

Miesięcznik Ubezpieczeniowy

ISSN 1732-2413 • WSZYSTKO, CO TRZEBA WIEDZIEĆ O RYNKU UBEZPIECZEŃ • TOM 22 I NUMER 9 I WRZESIEŃ 2025 • 1 WRZEŚNIA 2025



rankomat

Rankomat otwiera się na Agentów
– czytaj s. 6-7 i 56

©Suriyo/stock.adobe.com

NUMER SPECJALNY:

Najlepsze w ubezpieczeniach
Wartość dla klienta

ERGO Zdrowie – korzyści dla klienta

Program prewencyjny i profilaktyka



Global Doctors Plus Diagnostyka



Gwarantowane terminy konsultacji i badań



Dzień rozpoczęcia ochrony

dowolny dzień

Rehabilitacja

w zakresie każdego wariantu, indywidualnie
dopasowana fizjoterapia

Konsultacje psychologiczno-psychiatryczne

w zakresie każdego wariantu, 4 wizyty stacjonarne
lub e konsultacje



MARCIN Z. BRODA
Redaktor naczelny

Człowiek w centrum ubezpieczeń – od sprzedaży po budowę świadomości

Automatyzacja procesów, sztuczna inteligencja, platformy cyfrowe, big data – te hasła dominują dziś w dyskusji o przyszłości rynku ubezpieczeniowego. W raportach rynkowych, na konferencjach i w strategiach firm technologii przypisuje się rolę głównego motoru zmian. – MARCIN Z. BRODA, REDAKTOR NACZELNY

Rzeczywiście – cyfryzacja rewolucjonizuje sposób sprzedaży polis, przyspiesza likwidację szkód, obniża koszty. Technologia pomaga. A **dobra technologia pomaga jeszcze bardziej** i ubezpieczycielom, i pośrednikom – agentom oraz brokerom ubezpieczeniowym, i ostatecznie wszystkim klientom – ubezpieczającym, ubezpieczonym, uposażonym, poszkodowanym. Jednak im bliżej przyjrzymy się praktyce, tym wyraźniej widać, że **fundamentem wciąż pozostaje człowiek**.

Maszyna policzy składkę, algorytm oceni ryzyko, chatbot przyjmie zgłoszenie szkody. Ale nikt – ani program, ani aplikacja – nie zbuduje relacji opartej na zaufaniu. A właśnie to zaufanie jest walutą, na której opiera się cały system ubezpieczeniowy. Bez niego polisa pozostaje tylko kartką papieru lub... plikiem PDF.

W erze cyfryzacji to człowiek, a nie technologia, pozostaje sercem ubezpieczeń, budując zaufanie i relacje.

KLIENT – SZUKA NIE TYLKO POLISY, LECZ TAKŻE ZROZUMIENIA

Z punktu widzenia klienta ubezpieczenie to nie arkusz kalkulacyjny ani zestaw anonimowych w gruncie rzeczy klauzul, ale **obietnica ochrony w kryzysie, ochrona przed niepewnością**. Proces zakupu umowy ubezpieczenia jest więc nie tylko transakcją, ale także emocjonalną decyzją. Klient indywidualny, który rozważa polisę na życie, myśli o bezpieczeństwie rodziny. Przedsiębiorca kupujący ubezpieczenie ogniove, BI lub OC firmy kalkuluje ryzyko istnienia swojego biznesu. Rodzic wybierający ubezpieczenie szkolne dla dziecka kieruje się troską i poczuciem odpowiedzialności.

Tu zaczyna się rola człowieka. Dla przeciętnego Kowalskiego język ogólnych warunków ubezpieczenia nie tylko bywa, ale najczęściej JEST niezrozumiały. To, co dla underwritera lub aktuariusza jest

drobną różnicą w definicji i parametrem ostatecznej składki, dla klienta może oznaczać realne konsekwencje finansowe. Dlatego potrzebny jest ktoś, kto przełoży zawiłości na prosty język:

- „Co to dla mnie oznacza w praktyce?”
- „Na jaką pomoc mogę liczyć, jeśli wydarzy się wypadek?”

Jeszcze mocniej znaczenie człowieka widać w procesie likwidacji szkód – w tak zwanym „momencie prawdy”. To wtedy klient sprawdza, czy ubezpieczyciel jest partnerem, czy tylko instytucją pobierającą składki. Emocje są wtedy ogromne: stres, lęk, poczucie bezradności. W takich chwilach **empatia i komunikacja** są nie mniej ważne niż procedury. Dobrze wyszkolony likwidator szkód, który potrafi słuchać, wyjaśnić i realnie wesprzeć, może zrobić więcej dla reputacji firmy niż najdroższa kampania marketingowa.

Przykład z rynku:

Młode małżeństwo, które po pożarze mieszkania zgłosiło szkodę, wspominało później w rozmowach z nami nie tyle wysokość odszkodowania, co... rozmowę z likwidatorem, który przyjechał na miejsce, zaproponował tymczasowe rozwiązania i spokojnie przeprowadził ich przez formalności. Mówili: „Poczuliśmy, że nie jesteśmy sami”. Tego nie da się zautomatyzować.

Podobne doświadczenia są zresztą codziennością. Choćby po pamiętnej powodzi sprzed już niemal roku znakomita większość ubezpieczonych i poszkodowanych – w indywidualnych rozmowach – doceniała wielokrotnie poświęcenie likwidatorów. Z drugiej strony – czy z obawy o potwierdzenie przed znajomymi i rodziną, że dostali odszkodowanie i dysponują większą „gotówką”, czy ze względu na stereotypy dotyczące ubezpieczeń,

gdzie ubezpieczyciel może być tylko zły – znakomita większość tymi doświadczeniami się niestety nie chwaliła. Choć widzieli równocześnie, jaki stres, jakie męki i kłopoty przeżywają sąsiedzi, którzy się nie ubezpieczyli i – po szkodzie – mogli liczyć tylko na pomoc rządu lub – tych wspomnianych – rodziny i znajomych.

Technologia usprawnia procesy, ale tylko człowiek buduje zaufanie.

POŚREDNICY – MOST MIĘDZY KLIENTEM A UBEZPIECZycIELEM

Agenci i brokerzy ubezpieczeniowi są często pierwszym kontaktem klienta z ubezpieczeniami. Ich rola bywa zbyt często na pewno spływająca do „sprzedaży polis”. Tymczasem dobry pośrednik to przede wszystkim **przewodnik po świecie ryzyka** personalizujący ofertę, biorący pod uwagę unikalne potrzeby, których nie mają szans dostrzec nawet najlepsze algorytmy. Stąd nawet w erze InsurTechów, klient często preferuje rozmowę z pośrednikiem, by zrozumieć niuanse lub czasem nawet... w ogóle o nich nie musieć myśleć.

To pośrednik ubezpieczeniowy potrafi uświadomić przedsiębiorcy, że większym zagrożeniem niż kradzież sprzętu bywa odpowiedzialność wobec kontrahentów. To pośrednik ubezpieczeniowy przekonuje rodzinę, że ubezpieczenie życia to nie „zbędny koszt”, ale fundament bezpieczeństwa. To pośrednik ubezpieczeniowy potrafi w prostych słowach wyjaśnić, dlaczego tania polisa turystyczna z limitem 50 tys. euro nie wystarczy na hospitalizację, jeśli wyjazd ma być nie tylko do Stanów Zjednoczonych, ale też po prostu gdzieś poza Europę, nawet do „nierozwiniętych” krajów. Bo o ile jeszcze przy USA klienci często słyszeli o wysokich kosztach opieki zdrowotnej, to „tanich” krajów nie łączą z wielkim zagrożeniem i wysokimi potencjalnie opłatami za szpital lub powrót chorego do kraju. Lub... repatriację zwłok.

Ostatecznie w dobie internetu klient może sam nawet stosunkowo łatwo porównać ceny, ale **nie zawsze potrafi ocenić, co naprawdę kupuje**. By nie napisać od razu, że prawie nigdy nie potrafi ocenić warunków nawet najprostszych teoretycznie umów ubezpieczenia. I właśnie tu pojawia się rola pośrednika ubezpieczeniowego jako tłumacza, doradcy. A czasem może wręcz i psychologa? Co więcej, pośrednicy – jako jedyni – pełnią dziś rolę **edukatorów rynku**. Bo choć – przykładowo – to ubezpieczyciele najczęściej w środowisku ubezpieczeniowym mówią o luce ubezpieczeniowej, to jednak agenci i brokerzy w praktyce, na ulicy wręcz, najczęściej rozpoczynają rozmowę o konieczności podwyższenia sumy ubezpieczenia do adekwatnych wartości lub w ogóle uświadamiają potrzeby ubezpieczeniowe. W zupełnie pojedynczych, indywidualnych rozmowach, krok po kroku, budują świadomość, której nie da się stworzyć tylko kampaniami reklamowymi (gdyby nawet takie na szerszą skalę były...).

Algorytm obliczy składkę, ale nie wytłumaczy, dlaczego umowa ubezpieczenia naprawdę ma znaczenie.

UBEZPIECZycIELE – KULTURA INSTYTUCJI I LUDZIE ZA KULISAMI

Po stronie zakładów ubezpieczeń czynnik ludzki jest równie istotny, choć mniej widoczny na co dzień. To, jak klient oceni ubezpieczyciela, zależy nie tylko od systemów IT czy procedur, ale od **postawy ludzi pracujących w organizacji**.

→ To **likwidator szkód** decyduje, czy klient poczuje się potraktowany z godnością.

→ To **product manager** projektuje umowę ubezpieczenia tak, by odpowiadała na realne potrzeby, a nie tylko na wirtualne czasem obawy kupujących.

→ To **aktuariusz i underwriter** ustalają zasady, które później stają się treścią kontraktu.

Pośrednik ubezpieczeniowy to nie tylko sprzedawca, ale przewodnik, tłumacz a czasem... psycholog.

Wewnątrz organizacji ubezpieczyciela to zawsze człowiek podejmuje decyzje **etyczne i strategiczne**. Ważna jest także **kultura organizacji** – czy firma stawia na krótkoterminowy wynik finansowy, czy na długoterminowe relacje. Widać to choćby w podejściu do sporów: czy ubezpieczyciel szuka rozwiązań polubownych (nie ukrywamy przy tym, że nawet skrajnie trudnych w polskich warunkach, bynajmniej nie przez ubezpieczycieli, ale generalną kulturę (bez)prawną), czy wykazuje empatię wobec ubezpieczonych lub poszkodowanych, czy tylko bezwzględnie egzekwuje literę prawa. Co zresztą wcale nie musi przełożyć się na lepszy „wynik” likwidacji, a bardziej odłożyć problemy w czasie.

Równie istotne są działania prewencyjne i edukacyjne, które coraz częściej – choć wciąż zbyt rzadko, a przede wszystkim w niedostatecznej skali, zdecydowanie nieadekwatnej do potrzeb – wpisują się w misję ubezpieczycieli. Programy profilaktyki zdrowotnej, kampanie dotyczące bezpieczeństwa w ruchu drogowym, projekty edukacji finansowej, a nawet „prosta” promocja konkretnych produktów lub rozwiązań ubezpieczeniowych – wszystkie one mają wspólny mianownik: potrzebują ludzi, którzy potrafią dotrzeć do społeczności i budować zaufanie.

Luka ubezpieczeniowa nie zmniejszy się dzięki aplikacjom – dobre systemy mogą urealnić sumy ubezpieczenia w istniejących umowach ubezpieczenia, ale same nie rozszerzą zakresów warunków, a tym bardziej nie trafią do nowych, nieubezpieczonych jeszcze klientów.

PROCESY – TECHNOLOGIA WSPIERA, ALE CZŁOWIEK DECYDUJE

W tym kontekście przyjrzyjmy się po kolei kilku podstawowym wręcz procesom w ubezpieczeniach:

→ **Sprzedaż** – narzędzia online usprawniają formalności, ale to człowiek pomaga klientowi nazwać potrzeby i podjąć decyzję. Bez doradcy poszukujący ochrony ubezpieczeniowej jest jak kupujący kafelki w supermarkecie – stoi przed ścianą, gdzie wiszą pojedyncze płytki, a musi sobie wyobrazić, jak całość będzie wyglądała na ścianach w jego łazience. A przynajmniej decyzja o ubezpieczeniu i warunkach tego ubezpieczenia jest tak samo abstrakcyjna.

→ **Tłumaczenie warunków** – nawet najlepsze OWU nie zastąpią prostego, ludzkiego języka i to nawet, jeżeli zespoły prawne stworzą czytelne dokumenty, zapewniając pełną zgodność ze wszystkimi, najbardziej wymagającymi, regulacjami Komisji Nadzoru Finansowego.

→ **Zmiana umowy** – rozszerzenie zakresu czy dopasowanie umowy ubezpieczenia wynikają często z wydarzeń życiowych. Rozmowa z doradcą osadza te zmiany w szerszym kontekście. A praktyka pokazuje, że nawet teoretycznie tak trywialna czynność, jak sprzedaż samochodu, bez dodatkowych wyjaśnień ze strony agenta ubezpieczeniowego nie jest wcale taka prosta. Bo

klient, zwłaszcza indywidualny, dokonuje takiego ruchu po raz pierwszy w życiu, a w najlepszym przypadku co 10, a nawet i „tylko” 5 lat. Po prostu nie wie, jak się zachować.

→ **Likwidacja szkód** – procedury mogą być cyfrowe, ale emocje wymagają po prostu zwykłej empatii. I to nie tylko przy assistance, które jest najczęściej chyba podawanym przykładem zakresu skrajnie wrażliwego na naturalne wręcz poruszenie i zdenerwowanie klienta, ale przy każdej umowie ubezpieczenia, przy każdym zakresie.

Przyszłość ubezpieczeń to nie mniej ludzi, lecz ludzie o nowych kompetencjach: empatycznych, komunikacyjnych i edukacyjnych.

I choć nie ma w istocie najmniejszych wątpliwości, że technologia może usprawniać i ułatwić niezbędne przecież czasem w ubezpieczeniach formalności, to równocześnie nie zastąpi „białkowego komponentu” ubezpieczeń. Jednak tylko człowiek pomoże klientowi wyobrazić sobie realne znaczenie umowy ubezpieczenia, wyjaśni konsekwencje zmian i będzie towarzyszyć w emocjonalnych momentach związanych ze szkodą. Bez tej ludzkiej obecności ubezpieczenia pozostają niemal wirtualnym, teoretycznym produktem, a nie realnym wsparciem.

Przykład?

Cyfrowa likwidacja szkody komunikacyjnej może trwać 24 godziny. Ale kierowca, który dzwoni na infolinię po wypadku, często bardziej niż szybkiego przelewu potrzebuje uspokajającej rozmowy:

„Proszę się nie martwić, wszystko przeprowadzimy krok po kroku”.

WYZWANIA PRZYSZŁOŚCI – NOWE KOMPETENCJE W ERZE AI

Czy w takim razie rola człowieka może w ubezpieczeniach maleć? Wręcz przeciwnie! Choć z całą pewnością będzie się zmieniać. Automatyzacja przejmie powtarzalne zadania, zresztą z reguły żmudne i wcale przez ubezpieczeniowców nie tak bardzo lubiane, ale uwypukli te elementy, w których człowiek jest niezastąpiony: empatię, interpretację, budowanie relacji.

W zakładach ubezpieczeń to ludzie, podejmując decyzje etyczne i projektując dobre produkty, nadają ubezpieczeniom ludzką twarz i budują jej reputację.

Dla branży oznacza to konieczność inwestowania w rozwój **nowych kompetencji**.

- Likwidator szkód przyszłości musi być nie tylko ekspertem od procedur, ale także specjalistą od komunikacji kryzysowej.
- Agent czy broker ubezpieczeniowy to nie tylko prosty sprzedawca, ale w pełni doradca finansowy, edukator i ambasador świadomości.
- Menedżer w zakładzie ubezpieczeń musi rozumieć nie tylko wskaźniki, ale i kulturę organizacyjną, która wzmacnia zaufanie.

Strategicznie najważniejszym wyzwaniem jest **luka ubezpieczeniowa**. Trzeba jednak to pojęcie rozumieć w pełni, a nie tylko przez pryzmat zaniżonych sum ubezpieczenia, jak jest patrzeć najłatwiej (a i wtedy kwota jest ogromna, bo sięga 380 mld zł tylko w obszarze nieruchomości). Polska – podobnie jak wiele innych krajów – ma wciąż niski poziom zabezpieczenia majątku, zdrowia czy życia w stosunku do realnych potrzeb obywateli. I zamknięcie luki, sięgającej w tak szerokim rozumieniu 15 bln zł, nie będzie możliwe wyłącznie dzięki aplikacjom i porównywarkom, nawet gdyby najsprawniej „podbijały” sumy ubezpieczenia do adekwatnych wartości (a wcale też nie robią tego bardzo sprawnie, bo systemy elektroniczne częściej jeszcze niż białkowi ubezpieczeniowcy nastawione są na... obniżanie składek). To w pierwszej kolejności będzie jednak praca u podstaw: rozmowy z klientami, lokalne inicjatywy, kampanie edukacyjne prowadzone PRZEZ LUDZI I DLA LUDZI.

Choć technologia przyspiesza sprzedaż i likwidację szkód, to ludzka empatia i komunikacja decydują o satysfakcji klienta.

Warto też pamiętać o innych trendach: starzeniu się społeczeństwa, wzroście znaczenia zdrowia psychicznego, nowych ryzykach związanych z coraz większą koncentracją majątku na ograniczonych obszarach, zabudowie na terenach zalewowych (czy generalnie zagrożonych, jak przy pożarach w Kalifornii) czy cyberbezpieczeństwem. Każdy z tych obszarów wymaga nie tylko analizy danych, ale też **dialogu z klientami i edukacji**, którą mogą prowadzić jedynie ludzie.

Ubezpieczenia to nie tylko dane i procedury, lecz przede wszystkim zaufanie, które rodzi się w relacjach między ludźmi.

TECHNOLOGIA USPRAWNIA, CZŁOWIEK BUDUJE

Ubezpieczenia to sektor oparty finansowo wprost na statystyce i ryzyku. Ale ich sens społeczny i ekonomiczny wynika z czegoś więcej – z **relacji między ludźmi**. Polisa, będąca przecież nawet fizycznym świadectwem umowy ubezpieczenia, sama w sobie nie daje poczucia bezpieczeństwa. Prawdziwe bezpieczeństwo daje dopiero świadomość, że w trudnej sytuacji ktoś po drugiej stronie naprawdę zareaguje, zrozumie i pomoże.

Dlatego, niezależnie od tego, jak daleko posunie się cyfryzacja, to człowiek pozostanie w centrum ubezpieczeń. To on sprzedaje umowę ubezpieczenia, tłumaczy warunki, likwiduje szkody, edukuje, buduje świadomość i lojalność.

Można powiedzieć krótko: **technologia usprawnia procesy, ale tylko człowiek buduje zaufanie**. A zaufanie – jak wiemy – jest jedynym naprawdę niezbędnym aktywnym w branży ubezpieczeniowej. □

W pisaniu artykułu asystowały: **ChatGPT-5** oraz **SuperGrok**. Bo technologia służy i pomaga, ale to człowiek musi najpierw określić kierunek działania, a później ostatecznie tchnąć ducha w rzecz, którą się tworzy.

Miesięcznik Ubezpieczeniowy

Wszystko, co trzeba wiedzieć o rynku ubezpieczeń

nr 9/2025. ISSN: 1732-2413

Wydanie specjalne

REDAKTOR NACZELNY: Marcin Z. Broda

REDAKTOR PROWADZĄCA: Anna Sitarek

REDAKCJA: Eliza Kosicka

Małgorzata Szewczyk

Wydawca: Ogma Sp. z o.o., ul. Franciszka Klimczaka 17 / lok. 80, 02-797 Warszawa. ISSN: 1732-2413

Skład i tamanie: GRAFISTAS Magdalena Gałat. Druk: Drukarnia Szmydt

Technologia, która wspiera relacje – nowy kierunek Rankomatu

Największa w Polsce platforma sprzedaży ubezpieczeń online, otwiera się na współpracę z multia-gentami. To strategiczne posunięcie wpisuje się w dynamiczny rozwój modelu omnichannel, który zyskuje na znaczeniu w całej branży. Łączy zaawansowane narzędzia cyfrowe z doświadczeniem i relacyjnym podejściem agentów, tworząc nową jakość – bardziej elastyczną, nowoczesną i skuteczną.

– ADAM MOCZYDŁOWSKI, ROBERT SOKOŁOWSKI, BARTOSZ NIEWIADOMSKI

W tej filozofii biznesu technologia ma służyć człowiekowi, a nie go zastępować. Dzięki temu multiagenci zyskają nowe, innowacyjne możliwości dynamicznego rozwoju swojego biznesu, a klienci – lepsze doświadczenie w procesie zakupu ubezpieczenia oraz najwyższy standard obsługi.

DLACZEGO WARTO DOŁĄCZYĆ DO RANKOMATU?

Dla agentów chcących nawiązać z nami współpracę to szansa na rozwój biznesu przy zachowaniu pełnej niezależności. Partnerzy zyskują dostęp do największego w Polsce wachlarza produktów majątkowych i życiowych, wiodącego na rynku CRM i nowoczesnych narzędzi wspierających sprzedaż. Dostarczamy również kontakty do osób zainteresowanych zakupem ubezpieczenia. System prowizyjny jest przejrzysty, a rozliczenia zrozumiałe.

Współpraca z nami odbywa się w pełnej zgodności z przepisami i przy wsparciu doświadczonych ekspertów. Każdy agent może liczyć na opiekę regionalnego dyrektora sprzedaży, który zna lokalne realia.

Wypracowany portfel pozostaje zawsze własnością agenta – gwarantuje to umowa. W ramach współpracy możesz powoływać się na partnerstwo z nami. Rozpoznawalność naszej firmy zwiększa zaufanie klientów.

Takie podejście to coś więcej niż standardowa współpraca. To partnerstwo oparte na transparentności, szacunku i wspólnym celu: dynamicznym rozwoju i zwiększaniu efektywności działania.

Więcej na temat współpracy można znaleźć na stronie:
www.rankomat.pl/agent.



– Naszym celem jest stworzenie nowego, innowacyjnego modelu współpracy, który łączy świat online i offline w oparciu o prawdziwe partnerstwo. Chcemy razem z naszymi partnerami odpowiadać na potrzeby klientów i skutecznie je realizować, wspierając przy tym agentów w najważniejszym wyzwaniu biznesowym

– dynamicznym pozyskiwaniu nowych klientów, rozwoju biznesu i utrzymaniu przewagi nad lokalną konkurencją. Zapewniamy dostęp do najlepszych technologii, które upraszczają, przyspieszają i optymalizują kosztowo procesy sprzedaży oraz obsługi. To partnerstwo z wyboru, a nie z konieczności – z gwarancją, że w przypadku zakończenia współpracy partner zachowuje pełny portfel swoich polis i klientów. Oprócz leadów sprzedażowych dajemy możliwość, a nie obowiązek, korzystania z najsilniejszego brandu pośredników na polskim rynku ubezpieczeniowym – Rankomat – by zwiększać liczbę klientów odwiedzających agencję. Jednak to nie wszystko – pracujemy nad kolejnymi rozwiązaniami adresującymi potrzeby agentów, np. zastępstwo podczas nieobecności agenta – komentuje Adam Moczydłowski, członek zarządu Rankomat.pl.

ONLINE SPOTYKA OFFLINE – SYNERGIA, KTÓRA DZIAŁA

Otwarcie na multiagentów to odpowiedź na realne potrzeby klientów. Choć kanały cyfrowe zyskują na popularności, wielu klientów wciąż ceni rozmowę z doradcą. Agenci oferują indywidualne podejście, wiedzę i relacyjność. Rankomat daje im z kolei nowoczesne narzędzia, dane i wsparcie sprzedażowe, które pomagają zwiększać efektywność i skalować biznes. To spójny model, w którym online i offline uzupełniają się – na korzyść klienta, dla którego materia ubezpieczeń potrafi być przytłaczająca.

Ten model pozwala także budować silniejsze relacje z klientami i zwiększać ich lojalność. Multiagenci zyskują nowe kompetencje, dostęp do danych analitycznych oraz możliwość testowania nowoczesnych rozwiązań marketingowych. Możemy dzielić się nie tylko doświadczeniem zebrany przez prawie dwie dekady na rynku polskim, lecz dysponujemy też ekspercką wiedzą pochodzącą z rynków europejskich, którą oferuje wspierająca nas fintechowa Grupa Netrisk.



– Współpraca z multiagentami w Polsce jest dla nas naturalnym rozwinięciem strategii budowania silnych, wielokanałowych ekosystemów sprzedaży ubezpieczeń w całym regionie Europy Środkowo-Wschodniej. Mamy doświadczenie z rynków, na których integracja narzędzi cyfrowych z tradycyjną siecią agentów

przyniosła wymierne korzyści obu stronom. Multiagenci w Polsce zyskują dostęp do naszej technologii porównywania ofert, narzędzi wspierających sprzedaż i obsługę posprzedażową, rozwiązań CRM oraz wiedzy i najlepszych praktyk z kilku krajów. Dzięki skali Grupy możemy zapewnić im także szerokie wsparcie marketingowe, analityczne i szkoleniowe, które zwiększy ich efektywność i pozwoli jeszcze lepiej odpowiadać na potrzeby klientów – mówi Robert Sokołowski, prezes Grupy Netrisk, właściciela Rankomat.pl.

DOŁĄCZ DO NAJLEPSZEGO EKOSYSTEMU SPRZEDAŻY UBEZPIECZEŃ

Rozwijamy spójny model, w którym technologia i doradztwo tworzą synergii. Agenci zyskują realne narzędzia rozwoju: leady, technologię, markę, prowizję i niezależność. Oferujemy wsparcie, które pozwala działać skuteczniej i szybciej reagować na potrzeby rynku.

Współpracując z nami, multiagencje zyskują partnera, który myśli perspektywicznie i inwestuje w przyszłość.



– Wspólnie z agentami chcemy budować nową jakość doświadczenia klienta – oferując rozwiązania, które wyprzedzają rynek i łączą świat cyfrowy z siłą relacji i tradycyjnym doradztwem. Naszym celem jest osiągnięcie prawdziwego efektu synergii, w którym wszyscy korzystają. Klient zyskuje najlepsze z obu światów,

a agenci, dzięki partnerskim i transparentnym zasadom współpracy, rozwijają swój biznes szybciej niż kiedykolwiek wcześniej. Wierzymy, że w tym modelu 1+1 może równać się 3

– komentuje Bartosz Niewiadomski, prezes Rankomat.pl.

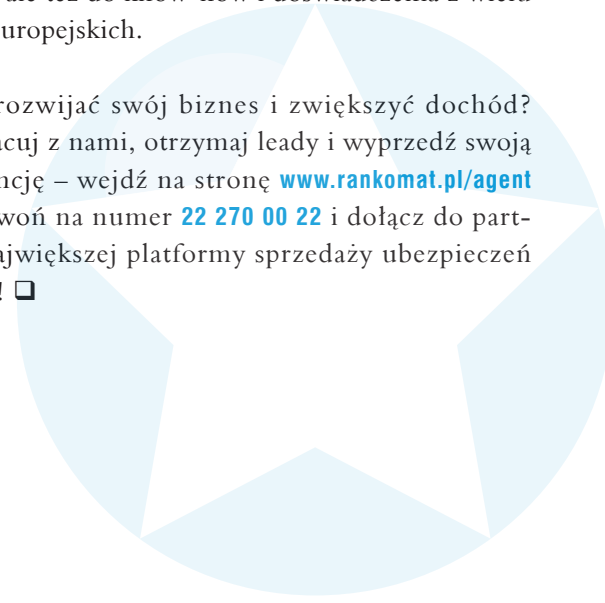
NOWE OBLCZES RANKOMATU: OD PORÓWNYWARKI DO KOMPLEKSOWEJ PLATFORMY SPRZEDAŻY

Jeszcze niedawno byliśmy kojarzeni głównie jako porównywarka cen. Dziś jesteśmy czymś większym. Odpowiadając na oczekiwania rynku, posiadamy narzędzia, które nie tylko porównują ceny, ale także wspierają wybór najlepszego ubezpieczenia. Klienci zyskują dostęp do rankingów jakościowych, rekomendacji ekspertów czy ofert z najlepszym stosunkiem jakość/cena. Mogą łatwo sortować wyniki oraz dodawać rozszerzenia.

