali majątek.** Jestem dumny, że Consultii, z którą się niedawno rozstałem, jest firmą z największym udziałem majątku i szeroko rozumianych ubezpieczeń dobrowolnych.

Niektórzy w zakładach ubezpieczeń ciągle lubią mówić, że agent jest tylko wystawiaczem samego OC. Bazując na doświadczeniu pracy z agentami w Consultii, mogę powiedzieć, że to uproszczenie. Oczywiście są i tacy. Ale patrząc na ewolucję części osób – rozwijali się oni nie tylko pod względem finansowym, ale i merytorycznym. Zawsze podkreślam,

że niejeden agent z całym kompendium swojej wiedzy jest lepszy niż lokalny broker. Zna dużo lepiej swoich klientów, jest w stanie im pomóc nie tylko przy zawarciu umowy, ale także potem w obsłudze. Duża grupa agentów ewoluowała również i merytorycznie, co widać po rozwoju ich portfeli. Do OC dochodziło casco, potem turystyka, mieszkania, w końcu MiŚ.

TECHNOLOGIA

Zmieniali się również ubezpieczyciele. W ciągu tych dwudziestu lat poprawiała się zdecydowanie otwartość ubezpieczycieli i ich przygotowanie w zakresie IT.

Pierwszy problem, z którym się zetknęliśmy na początku naszej działalności agencyjnej, to rozliczenia, które dostawaliśmy od ubezpieczycieli w bardzo różnych formatach. Wszystkie dane musieliśmy przeklepać do Excela. Potem nasz „mistrz tabeli przestawnej” robił czary-mary i otrzymywaliśmy rozliczenie dla agenta. Z czasem systemy ubezpieczycieli stawały się na tyle sprawne, że mogliśmy z ubezpieczycielami ustalić format pliku, w jakim otrzymywaliśmy te dane. Tak przeszliśmy na Excel Pro, profesjonalizując się w nim bardzo. To był kolejny duży krok. Potem przyszedł czas raportów, analiz,

„ Dużo wysiłku wymagało zdobycie zaufania agentów, ale udało się ich przekonać, żebyśmy razem sprzedawali majątek.”

Arkadiusz Świercz,
były prezes Consultii,
obecny prezes Exfin
Kancelaria Brokerska.



które otrzymywaliśmy od zakładów ubezpieczeń, i dzięki temu mogliśmy śledzić sprzedaż każdego agenta. Mogliśmy obserwować, jak produkty danego ubezpieczyciela sprzedają się na danym terenie, u poszczególnych sprzedawców.

Potem przyszły pierwsze webserwisy. Na początku widać było tylko cenę, nie było jeszcze zamknięcia procesu sprzedażowego. Jednak jakość zwrotnie otrzymywanych informacji była mierna, ceny były „z kosmosu”, agentom nic się nie zgadzało. Musieliśmy się sporo przed agentami tłumaczyć. Dlatego zmieniliśmy podejście – postawiliśmy na profesjonalizację i stworzenie CRM-u z prawdziwego zdarzenia. Było to możliwe m.in. dlatego, że zakłady stawały się coraz bardziej otwarte na integracje systemowe. Zdecydowaliśmy się na indywidualne rozwiązanie, aby nasze systemy wzajemnie ze sobą współpracowały w zakresie danych. I dzisiaj Consultia jest już zintegrowana z wieloma zakładami ubezpieczeń w tym zakresie. Agent nie musi nic wpisywać, w systemie zobaczy wszystkie swoje polisy.

Zakłady ubezpieczeń inwestowały w technologię. Inwestowały również niektóre agencje. Choć znam też i takie przypadki, gdzie wciąż działają na podstawie rozwiązań chałupniczych. To na pewno będzie musiało się zmienić.

PORAŹKI

Oczywiście dwadzieścia lat to nie tylko pasmo sukcesów. Nieudany – bo za wcześnie – był mój start z ubezpieczeniami w internecie, kiedy w Polsce, jak ktoś internet w ogóle miał, to poprzez dial-up w TP SA. Zdarzały się również wypadki. Moją osobistą porażką był nietrafiony dobór współników w Expertii (wcześniej założonej agencji) i strata pięciu lat na powrót do czołówki multiagencji wraz z Consultią. Ostatecznie jednak mimo tego niefortunnego historycznego zamieszania wszystko wyszło na plus.

Wśród porażek rynkowych muszę wskazać przede wszystkim to, że ubezpieczyciele nadal akceptują agentów, którzy dokonują fraudów. My kończymy współpracę z taką osobą, a potem ze zdziwieniem widzimy, że ubezpieczyciele nadal z nią współpracują, zapraszają, doceniają. Nie ma chęci ze strony ubezpieczycieli, aby takie „czarne owce” z rynku wyeliminować. Taki klasyczny „wilczy bilet”. Niestety dla niektórych bardziej liczy się bieżący wynik.