Co więcej, nieustannie się rozwijamy. Inwestujemy w algorytmy dopasowujące oferty do indywidualnych potrzeb użytkowników, a także w interfejsy, które czynią proces jeszcze bardziej intuicyjnym. To szybki, przejrzysty i wygodny proces – od pierwszego kliknięcia po finalizację zakupu. Jego innowacyjność spowodowała, że szybko staliśmy się czołowym partnerem ubezpieczycieli działających na polskim rynku.

Od 2008 roku pomagamy w wygodnym i bezpiecznym zakupie najlepszych ubezpieczeń i produktów finansowych. Od 2023 roku jesteśmy częścią Grupy Netrisk – lidera insurtech w Europie Środkowo-Wschodniej, obecnego m.in. w Czechach, na Słowacji, Węgrzech, w Austrii i na Litwie. Grupa specjalizuje się w integracji kanałów online i offline oraz tworzeniu innowacyjnych rozwiązań wspierających sprzedaż ubezpieczeń.

Jako część międzynarodowej grupy technologicznej, nieustannie podnosimy standardy obsługi klienta i wspieramy agentów w rozwoju ich biznesu. Dzięki temu nasi partnerzy zyskują nie tylko dostęp do narzędzi, ale też do know-how i doświadczenia z wielu rynków europejskich.

Chcesz rozwijać swój biznes i zwiększyć dochód? Współpracuj z nami, otrzymaj leady i wyprzedź swoją konkurencję – wejdź na stronę www.rankomat.pl/agent lub zadzwoń na numer **22 270 00 22** i dołącz do partnerów największej platformy sprzedaży ubezpieczeń w Polsce! 



PIOTR WRZESIŃSKI
wiceprezes zarządu
Polska Izba Ubezpieczeń



JULIA ROŚCISZEWSKA
Polska Izba Ubezpieczeń

Jak ubezpieczenia wspierają Polaków?

Jedną z największych obaw Polaków jest utrata życia bądź zdrowia. Lęk przed chorobą oraz nagłymi wypadkami, bezradnością z nimi związaną i ich negatywnymi skutkami odczuwa około 80% obywateli. Pomimo tego nadal możemy mówić o zjawisku niedoubezpieczenia. W kontekście rosnących wyzwań, takich jak problemy demograficzne, niska świadomość ubezpieczeniowa i wspomniana wyżej luka ubezpieczeniowa, konieczne jest podkreślenie roli, jaką ubezpieczenia pełnią we wspieraniu społeczeństwa. – **PIOTR WRZESIŃSKI, JULIA ROŚCISZEWSKA**

Z wiekiem potrzeby człowieka dotyczące zabezpieczenia zmieniają się, a problemy, czy to zdrowotne, czy finansowe, zazwyczaj rosną. Dlatego właśnie ubezpieczyciele muszą skupić się na dostosowaniu swojej oferty do indywidualnych wymagań klienta. Potrzebna jest edukacja i budowanie świadomości zagrożeń i ryzyk przez doradców oraz agentów ubezpieczeniowych.

Niestety przez ostatnie 10 lat rynek ubezpieczeń na życie w Polsce nie rozwijał się. A to właśnie polisy na życie mogą stanowić filar bezpieczeństwa i służyć jako realne oparcie w trudnych chwilach. Aby tak się stało, potrzebna jest indywidualna i dobrze dopasowana oferta do etapu życia, w którym znajduje się człowiek. Jej stworzenie będzie możliwe w dialogu z klientem. Trzeba pozwolić klientom na zadawanie pytań i uzbroić się w cierpliwość oraz zrozumieć ich potrzeby. Myśl o zakupie ubezpieczenia nie pojawia się przypadkowo. Nikt nie budzi się rano z potrzebą posiadania polisy. To decyzja, do której dochodzi się z czasem, w miarę rosnącego poczucia odpowiedzialności. Ludzie zazwyczaj unikają myśli o śmierci, chorobie czy wypadku. Mimo świadomości, że nieszczęścia mogą dotknąć każdego, wiele osób instynktownie odsuwa od siebie myśl, że ich samych również może spotkać coś złego. Takie podejście może prowadzić do poważnych konsekwencji, zwłaszcza że ryzyko nieszczęśliwych wypadków wzrasta

wraz z wiekiem. Z danych PIU wynika, że pomiędzy 20. a 40. rokiem życia poziom ryzyka w życiu człowieka znacznie się zwiększa. Równoległe rosną również potrzeby, które często trudno jest w pełni zaspokoić bez dodatkowego wsparcia finansowego.

UBEZPIECZENIE JAKO INWESTYCJA W PRZYSZŁOŚĆ I ZDROWIE

Ubezpieczenie to nie tylko ochrona przed ryzykiem, ale również inwestycja w bezpieczną przyszłość. Starzenie się społeczeństwa i wydłużająca się długość życia sprawiają, że coraz większe znaczenie zyskuje jego jakość, w szczególności po zakończeniu aktywności zawodowej. Dane z raportu PIU „Ubezpieczenia na życie. Finansowe wsparcie w najtrudniejszych chwilach” pokazują, że kobiety spędzają 78,6% życia w zdrowiu, a mężczyźni 81,9%. W okresie emerytalnym odsetek ten wynosi odpowiednio 48,9% oraz 49,3%. Oznacza to, że przeciętnie tylko połowę życia na emeryturze spędzamy, ciesząc się relatywnie dobrym samopoczuciem i stanem zdrowia. Przekładając te wartości na lata: kobiety, żyjąc średnio 81,1 lat, spędzają w zdrowiu ok. 63,7 lat, a mężczyźni, żyjąc 73,4 lat, ok. 60,1 lat. Po przejściu na emeryturę (w wieku 60 lat dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn) oznacza to średnio 10,3 lat zdrowej emerytury dla kobiet i zaledwie 4,1 lat dla mężczyzn. Każdy dodatkowy rok w zdrowiu to często efekt świadomych działań, takich jak profilaktyka czy zabezpieczenie finansowe, które pozwala na szybki dostęp do leczenia, rehabilitacji i innych form wsparcia.

Podstawowe ryzyka i potrzeby ubezpieczeniowe w określonych grupach wiekowych

Podstawowe ryzyka

GRUPA WIEKOWA	20-30 LAT	30-40 LAT	40-50 LAT	50-60/65 LAT	60/65 LAT +
ETAP ŻYCIA	ROZPOCZĘCIE DOROSŁEGO ŻYCIA	STABILNOŚĆ, RODZINA I PLANOWANIE PRZYSZŁOŚCI	DOJRZAŁOŚĆ FINANSOWA I PLANOWANIE DŁUGOTERMINOWE	PLANOWANIE EMERYTURY I ZABEZPIECZENIE PRZYSZŁOŚCI	OCHRONA I KOMFORT W PÓŹNIEJSZYM ŻYCIU
Ryzyka		Śmierć	Śmierć	Śmierć	
		Poważne zachorowanie	Poważne zachorowanie	Poważne zachorowanie	
		Inwalidztwo	Inwalidztwo	Inwalidztwo	
		Niezdolność do pracy na skutek choroby lub wypadku	Niezdolność do pracy na skutek choroby lub wypadku	Niezdolność do pracy na skutek choroby lub wypadku	Brak samodzielności
	Niezdolność do pracy na skutek choroby lub wypadku	Edukacja dzieci	Edukacja dzieci	Edukacja dzieci	Brak wystarczających środków na emeryturze
	Hospitalizacja	Hospitalizacja	Hospitalizacja	Hospitalizacja	Hospitalizacja
	Wypadek	Wypadek	Wypadek	Wypadek	Wypadek

Podstawowe potrzeby ubezpieczeniowe

GRUPA WIEKOWA	20-30 LAT	30-40 LAT	40-50 LAT	50-60/65 LAT	60/65 LAT +
ETAP ŻYCIA	ROZPOCZĘCIE DOROSŁEGO ŻYCIA	STABILNOŚĆ, RODZINA I PLANOWANIE PRZYSZŁOŚCI	DOJRZAŁOŚĆ FINANSOWA I PLANOWANIE DŁUGOTERMINOWE	PLANOWANIE EMERYTURY I ZABEZPIECZENIE PRZYSZŁOŚCI	OCHRONA I KOMFORT W PÓŹNIEJSZYM ŻYCIU
Potrzeby ubezpieczeniowe		Zabezpieczenie spłaty kredytów	Zabezpieczenie spłaty kredytów	Zabezpieczenie spłaty kredytów	
		Zabezpieczenie środków na utrzymanie rodziny	Zabezpieczenie środków na utrzymanie rodziny	Zabezpieczenie środków na utrzymanie rodziny	
		Akumulacja środków na edukację dzieci	Akumulacja środków na edukację dzieci	Akumulacja środków na edukację dzieci	
		Zabezpieczenie dochodów w przypadku niezdolności do pracy	Zabezpieczenie dochodów w przypadku niezdolności do pracy	Zabezpieczenie dochodów w przypadku niezdolności do pracy	Koszty opieki długoterminowej
		Akumulacja oszczędności	Akumulacja oszczędności	Akumulacja oszczędności	Zabezpieczenie emerytury
	Pokrycie kosztów leczenia	Pokrycie kosztów leczenia	Pokrycie kosztów leczenia	Pokrycie kosztów leczenia	Pokrycie kosztów leczenia

Źródło: PIU.

Oczekiwana długość życia w zdrowiu, 2022

MĘŻCZYŹNI				KOBIETY			
WIEK	OCZEKIWANE DALSZE ŻYCIE W ZDROWIU W LATACH	PRZECIĘTNE DALSZE TRWANIE ŻYCIA W LATACH	PROCENT DALSZEGO ŻYCIA W ZDROWIU	WIEK	OCZEKIWANE DALSZE ŻYCIE W ZDROWIU W LATACH	PRZECIĘTNE DALSZE TRWANIE ŻYCIA W LATACH	PROCENT DALSZEGO ŻYCIA W ZDROWIU
0	60,1	73,4	81,9%	0	63,7	81,1	78,6%
60	10,1	18,7	54,2%	60	11,5	23,6	48,9%
65	7,6	15,3	49,3%	65	8,6	19,5	44,0%

Źródło: GUS, PIU.

Właśnie ten etap życia jest przez wielu postrzegany jako czas odpoczynku, spełniania marzeń i nadrabiania relacji z bliskimi. Wyczekiwany przez lata pracy moment przejścia na emeryturę naznaczony jest jednak ryzykiem choroby, utraty sprawności czy koniecznością leczenia. Nad upragnionym czasem wytchnienia krąży widmo nieszczęść i niepowodzeń, przed którym można się jednak uchronić. Kluczowe jest wcześniejsze zaplanowanie i zgromadzenie odpowiednich środków finansowych, które zapewnią bezpieczeństwo w sytuacji kryzysowej.

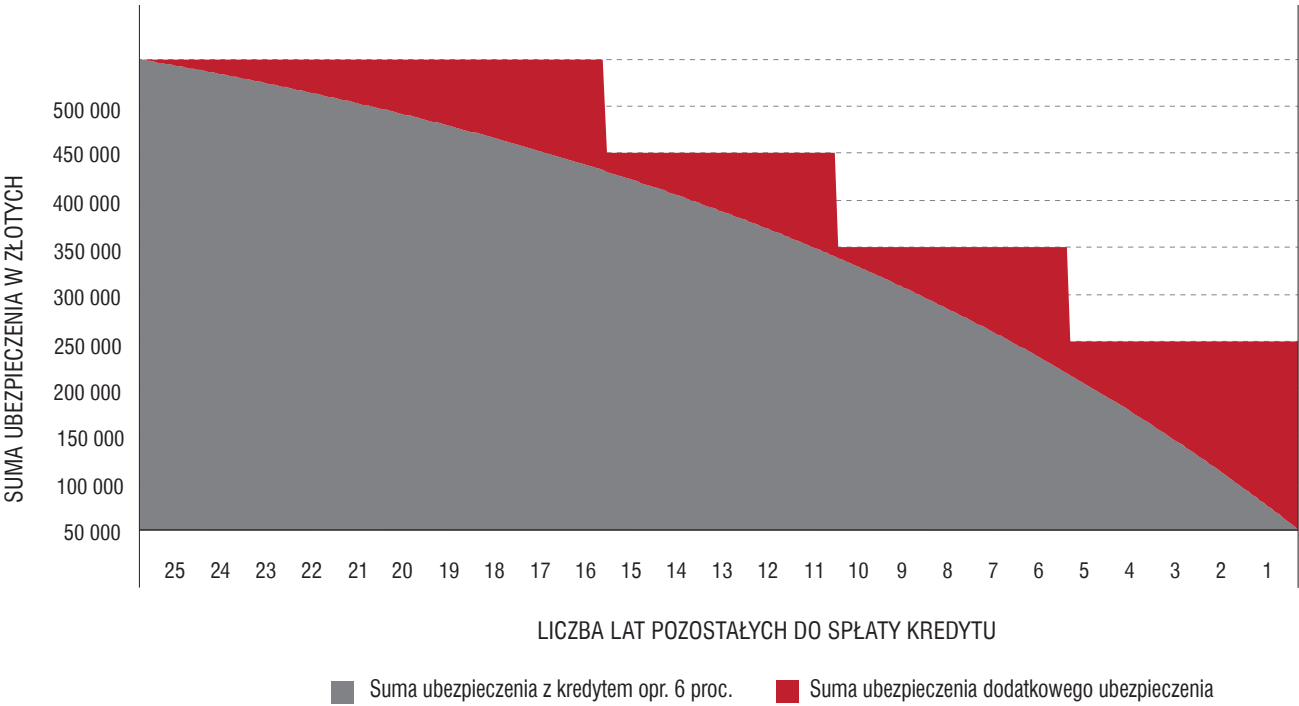
Polisa na życie nie jest wyrazem pesymizmu. To przejaw dojrzałości i troski nie tylko o siebie samego, ale także o swoich bliskich. W końcu w większości w pomoc długoterminową nad osobami starszymi zaangażowana jest rodzina. Przed szczególnym wyzwaniem stoją osoby z „pokolenia przegubowego” (wiek 45-65), które muszą zadbać o dobro swoich dzieci oraz rodziców. Ubezpieczenie może dać im

nie tylko wsparcie finansowe, jeśli to im stanie się coś złego, ale również zapewnić poczucie wewnętrznego spokoju.

Dla zwiększenia swojego bezpieczeństwa finansowego i komfortu życia po zakończeniu aktywności zawodowej warto również rozważyć opcję długoterminowego oszczędzania, które w połączeniu z produktami ubezpieczeniowymi zyskuje dodatkową wartość. Otrzymujemy w ten sposób nie tylko ochronę ubezpieczeniową, ale też gwarancję bezpieczeństwa. Prognozowany spadek stopy zastąpienia sprawi, że obserwowane już dziś zmniejszenie wysokości dochodu rozporządzalnego w okresie emerytalnym stanie się jeszcze bardziej dotkliwe w kolejnych dziesięcioleciach.

Gospodarstwa domowe emerytów i rencistów charakteryzują się dwukrotnie większymi wydatkami na zdrowie na osobę niż gospodarstwa domowe osób pracujących na etacie. Istnieją jednak produkty długoterminowego

Porównanie sum ubezpieczenia pomiędzy ubezpieczeniem na życie z malejącą sumą ubezpieczenia dostosowaną do spłaty Zadłużenia kredytu i ubezpieczeniem na życie, gdzie suma ubezpieczenia maleje co kilka lat



Źródło: PIU.

Porównanie składki ubezpieczeniowej na życie i dożycie do wieku 65 lat ze składką z tytułu takiego samego ubezpieczenia zakupionego 5 lat wcześniej oraz zakupionego w wieku 30 lat

WIEK ROZPOCZĘCIA OSZCZĘDZANIA	WZROST WYSOKOŚCI SKŁADKI W STOSUNKU DO UMOWY ZAWARTEJ 5 LAT WCZEŚNIEJ	WZROST WYSOKOŚCI SKŁADKI W STOSUNKU DO UMOWY ZAWARTEJ W WIEKU 30 LAT
35	27%	27%
40	30%	64%
45	35%	121%
50	43%	216%
55	59%	402%

Źródło: PIU.

oszczędzania, które mogą finansowo pomóc w momencie przejścia na emeryturę.

Przyszłość często bywa inna niż ją sobie wyobrażaliśmy, stawiając przed nami trudne wyzwania. Właśnie dlatego polisa na życie, zawierająca opcjonalnie jedynie ochronę lub rozszerzona o dodatek oszczędnościowy może okazać się fundamentem finansowego zabezpieczenia dla nas i/lub naszej rodziny.

OCHRONA ZOBOWIĄZAŃ I CODZIENNEJ STABILNOŚCI FINANSOWEJ
W ubezpieczeniu na życie suma ubezpieczenia, nie jest z góry ograniczona i zależy od decyzji osoby poszukującej ochrony ubezpieczeniowej. Dzięki temu możliwe jest dopasowanie polisy do indywidualnych potrzeb i sytuacji życiowej. Polisa na życie to tarcza chroniąca domowy budżet przed zdarzeniami losowymi.

W przypadku kredytów hipotecznych, które są zobowiązaniem długoterminowym warto rozważyć zakup stosownego ubezpieczenia. Pozwoli ono na spłacenie zobowiązań wobec banku, jeśli kredytobiorca umrze. To pomoże zabezpieczyć rodzinę kredytobiorcy przed wpadnięciem w spiralę długów, a co gorsza, utratą mieszkania lub domu. Ubezpieczenie na życie często jest wymagane przez bank przy udzielaniu kredytu hipotecznego. W innych przypadkach zachęca się klientów do rozważenia jego zakupu. Polisa wybrana z oferty banku dopasowana jest do struktury spłat rat kredytu. Indywidualne zawarcie umowy, bezpośrednio u ubezpieczyciela, pozwala natomiast na personalizację i dopasowanie oferty do potrzeb klienta.

W podobny sposób działa ochrona kredytów konsumenckich. Ubezpieczenie na życie do kredytu gotówkowego lub ratального pozwala na spłatę pożyczki w przypadku utraty źródła dochodu lub śmierci kredytobiorcy. Bez tej ochrony potencjalni spadkobiercy będą musieli stanąć przed dylematem przyjęcia spadku wraz z długami albo odrzucenia go całkowicie.

Ubezpieczenie na życie jest istotnym elementem finansowej układanki. Pełni ono szczególnie istotną rolę, gdy mowa o kredytach i innych zobowiązaniach długoterminowych. Ubezpieczenia na życie są niezwykle ważne dla zapewniania finansowego

bezpieczeństwa na różnych etapach ich życia. Świadoma decyzja o ochronie ubezpieczeniowej pozwala wyjść obronną ręką w związku z nieprzewidywanymi zdarzeniami. Polisa na życie może stać się fundamentem stabilności i zagwarantować spokój. Ubezpieczenia dają realne i nieocenione wsparcie, chroniąc ubezpieczonego i jego rodzinę. □

Zachęcamy do zapoznania się z raportem PIU przygotowanym wspólnie z Milliman Polska. To lektura, która nie tylko skłania do refleksji nad własnym bezpieczeństwem finansowym, ale też dostarcza wielu cennych argumentów i danych, pokazujących realny wpływ ubezpieczeń na życie Polaków.

Cały raport dostępny na stronie Polskiej Izby Ubezpieczeń:
<https://piu.org.pl/raporty/ubezpieczenia-na-zycie/>.



© Simple Line/stock.adobe.com

Szybciej, skuteczniej, globalnie. ERGO Zdrowie łączy leczenie z profilaktyką



MARCIN RYBARCZYK
Dyrektor Biura Ubezpieczeń Zdrowotnych
ERGO Hestii



AGNIESZKA MADZIAR
Menadżer Produktu w Biurze Ubezpieczeń Zdrowotnych
ERGO Hestii

Zdrowie to najważniejszy zasób społeczny i warto w nie inwestować. Od lat obserwujemy, że system publicznej ochrony zdrowia zawodzi. Polacy potrzebują dostępu do efektywnego leczenia i wsparcia w budowaniu pozytywnych postaw zdrowotnych.

Żyjemy coraz dłużej, średnio 79 lat – i to dobra informacja. Gorsza jest taka, że brak dostępu do efektywnej, profilaktycznej opieki zdrowotnej przekłada się na epidemię chorób przewlekłych i spadek jakości naszego życia. Zgodnie z danymi opublikowanymi w raporcie Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025”, w tym roku tylko 19% badanych mężczyzn i 14% badanych kobiet ocenia swój stan zdrowia jako „bardzo dobry”. Na przestrzeni ostatnich 6 lat ta grupa zmniejszyła się o blisko 50%. To pokazuje skalę problemu, z jakim się mierzymy.

WYZWANIA DEMOGRAFICZNE. CZY PUBLICZNY SYSTEM WYTRZYMA?

Publiczny system ochrony zdrowia skupia się na finansowaniu kosztownego leczenia zdiagnozowanych zbyt późno chorób. Polacy na konsultację u lekarzy specjalistów muszą czekać miesiącami w kolejkach, a udział wydatków na profilaktykę stanowi jedynie 1,9% całkowitych wydatków na zdrowie w Polsce.

Niestety sytuacji nie poprawiają rosnące nakłady na publiczną ochronę zdrowia, które praktycznie w całości konsumowane są przez inflację kosztów zdrowotnych. Skalę problemu nasilają negatywne trendy demograficzne. Za 15 lat co czwarty Polak będzie miał więcej niż 65 lat. Naturalne jest, że potrzeby zdrowotne z wiekiem rosną, co w praktyce oznacza, że aby utrzymać obecny standard publicznej opieki medycznej, będzie trzeba potroić nakłady na opiekę długoterminową.

Porównując całość wydatków na opiekę medyczną w Polsce, wydatki prywatne stanowią 26,3% i ten udział będzie z roku na rok rósł. To olbrzymie pole do działania dla nas, ubezpieczycieli. Wypełniając lukę w systemie publicznym, musimy zadbać o efektywne zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych naszych klientów.

ERGO ZDROWIE – NOWOCZESNE PODEJŚCIE DO UBEZPIECZENIA

Wychodząc naprzeciw tym potrzebom, stworzyliśmy ERGO Zdrowie, które wyróżnia się na rynku. To nie jest kolejny produkt, który pomaga tylko organizować wizyty i badania. To realna opieka medyczna, która łączy dostęp do wielu specjalistów, badań diagnostycznych, leczenia za granicą poważnych zachorowań oraz nowoczesnych rozwiązań technologicznych.

Dzięki ubezpieczeniu **Przychodnia** klient może liczyć na szybki dostęp do konsultacji lekarskich ponad 50 specjalizacji. Dodatkowo ma zagwarantowany szeroki, nielimitowany katalog badań diagnostycznych, w tym obrazowych, z gwarancją terminów. ERGO Hestia jako jedyna na rynku może zaproponować klientom ochronę, która w każdym wariancie ma taki sam szeroki zakres ubezpieczenia (warianty różnią się jedynie poziomem dopłat do usług medycznych). Taki model pozwala klientom na oczekiwane poczucie bezpieczeństwa, a nigdy nie wiemy, kiedy będzie nam potrzebna pilna pomoc specjalisty. W ubezpieczeniu **Przychodnia**, bez konieczności dodatkowego rozszerzenia zakresu, znajdziemy Rehabilitację z indywidualnie dopasowaną fizjoterapią czy pomoc psychologiczną lub psychiatryczną. Telefonicznie lub poprzez internetowe konto klienta ERGO Zdrowie w łatwy sposób umówimy wizyty i badania w ramach tego ubezpieczenia.

PROFILAKTYKA I INNOWACJE – PRZYSZŁOŚĆ OCHRONY ZDROWIA

Ubezpieczenia ERGO Zdrowie to nie tylko działanie w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia, to także **Profilaktyka** – klucz do długiego i zdrowego życia. Skoordinowana profilaktyka od ERGO Hestii – pozwala na monitorowanie zdrowia i wczesne reagowanie na nieprawidłowości dzięki szerokiej gamie badań laboratoryjnych poprzedzonych ankietą profilaktyczną, które możemy wykonać raz w roku i omówić je z lekarzem.

Coraz większą popularność zyskują testy genetyczne My Lifestyle oraz aplikacja GenePlanet w ramach programu prewencyjnego w ERGO Zdrowie. Testy te pozwalają zrozumieć, jak geny wpływają na naszą kondycję zdrowotną. Trzeba oczywiście podkreślić, że to w dużej mierze kwestia codziennych wyborów – diety, aktywności fizycznej, unikania stresu. Aplikacja GenePlanet doskonale pomaga nam monitorować pozamedyczne aktywności, które prowadzą do zdrowia, a test MyLifestyle pokazuje ważne cechy, takie jak metabolizm, reakcja na stres czy predyspozycje sportowe. Dlatego profilaktyka nie jest dziś fanaberią, ale obowiązkiem wobec siebie i swoich bliskich. Zamiast mówić „zrobię to jutro”, warto zacząć działać już dziś – zrobić badania, skorzystać z aplikacji wspierającej odpowiednie nawyki, a przede wszystkim – wybrać ubezpieczenie, które pozwoli szybko i kompleksowo zadbać o zdrowie. Profilaktyka to nie luksus, a konieczność.

GLOBAL DOCTORS PLUS – WSPARCIE MEDYCZNE NA NAJWYŻSZYM ŚWIATOWYM POZIOMIE

Global Doctors Plus z kolei to coś więcej – to dostęp do globalnej sieci ekspertów, którzy są gotowi pomóc w przypadku poważnego zachorowania czy jego podejrzenia. Global Doctors Plus składa się z dwóch wariantów **Diagnostyka** i **Leczenie za granicą**.

Pierwszy oferuje szybką ścieżkę diagnostyczną w Polsce w razie podejrzenia nowotworów, schorzeń sercowo-naczyniowych, zabiegów neurochirurgicznych czy konieczności przeprowadzenia przeszczepu. Natychmiastowy dostęp do zaawansowanej diagnostyki to klucz do skutecznego diagnozowania i leczenia. Poza badaniami diagnostycznymi (laboratoryjne, obrazowe, biopsje) w ramach ubezpieczenia gwarantujemy wirtualne konsultacje z polskimi i zagranicznymi specjalistami, a w przypadku potwierdzenia diagnozy – przewodnik pacjenta. Po rozpoznaniu nowotworu dostępna jest możliwość przeprowadzenia badania genetycznego u członków rodziny ubezpieczonego, jeżeli badanie wykaże mutację genetyczną.

Drugi wariant – **Leczenie za granicą** – dotyczy poważnych stanów chorobowych. To profesjonalna opieka i maksymalnie



usprawniony proces leczenia w renomowanych klinikach na całym świecie, nawet do 2 milionów euro oraz wsparcie psychologiczne dla ubezpieczonego i jego rodziny.

Oferta ERGO Hestii tego produktu jest najszerza na rynku. W przypadku chorób onkologicznych ubezpieczenie obejmuje również leczenie w ramach medycyny precyzyjnej dla szczególnej postaci nowotworu złośliwego. Dzięki temu, poza tradycyjnymi terapiami leczniczymi w ramach medycyny konwencjonalnej, umożliwia dostęp do nowych terapii leczniczych, tj. terapie celowane, immunoterapie lub terapie hormonalne czy możliwości udziału w badaniach klinicznych.

Warto podkreślić, że według danych Krajowego Rejestru Nowotworów, w Polsce rocznie wykrywa się około 180 tysięcy nowych przypadków nowotworów, z czego niestety tylko część chorych trafia na czas do specjalistycznego leczenia. Tymczasem, jak wskazuje Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), ponad 70% przedwczesnych zgonów można by uniknąć dzięki profilaktyce, wczesnemu wykrywaniu i skutecznemu leczeniu chorób niezakaźnych – w tym nowotworów, cukrzycy czy chorób serca.

Luki w publicznym systemie są widoczne na wielu płaszczyznach: od diagnostyki chorób nowotworowych, poprzez dostęp do specjalistów, aż po nowoczesne metody leczenia.

NOWOCZESNA ŚCIEŻKA SPRZEDAŻY – WSPARCIE DLA AGENTA

Jednym z kluczowych atutów produktu ERGO Zdrowie jest nowoczesna, intuicyjna ścieżka sprzedaży, która znacznie ułatwia pracę agentowi. Dzięki przemyślanemu systemowi, proces wyboru i zakupu polisy jest szybki i przejrzysty, a jednocześnie pozwala na indywidualne dopasowanie oferty do potrzeb klienta. Mocnym punktem jest swoboda doboru zakresu ubezpieczenia dla każdego ubezpieczonego na polisie. Natomiast automatyczny underwriting to decyzja „tu i teraz”, bez konieczności dostarczania często wielostronicowej dokumentacji medycznej. Zdalne zawarcie ubezpieczenia oraz akceptowanie oferty i polisy bez konieczności tradycyjnego podpisywania dokumentów – to kolejna zaleta Portalu dla Agenta. Dzięki temu agent może skupić się na tym, co najważniejsze – budowaniu relacji i realnej pomocy. W Polsce ciągle istnieje ogromna przestrzeń do rozwoju indywidualnych ubezpieczeń zdrowotnych, które w dzisiejszych czasach mogą stać się realnym wsparciem dla systemu publicznego, zapelniając jego luki i odpowiadając na rosnące potrzeby pacjentów. ERGO Zdrowie, poprzez produkty takie jak **Profilaktyka**, **Przychodnia** i **Global Doctors Plus**, oferuje świeże, nowoczesne i wielowymiarowe podejście do ochrony zdrowia – łącząc dostęp do specjalistów, globalne wsparcie i innowacyjne narzędzia profilaktyczne. Pamiętajmy – zdrowie to największy skarb, a dbanie o nie to najlepsza inwestycja. □



**MARIUSZ WICHTOWSKI**

prezes zarządu

Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych

Znać swoje miejsce

Na przełomie lat 40. i 50. XX wieku, gdy po wojnie Europa rozpoczęła odbudowę, a stosunki międzynarodowe ustabilizowały się, pojawiły się idee, które skutecznie zostały wdrożone, dając nam podstawę do życia – mimo wszelkich mankamentów i utyskiwań – w świecie względnego bezpieczeństwa i wzajemnego poszanowania. Cóż, nie żyjemy w świecie utopii, ale też może właśnie to nasze szczęście. – **MARIUSZ WICHTOWSKI**

Mówiąc o ideach, należy mieć na uwadze przede wszystkim Roberta Schumana (byłego premiera i ministra spraw zagranicznych Francji), zwanego często „ojcem Unii Europejskiej”, który w 1950 roku, we współpracy z Jeanem Monnetem i kanclerzem Niemiec Konradem Adenauere, doprowadził do porozumienia między Francją a Niemcami w sprawie wspólnego zarządzania przemysłami stalowym i węglowym na terenie Zagłębia Ruhry – terytorium spornym między oboma krajami. Utworzenie Europejskiej Wspólnoty Węgla i Stali (przekształcona następnie we Wspólnotę Europejską, a ostatecznie w Unię Europejską) stało się dowodem, że mimo strasznej historii dzielącej narody, istnieje możliwość, a wręcz konieczność bliskiej współpracy.

TROCHĘ HISTORII EUROPEJSKIEJ

W tym samym okresie, wzrost międzynarodowego ruchu samochodowego uwypatnił pilną potrzebę zajęcia się kwestiami związanymi z ubezpieczeniami – właśnie tutaj, w Europie, najbardziej dotkniętej skutkami II wojny światowej. Mimo wielu różnic związanych z wynikami tej wojny, historią, polityką, a także nienawiścią, będącą wynikiem działań wojennych oraz opresji ze strony okupantów, Europa będąca na drodze szybkiej odbudowy, wymagała podjęcia maksymalnie szybkich i efektywnych rozwiązań, umożliwiających transport dóbr i migrację ludności. Jedynym praktycznie możliwym do wykorzystania był transport kolejowy i drogowy. Ten pierwszy jeszcze dość długo po wojnie wymagał odbudowy infrastruktury, w związku z czym główne zadanie polegało na zorganizowaniu wydajnego transportu drogowego, co z technicznego punktu widzenia, było co prawda kolosalnym wyzwaniem, ale z uwagi na istniejący tabor samochodowy, realnym do realizacji.

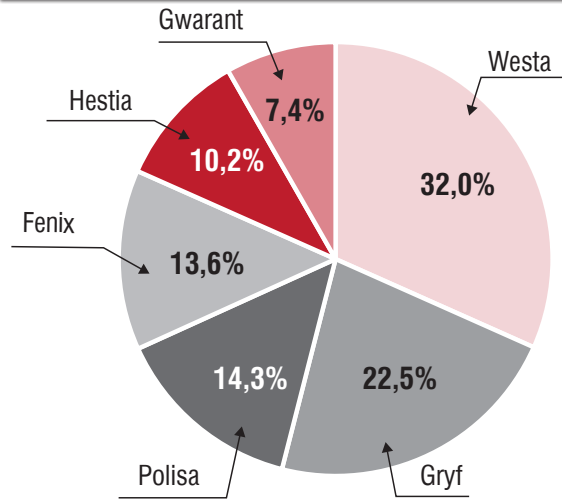
Szukając racjonalnego rozwiązania dla międzynarodowej ochrony ubezpieczeniowej, która umożliwiałaby swobodne przemieszczanie się między krajami Europy, odwołano się do pozytywnych wzorów, po które można było sięgnąć – kraje nordyckie (Dania, Norwegia, Finlandia i Szwecja) wprowadziły pod koniec lat 20. XX w. rozwiązanie mające na celu zapewnienie ochrony we wszystkich czterech z nich dla posiadaczy pojazdów zarejestrowanych w tych państwach. Wraz ze wzrostem ruchu międzynarodowego kraje te zaczęły wydawać wydrukowane polisy dla gości z zagranicy (tzw. ubezpieczenie graniczne umożliwiające wjazd do tych krajów).

25 stycznia 1949 r. Podkomitet ds. Transportu Drogowego Europejskiej Komisji Gospodarczej ONZ wydał Rekomendację nr 5, której celem było nie tylko ułatwienie transgranicznego ruchu drogowego, ale także stworzenie systemu odszkodowań dla ofiar wypadków drogowych, które miały miejsce w państwie ich zamieszkania, a spowodowanych przez pojazd zarejestrowany w innym kraju.

Z praktycznego punktu widzenia należy podkreślić, że wspomniany i funkcjonujący wcześniej nordycki system wzajemnego uznawania ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej pojazdów mechanicznych stał się bezpośrednią inspiracją dla Systemu Zielonej Karty, a wiele lat później (1972) pierwszej europejskiej dyrektywy w sprawie ubezpieczeń komunikacyjnych.

Idee ideami, a w rzeczywistości istotnym jest, jak udaje się je zmaterializować od strony praktycznej. Już teraz po blisko 85 latach od ich sformułowania wiemy, że w obu przypadkach

Udział w wypłaconych świadczeniach z upadłości 1993–2000



Źródło: Opracowanie własne.

nie tyle udało się, ale wypracowane zostały racjonalne podstawy współpracy, które skutecznie zostały wdrożone i – co prawda nie bez potknięć – funkcjonują do dzisiaj.

Z drugiej strony organizacja takiego przedsięwzięcia wymaga nie tylko zabiegów prawnych i organizacyjnych, ale przede wszystkim pieniędzy i gwarancji ich swobodnego przepływu między zaangażowanymi stronami. Bez wątpienia był to (i w części jest w dalszym ciągu) duży wysiłek dla rynków ubezpieczeniowych, szczególnie że całość przedsięwzięcia finansowana była (tak jak i dzisiaj) bez udziału zasobów z budżetów państwowych.

Powstanie międzynarodowej organizacji ubezpieczeniowej, która już w momencie tworzenia skupiała najważniejsze rynki Europy, stanowiło nie lada wyzwanie organizacyjne, ale też zapoczątkowało nowatorskie podejście do współpracy w sektorze finansowym i w zakresie ochrony konsumenckiej.

Od początku swojego istnienia Rada Biur COB, jak i jej członkowie – Biura Narodowe, są organizacjami niezależnymi od struktur państwowych, apolitycznymi, samorządnymi i działającymi na zasadzie *non profit*.

Warto podkreślić, że od początku swojego istnienia COB była i pozostaje organizacją poza strukturami politycznymi i mimo iż jej założenie oraz początki przypadły na okres zimnej wojny, w kolejnych latach przyjmowano nowych członków, także spoza żelaznej kurtyny. Dlatego też uzyskanie członkostwa w COB przez polski rynek było możliwe już w 1958 roku.

... I POLSKIEJ

Pierwsze trzy dekady naszego członkostwa w Systemie Zielonej Karty przebiegły względnie spokojnie, bez szczególnych napięć w relacjach z innymi biurami narodowymi przy pełnym realizowaniu zobowiązań finansowych wynikających z członkostwa w Radzie Biur. Co ciekawe, zobowiązania Polskiego Biura realizowane były także w czasie stanu wojennego, gdy co do zasady wszelkie transfery dewizowe innych podmiotów zostały wstrzymane.

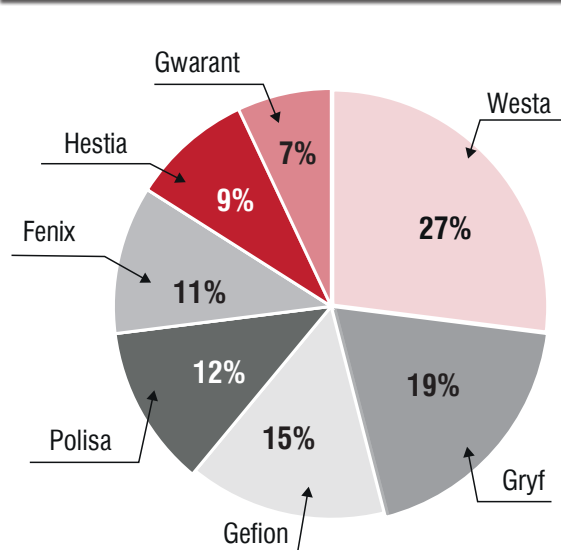
Istotne problemy i napięcia zarówno w kraju, jak i w relacjach zagranicznych pojawiły się dopiero z momentem liberalizacji i demonopolizacji rynku ubezpieczeniowego. Powstające dość „spontanicznie” zakłady ubezpieczeń dość powszechnie orientowały swoje zainteresowanie na ubezpieczeniach komunikacyjnych. Łatwość akwizycji ograniczona co do zasady prawie wyłącznie wysokością prowizji, przy prostocie oferty w kontradykcji do dotychczasowego monopolu, ułatwiała szybki wzrost, za którym niestety nie nadążały ani wymogi kapitałowe, ani realizacja zobowiązań wobec ubezpieczonych i poszkodowanych.

Kosztami tych przemian w ostatniej dekadzie XX wieku było sześć następujących po sobie upadłości ubezpieczycieli (1993 – Westa; 1995 – Feniks, Gryf, Hestia; 2000 – Gwarant, Polisa), z których wszystkie dotyczyły ubezpieczycieli prawie całkowicie zainteresowanych ubezpieczeniami komunikacyjnymi, przy czym trzy z nich (Westa, Gryf, Polisa) były numerem trzy pod względem przypisu składki.

Ww. upadłości – aczkolwiek spodziewane – wywołały lawinę problemów, nie ograniczając się wyłącznie do kwestii obsługi tysięcy pozostawionych bez biegu szkód. Perturbacje organizacyjne i finansowe (konieczność szybkiego zgromadzenia środków na realizację zobowiązań za upadłych ubezpieczycieli) stały się wyzwaniem dla całego powstającego dopiero rynku, w tym kolosalnym obciążeniem finansowym.

Polskie Biuro skonfrontowane zostało z tysiącami nierozliczonych, a wielu wypadkach trudnych do zidentyfikowania zobowiązań wobec zagranicznych biur narodowych, ubezpieczycieli, korespondentów upadłych zakładów ubezpieczeń, poszkodowanych itp. Skutkiem tego były wielomilionowe walutowe zobowiązania obciążone wysokimi odsetkami. Szczęśliwie, dzięki dobrym relacjom biznesowym z zagranicznymi partnerami Biura, w znacznej części spraw udało się wynegocjować anulowanie wysokich odsetek z tytułu opóźnionej realizacji zobowiązań za byłych członków Biura. Dzięki temu końcowe rozliczenia

Zobowiązania za byłych członków PBUK



Źródło: Opracowanie własne.

- zmniejszone zostały o kilka milionów PLN. Warto zauważyć, że ubezpieczenia komunikacyjne – szczególnie w przypadku szkód osobowych – charakteryzują się długim okresem ich prowadzenia, a okresy przedawnienia/były w wielu krajach znacznie dłuższe niż w Polsce (do 30 lat). Skutkiem tego, mimo upływu ponad 30 lat od czasu pierwszej upadłości, Biuro w dalszym ciągu prowadzi sprawy z nich wynikające.

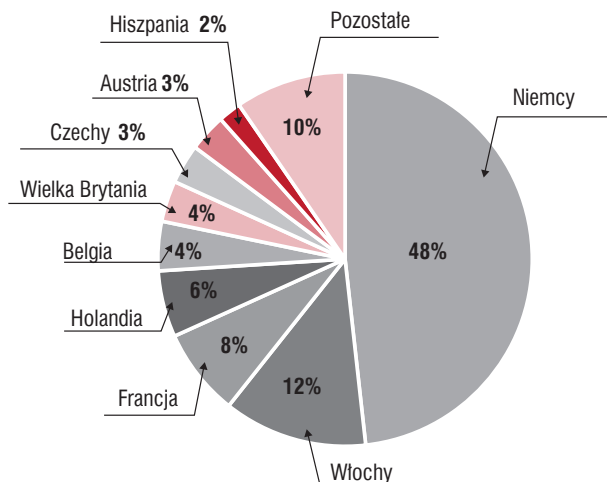
CZASY WSPÓŁCZESNE

Od tego czasu polski rynek objęty wnikliwym nadzorem jest przykładem stabilności i mimo pojawiających się niedociągnięć, rzetelnym partnerem ubezpieczających i poszkodowanych. O ile jednak wypracowane metody nadzoru i dobre praktyki rynkowe pozytywnie wpłynęły na realizowanie zobowiązań przez ubezpieczycieli, o tyle możliwości oddziaływania w tej mierze na praktyki zakładów ubezpieczeń operujących w Polsce na podstawie swobody świadczenia usług pozostawiały/ją wiele do życzenia.

Z racji swojej działalności, szczególnie w zakresie współpracy międzynarodowej i obserwacji przepływów finansowych Biuro ze sporym wyprzedzeniem jest w stanie zaobserwować pojawiające się trudności w realizacji zobowiązań przez zakłady ubezpieczeń. Jako że bezpośrednio nie dotyczą one w pierwszym rzędzie interesów poszkodowanych, a głównie rozliczeń w ramach Rady Biur, pozostają one dość długo niezauważone w ramach zwykłej działalności nadzorczej. Między innymi z tego też powodu niezmiernie ważna jest funkcja sygnalizacyjna po stronie Biura.

Mimo podejmowanych działań, w niedalekiej przeszłości, byliśmy skonfrontowani z kolejnym przypadkiem niewypłacalności – tym razem ubezpieczyciela działającego na naszym rynku na zasadzie FOS – Gefion. Z jednej strony skutkiem upadłości była konieczność podjęcia likwidacji szkód wobec poszkodowanych, z drugiej strony rozliczenia i uregulowania przez PBUK zobowiązań z tytułu szkód zaistniałych poza granicami kraju. Podobnie jak w przypadku upadłości z lat 90. XX wieku, tak i w tym ostatnim przypadku w dalszym ciągu istnieją wielomilionowe zobowiązania, które zostały już częściowo uregulowane, ale pozostaną jednak obciążeniem przez kolejne lata.

Wypadki poza granicami RP

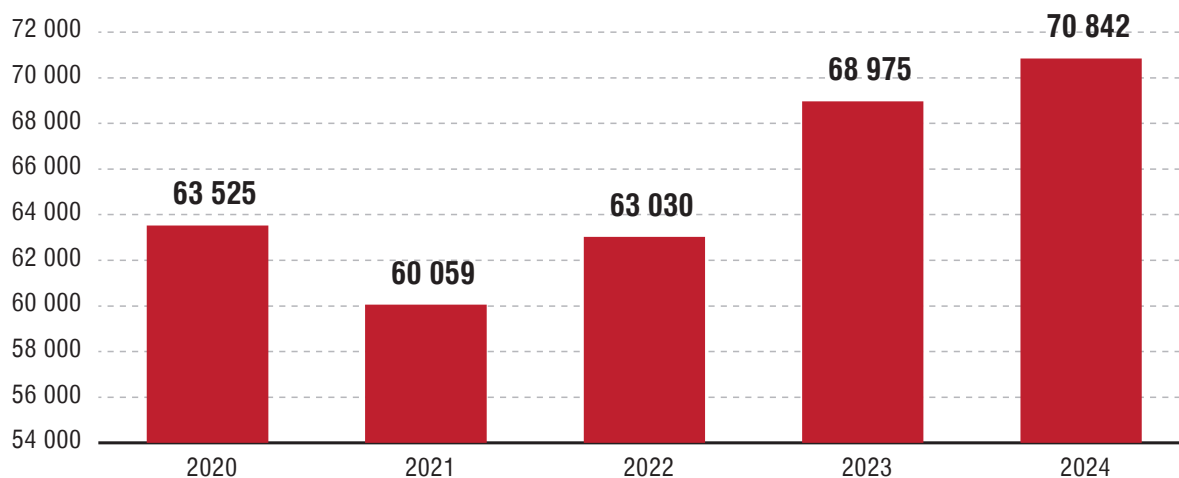


Źródło: Opracowanie własne.

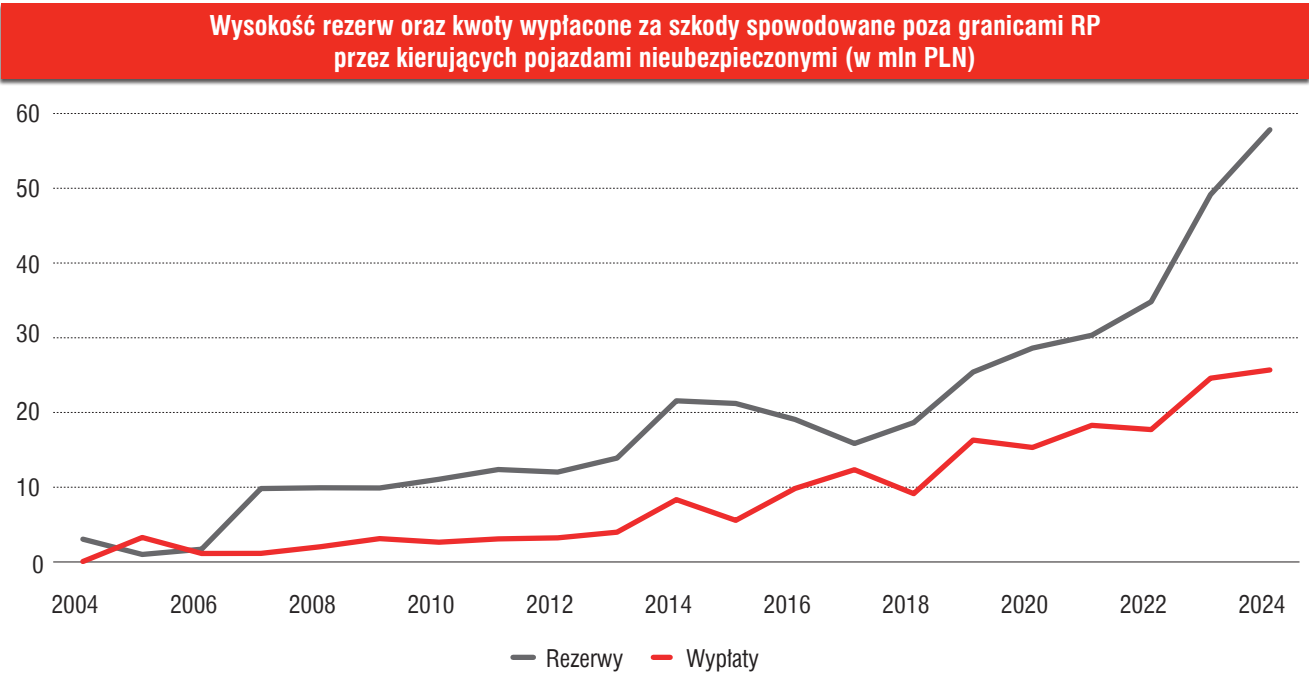
Szczęśliwie w przypadku tej ostatniej upadłości finalnie kosztami wypłaconych przez Biuro zobowiązań nie został obciążony polski rynek. Było to wynikiem wyprzedzającej analizy potencjalnych ryzyk związanych z zainteresowaniem prowadzenia działalności na naszym rynku przez zagranicznych ubezpieczycieli na podstawie FOS i FOE. Wspomniana analiza i obserwacja rynków zagranicznych skłoniła Polskie Biuro do podpisania stosownej umowy z Biurem Duńskim, na mocy której to ostatnie zobowiązało się do przejęcia zobowiązań finansowych w przypadku upadłości któregoś z ubezpieczycieli mających siedzibę w tym kraju.

Funkcja gwarancyjna Biura wynika wprost ze zobowiązań wynikających z członkostwa w Radzie Biur. Odgrywa ona kolosalną rolę dla zapewnienia stabilności finansowej Systemu, jak i samego Biura. Ma to szczególne znaczenie w sytuacji sukcesywnie wzrastającej liczby wypadków powodowanych za granicą ruchem pojazdów umiejscowionych w Polsce.

Wypadki poza granicami RP



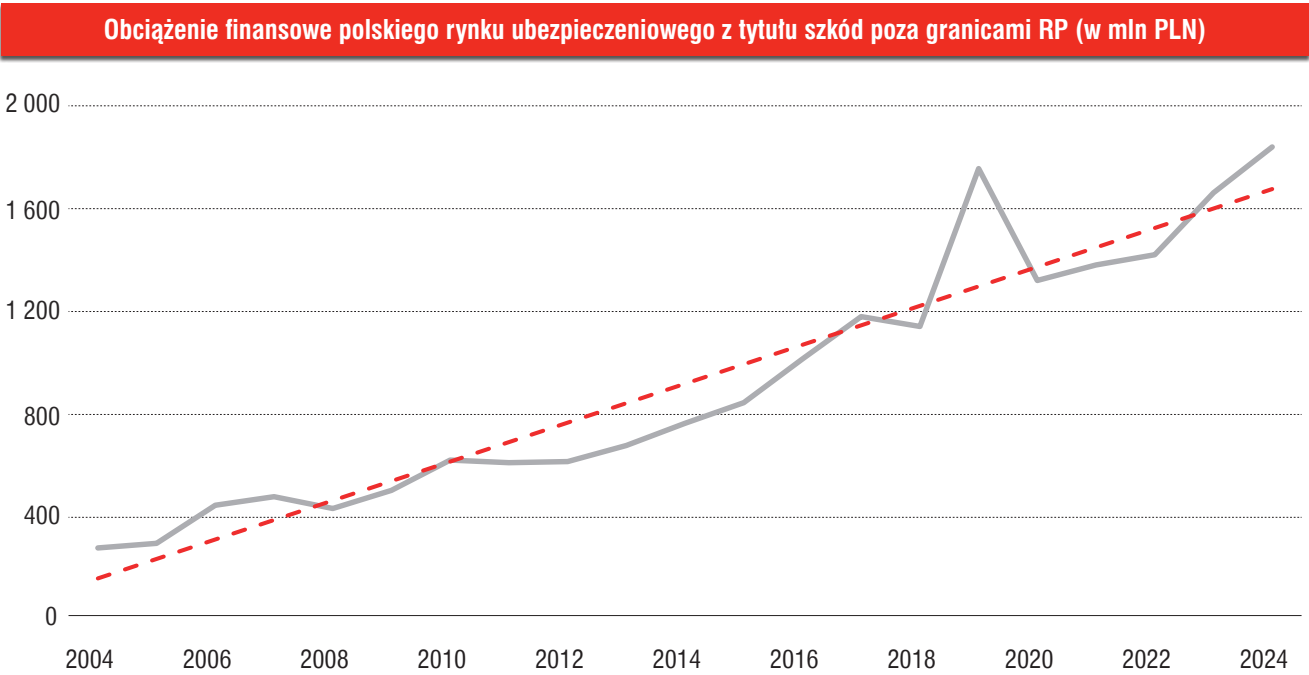
Źródło: Opracowanie własne.



Źródło: Opracowanie własne.

Zarówno liczba zdarzeń, jak i ich rozkład między poszczególnymi krajami stanowią o wzrastającym ryzyku dla polskiego rynku, tak bezpośrednio dla zakładów ubezpieczeń w zakresie odpowiedzialności za skutki wypadków powiązanych z istniejącym pokryciem ubezpieczeniowym, jak i Biura w przypadku pojazdów nieubezpieczonych, czy też za Członków Biura pozostających w zwłoce i nierealizujących swoich zobowiązań (krajowych, czy też zagranicznych) w terminie.

Co prawda Polskie Biuro nie prowadzi bezpośredniej likwidacji szkód; jest ona realizowana przez agentów Biura oraz korespondentów zagranicznych zakładów ubezpieczeń, jednakże realizując swoje zadania gwarancyjne, Biuro dokonuje operacji finansowych na poziomie 100 mln zł rocznie z tendencją wzrostową. Zarazem znaczna część statutowych obowiązków Biura wykonywana jest sprawnie w ramach codziennych działań, niewyróżniających się spektakularnymi wyczynami. I chyba o to chodzi. □



Źródło: Opracowanie własne.

Partnerstwo, innowacje, rozwój – siła EINS Polska na polskim rynku

EINS Polska Sp. z o.o. jest obecna na polskim rynku od roku 2018, oferując ubezpieczenia komunikacyjne Insurance Company EUROINS AD w zakresie ubezpieczeń OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, NNW, assistance, bagaż, autocasco oraz Zielona Karta.

EINS Polska dynamicznie się rozwija, co potwierdza stabilność finansową i zaangażowanie w dostarczanie usług ubezpieczeniowych na najwyższym poziomie. Obecnie współpracujemy już z ponad 19 000 OFWCA w całej Polsce.

Naszym celem jest wyznaczanie najwyższych standardów na rynku ubezpieczeń komunikacyjnych – w procesie obsługi zarówno Agentów, jak i Klientów. Dzięki digitalizacji, automatyzacji i robotyzacji procesów biznesowych gwarantujemy szybki i sprawny przebieg całego procesu: od zawarcia umowy ubezpieczenia i wystawienia polisy po pełną obsługę posprzedażową.

Zapewniamy **dostępność 24/7**, tak aby Agenci i Klienci mogli samodzielnie korzystać z naszych usług oraz wsparcia w dogodnym dla siebie momencie – bez ograniczeń czasowych. Dzięki wykorzystaniu AI, RPA i cyfrowych rozwiązań każdy Agent i Klient może dokonać wszystkich formalności związanych z obsługą polisy poprzez dedykowane formularze on-line.

Efektywność back office: Codziennie za pośrednictwem formularzy online obsługujemy tysiące zgłoszeń (m.in. wystawienie Zielonej Karty, zmiana własności na polisie, wypowiedzenie umowy, wnioszek o zwrot składki, zgłoszenie demontażu lub wyrejestrowania pojazdu). Z roku na rok rośnie liczba spraw finalizowanych w krótkim czasie. Obecnie aż **85% spraw finalizujemy w ciągu 24 godzin**, co potwierdza sprawność naszych procesów. Sprawy wymagające dodatkowej weryfikacji (np. brak dokumentów lub błędne dane) zawsze kończą się wsparciem konsultanta, dzięki czemu Klienci i Agenci mają pewność, że każda sprawa zostanie obsłużona profesjonalnie.

Warto dodać, że poza obsługą spraw zgłaszanych przez formularze online, Zespół Back Office realizuje również zgłoszenia napływające innymi kanałami (np. e-mail czy telefon). Dlatego apelujemy do naszych Agentów – korzystajcie z dedykowanych formularzy online. To właśnie dzięki nim proces jest nie tylko szybszy i sprawniejszy, ale przede wszystkim gwarantuje, że Agent otrzyma aneks do polisy w krótkim czasie i będzie mógł niezwłocznie przekazać go Klientowi.