Bolączką rynku jest również to, że są jeszcze zakłady, które pozwalają, żeby owca była zarejestrowana u nich w wielu agencjach. To zupełna aberracja modelu agencyjnego.

PRZYSZŁOŚĆ

Oczywiście dziś ubezpieczyciele mają technologię, zdigitalizowali się na tyle, że pojawiają się pomysły obsługi zdalnej, zdalnej współpracy z agentami bez interakcji bezpośrednich. Myślę też, że w najbliższym czasie należy spodziewać się kolejnych ruchów prowizyjnych ze strony ubezpieczycieli.

Zmieniła się też rywalizacja o kolejnych agentów. Dziś nie rywalizuje się już o agentów współpracujących z konkurencyjną multiagencją. Dziś rozgrywa się walka o agentów, którzy mają umowy bezpośrednie z ubezpieczycielami. Rynek konsoliduje się nie tylko na poziomie ogólnopolskim, ale również lokalnym. I ten trend będzie się pogłębiał. □

TRZECIA

2010

WEJŚCIE PZU NA GIEŁDĘ

Po dekadzie sporu między Eureko a Skarbem Państwa zawarta zostaje ugoda, a PZU staje się spółką giełdową.

WEJŚCIE EUKO I VOTUM NA GIEŁDĘ

Giełdowy debiut kancelarii odszkodowawczych jest świadectwem ich sukcesu, a jednocześnie wzrostu znaczenia kancelarii na polskim rynku ubezpieczeniowym. W tym czasie formują się też kolejne izby mające zorganizować kształtujący się rynek odszkodowawczy.

POWÓDŹ

Przez Polskę przetacza się fala powodziowa, straty szacowane na 13 mld zł.

2011

UCHWAŁA SN W SPRAWIE POJAZDU ZASTĘPCZEGO

2012

PROAMA ROZPOCZYNA DZIAŁALNOŚĆ OPERACYJNĄ

Zaledwie miesiąc po oficjalnym starcie właściciel Proamy – francuska Groupama – ogłasza decyzję o wycofaniu się z Polski. Proama przechodzi pod skrzydła Generali. Ubezpieczyciel zasłynie przyznawaniem 70% zniżki bezszkodowym kierowcom, a przez konkurencję będzie oskarżany o wywołanie wojny cenowej.

PRZEJĘCIE WARTY PRZEZ TALANX

PUBLIKACJA RAPORTU RZECZNIKA UBEZPIECZONYCH O UFK

KATASTROFA KOLEJOWA POD SZCZĘKOCINAMI

W czołowym zderzeniu pociągów zginęło 16 osób, a 57 zostało rannych. Straty oszacowano na 20 mln zł.

2013

I KONGRES POLSKIEJ IZBY UBEZPIECZEŃ

SPÓR UOKiK VS UNIQA: CZY POSZKODOWANY JEST KONSUMENTEM?

SOKiK stwierdza, że poszkodowany jest konsumentem, a więc działania ubezpieczyciela wobec poszkodowanego dochodzącego swoich praw z ubezpieczenia OC podlegają kontroli Prezesa UOKiK w zakresie praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów. Uniqa apeluje. W 2015 r. sprawa znajduje finał w Sądzie Najwyższym, który przychylił się do zdania Uniqi, że poszkodowanego nie można uznać za konsumenta.

DEKADA WOLNEGO RYNKU

2014

OGŁOSZENIE REKOMENDACJI U I WYTYCZNYCH DYSTRYBUCYJNYCH

Celem Rekomendacji U była poprawa standardów oferowania klientom produktów ubezpieczeniowych przez banki. W związku z uwagami, że wymogi nie powinny dotyczyć tylko banków, podjęto decyzję o jednoczesnym wydaniu Wytycznych dla zakładów ubezpieczeń dotyczących dystrybucji ubezpieczeń.

OGŁOSZENIE WYTYCZNYCH DOT. LIKWIDACJI SZKÓD Z UBEZPIECZEŃ KOMUNIKACYJNYCH

2015

UCHWALENIE USTAWY O DZIAŁALNOŚCI UBEZPIECZENIOWEJ I REASEKURACYJNEJ

WPROWADZENIE BEZPOŚREDNIEJ LIKWIDACJI SZKÓD

USTAWA REKLAMACYJNA I UTWORZENIE INSTYTUCJI RZECZNIKA FINANSOWEGO

2016

FINALIZACJA POSTĘPOWAŃ UOKIK-U WS. UFK

Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wytoczył postępowania przeciwko 17 ubezpieczycielom w związku z oferowanymi przez nich produktami z UFK. We wrześniu 2015 r. pierwsi ubezpieczyciele zawarli porozumienia z Urzędem, zobowiązując się do znacznego obniżenia opłat likwidacyjnych lub całkowitej rezygnacji z nich. Ostatni z ubezpieczycieli – Skandia – swoje zobowiązanie przedstawiła w marcu 2016 r. Na koniec 2016 r. wszystkich 17 ubezpieczycieli podpisało kolejne porozumienia dotyczące tych klientów, których dotychczasowe ugody nie obowiązywały.