Wartością dodaną całego procesu jest **zwrotne pisemne potwierdzenie wykonania każdego aneksu** – także w przypadku, gdy w zgłoszeniu pojawi się błąd po stronie Klienta lub Agenta. Takie sprawy kierowane są do konsultanta, który doprowadza je do finalizacji. Jednocześnie EINS Polska aktywnie podąża za najnowszymi trendami rynkowymi i szybko zmieniającymi się potrzebami Klientów. Rozumiemy, że ubezpieczenia komunikacyjne muszą odpowiadać na wyzwania zmieniającej się rzeczywistości – od rosnących oczekiwań w zakresie cyfrowej obsługi, przez mobilność i integrację usług online, aż po personalizację oferty dopasowanej do indywidualnych potrzeb Klienta.



ROMAN LESIAK
wiceprezes zarządu EINS Polska

W pełni zautomatyzowany proces raportowania i monitorowania prowadzony przez EINS pozwala Agentom na efektywne zarządzanie portfelem – od śledzenia odnowień polis po kontrolę statusu płatności i szybkie reagowanie w przypadku zaległych należności. Dzięki temu osiągamy **ponadprzeciętną w stosunku do rynku ściągalność składki OC na poziomie ponad 95%**, co świadczy o wysokiej skuteczności naszych procesów obsługowych. Ponadto, EINS Polska regularnie organizuje szkolenia dedykowane dla Agentów, które pozwalają na pogłębianie wiedzy produktowej, doskonalenie umiejętności sprzedażowych oraz efektywne korzystanie z dedykowanych narzędzi cyfrowych, w tym formularzy online,

ułatwiających obsługę polis i procesów administracyjnych. Warto również podkreślić, że **wiemy, że technologia to nie wszystko**. Dlatego zawsze jesteśmy otwarci na potrzeby Agentów i Klientów, rozwiązując sprawy w sposób **niezablonowy i indywidualny**, dopasowany do konkretnego przypadku.

Dlatego nieustannie inwestujemy w **nowe technologie, rozwiązania self-service oraz cyfrowe kanały komunikacji**, aby zapewnić naszym Klientom i Agentom obsługę na poziomie zgodnym z najlepszymi europejskimi standardami.

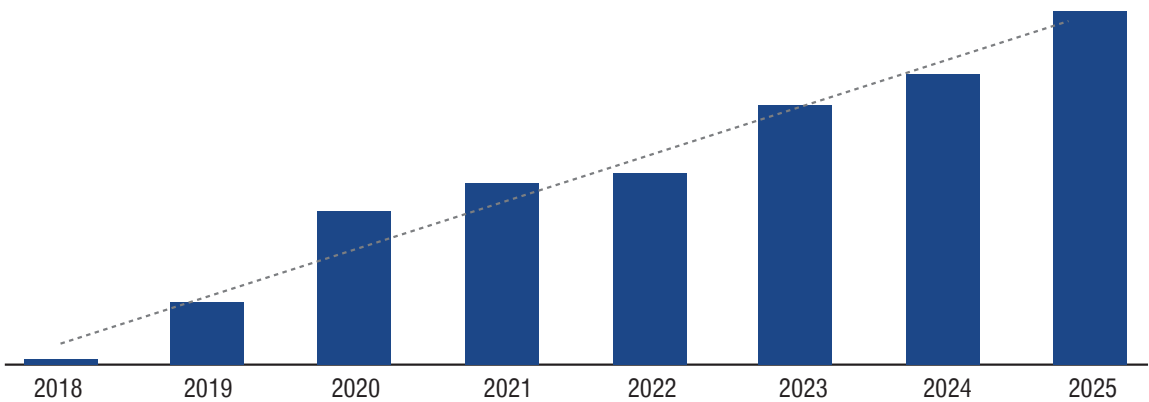
Jeszcze w roku 2025 wdrożymy kolejne innowacyjne narzędzia – VoiceBota i ChatBota, które pozwolą Klientom i Agentom w prosty i szybki sposób uzyskać odpowiedzi na pytania, zrealizować najważniejsze czynności związane z polisą oraz odciążą tradycyjne kanały kontaktu. Dzięki temu zwiększymy dostępność i wygodę obsługi, a jednocześnie przyspieszymy rozwiązywanie najczęstszych spraw.

Wierzymy że innowacyjność, elastyczność i koncentracja na potrzebach rynku sprawiają, że EINS Polska to partner godny zaufania – zarówno dziś, jak i w perspektywie przyszłości.

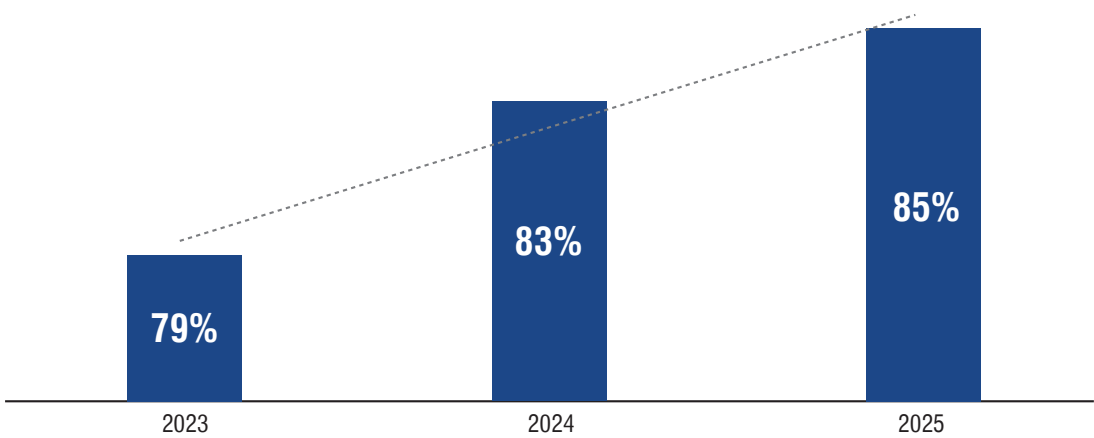
Wsparcie dla naszych Partnerów i rozwój kompetencji: Stale rozwijamy naszą sieć Agentów, dostarczamy Agentom raporty w zakresie odnowień i statusu płatności, co pozwala na szybkie reagowanie w przypadku zaległości i pełną kontrolę nad portfelem klientów. Szkolenia cykliczne, nowoczesne narzędzia cyfrowe i indywidualne podejście do każdego partnera gwarantują profesjonalną współpracę i rozwój kompetencji.

Jesteśmy przekonani, że **połączenie nowoczesnych technologii, automatyzacji procesów, indywidualnego podejścia do Agentów i Klientów oraz wsparcia edukacyjnego** pozwoli nam skutecznie kształtować przyszłość EINS Polska wraz z naszymi partnerami. **Budowanie silnej marki EINS Polska** wzmacnia współpracę z Agentami, tworzy stabilne środowisko biznesowe i sprzyja osiąganiu wspólnych sukcesów na rynku ubezpieczeń komunikacyjnych. □

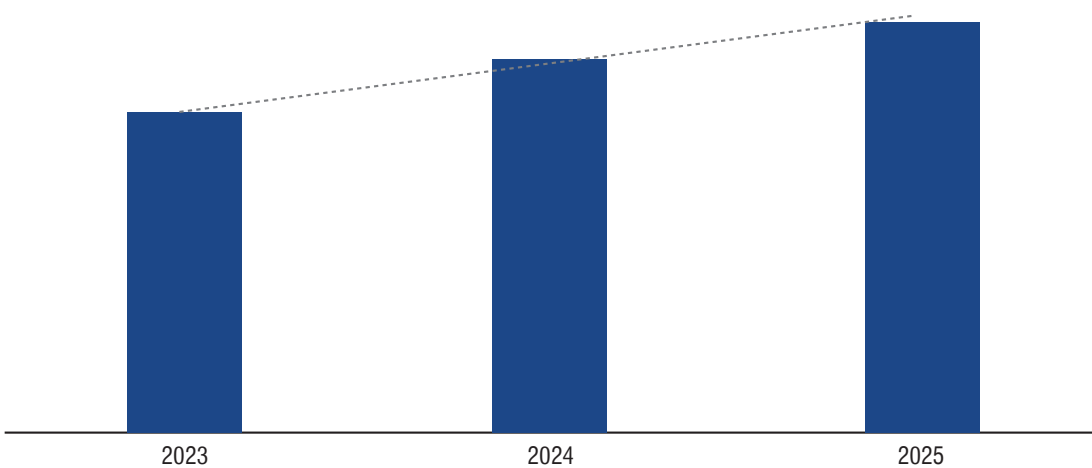
Dynamika przypisu składki brutto EUROINS 2018–2025 (01–07.2025)



Sprawność procesów back office – % spraw zakończonych w 24 h



Dynamika obsługi zgłoszeń realizowanych przez Back Office (2023–2025)





DAMIAN ZIABER

rzecznik prasowy

Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego

Skutecznie chronimy miliony osób i dostarczamy rynkowi ubezpieczeń kluczowych danych do tworzenia ofert i sprzedaży ubezpieczeń komunikacyjnych

Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny (UFG) nieustannie poszerza katalog usług dla obywateli – klientów rynku ubezpieczeniowego, a od kilku lat także turystycznego i deweloperskiego.

Dbamy o to, by wszystkie te usługi były dostępne cyfrowo. To samo po stronie usług i działań dla instytucjonalnych przedstawicieli rynku – zakładów ubezpieczeń oraz ich przedstawicieli w postaciach agentów, multiagentów i brokerów. – **DAMIAN ZIABER**

Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny pełni wiele ról wynikających z przepisów ustawowych. Szczególnie ważne są dla nas te związane z pełnieniem funkcji ochronnej i gwarancyjnej wobec milionów osób. Jesteśmy przekonani, że efektywne wypełnianie powierzonych nam zadań nie byłoby możliwe bez inwestycji w nowe technologie czy bez ścisłej współpracy z branżami, z którymi powiązana jest nasza działalność. Szczególnie miejsce zajmuje oczywiście nasza macierzysta branża ubezpieczeniowa, a tu z kolei – **szybkie, niezakłócone i precyzyjne dostarczanie jej informacji o klientach i ich historii ubezpieczeniowo-szkodowej, a to w celu jak najbardziej adekwatnego wyliczenia składki.**

145 mln zł odszkodowania i świadczenia
wypłacone w 2024 roku

POMOC POSZKODOWANYM

Wspieranie obywateli jest szczególnie ważną częścią naszej działalności. Jesteśmy przekonani, że nasza rola na rynku przyczynia się do większego poczucia bezpieczeństwa, a także przestrzegania przepisów prawa w zakresie ubezpieczeń obowiązkowych (OC komunikacyjne i OC rolników). Zapewniamy szczelność tego systemu. Dbamy o to, by nawet w niestandardowych i trudnych sytuacjach poszkodowani nie zostali pozostawieni bez należnego

im wsparcia. **Wypłacamy poszkodowanym odszkodowania i świadczenia w następujących przypadkach:**

- **gdy sprawca zdarzenia** – wbrew obowiązującym przepisom – **nie miał obowiązkowego ubezpieczenia OC komunikacyjnego lub OC rolników;**
- **gdy nie udało się ustalić tożsamości sprawcy zdarzenia** (posiadacza pojazdu mechanicznego lub kierującego nim) – wówczas wypłacamy odszkodowania związane ze szkodami osobowymi, a w przypadku szkód majątkowych – wtedy, gdy jednocześnie u któregośkolwiek uczestnika zdarzenia doszło do znacznej szkody osobowej (śmierć, naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia trwający powyżej 14 dni);
- **gdy ubezpieczyciel sprawcy ogłosił niewypłacalność** – w przypadku OC komunikacyjnego nasza rola została niedawno rozszerzona i dotyczy wszystkich ubezpieczycieli mających siedzibę w Unii Europejskiej, o ile zdarzenie miało miejsce na terenie Polski, a poszkodowanym jest osoba mieszkająca w naszym kraju.

Do tej pory Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny wypłacił już ponad 2,1 mld zł odszkodowań i świadczeń. W samym 2024 roku była to kwota aż 145 mln zł. Dla porównania, rok wcześniej wypłaciliśmy „tylko” 109 mln zł. To pokazuje coraz większe wsparcie finansowe udzielane poszkodowanym, bo te pieniądze trafiły i wciąż trafiają do poszkodowanych i ich rodzin.

Zdecydowana większość wypłat związana jest z brakiem obowiązkowego ubezpieczenia OC komunikacyjnego po stronie sprawcy szkody. Rekordowa wypłata UFG związana z pojedynczym zdarzeniem wynosi już blisko 5 mln zł. Fundusz dochodzi od nieubezpieczonych sprawców zwrotu wypłaconych za nich odszkodowań i świadczeń w ramach postępowań regresowych. Jednak w związku z wysokimi kwotami wypłat i nierzadko skomplikowaną sytuacją sprawców postępowania te w wielu przypadkach trwają latami. Tym bardziej warto tu docenić rolę Funduszu, dzięki któremu wsparcie trafia sprawnie do poszkodowanych. Nieubezpieczeni sprawcy wypadków mają obecnie do zwrotu łącznie blisko 400 mln zł – to środki, które Fundusz wypłacił za nich poszkodowanym i które jeszcze do nas nie wróciły. **Dzisiaj średnia wartość regresu to aż ponad 22 tysiące złotych.** To pokazuje, jak ważna jest rola komunikowania korzyści płynących z posiadania ważnego OC posiadaczy pojazdów mechanicznych oraz ryzyk płynących z braku tego ubezpieczenia. Mówiąc wprost i nieskomplikowanym przekazem – takie ryzyko czeka portfel albo rodzinny budżet nieubezpieczonego klienta. Naprawdę nie warto...

351 tys. *liczba wezwań za brak OC
wystawionych w 2024 roku*

CO POŚREDNIK I OBYWATEL MOGĄ SPRAWDZIĆ NA UFG.PL?

To, z czego jesteśmy dumni, to wsparcie informacyjne dla rynku. Zapewniamy obywatelom, zakładom oraz pośrednikom stały, niezakłócony oraz błyskawiczny dostęp do danych i informacji. Dlatego **niezwykle ważną usługą jest możliwość sprawdzenia OC komunikacyjnego na stronie UFG.pl.** Bezpłatnie i bez konieczności logowania się. Wystarczy wpisać numer rejestracyjny pojazdu i wybrać datę, dla której sprawdzamy ważność ubezpieczenia. **W 2024 roku z tej usługi skorzystano ponad 25 milionów razy (dla porównania rok wcześniej – ponad 19 mln razy).** Inaczej, użytkownicy sprawdzili ważność milionów pojazdów miliony razy. Ta usługa jest niezwykle potrzebna w razie zdarzenia drogowego i konieczności weryfikacji OC sprawcy (zwłaszcza wobec braku obowiązku posiadania przy sobie dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia OC). Aczkolwiek polecamy korzystanie z niej każdemu – jest to też dobry sposób, by upewnić się, czy pojazd, którym będziemy kierować, jest objęty ochroną ubezpieczeniową. Ta usługa również za moment będzie dostępna z poziomu aplikacji mObywatel, do której zresztą – znówu, na użytek i pożytek całego rynku – wspólnie z Ministerstwem Cyfryzacji oraz Centralnym Ośrodkiem Informatyki oraz zakładami dołożymy nową funkcjonalność – mStłuczkę.

382 mln zł *wartość regresów, czyli dług
nieubezpieczonych sprawców
wypadków na koniec 2024 roku*

Warto również pamiętać, że **dzięki UFG każdy obywatel może uzyskać dostęp do swojej historii polisowo-szkodowej w zakresie ubezpieczeń komunikacyjnych OC i AC.** Ta usługa wymaga zalogowania się do portalu UFG.pl, co można zrobić np. przy pomocy profilu zaufanego, aplikacji mObywatel czy bankowości elektronicznej. To właśnie z Funduszu można uzyskać zaświadczenie o swoim przebiegu ubezpieczenia lub swojej historii szkód. Można też po prostu sprawdzić, jakie dane na nasz temat przekazali do bazy

UFG ubezpieczyciele – chociażby po to, by upewnić się, że nie wkradł się błąd, czy że ktoś inny nie wykorzystał bezprawnie naszych danych do zawarcia umowy ubezpieczenia OC. Jeśli takie podejrzenie zachodzi, to należy natychmiast skontaktować się z organami ścigania, a potwierdzenie złożonego im zgłoszenia należy przesłać w postaci kopii ubezpieczycielowi i Funduszowi. Tę ostatnią informację polecamy szczególnie uwadze pośredników, na co dzień wspierających swoich klientów w korzystaniu z ubezpieczeń.

CORAZ WIĘCEJ INFORMACJI DOSTĘPNYCH DLA RYNKU I DLA KLIENTÓW

UFG zapewnia ubezpieczycielom dostęp do licznych baz danych i rejestrów państwowych, a ten katalog nieustannie się rozszerza, by przypomnieć dostęp do rejestru zastrzeżeń numerów PESEL (od 27 listopada 2025 r.). Oczywiście naszą chlubą jest nasza własna baza – Ośrodek Informacji UFG (OI UFG) gromadzący dane o ubezpieczeniach komunikacyjnych OC i AC oraz szkodach zgłoszonych i wypłaconych z tych ubezpieczeń.

Liczba wszystkich rekordów (umów, zdarzeń i odszkodowań dotyczących ubezpieczeń OC komunikacyjnego i AC) w bazie OI UFG na koniec czerwca 2025 roku wyniosła już 741,8 mln. W ciągu roku nastąpił przyrost o ponad 7,3%. Tylko w I półroczu 2025 roku ubezpieczyciele przekazali do bazy dane o niemal 24 mln umów ubezpieczenia, ok. 0,9 mln rekordów o zdarzeniach i ok. 1,7 mln rekordów o wypłatach. To właśnie te dane stanowią ważne wsparcie dla ubezpieczycieli w zakresie ustalania wysokości składki adekwatnej do ryzyka.

Świadczy o tym liczba zapytań kierowanych przez ubezpieczycieli do bazy OI UFG, która z roku na rok bije kolejne rekordy. Ubezpieczyciele i ich przedstawiciele pytają nas o szkody, o przebieg ubezpieczenia, ale również o tak ważne dla końcowej oferty dane z innych rejestrów państwowych – dot. działalności gospodarczej, notatek policyjnych czy informacji o punktach i mandatach.

2 mld *liczba zapytań ubezpieczycieli do
Ośrodka Informacji UFG w 2024 roku*

W ciągu pierwszych sześciu miesięcy 2025 roku liczba zapytań o szkody i o przebieg ubezpieczenia (tzw. usługi podstawowe dla zakładów ubezpieczeń) wyniosła 1 mld 126,6 mln, co oznacza wzrost o 18,7% w porównaniu z I półroczem 2024 roku. Z kolei liczba zapytań do Centralnej Ewidencji Pojazdów i Kierowców (dostęp dla ubezpieczycieli jest możliwy dzięki pośrednictwu UFG) sięgnęła 692,1 mln i była o ponad 32% wyższa niż w tym samym okresie rok wcześniej.

Warto dodać, że dzięki danym, które gromadzi nasz Ośrodek Informacji, możemy też skutecznie identyfikować przypadki braku obowiązkowego OC komunikacyjnego dotyczącego danego pojazdu. Spośród ponad 350 tys. takich przypadków w 2024 roku, 95% wykryliśmy dzięki ustaleniom własnym. Bez wątpienia wysoka skuteczność Funduszu w wykrywaniu takich przypadków zniechęca do unikania obowiązku ubezpieczenia, chociaż mamy również świadomość, że tłumaczenie ryzyka braku ustawowo wymaganej ochrony jest wspólnym zadaniem całego rynku ubezpieczeń komunikacyjnych, a jako proces

- komunikacji do obywateli obliczone jest na lata. Fundusz uczestniczy również w działaniach służących zwalczaniu przestępczości ubezpieczeniowej. Przykładem jest prowadzona i rozwijana przez nas Baza Danych Ubezpieczeniowych (BDU), zawierająca dane na temat różnego rodzaju polis i powiązanych z nimi zdarzeń ubezpieczeniowych. Równie istotne są dla nas projekty ważne dla całego rynku. Tutaj na szczególną uwagę zasługuje system FOTO. Wykrywa on przypadki wielokrotnego zgłaszania tych samych lub powiększonych szkód komunikacyjnych do różnych ubezpieczycieli, a w jego zasobach już teraz znajdują się dziesiątki milionów zdjęć, zaś sam system typuje przypadki nadużyć w zgłaszaniu szkód. Walce z wyłudzeniami i nadużyciami służy również IPA - Internetowa Platforma Antyprzestępcza, typująca dzięki zaawansowanym algorytmom sieci powiązań i nieprawidłowości w zgłaszanych szkodach komunikacyjnych.

25,5 mln liczba weryfikacji OC przez portal UFG.pl w 2024 roku

WAŻNA ROLA W TURYSTYCE I NA RYNKU MIESZKANIOWYM – KIEROWCY TEŻ JEŹDZĄ NA WAKACJE I TEŻ KUPUJĄ DOMY I MIESZKANIA

Nie sposób pominąć gwarancyjnych funkcji UFG realizowanych na rzecz rynku turystycznego i rynku mieszkaniowego. Utworzyliśmy i zarządzamy Turystycznym Funduszem Gwarancyjnym (TFG), Turystycznym Funduszem Pomocowym (TFP) oraz Deweloperskim Funduszem Gwarancyjnym (DFG). Wszystkie wymienione fundusze nie mają osobowości prawnej, to właśnie nam ustawodawca powierzył utworzenie ich i zarządzanie nimi, co traktujemy jako dowód uznania dla naszych działań w obszarze ubezpieczeń.

Turystyczny Fundusz Gwarancyjny stanowi dodatkową ochronę (tzw. II filar) na wypadek niewypłacalności przedsiębiorcy turystycznego. Z kolei Turystyczny Fundusz Pomocowy to zabezpieczenie na wypadek masowego odwoływania imprez turystycznych z powodu zaistnienia nadzwyczajnych okoliczności. Co istotne, ochrona TFG i TFP działa tylko w przypadku skorzystania z usług ewidencjonowanych przedsiębiorców turystycznych. Przedsiębiorcę turystycznego można sprawdzić dzięki jednej z naszych usług – dostępnej online ewidencji: ewidencja.ufg.pl. Dotychczasowe wypłaty z TFG i TFP sięgnęły kilkunastu milionów złotych. W czasach pandemii z powodzeniem zrealizowaliśmy wobec obywateli jeszcze inną rolę – operatora i płatnika środków, które wróciły do podróżnych, a które zostały uprzednio wydane na imprezy turystyczne odwołane właśnie z powodu pandemii (ponad 226 mln zł wypłacone w ramach Turystycznego Funduszu Zwrotów).

8,8 mln liczba podróży objętych ochroną funduszy turystycznych w 2024 roku

Najmłodszy z naszych funduszy – Deweloperski Fundusz Gwarancyjny – chroni nabywców domów i mieszkań z rynku pierwotnego. To kolejny bardzo potrzebny ze społecznego punktu widzenia fundusz. Zabezpiecza jedną z najważniejszych życiowych inwestycji obywateli – inwestycji we własny dom lub mieszkanie.

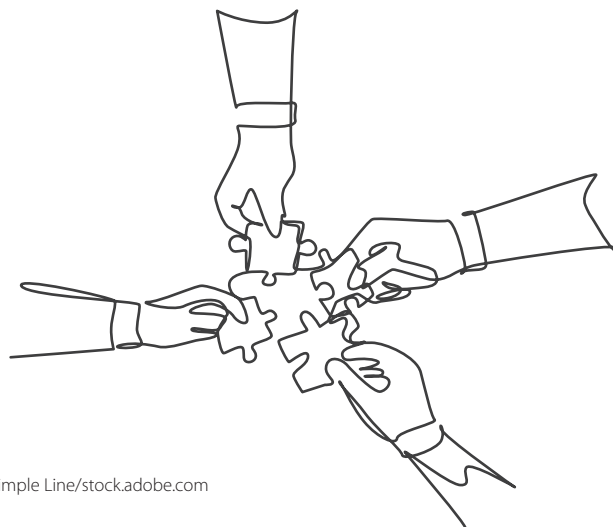
DFG gwarantuje im zwrot wpłaconych pieniędzy m.in. w sytuacji, gdy deweloper upadnie i nikt nie będzie kontynuował inwestycji lub gdy nabywca odstąpi od umowy z deweloperem i nie uzyska od niego zwrotu pieniędzy (dotyczy ustawowych powodów odstąpienia). Mimo krótkiego stażu, fundusz deweloperski był już uruchamiany kilkakrotnie w związku z odstąpieniem nabywców od umów z powodu braku przeniesienia własności lokalu w umówionym terminie. Dla obywateli oznacza to zwrot środków wpłaconych w ramach umowy deweloperskiej na swoje wymarzone lokum.

132 tys. liczba nabywców domów i mieszkań objętych ochroną DFG na koniec 2024 roku

NOWE USŁUGI W PLANACH

Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny ma w planach wdrażanie kolejnych usług, które posłużą zarówno obywatelom, jak i branżom, na rzecz których działamy. Warto wspomnieć chociażby o dwóch dużych projektach współfinansowanych z funduszy unijnych: Systemie Obsługi Szkód i Regresów (SOSiR) oraz Platformie eUFG.

Głównym celem projektu SOSiR jest umożliwienie pełnej obsługi online wszystkich spraw związanych z wypłatą odszkodowań i świadczeń ubezpieczeniowych w zakresie realizowanym przez UFG, a także kompleksowej e-obsługi spraw regresowych. Z kolei projekt Platforma eUFG to budowany od podstaw nowy portal Funduszu dla obywateli oraz ubezpieczycieli. Poza bardziej intuicyjnym procesem obsługi dotychczasowych spraw, w ramach portalu udostępnione zostaną nowe usługi, jak np. możliwość zawarcia elektronicznej umowy sprzedaży pojazdu, a także zgłoszenia jej do ubezpieczyciela i wydziału komunikacji (czyli dopełnienia istotnych, ustawowych obowiązków związanych ze sprzedażą pojazdu). W ramach prowadzonych prac, nasza usługa weryfikacji OC (po numerze rejestracyjnym, VIN lub numerze polisy) trafi także do aplikacji mObywatel, z której korzystają już miliony obywateli. Warto też podkreślić, że kolejne projekty z udziałem UFG są obecnie na różnych etapach realizacji i z pewnością za jakiś czas chętnie się z Państwem podzielimy szczegółami. ▣



© Simple Line/stock.adobe.com



Insurance Meeting Point

Najbliższe seminaria:

Odszkodowawcze i ubezpieczeniowe aspekty użytkowania dronów

Deregulacja w ubezpieczeniach obowiązkowych

**Wypadki z udziałem hulajnóg i rowerów
– odpowiedzialność, OC, OC PPM, NNW**

NNW szkolne „Bezpieczne Kroki”: nowe możliwości dla agentów

Z początkiem roku szkolnego Europa Ubezpieczenia wprowadziła na rynek nowe ubezpieczenie NNW Szkolne „Bezpieczne Kroki”, które zapewnia kompleksową ochronę dzieci i młodzieży. O tym, co wyróżnia ubezpieczenie na rynku i możliwościach, jakie daje agentom ubezpieczeniowym mówi Małgorzata Półjanowicz, Dyrektor Departamentu Współpracy B2B i Marketingu w Europa Ubezpieczenia.

Europa Ubezpieczenia wprowadza nowe ubezpieczenie NNW Szkolne „Bezpieczne Kroki” do sprzedaży agencyjnej. Co wyróżnia ten produkt na rynku?

„Bezpieczne Kroki” to ubezpieczenie, które powstało w odpowiedzi na zmieniające się potrzeby dzieci i młodzieży. To produkt, który zapewnia ochronę 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, zarówno w Polsce, jak i za granicą. To, co wyróżnia nasze ubezpieczenie, to bardzo szeroki zakres ochrony. Polisa obejmuje nie tylko nieszczęśliwe wypadki, ale również poważne zachorowania, koszty leczenia, pobyt w szpitalu, czy rehabilitację. Co ważne, nasza polisa chroni dzieci nie tylko w szkole, ale także poza nią, np. podczas ferii, wakacji, zajęć sportowych, wycieczek czy obozów. Co więcej, to nie tylko ubezpieczenie dla dzieci i młodzieży, ale także pracowników placówek oświatowych do 26 roku życia.

Jakie cechy ubezpieczenia sprawiają, że jest ono szczególnie przydatne?

W dzisiejszych czasach dzieci i młodzież spędzają aktywnie czas nie tylko w szkole. Aktywnie uczestniczą w różnych zajęciach pozalekcyjnych, uprawiają sport. Z tego względu ubezpieczenie obejmuje szeroką gamę sportów i zapewnia ochronę również podczas wyczynowego uprawiania sportów (z wyjątkiem tych o wysokim ryzyku). Ubezpieczenie działa przez cały rok, także podczas wyjazdów na ferie czy wakacje, co stanowi jego dodatkową wartość. Z drugiej strony, dzieci i młodzież spędzają też dużo czasu w sieci. Biorąc to pod uwagę stworzyliśmy ubezpieczenie, które chroni w szerokim zakresie, nie tylko na wypadek fizycznych urazów, ale także może chronić w na wypadek zagrożeń cyfrowych. W ramach NNW Szkolne „Bezpieczne Kroki” w większości pakietów oferujemy w związku z tym pomoc psychologiczną, prawną i informatyczną w przypadku działań przemocowych w sieci. Tego typu wsparcie staje się coraz bardziej istotne w obliczu wzrastającej liczby problemów związanych z cyberprzemocą.

Czy „Bezpieczne Kroki” to polisa dostępna w różnych wariantach?

Tak, oferujemy aż 6 różnych pakietów, co pozwala na elastyczne dopasowanie ochrony do konkretnych potrzeb klienta. Elastyczność w doborze pakietów to duża zaleta, ponieważ umożliwia każdemu klientowi wybór odpowiedniego zakresu ochrony, w zależności od potrzeb i możliwości finansowych.



MAŁGORZATA PÓLJANOWICZ
Dyrektor Departamentu Współpracy B2B i Marketingu
w Europa Ubezpieczenia

Jak agenci ubezpieczeniowi mogą włączyć „Bezpieczne Kroki” do oferty?

NNW Szkolne „Bezpieczne Kroki” to jeden z naszych produktów dostępnych dla agentów ubezpieczeniowych. Obecnie agenci mogą oferować je poprzez system afiliacyjny lub inną ustaloną integrację pomiędzy naszymi systemami. Rozwiązanie oparte o linki afiliacyjne jest łatwe do implementacji na stronach internetowych, blogach czy w mediach społecznościowych i pozwala na elastyczną promocję produktu. Z naszej strony zapewniamy agentom pełne wsparcie, począwszy od materiałów marketingowych, przez szkolenia produktowe i sprzedażowe, aż po wsparcie w ramach obsługi posprzedażowej. Zdajemy sobie sprawę, że dobór odpowiedniego ubezpieczenia dla dzieci, młodzieży i pracowników oświaty to duża odpowiedzialność, dlatego chcemy, by agenci mieli wszelkie narzędzia, które pomagają w codziennej pracy.

Jakie sytuacje spotykają najmłodszych, które mogą być objęte ochroną ubezpieczeniową?

Dzieci są codziennie narażone na wiele ryzyk, które mogą prowadzić do wypadków. Najczęściej zdarzają się one w wyniku zabawy, uprawiania sportów, a także podczas wycieczek czy innych zajęć pozalekcyjnych.

Tak było na przykład w przypadku Mikołaja, 13-letniego chłopca, który zasnął podczas lekcji wychowania fizycznego. Po przeprowadzeniu szczegółowych badań, lekarze zdiagnozowali u niego częstoskurcz nadkomorowy, wymagający leczenia i hospitalizacji. Dzięki ubezpieczeniu rodzice chłopca otrzymali wsparcie finansowe w wysokości 1500 zł, co pozwoliło im skoncentrować się na zdrowiu dziecka. W innej sytuacji znalazła się 9-letnia Julia, która doznała urazu stawu skokowego. Rodzice otrzymali jednorazowe świadczenie w wysokości 1000 zł. Zwrócono im też koszty nabycia kul łokciowych.

Są też niestety sytuacje bardziej dramatyczne. 17-letni Marcel został pobity, w wyniku czego doszło u niego do 4% uszczerbku na zdrowiu. Ubezpieczony otrzymał świadczenie w wysokości 800 zł. Dodatkowo, w wyniku kontuzji, konieczne stało się kupienie nowych okularów. Koszt zakupu okularów pokryto w ramach ubezpieczenia, przyznając świadczenie w wysokości 300 zł. Ponieważ po wypadku dziecko było niezdolne do nauki przez okres 26 dni, polisa zapewniła dodatkowe świadczenie, wynoszące 1040 zł. Łącznie ubezpieczony otrzymał 2440 zł.

Jak widać sytuacje, w których mogą znaleźć się dzieci, są bardzo różne i dlatego NNW Szkolne to polisa, która powinna znaleźć się w „wyprawce” każdego ucznia. □



Ubezpieczenie NNW Szkolne Bezpieczne Kroki

Stawiaj z nami krok za krokiem ku beztrudnej przyszłości!

Już od 35 zł za rok ochrony.

Suma ubezpieczenia aż do 130 tys. zł dla uszczerbku na zdrowiu w wyniku NW.

Dopasuj produkt do swoich potrzeb wybierając opcję najlepszą dla siebie.

W ofercie aż 6 pakietów.

Dlaczego warto?

- Ochrona 7 dni w tygodniu, 24 h na dobę, w czasie np. ferii i wakacji, podczas pozalekcyjnych zajęć sportowych, na wycieczkach, obozach i koloniach.
- Szeroki zakres ubezpieczenia obejmujący m.in. nieszczęśliwe wypadki, poważne zachorowania, koszty leczenia, pobyt w szpitalu oraz rehabilitację.
- Pomoc informatyczna, pomoc psychologiczna i pomoc prawna w ramach hejt stop.
- Stała składka niezależna od wieku.
- Szeroki katalog sportów objęty ochroną bez dodatkowej zwwyżki.
- Wyższe świadczenia (dla określonych ryzyk), np. jeśli do zdarzenia dojdzie podczas wycieczki szkolnej.
- W każdym pakiecie świadczenie z tytułu zdiagnozowania boreliozy.

Dla kogo?

- Dzieci i młodzież w wieku do 18 lat.
- Osoby uczące się w wieku od 19 do 26 lat.
- Pracownicy placówek oświatowych w wieku do 26 lat.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie – przykłady

- Pomoc assistance w związku z chorobą – organizacja usług assistance dotyczy jedynie pomocy po zaistniałym nieszczęśliwym wypadku.
- Zdarzeń powstałych poza okresem ubezpieczenia.
- Uprawiania sportów wysokiego ryzyka.

Pełny wykaz wyłączeń znajdziesz w § 10 OWU
NNW Szkolne Bezpieczne Kroki.

**ALEKSANDER DASZEWSKI**

radca prawny, zastępca dyrektora Departamentu
Klienta Rynku Ubezpieczeniowo-Emerytalnego
w biurze Rzecznika Finansowego

Z perspektywy 30 lat widać pozytywną zmianę

Przeglądając akta spraw związanych z DallBogg i obsługującej go DioDeii, mieliśmy poczucie cofnięcia się w czasie o jedną lub dwie dekady. Dziś już nikt nie odpowiada tak klientom. Przez 30 lat działalności Rzecznika, udało się – czasem wbrew rynkowi, czasem wspólnie z rynkiem – poprawić jakość produktów i obsługi klientów. – **ALEKSANDER DASZEWSKI**

Ten tekst ukazuje się na łamach „Miesięcznika Ubezpieczeniowego” w miesiącu, w którym zaczynam 24 rok pracy w Biurze Rzecznika – niegdyś Ubezpieczonych – obecnie Finansowego. Dlatego gdy przyszła prośba z redakcji, Rzecznik Finansowy powiedział: „Olek, kto, jeśli nie ty. Nikt u nas lepiej nie opíše, co dobrego zdarzyło się w ubezpieczeniach na przestrzeni lat”. Więc napisałem. Muszę przyznać, że rynek bardzo się zmienił i to zdecydowanie na korzyść.

Pierwsza refleksja jest taka, że...

... NASZYCH „ULUBIEŃCÓW” JUŻ Z NAMI NIE MA

Wiele firm, które w przeszłości dostarczały nam najwięcej zmarowań i skarg ze strony klientów proporcjonalnie do swoich udziałów w rynku, już na nim nie funkcjonuje. Wprowadzanie na rynek niekorzystnych dla klientów ubezpieczeń na życie, zła likwidacja szkód w ubezpieczeniach majątkowych powodowały, że zniknęły marki, a spółki były sprzedawane.

Negatywnymi bohaterami końcówki pierwszej dekady XXI wieku były rozmaite produkty inwestycyjne opakowane w ubezpieczenia. Fachowcy żyłymi się na funkcjonujące w powszechnym obrocie pojęcie „poliso-lokaty”. Jednak dla przeciętnego Kowalskiego taka była istota takich produktów, tym bardziej że zwykle kupował je w banku. Niektórzy gracze wchodzili w jeszcze bardziej skomplikowane alianse, w których polisa inwestycyjna była sprzedawana równoległe z kredytem mieszkaniowym. Miało to być cudowne

perpetuum mobile, zapewniające spłatę rat z zysków inwestycyjnych. Triumfy święciły też „polisy z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym” czy trudne do definicji „polisy strukturyzowane”. Dziś marek, które rosły na sprzedaży polis takich, jak Aegon, Benefia czy Skandia już nie ma. Open Life, w 2012 r. trzeci pod względem wielkości gracz na rynku życiowym, dziś ma 0,2 udziału w rynku. Co ciekawe, jeśli spojrzeć na poniższe zestawienia, jeszcze w 2006 r. trudno było mieć do niektórych z nich zastrzeżenia.

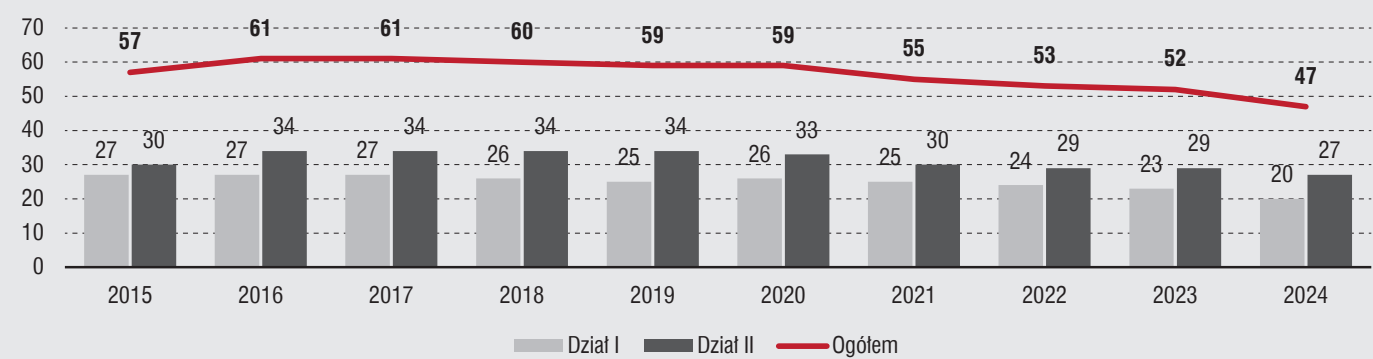
Druga refleksja jest jednak taka, że...

... JAKOŚĆ POPŁACA

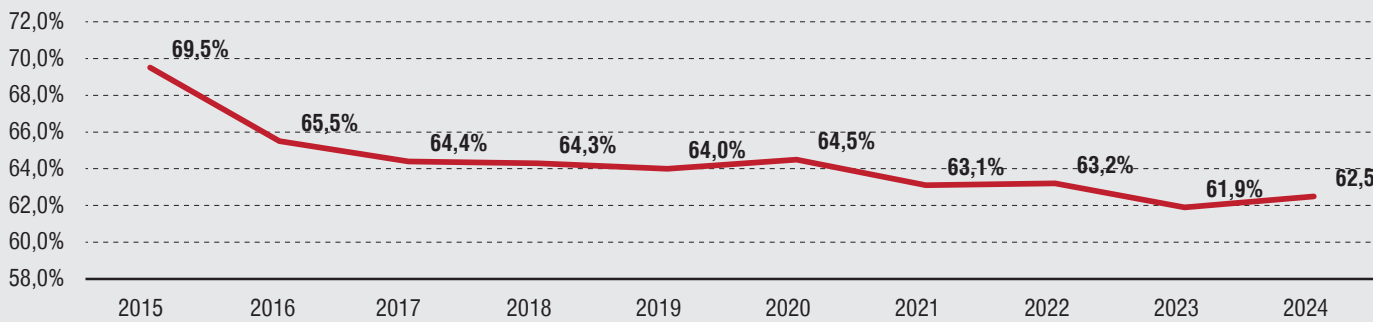
Tu świetnym przykładem jest Pramerica, teraz działająca pod marką Unum. Właściciele się zmieniali, ale niezmiennie było podejście do jakości oferowanych usług. Od początku działalności firmy na naszym rynku trafiały do nas dosłownie pojedyncze wnioski o interwencje. A firma powoli, ale regularnie rosła. Dziś znajduje się w pierwszej dziesiątce największych towarzystw życiowych w Polsce. Jak widać w poniższym zestawieniu, jest wśród liderów jakości usług, czyli firm o najniższym wskaźniku pokazującym relację udziału w liczbie wniosków trafiających do Rzecznika do udziałów w rynku. Niezmiennie dobrą pozycję mają firmy, które weszły na rynek na samym początku jego rozwoju. Nationale-Nederlanden jest w czołówce firm, na które trafia proporcjonalnie najmniej skarg. Widać też, że fuzja z MetLife (wcześniej Amplico Life) jeszcze poprawiła pozycję firmy w rankingach. To samo dotyczy życiowego Allianz,

ZAKŁADY UBEZPIECZEŃ

Liczba zakładów ubezpieczeń



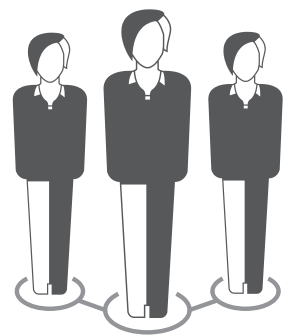
Udział kapitału zagranicznego w kapitałach podstawowych ogółem



Źródło: Raport roczny PIU 2024 Online, Statystyki 2024, <https://piu.org.pl/raport-roczny-piu/>.

AGENCI UBEZPIECZENIOWI

Liczba zarejestrowanych agentów ubezpieczeniowych oraz osób wykonujących czynności agencyjne

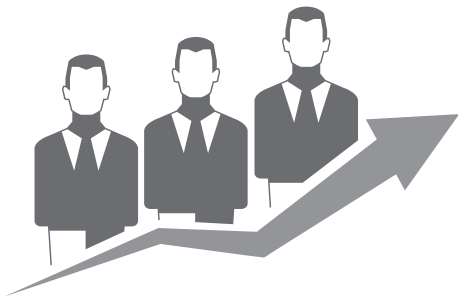


	2021	2022	2023	2024
Agenci,	30 467	29 092	28 060	28 365
w tym agenci oferujący ubezpieczenia uzupełniające	18	34	78	94
OFWCA	247 036	263 015	278 301	174 512

BROKERZY UBEZPIECZENIOWI I REASEKURACYJNI

Stan rejestru brokerów na koniec lat 2021–2024

Brokerzy		2021	2022	2023	2024
Ubezpieczeniowi	osoby fizyczne	882	876	867	851
	osoby prawne	544	557	565	567
	Razem	1 426	1 433	1 432	1 418
Reasekuracyjni	osoby fizyczne	14	15	14	14
	osoby prawne	43	43	50	50
	Razem	57	58	64	64



ERGO Zdrowie – plan na zdrowie naszych klientów



Profilaktyka

- coroczne badania profilaktyczne z raportem zdrowotnym
- program prewencyjny My Lifestyle zachęcający do zdrowego stylu życia z możliwością przeprowadzenia badań genetycznych
- aplikacja, która promuje proaktywne wybory zdrowotne w zakresie diety, odżywiania i aktywności fizycznej, aby pomóc klientowi poprawić zdrowie fizyczne i psychiczne

Przychodnia

- szeroki katalog specjalistów i badań diagnostycznych
- krótki czas oczekiwania na usługi medyczne
- sieć placówek w całej Polsce

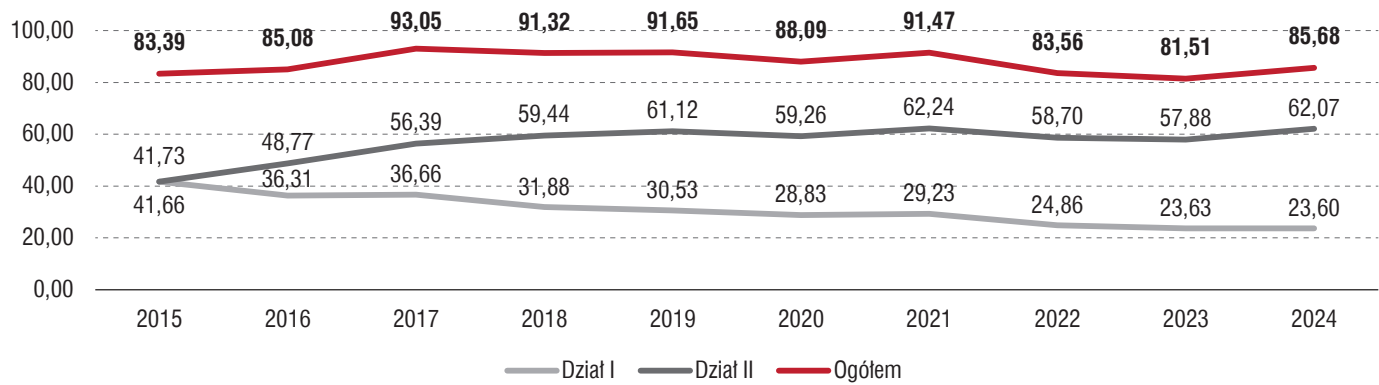
Diagnostyka

- szybka diagnostyka poważnych schorzeń w placówkach w Polsce
- konsultacje z najlepszymi polskimi i zagranicznymi specjalistami
- badania genetyczne dla rodziny w przypadku nowotworu

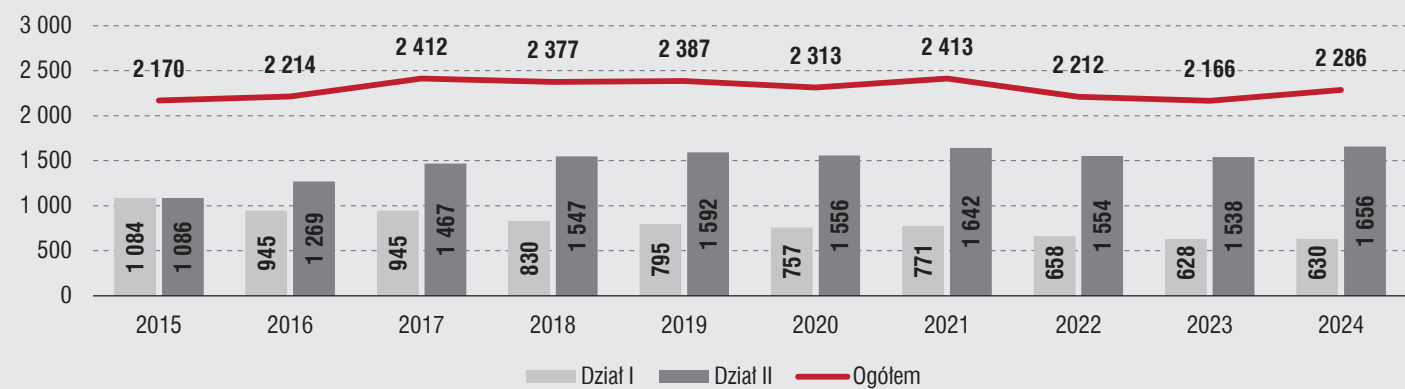
Leczenie za granicą

- organizacja i finansowanie leczenia za granicą nawet do 2 mln euro
- dostęp do nowoczesnych metod leczenia na całym świecie
- leczenie w najlepszych klinikach i u lekarzy poza granicami kraju

Składka przypisana brutto w mld zł



Składka przypisana brutto per capita w zł



Średnia składka per capita w euro

	DZIAŁ I			DZIAŁ II			RAZEM		
	2021	2022	2023	2021	2022	2023	2021	2022	2023
Francja	2 300	2 200	2 300	1 389	1 450	1 530	3 689	3 650	3 830
Niemcy	1 110	1 130	1 040	1 680	1 620	1 690	2 790	2 750	2 730
Austria	610	600	560	1 480	1 560	1 670	2 090	2 160	2 230
Hiszpania	500	570	770	810	790	840	1 310	1 360	1 610
Portugalia	750	580	490	550	580	630	1 300	1 160	1 120
Polska	123	122	133	273	287	327	396	409	460

Udział ubezpieczeń w PKB

	DZIAŁ I			DZIAŁ II			RAZEM		
	2021	2022	2023	2021	2022	2023	2021	2022	2023
Francja	6,2%	5,7%	5,6%	3,8%	3,7%	3,7%	10,0%	9,4%	9,3%
Niemcy	2,6%	2,4%	2,1%	3,9%	3,5%	3,4%	6,5%	5,9%	5,5%
Hiszpania	2,0%	2,0%	2,5%	3,2%	2,8%	2,7%	5,2%	4,8%	5,2%
Austria	1,3%	1,2%	1,1%	3,3%	3,1%	3,2%	4,6%	4,3%	4,3%
Portugalia	3,6%	2,5%	1,9%	2,6%	2,5%	2,5%	6,2%	5,0%	4,4%
Polska	0,8%	0,7%	0,7%	1,7%	1,7%	1,6%	2,5%	2,4%	2,3%

Źródło: PIU, ubezpieczenia w liczbach 2024, <https://piu.org.pl/raport-piu-ubezpieczenia-w-liczbach-2-0/>.
Raport roczny PIU 2024 Online, Statystyki 2024, <https://piu.org.pl/raport-roczny-piu/>.

któremu przejęcie Avivy pozwoliło poprawić swoją pozycję. Miejmy nadzieję, że nie jest to tylko efekt statystyczny, ale oznaka przejęcia sposobu działania.

Trzecia refleksja jest związana z rynkiem ubezpieczeń majątkowych, a w szczególności OC komunikacyjnego. Kluczowe dla ukształtowania się jakości likwidacji szkód z OC komunikacyjnego, były...

... WNIOSKI RZECZNIKA DO SĄDU NAJWYŻSZEGO

To instrument, po który sięgaliśmy w sytuacji, w której walka o zmianę praktyk ubezpieczycieli nie przynosiła skutku. Potrzebne były jednak do tego interwencje, w których utwierdzaliśmy klientów w przekonaniu, że warto dochodzić swoich praw w sądach. Jeśli zdecydowali się na to, zdarzało się, że sądy orzekały niejednolicie. Dawało nam to podstawy do wniosku do SN o rozstrzygnięcie rozbieżności w orzecznictwie. W absolutnej większości wypadków Sąd podzielał nasze stanowisko. W ten sposób zapewniliśmy branży przewidywalność, „wykuwając” zakres odpowiedzialności odszkodowawczej i idącej z nią w parze gwarancyjnej z OC komunikacyjnego.

Ale trzeba też przyznać – i to czwarta refleksja – że te nasze działania poszły w parze z dostrzeganym...

...POZYTYWNYM „SNOBIZMEM” NA JAKOŚĆ LIKWIDACJI SZKÓD

Wcześniej liderzy takich firm jak Allianz (Paweł Dangel) czy Ergo Hestia (Piotr Śliwicki), mocno stawiali na jakość. Potem, za czasów Jarosława Parkota, do rywalizacji dołączyła Warta. Ta firma w 2007 r. miała niecałe 10% udziału rynku ubezpieczeń majątkowych, a 17% udziału w ogólnej liczbie skarg do Rzecznika Ubezpieczonych. Dziś jest odwrotnie: udział w rynku przekroczył już 17%, a udział w liczbie skarg do Rzecznika Finansowego to 10%. Oczywiście wzrostu udziału w rynku nie należy wiązać wyłącznie z jakością usług, bo tu kluczowym elementem jest jednak „pricing”, który pozwala zdobywać rynek OC komunikacyjnego. Jednak spółka regularnie chwali się w konsekwentnym utrzymywaniu tego wskaźnika na wysokim poziomie. Nie jest w tym osamotniona. Na spotkaniach z przedstawicielami zakładów ubezpieczeń na temat poprawy jakości likwidacji szkód, coraz częściej słyszymy,



Priorytety na najbliższy czas

Ostatnie doświadczenia związane ubezpieczeniami działającymi na zasadzie swobody świadczenia usług, ustawiają tę kwestię wysoko na liście moich priorytetów. Oczywiście pierwsze skrzypce gra tu Komisja Nadzoru Finansowego.

Naszą rolą jest jak najszybsze informowanie nadzoru o dostrzeganych nieprawidłowościach.

Dobrze, że na poziomie UE ten problem też jest dostrzegany. Zakładam, że będzie to skutkowało zacieśnianiem współpracy organów nadzoru i wzajemnym egzekwowaniem decyzji. Sytuacja z DallBogg pokazała, że w takich przypadkach stanowcza reakcja nadzoru w kraju, w którym dany zakład oferuje swoje usługi, może być „triggerem” skłaniającym do interwencji nadzór kraju macierzystego.

Istotną kwestią jest też egzekwowanie określonej już w przepisach kwestii „stałej obecności” danego podmiotu na rynku. Nieprzypadkowo ustawodawca unijny wprowadził to pojęcie. Idea byłą, żeby w sytuacji większej skali działalności, posiadania personelu obsługującego np. szkody w danym kraju, jednak wymuszać przekształcenie swojej działalności w oddział.

Mam też nadzieję na kolejne inicjatywy, prowadzące do zmiany podejścia Polaków, że „OC komunikacyjnego nie kupuje się dla siebie”. Receptą miał być system Bezpośredniej Likwidacji Szkód. Widzimy, że szkody w tym trybie są likwidowane, ale jego wprowadzenie nie doprowadziło do widocznej zmiany.

MICHAŁ ZIEMIAK
Rzecznik Finansowy

Największe firmy z najlepszym wskaźnikiem jakości – ubezpieczenia na życie*					
2006 r.		2016 r.		2024 r.	
Firma	wskaźnik	Firma	wskaźnik	Firma	wskaźnik
Aegon	6%	Aviva	19%	Santander Allianz	27%
Allianz	18%	PKO	29%	Nationale-Nederlanden	31%
Skandia	27%	MetLife	31%	Unum	36%
Commercial Union	32%	Ergo Hestia	33%	Vienna Life	43%
Nationale-Nederlanden	48%	Nationale-Nederlanden	34%	Ergo Hestia	62%
Nordea	57%	Europa	81%	Allianz	65%
Amplico Life	81%	Open Life	99%	Warta	103%
Warta	98%	Axa	99%	PZU	135%
Generali	102%	Generali	126%	Uniqa	161%
PZU	157%	PZU	160%	Generali	179%

*Zestawienie obejmuje 10 największych firm pod względem przypisu składki w danym okresie, które zostały uszeregowane według wartości wskaźnika. Wskaźnik pokazuje relację: udział w liczbie wniosków trafiających do RF/udział w rynku. Im wartość mniejsza od 100%, tym lepiej. Im większa od 100%, tym gorzej.

- że muszą poprawić ten wskaźnik relacji skarg i udziału w rynku. Presja płynie ze strony zarządów, ale też... pośredników, którzy dają coraz wyraźniejsze sygnały, że nie chcą oferować ubezpieczeń podmiotów, na które skarżą się klienci. Co prawda przykład DallBogg, pokazał, że nie jest to jeszcze regułą. Należy mieć jednak nadzieję, że to się zmieni i to właśnie dbający o swoich klientów pośrednicy wymuszą dalszą poprawę jakości.

Tu dochodzimy do piątej refleksji, że...