2017

ODZYSKANIE RENTOWNOŚCI W OC PPM PO LATACH WOJNY CENOWEJ

2018

WEJŚCIE W ŻYCIE USTAWY O DYSTRYBUCJI UBEZPIECZEŃ

Ustawa z 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń stanowi implementację do polskiego porządku prawnego dyrektywy IDD.

WEJŚCIE W ŻYCIE RODO

2019

UCHWAŁA SN WS. POKRYWANIA KOSZTÓW EKSPERTYZY Z OC PPM

➔ W latach 2010–2019 Rzecznik Ubezpieczonych / Rzecznik Finansowy złożył 13 wniosków do Sądu Najwyższego o rozstrzygnięcie rozbieżności w orzecznictwie. Wśród podnoszonych kwestii znalazło się wiele problemów o istotnej wadze rynkowej, m.in. pojazd zastępczy z OC ppm, stosowanie części alternatywnych, amortyzacja części, przedawnienie roszczeń do UFG, dopuszczalność zadośćuczynień z art. 448 k.c. za zdarzenia sprzed 3 sierpnia 2008 r. czy zwrot kosztów leczenia w prywatnej służbie zdrowia. Od początku swojej działalności Rzecznik skierował do SN 22 wnioski, w większości przypadków Sąd podzielił stanowisko Rzecznika.

➔ Wiele zamętu na rynku i niemałą skazę wizerunkową spowodowały ubezpieczenia z UFK. Czyszczenie rynku rozpoczął Rzecznik Ubezpieczonych, publikując swój raport dot. tego typu produktów. Niejasna konstrukcja, jawny misselling, wysokie opłaty likwidacyjne i brak realnych działań nadzoru to tylko niektóre z problemów opisanych w raporcie. Swoją działalność rozpoczęło stowarzyszenie Przywiązani do polisy, za ubezpieczycieli ostro zabrał się UOKiK, temat wszedł w obszar zainteresowania polityków oraz oczywiście mediów, które szeroko opisywały tzw. aferę UFK, w którą zaangażowane miały być oszczędności 5 mln Polaków.

➔ W trzeciej dekadzie istotnie zwiększył swoją aktywność względem ubezpieczycieli Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów. Wiele postanowień umownych z umów ubezpieczenia trafiło do rejestru klauzul abuzywnych. Urząd nakładał też na ubezpieczycieli liczne kary. W samym 2010 r. nałożył na PZU karę w wysokości 15 mln zł, na Compensę, Ergo Hestię i HDI Gerling Życie łącznie ponad 540 tys. zł., na Nordeę Życie ponad 727 tys. zł kary, Wartę Życie prawie 170 tys. zł, a na PZU Życie 4 mln zł. W 2014 r. rekordowa kara została nałożona na Aegon (23 mln zł) za UFK. Urząd wziął na celownik opłaty likwidacyjne stosowane w ubezpieczeniach z UFK. Postępowania prowadzone przez Urząd zakończyły się zawieraniem w latach 2015–2016 porozumień, w których kolejni ubezpieczyciele zobowiązywali się do znacznego obniżania lub rezygnacji z opłat likwidacyjnych.

➔ Lata 2014–2016 to wysyp wytycznych i rekomendacji Komisji Nadzoru Finansowego, kierowanych do sektora ubezpieczeniowego. Znalazły się wśród nich m.in. wytyczne dystrybucyjne, Rekomendacja U, wytyczne likwidacyjne, rekomendacje produktowe (dot. badania adekwatności produktu oraz dot. systemu zarządzania produktem), rekomendacje dot. szkód niemajątkowych.

➔ Od 1 stycznia 2016 r. zaczęła obowiązywać dyrektywa Solvency II, uchwalona w 2009 r. Solvency II wprowadzało nowy system badania wypłacalności, mający uwzględnić m.in. wpływ nowych tendencji z zakresu metodologii zarządzania ryzykiem w ubezpieczeniach, szeroko pojętej inżynierii finansowej oraz standardów sprawozdawczości zgodnych z wymogami IASB. Do polskiego porządku prawnego dyrektywę implementowano Ustawą z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Po więcej ciekawych informacji i cennej wiedzy
zapraszamy do naszych wydawnictw:



———— Miesięcznik ————
Ubezpieczeniowy

W celu zamówienia prenumeraty prosimy o kontakt:

prenumerata@dziennikubezpieczeniowy.pl
prenumerata@miesiecznikubezpieczeniowy.pl