...NAJLEPSI W UBEZPIECZENIACH SĄ LUDZIE

To ludzie czujący, czym są ubezpieczenia i jaka jest ich wartość, decydują o tym, że postrzeganie ubezpieczeń zmienia się na korzyść. Zdradzę Państwu, że w czasie wewnętrznych spotkań w biurze Rzecznika Finansowego, większość czasu jest poświęcana problemom związanym z sektorem bankowo-kapitałowym. Zgodna opinia jest taka, że przez 20 lat działalności Rzecznika Ubezpieczonych i kolejnych 10 Rzecznika Finansowego, udało się – czasem wbrew rynkowi, czasem wspólnie z rynkiem – poprawić jakość produktów i obsługi klientów. W kwestii likwidacji szkód komunikacyjnych uświadomiliśmy to sobie, przeglądając akta spraw związanych z DallBogg. Mielśmy poczucie cofnięcia się w czasie o jedną lub dwie dekady. Dziś już nikt nie odpowiada tak klientom... i oby tak pozostało.

POST SCRIPTUM Zaczęłam od mojego stażu pracy. Ale w naszym biurze jest pięć osób, które są tu jeszcze dłużej, pomagając w rozwiązywaniu problemów ludzkich. Wszystkie pracują w naszym departamencie i zajmują się na co dzień m.in. skargami wpływającymi od klientów ubezpieczycieli, ich odpowiedziami, agregacją statystyk itp. Serdecznie dziękuję za wsparcie i wieloletnią współpracę: Dorocie Budzianowskiej, Magdalenie Kudlak, Małgorzacie Sekścińskiej, Iwonie Szymańskiej i Joannie Szczepańskiej. Nie sposób też nie wspomnieć o wyjątkowo zasłużonym pracowniku nr 001 Rzecznika Ubezpieczonych, czyli Krystynie Krawczyk, nazywanej przez nas z życzliwością „Matką Dyrektor”, która cieszy się zasłużoną emeryturą. □



Odpowiedzialność pośrednika

Obecne problemy z firmą DallBogg i wcześniejsze z firmą Gefion wskazują na konieczność podjęcia debaty publicznej nad zakresem odpowiedzialności multiagencji i ich roli w systemie pośrednictwa. Tym bardziej że ich rola na polskim rynku dostrzegalnie rośnie. To one podejmują współpracę z takimi podmiotami, wprowadzając je de facto na rynek i pozwalając zwiększać skalę działalności.

Oczywiście a priori trudno zweryfikować jakość świadczonych usług. Jednak po kilku miesiącach można zorientować się, że procesy likwidacji szkód istotnie odbiegają od standardu rynkowego. Wówczas należałoby oczekiwać refleksji od takiego pośrednika, chociażby w imię własnych klientów, których również może spotkać wątpliwa przyjemność likwidacji szkód u takiego ubezpieczyciela. Dla porównania nie wyobrażam sobie, żeby broker ubezpieczeniowy rekomendował skorzystanie z usług takiego ubezpieczyciela.

Kara nałożona na DioDea, czyli spółkę likwidującą szkody na rzecz DallBogg, jest ważnym sygnałem dla innych tego typu podmiotów. Muszą mieć świadomość, że „oszczędności” kosztem jakości obsługi poszkodowanych będą miały swoje konsekwencje finansowe. Podejmując się obsługi nowego gracza, muszą mieć pewność dopasowania posiadanych zasobów do skali działalności i zapewnienia odpowiedniej jakości kadr. Tanio zwykle nie znaczy dobrze.

MARCIN KAWIŃSKI
zastępca Rzecznika Finansowego

Największe firmy z najlepszym wskaźnikiem jakości – ubezpieczenia majątkowe*

2006 r.		2016 r		2024 r.	
Firma	wskaźnik	Firma	wskaźnik	Firma	wskaźnik
Cigna STU	82%	Ergo Hestia	74%	PZUW	26%
PZU	83%	Warta	77%	Warta	57%
Allianz	91%	PZU	96%	Ergo Hestia	68%
Ergo Hestia	91%	Allianz	99%	Allianz	93%
Generali	119%	Compensa	104%	Generali	99%
Warta	132%	Uniqa	117%	PZU	102%
PTU	134%	Link4	140%	Compensa	128%
HDI Samopomoc	145%	Gothaer	158%	Uniqa	148%
Uniqa	158%	InterRisk	167%	InterRisk	156%
Compensa	169%	Generali	187%	Link4	189%

*Zestawienie obejmuje 10 największych firm pod względem przypisu składki w danym okresie, które zostały uszeregowane według wartości wskaźnika. Wskaźnik pokazuje relację: udział w liczbie wniosków trafiających do RF/udział w rynku. Im wartość mniejsza od 100%, tym lepiej. Im większa od 100%, tym gorzej.

**MARCIN TARCZYŃSKI**

kierownik w Wydziale Analiz Sektora Ubezpieczeń
w Departamencie Projektów Systemu Finansowego
Bankowy Fundusz Gwarancyjny

Resolution w ubezpieczeniach – nowe ramy bezpieczeństwa

W Europie coraz większy nacisk kładzie się na stabilność sektora finansowego i bezpieczeństwo jego klientów. Dotyczy to również ubezpieczeń. Od 2027 r. europejscy ubezpieczyciele będą objęci procedurą *resolution* – jednym z najbardziej zaawansowanych narzędzi zarządzania kryzysowego. To stawia ubezpieczenia w jednym szeregu z rynkiem bankowym i kapitałowym, jeśli chodzi o mechanizmy bezpieczeństwa. – **MARCIN TARCZYŃSKI**

Można oczywiście zadać pytanie, czy zarządzanie kryzysowe i opowiadanie o podmiotach w złej sytuacji finansowej mieści się w pojęciu „najlepsze w ubezpieczeniach”, co jest tematem przewodnim tego wydania „Miesięcznika Ubezpieczeniowego”. Aby wyjaśnić tę pozorną sprzeczność, warto poznać główny powód, dla którego sektor ubezpieczeniowy zostanie objęty mechanizmami, kojarzącymi się dotąd przede wszystkim z bankami. Chodzi o to, jak bardzo istotne stały się ubezpieczenia dla gospodarki i systemu finansowego. To nie tylko zapewnianie codziennej ochrony ubezpieczeniowej milionom osób i przedsiębiorstw oraz wywiązywanie się z długoterminowych zobowiązań finansowych. Ubezpieczenia to też duże i z założenia stabilne inwestycje w instrumenty finansowe, emitowane przez poszczególne kraje. **Europejski ustawodawca wyszedł z prostego założenia – ubezpieczenia stały się tak istotne, że wymagają silniejszych mechanizmów bezpieczeństwa. Podobnie jak banki.**

RESOLUTION, CZYLI CO?

Resolution oznacza restrukturyzację i uporządkowaną likwidację, czyli kontrolowane wyjście z rynku podmiotu, który jest w złej sytuacji finansowej, chyli się ku upadkowi i nie ma szans na poprawę tego stanu.

W jaki sposób to wyjście z rynku jest kontrolowane? Każdy kraj Unii Europejskiej powołuje organ *resolution*, którego zadaniem jest m.in. wchodzenie w rolę kontrolującego właściciela i zarządzającego upadającym podmiotem. W Polsce takim organem

dla banków, spółdzielczych kas oszczędnościowo-kredytowych oraz dla wybranych podmiotów rynku kapitałowego (domy maklerskie, a także CCP, czyli centralny kontrahent; ang. *central counterparty* – podmiot prowadzący rozliczenia transakcji na rynku finansowym) jest Bankowy Fundusz Gwarancyjny. BFG może zreorganizować upadający bank, sprzedać całość lub część jego aktywów, doprowadzić do przejęcia czy utworzyć instytucję pomostową. Te same narzędzia będzie można wkrótce wykorzystywać w stosunku do zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji. Mówi o tym dyrektywa IRR (*insurance recovery and resolution*), która weszła w życie 28 stycznia 2025 r. Powinna być zaimplementowana do przepisów krajowych do 29 stycznia 2027 r.

Dlaczego na rynku finansowym stosuje się *resolution* zamiast po prostu pozwolić na upadłość podmiotu, np. banku lub ubezpieczyciela? Po pierwsze, *resolution* najczęściej jest rozwiązaniem tańszym niż upadłość. Przykładowo największe jak dotąd *resolution* w Europie, czyli przypadek Getin Noble Banku, kosztowało ok. 10,4 mld zł. Tymczasem upadłość podmiotu i konieczność wypłaty gwarantowanych depozytów kosztowałaby ok. 36 mld zł. Po drugie, koszty *resolution* ponosić mają przede wszystkim dotychczasowi właściciele upadającego podmiotu, a nie jego klienci czy państwo. Po trzecie – upadłość podmiotu nie gwarantuje ciągłości usługi (np. ochrony ubezpieczeniowej), a to jeden z podstawowych celów *resolution*. Wreszcie po czwarte – upadłość podmiotu na rynku finansowym może podważać zaufanie do całego sektora. Innymi słowy wizerunkowy aspekt upadłości dotyka też bezpiecznych, dobrze prowadzonych firm.

Resolution na rynku ubezpieczeń ma cztery podstawowe cele, zdefiniowane w IRR:

- ochronę zbiorowego interesu ubezpieczających, a także beneficjentów i osób występujących z roszczeniem,
- utrzymywanie stabilności finansowej, w szczególności poprzez zapobieganie efektowi domina oraz przez utrzymanie dyscypliny rynkowej,
- zapewnienie ciągłości funkcji krytycznych,
- ochronę finansów publicznych przez ograniczenie do minimum korzystania z nadzwyczajnego publicznego wsparcia finansowego.

GDZIE JESTEŚMY?

Na implementację IRR zostało mniej więcej półtora roku. Gospodarzem tego procesu jest Ministerstwo Finansów. Trzeba jednak pamiętać, że IRR to nie tylko implementacja głównego aktu prawnego, ale też prace nad masą aktów pomocniczych – standardami technicznymi i wytycznymi. To trudny element prac. Sama materia jest dość skomplikowana i w kontekście rynku ubezpieczeń często omawiana po raz pierwszy. Do tego dochodzi złożoność samego procesu, który odbywa się pod okiem EIOPA, natomiast wymaga współpracy 27 krajów UE, których przedstawiciele pracują w specjalnie do tego celu powołanych grupach.

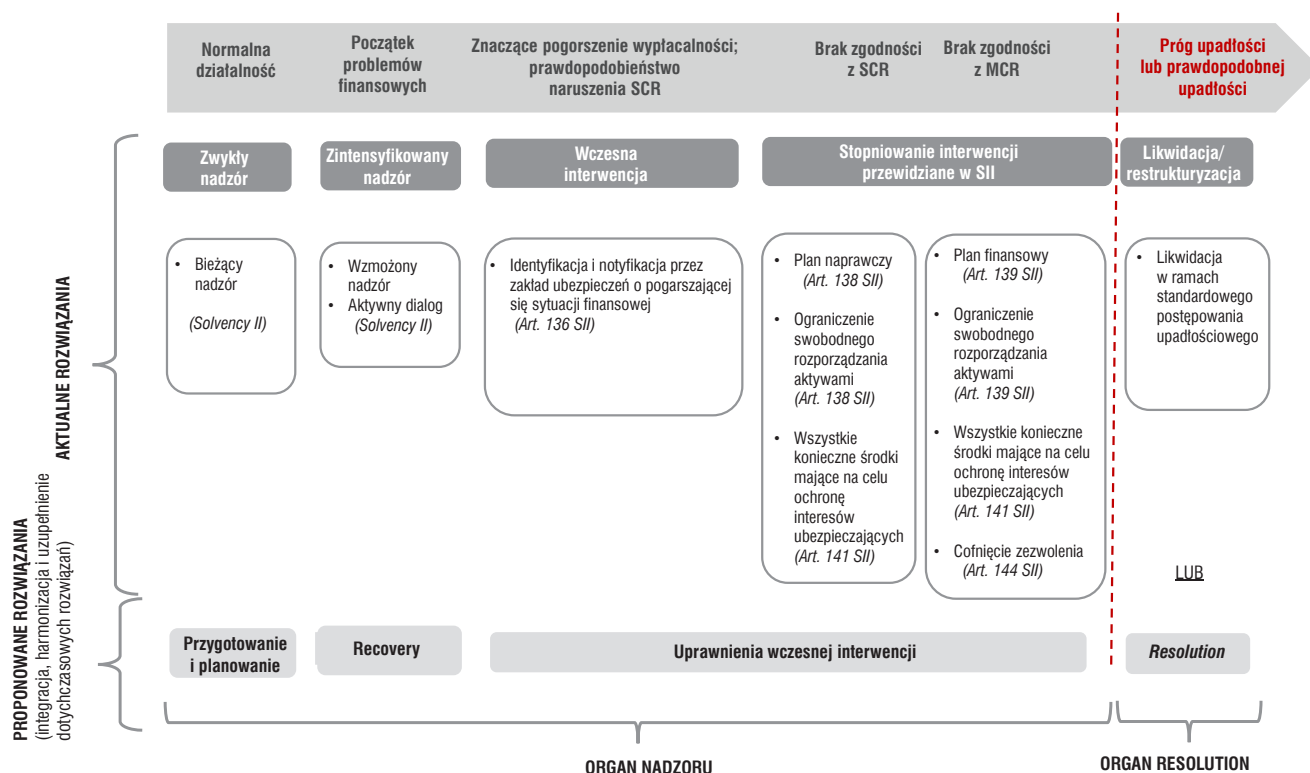
W pracach tych grup bierze udział 6 przedstawicieli BFG. Jedna z osób kieruje strumieniem związanym z planowaniem i oceną wykonalności *resolution*. Pozostali eksperci BFG pracują

Bankowy Fundusz Gwarancyjny działa na rzecz stabilności krajowego systemu finansowego: gwarantuje depozyty zgromadzone w bankach i kasach oraz odpowiada za przeprowadzanie przymusowej restrukturyzacji instytucji finansowych zagrożonych bankructwem.

Podstawowe zadania Funduszu to:

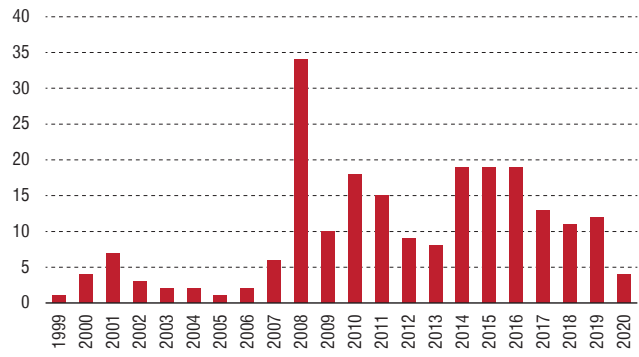
- dokonywanie wypłaty środków gwarantowanych deponentom i wykonywanie innych obowiązków wynikających z gwarantowania depozytów,
- kontrola danych zawartych w systemach wyliczania podmiotów objętych systemem gwarantowania,
- gromadzenie i analizowanie informacji o podmiotach objętych systemem gwarantowania,
- przygotowywanie, aktualizacja i ocena wykonalności planów przymusowej restrukturyzacji i grupowych planów przymusowej restrukturyzacji,
- przeprowadzanie przymusowej restrukturyzacji,
- umarzanie i konwersja instrumentów kapitałowych.

Etapy zarządzania kryzysowego w sektorze ubezpieczeniowym



Źródło: Opracowanie własne.

Liczba przypadków zakładów znajdujących się na progu upadłości lub zagrożonych upadłością w latach 1999–2020



Źródło: EIOPA, Failures and near misses in insurance - Overview of recovery and resolution actions and cross-border issues - 2021.

w grupach zajmujących się: wyliczaniem wskaźnika pokrycia rynku planami prewencyjnej naprawy, funkcjonowaniem kolegiów *resolution*, wymogami raportowymi, identyfikacją funkcji krytycznych i kwestiami związanymi z wyceną podmiotów. Od IV kwartału 2024 r. przedstawiciel BFG jest także członkiem EIOPA IRRD Implementation Forum. Ta platforma służy wymianie poglądów, praktyk i rzeczywistych przypadków dotyczących wszelkich kwestii merytorycznych lub operacyjnych związanych z IRR. Ma także na celu zwiększenie koordynacji i harmonizacji prac nad wdrożeniem IRR w całej UE.

DOKĄD NIE POWINNIŚMY DOJŚĆ?

Pracy jest jak widać dużo, a mówimy tylko o wyzwaniach dla Ministerstwa Finansów i przyszłego organu *resolution*. Tymczasem IRR to również wyzwanie dla samego sektora. Należy od razu zaznaczyć, że **IRR nie powinno oznaczać nadmiernych obowiązków dla zakładów ubezpieczeń, a przede wszystkim nie może oznaczać np. podwójnego raportowania**. Niemniej IRR wprowadza kilka nowych pojęć, dotychczas nieznanych w odniesieniu do rynku ubezpieczeń, jak np. funkcje krytyczne czy ocena interesu publicznego. Określanie i identyfikacja tych pojęć będzie wymagać pracy przede wszystkim od organu *resolution*, ale może też wymagać dodatkowej sprawozdawczości od zakładów ubezpieczeń. Nie może natomiast skończyć się raportowaniem dwa razy tego samego na potrzeby różnych organów lub w celu określenia różnych pojęć.

Trzeba też wyraźnie powiedzieć, że mechanizm *resolution* nie ma nic wspólnego z nadzorem ubezpieczeniowym. Mimo implementacji IRR i ustanowienia organu *resolution*, nadzór nad działalnością ubezpieczeniową nadal będzie sprawował wyłącznie organ nadzoru i nic się w tej kwestii nie zmieni.

Organ nadzoru odpowiada za bieżący monitoring zakładów ubezpieczeń, kontrolę przestrzegania przepisów oraz zapobieganie naruszeniom poprzez działania prewencyjne. W przypadku pogorszenia się sytuacji finansowej wdraża tzw. drabinę nadzorczą zgodnie z reżimem Wyplacalność II, czyli kolejne stopnie ingerencji, począwszy od zaleceń, przez wprowadzenie kuratora, po ograniczenie działalności firmy. **Organ *resolution***

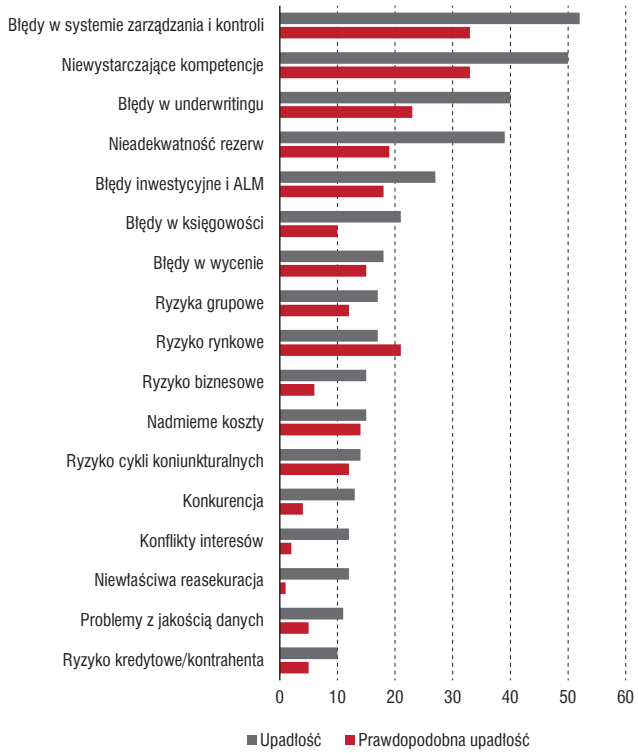
działa dopiero, gdy działania nadzorcze nie przynoszą efektu (i nie ma widoków na to, by przyniosły). Zadaniem organu *resolution* jest wdrożenie wcześniej opracowanego planu i restrukturyzacja lub uporządkowana likwidacja zakładu ubezpieczeń. Działania te mają charakter kryzysowy i wymagają dużej szybkości oraz niezależności. Granica kompetencji pomiędzy organami jest wyznaczona momentem, w którym zakład traci wypłacalność lub zagraża stabilności rynku, a działania nadzorcze zostały wyczerpane. Wówczas nadzór przekazuje sprawę do organu *resolution*.

SUKCES MIERZONY BEZPIECZEŃSTWEM

Dyrektywa IRR jest wzorowana na dyrektywie bankowej – BRR, oczywiście z uwzględnieniem specyfiki ubezpieczeniowej. W obu tych regulacjach najważniejszym elementem jest klient. To on ma mieć zapewnione większe bezpieczeństwo i gwarancję ciągłości usługi nawet wówczas, gdy podmiot, z którego usług korzysta, jest bliski upadłości.

W nowej rzeczywistości pod znakiem IRR sukces nie będzie mierzony tylko liczbą ubezpieczonych. Większy nacisk zostanie położony na bezpieczeństwo oraz zdolność rynku i państwa do działania w warunkach kryzysowych. *Resolution* to nie tylko wymóg regulacyjny, lecz przede wszystkim szansa na wzmocnienie zaufania do sektora i poprawa jego odporności na przyszłość. □

Przegląd ogólnych przyczyn znalezienia się na progu upadłości lub zagrożenia upadłością



Źródło: Opracowanie na podstawie EIOPA „Failures and near misses in insurance – Overview of causes and early identification”, 2018.



fot. Łukasz Kamiński

MAIA MAZURKIEWICZ
prezeska Fundacji PZU

Fundacja PZU: nowoczesna filantropia dla przyszłości

Od ponad dwóch dekad Fundacja PZU aktywnie wspiera rozwój społeczny, edukacyjny i kulturalny w Polsce. Jej działania filantropijne wpisują się w strategię zaangażowania społecznego Grupy PZU i są odpowiedzią na zmieniające się potrzeby społeczne. Dziś, w obliczu dynamicznych przemian cywilizacyjnych, technologicznych i kulturowych, Fundacja wkroczyła w nowy etap – z nową strategią, nowymi projektami i jeszcze większym zaangażowaniem w budowanie odporności społecznej. – MAIA MAZURKIEWICZ

Fundacja PZU tworzy przestrzeń do budowania lepszej teraźniejszości i bezpiecznej przyszłości. Wspólnie z odważnymi liderami wspiera rozwój społeczności i wspólnot opartych na filarach postaw obywatelskich, wzmacniając kapitał społeczny. Działa w oparciu o uniwersalne wartości: solidarność, zaangażowanie i wspólne działanie. Jej misją jest tworzenie świata, w którym każdy Polak i każda Polka mogą z ufnością patrzeć w przyszłość.

NOWE OTWARCIE – NOWOCZESNA FILANTROPIA

„Działamy dziś, by tworzyć jutro” – to nie tylko hasło, ale filozofia działania Fundacji PZU. W 2025 roku Fundacja zaprezentowała nową strategię, której celem jest wzmacnianie poczucia bezpieczeństwa i odporności społecznej w świecie pełnym nieprzewidywalnych wyzwań. Strategia opiera się na czterech obszarach: kapitał społeczny, edukacja, kompetencje przyszłości oraz kultura.

Fundacja nie tylko wspiera inicjatywy partnerów – organizacji pozarządowych czy instytucji publicznych – lecz także realizuje własne, autorskie projekty. Ich skuteczność jest na bieżąco monitorowana i optymalizowana. W działaniach Fundacji coraz częściej wykorzystywany jest wolontariat pracowniczy – potencjał pracowników i pracowniczek Grupy PZU. Ponad 400 placówek w całym kraju i ludzie, którzy w nich pracują, to ogromna sieć, za sprawą której można skutecznie angażować lokalne społeczności i wzmacniać efekt realizowanych projektów. To podejście pozwala nie tylko na wdrażanie działań na większą skalę, ale także na budowanie trwałych, opartych na zaufaniu relacji, które są podstawą dobrze działającej wspólnoty.

W Fundacji PZU wierzymy, że odporność społeczna zaczyna się od ludzi – relacji, kompetencji, wrażliwości i zdolności do krytycznego myślenia. Dlatego nasze działania koncentrują się na tym, co naprawdę buduje przyszłość: na edukacji, kulturze, technologii i wspólnocie. Chcemy być blisko ludzi i razem z nimi projektować lepsze jutro – odpowiedzialne, inkluzywne i nowoczesne.

KAPITAŁ SPOŁECZNY – SILNA WSPÓLNOTA ODPORNA NA KRYZYSY

W tym obszarze Fundacja PZU koncentruje się na budowaniu spójności społecznej i włączającej wspólnoty. Z jednej strony inwestuje w rozwój silnego społeczeństwa obywatelskiego, z drugiej kładzie akcent na działania wspierające dobrostan psychiczny swoich odbiorców, jak również ich zdolność do budowania bezpiecznych relacji z otoczeniem. Angażuje się w działania, przez które wspiera m.in. młode osoby, kobiety w odkrywaniu i rozwijaniu potencjału. Robi to przez programy stypendialne, grantowe czy mentoringowe. Te ostatnie służą również rozwojowi wolontariatu kompetencyjnego. To nie tylko sposób na zagospodarowanie doświadczenia i ekspertyzy osób pracujących w PZU, ale również na wzmacnianie obecności Fundacji i Grupy PZU w społecznościach lokalnych oraz budowanie ogólnopolskich sieci współpracy.

Oprócz działań służących budowaniu odporności społecznej, Fundacja PZU jest aktywna w obszarze bezpieczeństwa publicznego. Wspólnie z partnerami społecznymi i instytucjonalnymi realizuje projekty, których celem jest przygotowanie społeczeństwa do radzenia sobie i reagowania

Wolontariat Fundacji PZU.



w sytuacjach kryzysowych. Fundacja stawia na długofalowe relacje i budowanie zaufania, co przekłada się na realne zmiany w życiu uczestników projektów. Wspieranie lokalnych liderów i liderki to inwestycja w przyszłość – w ludzi, którzy będą kształtować swoje otoczenie w sposób odpowiedzialny i świadomy.

EDUKACJA – KOMUNIKACJA, EMPATIA, ZROZUMIENIE

Fundacja PZU wspiera edukację, szczególnie w obszarze finansów, rozumienia emocji, świadomej komunikacji i współpracy. Kluczowe są tu działania rozwijające umiejętność słuchania, zadawania pytań i prowadzenia otwartego dialogu między przedstawicielami różnych środowisk. Fundacja razem z partnerami organizuje warsztaty, szkolenia i programy edukacyjne, które pomagają młodym ludziom, ich rodzicom, nauczycielom i edukatorom budować kompetencje finansowe, społeczne i emocjonalne. Jednocześnie realizuje badania, dzięki którym podąża za najpilniejszymi potrzebami swoich odbiorców.

W ramach projektów edukacyjnych współpracuje z ekspertami, pedagogami i psychologami, tworząc materiały dydaktyczne, scenariusze zajęć i platformy edukacyjne. W myśl zasady „nic o Was bez Was” sprawdza, jakie są potrzeby i oczekiwania młodych ludzi, wspiera realizację projektów uczniowskich. Szczególny nacisk kładzie na edukację emocjonalną, która staje się coraz ważniejszym elementem współczesnego systemu nauczania i uczenia się. Działania te są realizowane zarówno w dużych miastach, jak i w mniejszych miejscowościach, gdzie dostęp do nowoczesnych narzędzi edukacyjnych bywa ograniczony. Dzięki temu Fundacja wspiera zwiększanie szans edukacyjnych.

KOMPETENCJE PRZYSZŁOŚCI – ŚWIADOME KORZYSTANIE Z TECHNOLOGII

W świecie cyfrowym Fundacja PZU stawia na świadomą digitalizację. Wspiera twórców bazujących na rzetelnych informacjach, promuje odpowiedzialne korzystanie z mediów i technologii oraz dostarcza narzędzia do zarządzania stresem cyfrowym. Projekty realizowane w tym obszarze uświadamiają społeczeństwo na zagrożenia związane z dezinformacją i nadmiarem bodźców cyfrowych, a także uczą, jak bezpiecznie i efektywnie poruszać się w świecie technologii. Fundacja organizuje kampanie informacyjne dotyczące higieny cyfrowej. Nie tylko edukuje, ale także inspirowa do twórczego i odpowiedzialnego korzystania z technologii – jako narzędzia rozwoju, a nie zagrożenia.

KULTURA – DOSTĘPNA DLA WSZYSTKICH

Fundacja PZU od lat wspiera instytucje kultury poprzez patronaty i finansowanie projektów artystycznych. **Nowa strategia kładzie nacisk na upowszechnianie kultury wysokiej poprzez zwiększanie jej dostępności.** Fundacja wspiera jedną z największych instytucji kultury w Polsce, angażuje się w wydarzenia kulturalne otwarte dla wszystkich, a także pracuje nad projektem, upowszechniającym muzykę Chopina w miejscach z ograniczonym dostępem do kultury wysokiej. Działania Fundacji mają nie tylko edukować, ale też integrować społeczności i wzmacniać ich tożsamość.

Fundacja angażuje się w projekty teatralne, muzyczne, literackie i filmowe, które docierają do różnych grup odbiorców – od dzieci po seniorów. Wspiera także działania na rzecz ochrony dziedzictwa kulturowego oraz rozwoju lokalnych centrów kultury. Dzięki temu kultura staje się bardziej dostępna, a jej rola w budowaniu wspólnoty – bardziej widoczna. W projektach kulturalnych również wykorzystywany jest potencjał wolontariatu – pracownicy PZU angażują się w organizację wydarzeń, wspierają lokalne instytucje i pomagają w promocji wartościowych inicjatyw.



Kampania „Czysty Przekaz” Fundacji PZU.

CZYSTY PRZEKAZ – KAMPANIA PRZECIW DEZINFORMACJI

Jednym z flagowych projektów Fundacji PZU jest kampania „Czysty Przekaz”, która ruszyła w 2025 roku. Jej celem jest edukacja społeczeństwa w zakresie rozpoznawania fake newsów, clickbaitów i deepfake’ów. Kampania uczy, jak filtrować informacje, rozpoznawać manipulację i świadomie korzystać z mediów. Organizowane są warsztaty, konkursy, kampanie medialne i spotkania z ekspertami. Projekt wspierają znane osoby publiczne, m.in. Magda Gessler, Szymon Marciniak i Mikołaj Roznerski, oraz instytucje edukacyjne i społeczne.

W ramach kampanii Fundacja PZU zrealizowała też konkurs „Postaw na #CzystyPrzekaz” skierowany do uczniów szkół ponadpodstawowych. Zadaniem uczestników było stworzenie projektu edukacyjnego, który odpowiada na wyzwania cyfrowego świata – w szczególności dezinformacji. Zwycięskie zespoły zostały nagrodzone wyjazdem do Brukseli, gdzie wzięły udział w wydarzeniach kulturalnych związanych z polską prezydencją w Radzie Unii Europejskiej. Konkurs promował dialog, współpracę i budowanie odporności informacyjnej poprzez działania offline. Fundacja zachęca młodych ludzi do świadomego korzystania z internetu, weryfikowania źródeł informacji i rozwijania kompetencji medialnych.

Walka z dezinformacją to nie tylko kwestia technologii, ale przede wszystkim edukacja i odpowiedzialność. Kampania „Czysty Przekaz” jest przykładem, jak nowoczesna filantropia może odpowiadać na realne potrzeby społeczne. Jej działania są skierowane zarówno do młodzieży, jak i dorosłych, a ich celem jest budowanie odporności informacyjnej – jednej z kluczowych kompetencji XXI wieku.

GOTOWOŚĆ NA PRZYSZŁOŚĆ

Fundacja PZU patrzy w przyszłość – wierzy w nowoczesność, innowacyjność i bierze odpowiedzialność za swoje otoczenie. Jej działania są odpowiedzią na współczesne wyzwania – m.in. na zmiany demograficzne, potrzeby w zakresie zdrowia psychicznego i cyfrowego bezpieczeństwa. **Wspólnie z Grupą PZU Fundacja chce wzmacniać odporność społeczną, budować wspólnotę opartą na wartościach i tworzyć przestrzeń do dialogu i rozwoju dla wszystkich.**

Nie chcemy tylko reagować na wyzwania – chcemy je wyprzedzać. Fundacja PZU to przestrzeń, w której łączymy wartości z działaniem, a tradycję z nowoczesnością. Wierzymy, że przyszłość buduje się wspólnie – z ludźmi, dla nas wszystkich i dla kolejnych pokoleń. □



JUSTYNA SZAFRANIEC
prezes Fundacji THSN Polska

Fundacja The Human Safety Net Polska – realne wsparcie na przyszłość

Fundacja The Human Safety Net Polska działa od kwietnia 2025 roku. Jest częścią globalnego ruchu obecnego w 26 krajach, w których funkcjonuje Generali. Jej misją jest wspieranie osób w trudnej sytuacji życiowej. – **JUSTYNA SZAFRANIEC**

Zanim jednak powstała Fundacja, Generali w Polsce już od kilku lat realizowało projekty THSN wspierające rodziny z dziećmi do 6 roku życia oraz uchodźców. Dzięki powołaniu Fundacji możliwe jest jeszcze lepsze rozwijanie tych działań oraz angażowanie w nie coraz szerszego grona pracowników, agentów i partnerów.

WSPARCIE NA STARCIE – BUDOWANIE SILNYCH WIĘZI RODZINNYCH

W tym roku THSN wspólnie z Stowarzyszeniem Ta Szansa uruchomił projekt „Wsparcie na starcie”. Jego program obejmuje warsztaty oraz indywidualne konsultacje psychologiczne dla rodziców będących w trudnej sytuacji, a także zajęcia dla kadry żłobkowej. Dzięki nim rodzice zdobywają wiedzę i narzędzia pozwalające budować silne więzi z dziećmi i wspierać ich rozwój. **Chcemy, aby rodzice otrzymali realne wsparcie, które pozwoli stworzyć dzieciom stabilne i bezpieczne środowisko.**



Celem naszych działań jest przede wszystkim danie dzieciom szansy na lepszą przyszłość poprzez wspieranie w sposób systemowy ich rodziców.

PROGRAM „DOBRY POCZĄTEK” – NOWE ŻYCIE DLA MAM I DZIECI

Fundacja wspólnie z Caritas Polska realizuje program Dobry Początek skierowany do kobiet przebywających w Domach Samotnej Matki. W trzech etapach programu wsparciem objęto już 11 placówek w całej Polsce, a jeszcze w 2025 roku działania zostaną rozszerzone na 14 ośrodków.

Podczas warsztatów uczestniczki zdobywają kompetencje umożliwiające im rozpoczęcie nowego życia – od budowania relacji z dzieckiem, po bezpieczeństwo w sieci. Zajęcia mają również na celu przełamanie utartych schematów postępowania i wzmocnienie poczucia własnej wartości. Specjalna grupa wolontariuszy Generali wspiera uczestniczki w nauce zarządzania finansami osobistymi.

INNOWACYJNA POMOC MEDYCZNA – HIPOTERMIA LECZNICZA

THSN w Polsce prowadzi również projekt hipotermii leczniczej w transporcie noworodków z niedotlenieniem okołoporodowym. Inicjatywa realizowana jest we współpracy z Uniwersytetem Medycznym w Poznaniu i jest pierwszym tego typu przedsięwzięciem w Polsce. W ramach projektu karetki neonatologiczne są wyposażane w specjalistyczny sprzęt, a personel medyczny przechodzi dedykowane szkolenia. Do tej pory urządzenia trafiły do placówek w Poznaniu, Zielonej Górze, Bydgoszczy, Łodzi i Warszawie.

Metoda polega na kontrolowanym obniżeniu temperatury ciała dziecka, co znacząco zwiększa jego szanse na zdrowy rozwój i minimalizuje ryzyko poważnych powikłań neurologicznych. Dzięki temu już w drodze do specjalistycznego ośrodka możliwe jest rozpoczęcie ratującego zdrowie leczenia, a rodzice zyskują większą nadzieję na prawidłowy rozwój swojego dziecka.



GLOBALNE WYZWANIE THSN – ZAANGAŻOWANIE AGENTÓW I PRACOWNIKÓW

Specjalną cykliczną inicjatywą jest Globalne Wyzwanie THSN. Co roku w czerwcu pracownicy i agenci Generali w Polsce łączą siły, by zbierać fundusze na wsparcie lokalnych programów Fundacji. Dzięki środkom z tegorocznej edycji udało się zorganizować sześciodniowy obóz, w którym uczestniczyło 16 rodzin. Rodzice brali udział w warsztatach z psychologami, a dzieci miały zapewnioną bezpieczną i kreatywną przestrzeń do zabawy. Ważną częścią obozu były również spotkania ze specjalistami, jak dentysta, fizjoterapeuta, neurologopeda, edukatorka Pozytywnej Dyscypliny czy specjalista integracji sensorycznej.

Globalne Wyzwanie to nie tylko zbiórka pieniędzy, ale przede wszystkim angażowanie naszej społeczności – pracowników, agentów, a w przyszłości również klientów. Każdy gest ma znaczenie i realnie zmienia życie rodzin.

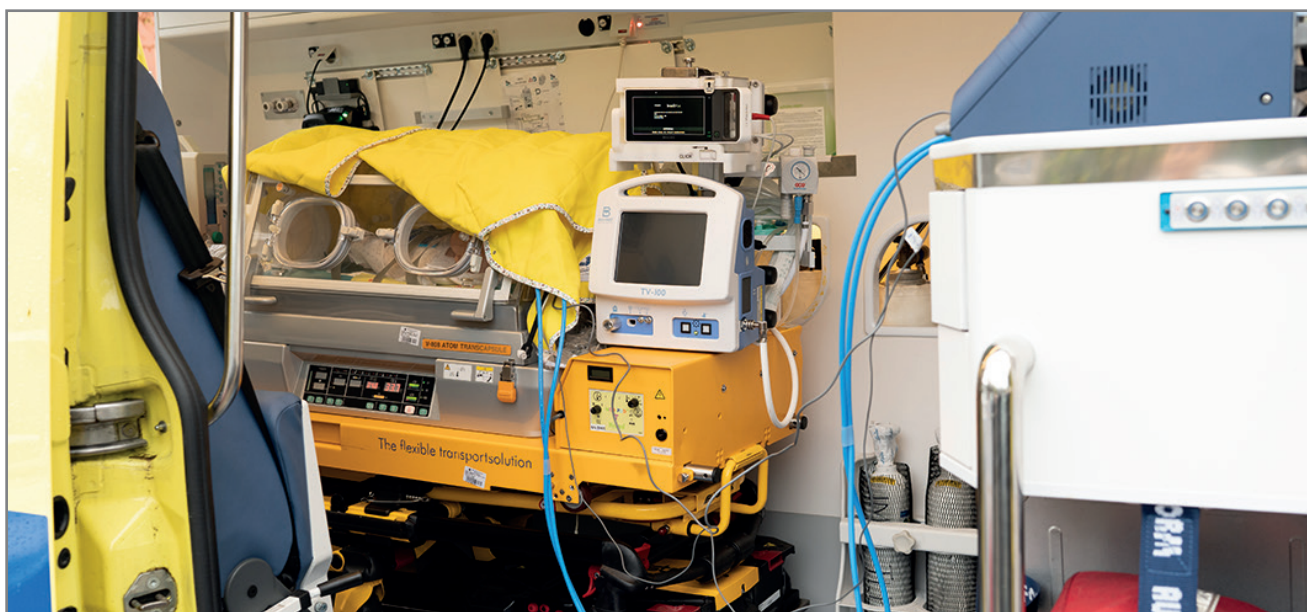
Rola agentów i wolontariuszy jest w tym nieoceniona – uczestniczą nie tylko w zbiórkach funduszy, ale także aktywnie wspierają rodziny i uczestników programów, budując lokalną sieć wsparcia.

Część środków zebranych podczas tegorocznego Globalnego Wyzwania THSN pozostanie na dalsze wsparcie psychologiczne i terapeutyczne po obozie, zapewniając rodzinom ciągłość pomocy.

DŁUGOFALOWA WIZJA FUNDACJI

Fundacja THSN Polska łączy wiedzę ekspercką, zaangażowanie pracowników i agentów oraz szeroką sieć wolontariuszy. Działania obejmują zarówno wsparcie edukacyjne i terapeutyczne, jak i medyczne – dzięki temu Fundacja może skutecznie odpowiadać na złożone potrzeby rodzin.

Tworzymy systemowe rozwiązania, które działają tu i teraz, ale mają też wpływ na przyszłość. Dzięki wsparciu Generali i globalnej sieci THSN możemy wprowadzać innowacyjne formy pomocy i docierać do kolejnych rodzin. Przygotowujemy także program na rzecz wsparcia uchodźców na rynku pracy, realizowany we współpracy z Fundacją INCO. W przyszłości chcemy rozwijać nasze inicjatywy z udziałem klientów, tak aby jeszcze więcej osób mogło realnie włączyć się w zmianę życia potrzebujących. □





ANGELIKA GOLNAU
z Fundacji Integralia

Wsparcie, które wpływa na wszystkich. Jak działa Fundacja Integralia Grupy Ergo Hestia?

Fundacja Integralia została założona przez Ergo Hestię już ponad dwie dekady temu. Od początku działa na rzecz aktywizacji osób z niepełnosprawnościami (OzN), choć w tym czasie skala jej działalności znacznie się rozwinęła. Dziś wyznacza standardy w budowaniu otwartego środowiska pracy – zarówno w samej grupie Ergo Hestia, jak i wśród szerokiego grona partnerów biznesowych. – ANGELIKA GOLNAU

Fundacja powstała w czasach, gdy zatrudnienie OzN w Polsce było marginalne i ograniczało się głównie do zakładów pracy chronionej. Inspiracją była działalność hiszpańskiej firmy ubezpieczeniowej DKV Seguros, gdzie osoby z niepełnosprawnościami z powodzeniem pracowały w obsłudze klienta. Siedziba Ergo Hestii była już dostosowana architektonicznie – brakowało jednak systemowego podejścia do rekrutacji i wsparcia OzN. Pierwsze doświadczenia pokazały, jak wiele stereotypów funkcjonuje wśród pracodawców. Przełamanie ich stało się początkiem konsekwentnego budowania otwartej kultury organizacyjnej.

KOMPLEKSOWE WSPARCIE I WYMIERNE EFEKTY

Dziś Fundacja Integralia to nie tylko agencja pośrednictwa pracy, ale także partner dla firm, które chcą zatrudniać osoby z niepełnosprawnościami. W ciągu 20 lat nawiązała współpracę z ponad 400 przedsiębiorstwami, a z jej wsparcia skorzystało ponad 1 500 osób z niepełnosprawnościami. Pozyskane granty o wartości 6,2 mln zł przeznaczone na aktywizację społeczno-zawodową – od konsultacji, przez kursy i szkolenia, po staże. Efekty są wymierne: blisko co druga osoba objęta półrocznym programem wsparciem znalazła zatrudnienie.





Unikalność Integralii polega na kompleksowości działań: rekrutuje kandydatów, przygotowuje zespoły, szkoli menedżerów i dba o dostosowanie stanowisk pracy. Dzięki temu osoby z niepełnosprawnościami mogą rozwijać swoje talenty w atmosferze zrozumienia, a firmy zyskują lojalnych, zaangażowanych pracowników. Obie strony korzystają na wsparciu Fundacji.

„SPRAWNY STAŻ” – MOST MIĘDZY EDUKACJĄ A RYNKIEM PRACY

Flagowym projektem jest ogólnopolski program „Sprawny staż” – 3-miesięczne płatne praktyki dla studentów i absolwentów z niepełnosprawnościami. Fundacja odpowiada za rekrutację, szkolenia i wsparcie, a firmy partnerskie organizują miejsca stażowe. Do tej pory w programie wzięło udział ponad 60 osób, z których blisko 40% kontynuuje współpracę po zakończeniu stażu. Program został wielokrotnie nagrodzony, m.in. „Nagrodą Karty Różnorodności” i wyróżnieniem w konkursie „Grand ESG”.

EDUKACJA I ZMIANA ŚWIADOMOŚCI

Integralia prowadzi szeroko zakrojone działania edukacyjne, przełamując stereotypy i budując świadomość na temat możliwości zatrudnienia OzN. Ponad 8 550 osób – głównie pracowników i menedżerów różnych firm – uczestniczyło w szkoleniach z zakresu savoir-vivre wobec OzN. Szkolenia te pomagają przygotować zespoły do współpracy i podnieść standard obsługi klientów wymagających niekiedy dodatkowych procedur.

WPŁYW NA GRUPĘ ERGO HESTIA

Działania Fundacji Integralia mają bezpośrednie przełożenie na strukturę zatrudnienia w grupie Ergo Hestia. Obecnie osoby z niepełnosprawnościami stanowią 4,4% wszystkich pracowników firmy – to wynik

znacznie powyżej średniej dla sektora finansowego w Polsce. Co istotne, aż 70% z nich pracuje na stanowiskach specjalistycznych i menedżerskich, co świadczy o skuteczności modelu rozwoju talentów wdrażanego przez Fundację. Każdy nowy pracownik przechodzi szkolenie z zasad współpracy z osobami z niepełnosprawnościami, co pozwala budować środowisko pracy wolne od barier i uprzedzeń.

WSPÓŁPRACA Z RYNKIEM

Fundacja Integralia to pierwsza i jedyna w Polsce fundacja korporacyjna, która w tak kompleksowy sposób realizuje misję aktywizacji zawodowej OzN. Jej doświadczenie pokazuje, że otwartość na osoby z niepełnosprawnościami realnie wzmacnia potencjał firm i całego społeczeństwa. Integralia dzieli się swoim know-how z innymi przedsiębiorstwami, oferując wsparcie w rekrutacji, szkoleniach i wdrażaniu rozwiązań ułatwiających zatrudnienie OzN. Dla branży ubezpieczeniowej – zarówno dużych, jak i mniejszych firm – działalność Fundacji Integralia może być inspiracją do wdrażania własnych programów włączających. Współpraca z Fundacją to nie tylko szansa na pozyskanie wartościowych pracowników, ale także budowanie wizerunku firmy odpowiedzialnej społecznie i otwartej na różnorodność.

Fundacja Integralia grupy Ergo Hestia od ponad 20 lat udowadnia, że włączanie osób z niepełnosprawnościami w życie zawodowe to nie tylko kwestia społecznej odpowiedzialności, ale także realna korzyść biznesowa. Jej unikalny model działania, oparty na empatii, autentyczności i kompleksowym wsparciu, może stać się wzorem dla całego sektora ubezpieczeniowego w Polsce. Warto czerpać z tych doświadczeń i wspólnie budować rynek pracy, w którym liczy się talent – niezależnie od stopnia sprawności. □



MAŁGORZATA MORAŃSKA
kierownik Zespołu Komunikacji Korporacyjnej,
rzecznik prasowy, prezes zarządu Fundacji Unum

Bo troska o drugiego człowieka to nasza codzienna praktyka

Świat ubezpieczeń i działalności charytatywnej ma wspólny mianownik – towarzyszenie ludziom w najtrudniejszych momentach życia. Dla firmy ubezpieczeniowej oznacza to wypłatę świadczeń i wsparcie, gdy zdrowie lub życie stają pod znakiem zapytania. Dla fundacji – niesienie pomocy tam, gdzie pojawia się nierówność szans czy samotność. – **MAŁGORZATA MORAŃSKA**

W Unum Życie i Fundacji Unum te dwa światy, choć niezależne, współgrają w szlachetnym celu.

Fundacja Unum, działająca od 2009 r. nieprzerwanie, pomaga wyrównywać szanse edukacyjne dzieci i młodzieży z trudnych środowisk, promuje zdrowie i wspiera osoby w zmaganiach z chorobą oraz szerzy ideę społecznej odpowiedzialności wśród pracowników, współpracowników, ich rodzin i przyjaciół.

WOLONTARIAT PRACOWNICZY – SERCE W DZIAŁANIU

W Unum wolontariat to nie tylko dodatkowa inicjatywa – to wpisana w kulturę organizacyjną codzienność. Ponad połowa, bo aż 54% pracowników i współpracowników, angażuje się w działania pomocowe. Firma daje każdemu pracownikowi dzień wolny na wolontariat, a miejsce i formę pomocy można wybrać samodzielnie. W 2024 r. wolontariusze sadzili rośliny, malowali płoty w placówkach opiekuńczych, remontowali pomieszczenia, opiekowali się zwierzętami w schroniskach i wykonywali wiele innych zadań. Unum zapewniło wsparcie finansowe i merytoryczne, a beneficjentami tych działań były dzieci, seniorzy, osoby w kryzysie ubóstwa czy zwierzęta. Pomoc dotarła do 27 miejsc w całej Polsce, angażując 464 wolontariuszy.

ZBIÓRKI – LICZBY, ZA KTÓRYMI KRYJĄ SIĘ LUDZKIE HISTORIE

Każda zbiórka to coś więcej niż dane w tabeli – to konkretne historie osób, które odczuły realną ulgę. Przed Wielkanocą Fundacja Unum przekazała 1500 kg żywności do SOS Banku Żywności w Warszawie. Seniorzy, samodzielne matki z dziećmi i najubożsi mogli świętować przy obfitych stołach. Natomiast w drugiej połowie roku, w sierpniu, odbywa się zbiórka przyborów szkolnych dla dzieci z trudniejszych środowisk. W ubiegłym roku wolontariusze podarowali 600 przyborów szkolnych dla podopiecznych Powiślańskiej Fundacji Społecznej i Domów



Dziecka w Kowalewie, by nowy rok szkolny zaczęli wyposażeni w to, co potrzebne do nauki.

POMAGAMY MIKOŁAJOWI – MAGIA SPEŁNIONYCH MARZEŃ

Grudzień to czas, gdy biura Unum zmieniają się w prawdziwe fabryki zabawek. Wolontariusze każdego roku zostają pomocnikami Świętego Mikołaja, odpowiadając na listy pełne marzeń od dzieci z domów dziecka. Z wielkimi sercami przygotowali 105 wymarzonych prezentów, które trafiły do podopiecznych trzech placówek wychowawczych. Efekt? Uśmiechy, iskry w oczach i momenty, kiedy wolontariusz musi szybko odwrócić głowę, żeby otrzeć łzę wzruszenia.

SPORTOWE WYZWANIE NA RZECZ ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Wiosną odbywa się tu akcja „U na sportowo” łącząca aktywność fizyczną wolontariuszy z celem charytatywnym. Tu liczy się każdy krok, przejechany kilometr i spalone kalorie – bo za każdą aktywność rośnie pula wsparcia dla potrzebujących. Dzięki wspólnemu wysiłkowi udało się zebrać 15 000 zł dla Fundacji Gram z Głową, wspierającej zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. To dowód, że sport może dawać endorfiny nie tylko tym, którzy ćwiczą.

ODPOWIEDZIALNY BIZNES – TYDZIEŃ COMPLIANCE I ETYKI

Nie wszystko, co dobre, musi wiązać się z akcjami w terenie. Czasem chodzi o to, by spojrzeć w głąb organizacji i upewnić się, że to, co robimy, robimy zgodnie z naszymi wartościami. **Spółeczna odpowiedzialność to przecież także przestrzeganie zasad i wartości wewnątrz organizacji.** Podczas Tygodnia Compliance i Etyki 2024 pracownicy Unum wzięli udział w „podróży dookoła świata” norm i procedur. Były quizy, interaktywne materiały i przystępna komunikacja, która pomogła lepiej poznać kodeks etyczny i jego praktyczne znaczenie, zarówno w biznesie, jak i w działaniach na rzecz potrzebujących.

AKADEMIA RATOWNIKÓW

Właściwie wsparcie zaczyna się od wiedzy i dobrego przygotowania, dlatego spółka nawiązała współpracę z ratownikiem Karolem Bączkowskim. W ramach niej Unum wsparło wydanie książki Karola o pierwszej pomocy, a chętni pracownicy i współpracownicy mogli wziąć udział w Kursie Kwalifikowanej Pierwszej Pomocy, w pełni finansowanym przez spółkę. To profesjonalny kurs, zwieńczony państwowym egzaminem dającym tytuł ratownika medycznego. Aktualnie ponad 50 pracowników i współpracowników spółki może udzielać pierwszej pomocy profesjonalnie i skutecznie.



BLOG BE UNUM – WIEDZA, KTÓRA INSPIRUJE

Promowanie wolontariatu odbywa się nie tylko poprzez przykład, jaki dają zaangażowani koledzy i koleżanki. Na firmowym blogu Be Unum publikowane są artykuły o wolontariacie, społecznej odpowiedzialności i zdrowiu – m.in. o onkoczułości u rodziców czy o tym, jak mały gest w postaci 1,5% podatku może odmienić życie potrzebującego. To miejsce, gdzie dobre praktyki i inspiracje płyną dalej, trafiając do coraz większej grupy czytelników.

Wrażliwość i troska o człowieka to fundament, który łączy świat ubezpieczeń i działalności społecznej w jedną spójną historię. Dobro ma wiele twarzy – czasem jest empatyczna rozmowa z klientem zmagającym się z trudnością, szybka i bezproblemowa wypłata świadczenia, a czasem to paczka żywności dostarczona w odpowiednim momencie czy kolorowe kredki, które dziecko zabierze z dumą do szkoły. W każdym przypadku chodzi o to samo: dostrzec drugiego człowieka i odpowiedzieć na jego potrzebę. □





LUCYNA LEŚNIAK
prezes Fundacji DCU

Fundacja DCU w działaniu – małe gesty, wielkie zmiany

Nasze motto: Bo samemu idzie się szybciej, ale razem dociera się dalej.

Naszą misję i działania najlepiej widać przez pryzmat konkretnych historii. Jedną z nich – historia Abaha, chłopca z ludu Baka w Kamerunie – szczególnie pokazuje, dlaczego tak ważne są projekty edukacyjne, budowa szkół i walka o lepszą przyszłość dla dzieci. Łączymy dzieci z Polski i Afryki przez wspólne działania, pokazując, że razem możemy tworzyć realną zmianę.

Abah ma 8 lat, mieszka w południowo-wschodnim Kamerunie, nie ma metryki urodzenia, nigdy nie trzymał w rękach książki. Jego „szkołą” jest las – tam uczy się wspinać na drzewa, zdobywać miód i owoce. Kiedy rówieśnicy chodzą do szkoły, Abah pomaga rodzinie zdobywać jedzenie. Często zasypia głodny, Abah nie wie, który jest rok, godzina, nie wie, do czego służy kłamka – w jego szałasie nie ma drzwi ani okien. Kiedy dzieci w innych częściach

świata chodzą do szkoły, Abah spędzał dni na wędrówkach z 6 osobową rodziną, w poszukiwaniu jedzenia. Abah to jedno z wielu dzieci Baka, które otrzymało szansę na edukację dzięki pomocy naszej fundacji.

DLACZEGO WSPIERAMY LUDNOŚĆ BAKA?

Całe życie Baka toczy się w lesie – ich domem jest szałas z liści, a jedzenie zdobywają, zbierając owoce i miód. Nazywani „Pigmejami”, sami mówią o sobie Baka, są związani z naturą, mają wiedzę o roślinach, o rytmie lasu. Jednak dziś brakuje im dostępu do edukacji, lekarzy i czystej wody.



Lokalna szkoła czeka na kolejne wsparcie, chcesz dołączyć do budowy razem z nami?



Rozmowa z Abah podczas wizyty naszej Fundacji:

- Jak masz na imię?
 - Jestem Abah i mieszkam z rodziną w lesie.
 - Jakie masz marzenie?
 - Chcę, żebyśmy moja rodzina i ja mieli co jeść.
 - Lubisz szkołę?
 - Nie mam książek. Czasem piszę patykami na piasku, a w szkole dostajemy małą tabliczkę i po niej piszę kredą.
- Chcę się uczyć czytać i pisać, bo chcę zostać nauczycielem.
Cieszę się, że już chodzę do szkoły.



Fundacja DCU – kim jesteśmy?

Zwykłymi ludźmi, którzy robią niezwykle rzeczy, z sercem i odwagą. W Polsce i w Afryce – bo dobro nie zna granic. Założyliśmy fundację w grudniu 2020 r. Pomagamy Dzieciom. Tylko tyle i aż tyle. Tym, które mają mniej, ale zasługują na wszystko.

W czym pomagamy?

→ W edukacji

- Budujemy szkoły dla dzieci z plemienia Baka w Kamerunie
- Realizujemy projekt „Edukacja dla przyszłości”, który polega na objęciu pomocą dzieci zapewniając im naukę i opiekę w szkołach. Gdy dziecko chodzi do szkoły to nie musi iść do pracy, często w szkole zjada swój jedyny posiłek w ciągu dnia. Każdy, kto zdecyduje się na udział w tym projekcie wspiera wybrane dziecko.
- Dajemy wsparcie edukacyjne dla polskich szkół, projekt „Pierwszy Dzień w Szkole”, kupujemy wówczas książki, a w ciągu roku prowadzimy m.in. prelekcje podróżnicze.

→ W żywieniu

- Dajemy codzienny posiłek dzieciom w Kamerunie, wciąż trwa zrzutka: 1 złotówka = jeden posiłek.

→ W zdrowiu

- Zapewniamy dostęp do czystej wody, budujemy studnie w Kamerunie.

- Wspieramy hospicjum dla dzieci „Formuła Dobra”. Pomagamy zarówno chorym dzieciom, jak i ich rodzinom. Dzięki naszym działaniom rodzeństwo może choć na chwilę oderwać się od trudnej rzeczywistości i poczuć, że nie są sami.
- W ciągu roku spotykamy się z gośćmi z Afryki i organizujemy wiele akcji charytatywnych, np. podczas DCU Mistrzostw Polski Hobby Horse w WKKW. Takie święta jak Dzień Dziecka, Mikołajki, pierwszy dzień szkoły czy Światowy Dzień Afryki są okresem najintensywniejszych działań. Systematycznie prowadzimy zbiórki <https://fundacjadcu.org/dzialania/>. Jednocześnie dziękujemy darczyńcom, w dużej mierze naszym agentom ubezpieczeniowym, za ich zaangażowanie.

Skąd ta nasza misja? Mały gest może zmienić czyjeś życie – talerz ciepłej zupy, książka, studnia to realna zmiana. Dzięki takiej pomocy, dzieci takie jak Abah mogą mieć jutro, którego same nie mogłyby sobie zapewnić.

Dołącz do nas, wesprzyj nasze zrzutki na budowę szkoły, posiłki lub projekt Edukacja dla przyszłości. Możesz też pomóc bezpośrednio, przekazując nam swój 1,5% podatku. Każdy gest realnie zmienia życie dzieci.

<https://fundacjadcu.org/>
<https://www.facebook.com/fundacjadcu>
 IG: fundacjadcu



Bądź zmianą, którą chcesz zobaczyć w świecie – te słowa Mahatmy Gandhiego stały się inspiracją dla Aleksandry Friedel, prezeski Unilink, dla zainicjowania akcji „Zacznij od siebie – zaDBAJ o swoje życie i zdrowie”.

Osobista historia – choroba ojca, która zmusiła Aleksandrę do poszukiwań najlepszych rozwiązań, ujawniła smutną prawdę o ubezpieczeniach – mamy świetne produkty na rynku, tylko większość Polaków nigdy o nich nie słyszała.

To doświadczenie było impulsem do działania – nie może być tak, że „szewc bez butów chodzi”, że my – ludzie ubezpieczeń nie mamy odpowiedniej ochrony dla siebie i swoich rodzin. Jak więc mamy skutecznie ubezpieczać Polaków?

Tak narodziła się akcja



ALEKSANDRA FRIEDEL
prezeska Unilink

„Zacznij od siebie”

OD POMYSŁU DO WZORU

W 2024 roku, jak sugeruje nazwa akcji, zaczęliśmy od siebie. Pierwsza faza kampanii objęła pracowników Unilink, zachęcając ich do przyjrzenia się swojemu stylowi życia i codziennym nawykom, skorzystania z webinarów ze specjalistami medycznymi i ekspertami wellbeingu oraz zastanowienia się nad własnym „planem B” – czyli ochroną ubezpieczeniową. Od samego początku było dla nas jasne, że nie możemy mówić tylko o polisach – bo życie i zdrowie to coś dużo więcej. Chcieliśmy także uniknąć zarzutu, że robimy to wyłącznie w celach biznesowych, i dlatego postanowiliśmy spojrzeć na temat szerzej: holistycznie.

Tak zrodził się wzór, który stał się fundamentem całej inicjatywy:

- Plan A – profilaktyka i zdrowy styl życia: to codzienna troska o dietę, ruch, diagnostykę, oddech, sen,
- Plan B – ochrona ubezpieczeniowa: polisa, która działa wtedy, gdy mimo wszystko przychodzi choroba czy wypadek.

Plan A + Plan B = Życie i Zdrowie.

Równanie jest prawdziwe tylko wtedy, kiedy Plan A jest wzmocniony Planem B – sam Plan A nie wystarczy, bo nie daje gwarancji, że nie zachorujemy czy nie ulegniemy wypadkowi.

JAK ZACZĘLIŚMY?

Dzięki współpracy z Sophią Health i Katarzyną Wierzbowską połączyliśmy siły z lekarzami, ekspertami i praktykami zdrowego stylu życia. W 2024 roku zorganizowaliśmy:

- 8 webinarów z wybitnymi specjalistami – m.in. dr. Tadeuszem Oleszcukiem, prof. Markiem Postulą, dr. Moniką Łukasiewicz.
- Dzień Zdrowia – stacjonarne badanie krwi w biurach Unilink, dzięki któremu wielu pracowników zrobiło badania, które odkładali latami.
- Dzień Dbam – dodatkowy dzień wolny w roku dla każdego pracownika, przypadający w dniu jego urodzin, przeznaczony wyłącznie na troskę o siebie. To nasz autorski pomysł, który pracownicy przyjęli z ogromnym entuzjazmem.

SUKCES, KTÓRY CHCIAŁ SIĘ PRZEBIĆ DALEJ

Akcja „Zacznij od siebie” okazała się dużym sukcesem u nas w Unilink – i uznaliśmy, że naszym pomysłem chcemy podzielić się z całą Polską. Bo o ważnych sprawach trzeba mówić głośno.

Dlatego postanowiliśmy, że inicjatywa przerodzi się w Fundację „Zacznij od siebie”. To naturalny krok, który pozwala działać na większą skalę – edukować, budować partnerstwa, występować na konferencjach, włączać w nasze działania lekarzy, sportowców, ekspertów oraz zakłady ubezpieczeń i naszych agentów, jako ambasadorków Planu B.

Na gali 15-lecia Unilink gościła Ewa Chodakowska – kobieta, która zmieniła życie setek tysięcy Polek i Polaków. To pokazuje, że chcemy łączyć branżę ubezpieczeniową z tymi, którzy na co dzień inspirować do dbania o zdrowie i lepsze życie.

DLACZEGO TO WAŻNE?

Dane mówią jasno:

- Wydatki na ubezpieczenia w Polsce to zaledwie 2,2% PKB, przy średniej europejskiej ponad 6%.
- W wielu rodzinach najlepiej ubezpieczonym „członkiem rodziny” jest... samochód, a nie człowiek.
- Polacy wydają ogromne pieniądze na prywatną opiekę zdrowotną, ale zwykle dopiero wtedy, gdy są już chorzy.
- Potwierdza się przysłowie „mądry Polak po szkodzi”. My chcemy, by Polak był mądry przed szkodą.

BRANŻA, KTÓRA CHRONI

Celem Fundacji „Zacznij od siebie” jest zmiana społecznego podejścia do tematu ubezpieczeń. To nie jest sprzedaż. To nie jest reklama. To jest odpowiedzialność. To rozmowa o przyszłości, którą warto podjąć już teraz.

Dlatego też w 2025 roku skupiamy się na budowaniu świadomej społeczności agentów i partnerów – ambasadorków troski i odpowiedzialności. Wierzymy, że wspólnie możemy dotrzeć do każdego Polaka z prostym, ale ważnym przesłaniem: **zacznij od siebie – zaDBAJ o swoje życie i zdrowie i bądź inspiracją dla innych.**

Chcemy, byśmy jako środowisko ubezpieczeniowe – agenci, towarzystwa, partnerzy – wspólnie budowali tę narrację. Bo „Zacznij od siebie” to nie projekt jednej firmy, ale inicjatywa, która służy całej branży – to impaktowa i nowoczesna forma cross sellu.

Naszym marzeniem jest, aby każdy Polak miał swój Plan B, aby Polacy stali się społeczeństwem wyboru, a nie zrzutek.

I wierzymy, że razem możemy to osiągnąć.



ANDRZEJ ŚMIECH

Executive Coach, partner zarządzający
w Śmiech & Partners – Doradztwo Personalne

Jakoś czy Jakoś(ć)?

O znaczeniu doskonałości w kształtowaniu osobistych wzorców poznawczych i emocjonalnych oraz ich wpływie na rezultaty w biznesie ubezpieczeniowym

W dynamicznym świecie ubezpieczeń, gdzie konkurencja jest ostra, a klienci coraz bardziej wymagający, wielu agentów i menedżerów staje przed dylematem: czy wystarczy „jakoś” przetrwać, realizując niezbędne minimum, czy wytrwale dążyć do podnoszenia „jakości” poprzez nieustanne doskonalenie? – ANDRZEJ ŚMIECH

Mając ogromny przywilej pracy od lat z liderami branży ubezpieczeniowej, w tym członkami prestiżowej organizacji Million Dollar Round Table (MDRT), zaobserwowałem, że klucz do sukcesu leży właśnie w dążeniu do doskonałości – nie jako abstrakcyjnym ideale, lecz świadomym kształtowaniu wzorców myślenia, emocji, decyzji i działania. To właśnie doskonałość decyduje o rezultatach biznesowych: od wzrostu sprzedaży po lojalność klientów i długoterminową przewagę konkurencyjną. W tym artykule, opierając się na badaniach naukowych i praktycznych przykładach, przeanalizujemy, jak podejście „jakoś” różni się od „jakości” w dwóch kluczowych obszarach: myślenia i emocji oraz jak te różnice wpływają na wyniki w biznesie ubezpieczeniowym.

Pracując z członkami MDRT, organizacją zrzeszającą ok. 3% najlepiej zarabiających agentów ubezpieczeniowych na świecie, zauważyłem wspólną cechę ich procesów sprzedaży – niezwykle elastyczność zarówno w dopasowywaniu się do wymogów rynku i klienta, jak i w nieustannej zmianie osobistych schematów funkcjonowania w biznesie. Fundamentem doskonałości jest ich mapa poznawcza (*mindset*) – sposób myślenia, który wpływa na codzienne decyzje i interakcje z klientami. Carol Dweck, psycholożka z Uniwersytetu Stanforda, w swojej przełomowej pracy *Mindset: The New Psychology of Success* (2006) wyróżnia dwa typy map poznawczych: **stały** (*fixed mindset*), gdzie umiejętności postrzegane są jako

niezmienne, oraz **rozwojowy** (*growth mindset*), zakładający, że zdolności można rozwijać poprzez wysiłek i uczenie się. Badania Dweck, opublikowane m.in. w *Journal of Personality and Social Psychology* (2008), pokazują, że osoby z *mindsetem* rozwojowym osiągają o 20–30% lepsze wyniki w zadaniach wymagających adaptacji, co w ubezpieczeniach przekłada się na umiejętność choćby radzenia sobie z trudnymi profilami zakupowymi, jak te opisane w modelu kodów sprzedaży: konfrontacyjnym, produktowym czy doradczym. Agent z *mindsetem* „jakoś” zadowala się rutynowym podejściem, podczas gdy „jakość” oznacza analizę każdego spotkania, by poprawić skuteczność – co, jak zauważyłem w pracy z MDRT, może zwiększyć konwersję sprzedaży o nawet 40%.

JAKOŚĆ W MYŚLENIU

Jakość w myśleniu to fundament doskonałości w biznesie ubezpieczeniowym. Obejmuje świadome kształtowanie wzorców poznawczych, które umożliwiają adaptację do zmieniającego się rynku i potrzeb klientów. W przeciwieństwie do podejścia „jakoś”, które opiera się na rutynie i unikaniu wyzwań, jakość w myśleniu wymaga otwartości na naukę, kwestionowanie założeń i ciągłe doskonalenie. **Kluczowe jest przejście od sztywnego, statycznego podejścia do dynamicznego, elastycznego *mindsetu*, który pozwala agentom i menedżerom nie tylko reagować na zmiany, ale także je wyprzedzać i kształtować.** Jak zatem wpływać na zmianę wzorców myślowych, by osiągać takie rezultaty?

► WPŁYW NA ZMIANĘ WZORCÓW MYŚLOWYCH

Zmiana wzorców myślowych wymaga świadomego podejścia, które łączy samoświadomość, praktykę i feedback. Carol Dweck w swoich badaniach podkreśla, że zmiana z *fixed mindset* na *growth mindset* jest możliwa poprzez celowe działania i refleksję. W kontekście ubezpieczeń, gdzie sukces zależy od umiejętności adaptacji do różnych typów klientów i złożonych sytuacji sprzedażowych, proces ten można podzielić na kilka kluczowych kroków.

UŚWIADOMIENIE SOBIE OBECNYCH WZORCÓW MYŚLOWYCH

Pierwszym krokiem jest rozpoznanie, jakie przekonania kierują działaniami agenta. Agent z podejściem „jakoś” może myśleć: „Nie jestem dobry w sprzedaży do trudnych klientów, więc nie warto próbować”. Taki *mindset* ogranicza rozwój. Aby to zmienić, warto prowadzić dziennik refleksji, w którym agent zapisuje myśli pojawiające się przed i po spotkaniach z klientami, które następnie poddaje refleksji i analizie. Jest w ten sposób w stanie zaobserwować powtarzające się schematy.

→ Wyznaczanie celów rozwojowych

Zamiast skupiać się tylko na celach sprzedażowych, warto wyznaczyć sobie cele związane z rozwojem konkretnych umiejętności. Na przykład, zamiast myśleć kategoriami aktywności: „Zrealizuję 15 spotkań”, czy rezultatu: „Sprzedam 10 polis w tym miesiącu”, cel rozwojowy brzmi: „Na każdym spotkaniu, przetestuję nowy sposób zamykania sprzedaży”, notując oczywiście własne refleksje po spotkaniu. Takie podejście, dzięki temu, że pozwala na precyzyjny wgląd w obszary do zmiany, przyspiesza rozwój konkretnych kompetencji.

→ Podejmowanie wyzwań i eksperymentowanie

Jakość w myśleniu wymaga odwagi do testowania nowych podejść, nawet kosztem krótkoterminowych niepowodzeń. Agent z *mindsetem* „jakoś”, nierzadko obawiając się odrzucenia, zbyt szybko poddaje się w rozmowie z klientami o profilu konfrontacyjnym. Natomiast agent z *mindsetem* „jakość” postrzega takie sytuacje jako okazję do nauki. Korzystając z analizy dotychczasowych spotkań, które zakończyły się porażką (nie bójmy się tego słowa) wyciąga wnioski, modyfikuje podejście i eksperymentuje ponownie.

→ Uczenie się od innych

Obserwacja i nauka od bardziej doświadczonych kolegów to skuteczny sposób na zmianę wzorców myślowych. W programach MDRT agenci regularnie uczestniczą w sesjach mentoringowych, gdzie analizują studia przypadków „*top performerów*”. Różnica, którą obserwują polega na tym, że szkolenie dla nich nie kończy się o godz. 17:00, gdy wracają do domu, tylko w momencie, gdy nowe metody i sposoby, które poznali na warsztatach zostają wprowadzone w ich praktykę zawodową i przynoszą wymierne korzyści finansowe.

→ Refleksja i adaptacja

Regularna analiza własnych działań jest kluczowa dla zmiany *mindsetu*. Agent z podejściem „jakoś” zamyka spotkanie i przechodzi do następnego, nie wyciągając wniosków. Agent z podejściem „jakość” poddaje spotkania retrospekcji, zadając sobie m.in. pytania: „Co poszło dobrze i dlaczego? Z jakich elementów mojej interakcji z klientem jestem zadowolony, a co wymaga dalszej pracy? Jak inaczej zrobię to następnym razem?”.

→ Wykorzystanie technologii i danych

Nowoczesne narzędzia, takie jak AI, wspierają jakość myślenia, dostarczając danych pomocnych w kształceniu kompetencji analitycznych. Agent z *mindsetem* „jakoś” traktuje raporty analityczne w dość powierzchowny sposób, podczas gdy agent „jakość” używa ich do ciągłego pogłębiania wiedzy na temat jakości swojej pracy. Ambiwalencja wyniku w sprzedaży polega na tym, że wynik nie ma i ma znaczenie. Nie ma, ponieważ pokazuje dane historyczne, na które już nie mamy wpływu. Ma, ponieważ na ich bazie możemy wyciągać wnioski na temat konsekwencji naszych decyzji i działań w praktyce oraz ich wpływie na osiągnięte rezultaty cząstkowe naszej pracy.

JAKOŚĆ W EMOCJACH

Jakość w emocjach, czyli wysoka inteligencja emocjonalna (EI), jest kluczowa w budowaniu jakościowych relacji z klientami. EI pozwala zarządzać własnymi emocjami i reagować na emocje klientów, co w ubezpieczeniach, gdzie decyzje są uzasadnione racjonalnie i podejmowane emocjonalnie, przekłada się na zaufanie i lojalność wobec agenta. Podejście „jakoś” ogranicza się do powierzchownego kontaktu, podczas gdy „jakość” buduje głębokie, długoterminowe relacje, których fundamentem jest troska o wypłatę ewentualnego świadczenia, a nie sprzedaż polisy. Jak zatem wpływać na zmianę wzorców emocjonalnych, by osiągać lepsze rezultaty?

WPŁYW NA ZMIANĘ WZORCÓW EMOCJONALNYCH

Zmiana wzorców emocjonalnych wymaga świadomej pracy nad inteligencją emocjonalną, która obejmuje samoświadomość, empatię, regulację emocji oraz umiejętności społeczne. Badania, takie jak te przeprowadzone przez Daniela Golemana (*Emotional Intelligence*, 1995), wskazują, że EI można rozwijać poprzez praktykę, co prowadzi do wzrostu sprzedaży i satysfakcji klientów. W kontekście ubezpieczeń, gdzie emocje klientów, takie jak strach przed stratą finansową czy niepewność, odgrywają kluczową rolę, proces zmiany wzorców emocjonalnych można podzielić na następujące kroki:

→ Rozpoznanie i nazwanie własnych emocji

Samoświadomość emocjonalna to fundament EI. Agent z podejściem „jakoś”, odczuwając frustrację po nieudanym spotkaniu, odrzuceniu oferty czy odmowie klienta sięga po proste mechanizmy obronne w stylu „bo to zła kobieta była”, które z jednej strony pozwalają szybko poradzić sobie z porażką, z drugiej zaś niestety nie dają wglądu w potencjalne obszary do zmiany. Agent z podejściem „jakościowym” poddaje analizie oś: przyczyna – skutek w obszarze emocjonalnym i refleksjuje, jakie bodźce (słowa, zachowania) wywołują na spotkaniu konkretne emocje zarówno u klienta, jak i u niego samego. Taka wiedza stanowi znakomitą bazę do dalszej pracy.

→ Praktyka empatii w interakcjach z klientami

Empatia, czyli zdolność do rozumienia i współodczuwania emocji klienta, jest kluczowa w budowaniu zaufania. Agent z podejściem „jakoś” skupia się na szybkim przedstawieniu oferty, nierzadko ignorując emocjonalne potrzeby klienta w trakcie spotkania. Agent „jakościowy” nie tylko bierze pod uwagę obecną sytuację, w jakiej znajduje się klient, lecz także dysponuje językiem komunikacji wzmacniającym poczucie zrozumienia i wychodzenia naprzeciw niewypowiedzianym obawom i emocjom, prezentowanym przez klienta.

→ Regulacja emocji w stresujących sytuacjach

W ubezpieczeniach stresujące sytuacje, takie jak trudne negocjacje czy odrzucenie oferty, są codziennością. Agent z podejściem „jakoś” może reagować impulsywnie, np. nadmiernie się stresując, zbyt szybko rezygnując ze spotkania czy aktywności. Agent „jakościowy” nie tylko zna, lecz także stosuje techniki regulacji swoich stanów od prewencji i stabilizacji emocjonalnej po szybkie opanowanie siebie w kryzysowych sytuacjach.

→ Budowanie relacji poprzez komunikację emocjonalną

Skuteczna komunikacja emocjonalna, oparta na szczerości i autentyczności, wzmacnia więzi z klientami. Agenci, z którymi pracuję w znakomity sposób korzystają z osobistych doświadczeń, dzieląc się z klientami historiami, które budują zaufanie. Agent z podejściem „jakoś” unika osobistych odniesień, co czyni rozmowę mechaniczną.

→ Otrzymywanie i wykorzystywanie feedbacku emocjonalnego

Feedback od klientów i kolegów na temat interakcji emocjonalnych pozwala agentowi lepiej zrozumieć swoje mocne i słabe strony. Po spotkaniu agent może zapytać: „Jak odebrali Państwo naszą rozmowę? Z jaką refleksją kończą Państwo to spotkanie? Czy czuliście się wysłuchani?”. Agent z podejściem „jakoś” unika takich pytań, ponieważ odpowiedzi na nie mogą być dlań niewygodne do przyjęcia.

→ Systematyczne szkolenia z inteligencji emocjonalnej

Uczestnictwo w warsztatach opartych na modelu Golemana (samoświadomość, samoregulacja, motywacja, empatia, umiejętności społeczne) pozwala rozwijać EI w sposób zorganizowany. W firmie ubezpieczeniowej, z którą współpracowałem, agenci po sześciomiesięcznym programie szkoleniowym z EI zwiększyli średnio sprzedaż o 27%, dzięki lepszemu dopasowaniu kodów sprzedaży do emocji klientów.

→ Integracja EI z kulturą organizacyjną

Budowanie kultury organizacyjnej wspierającej EI, np. poprzez programy mentoringowe, zachęca agentów do rozwijania emocjonalnych kompetencji. W jednej z firm wprowadzono „Emotional Check-ins” – cotygodniowe spotkania, na których agenci dzielili się doświadczeniami emocjonalnymi z klientami. Pozwoliło

to w regulowanym środowisku na kalibrację sposobów radzenia sobie z wymagającymi sytuacjami oraz na dało narzędzia do dalszej pracy osobistej każdego agenta.

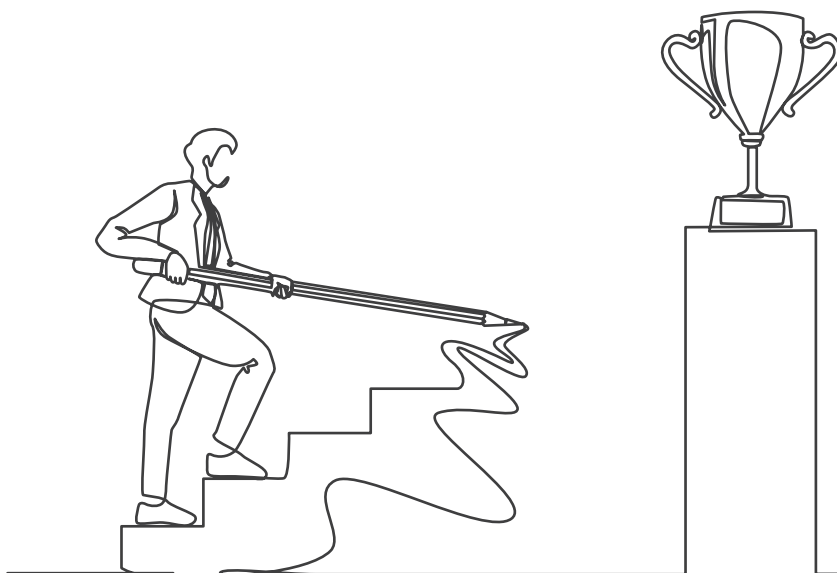
→ Rozwijanie odporności emocjonalnej

Odporność emocjonalna (*resilience*) pozwala agentom radzić sobie z odrzuceniem i presją. Agent z podejściem „jakoś” traktuje odrzucenie oferty jako porażkę osobistą, co obniża morale i motywację do działania. Agent „jakościowy” nie tylko wie, ale czuje, że klient nie odrzuca jego, tylko ofertę. Dzięki temu nie traktuje porażki personalnie. Mówimy tu o przerażeniu emocjonalnym doświadczeń zawodowych, a takie można uzyskać tylko dzięki codziennej praktyce ćwiczeń z obszaru mindfulness wzmacniających odporność emocjonalną

PODSUMOWANIE

W biznesie ubezpieczeniowym wybór między „jakoś” a „jakością” to nie tylko kwestia podejścia, lecz strategiczna decyzja, która definiuje sukces organizacji. Doskonałość w myśleniu, emocjach, co przekłada się na mądrzejsze decyzje i skuteczne działanie nie jest dzisiaj luksusem, lecz staje się koniecznością w świecie, gdzie klienci oczekują spersonalizowanych, empatycznych i precyzyjnych rozwiązań. Jak pokazują badania, takie jak *Mindset: The New Psychology of Success* Carol Dweck, mindset rozwojowy zwiększa adaptacyjność agentów o 20–30%, umożliwiając lepsze dopasowanie do różnorodnych profili zakupowych klientów. Inteligencja emocjonalna, zgodnie z badaniami Golemana i *How Emotional Intelligence Boosts Sales* (TalentSmartEQ, 2023), buduje zaufanie, zwiększając lojalność klientów o 15–25%.

Praktyczne przykłady z mojej pracy z agentami MDRT pokazują, że przejście od „jakoś” do „jakości” wymaga systematycznej pracy nad sobą. Agenci, którzy prowadzą dzienniki refleksji, uczestniczą w szkoleniach EI, korzystają z danych i angażują się w kulturę ciągłego doskonalenia, osiągają nie tylko wyższe wyniki sprzedaży, ale także budują trwałe relacje z klientami i zespołem. Inwestycja w jakość to inwestycja w przyszłość branży ubezpieczeniowej. W świecie, gdzie technologia, taka jak AI, zmienia dynamikę sprzedaży (*Insurance 2030*, McKinsey, 2021), a klienci stają się coraz bardziej świadomi (*Understanding Insurance Decisions*, NAIC, 2024), tylko ci, którzy postawią na doskonałość, będą liderami rynku. □





TOMASZ JANAS
Advisory Managing Director PKF Polska

Jakość pod presją algorytmu.

Jak AI, DORA i cyberzagrożenia zmieniają definicję jakości w ubezpieczeniach?

Jeszcze kilka sezonów temu reklamowe slogany branży ubezpieczeniowej brzmiały znajomo: „decyzja w 15 minut”, „wypłata w 48 godzin”, „infolinia 24/7”. Dziś, w świecie generatywnej sztucznej inteligencji, unijnego pakietu regulacyjnego oraz eksplozji cyberzagrożeń, te obietnice stanowią zaledwie punkt wyjścia. – **TOMASZ JANAS**

Zmieniły się pytania, które zadają klienci, regulator i inwestorzy. Klienci pytają dziś, czy algorytm wyceny jest wolny od uprzedzeń, Komisja Nadzoru Finansowego – czy system sprzedaży przetrwa atak szyfrującego złośliwego oprogramowania i czy dane osobowe nie posłużą do stworzenia fałszywego nagrania wideo wyludniającego odszkodowanie. Takie wątpliwości przesuwają dyskusję o jakości z poziomu „doświadczeń klienta” na grunt „ładu i odporności organizacyjnej”.

W tym artykule przyglądam się trzem trendom, AI Act, DORA i rosnącej fali cyberzagrożeń, oraz temu, jak redefiniują one pojęcie jakości w ubezpieczeniach. Analizuję, jakie konsekwencje oznaczają dla zakładów ubezpieczeń, multiagencji i brokerów, a także gdzie w tej nowej układance pozostaje miejsce dla człowieka.

AI ACT: JAKOŚĆ MUSI BYĆ WYJAŚNIALNA

Unijne rozporządzenie AI Act, uchwalone w kwietniu 2025 r., klasyfikuje większość systemów sztucznej inteligencji wykorzystywanych w finansach jako „wysokiego ryzyka”. Oznacza to obowiązek pełnej przejrzystości – zarówno wobec nadzoru, jak i klientów. Jeżeli algorytm proponuje składkę OC w wysokości 1123 zł, klient ma prawo dowiedzieć się, dlaczego nie 845 zł ani 1290 zł. W praktyce firmy będą musiały prowadzić rejestr wszystkich modeli, dokumentować dane treningowe i regularnie poddawać systemy niezależnym audytom. Nowym złotym standardem staje się Transparent Quote Ratio – odsetek ofert, których genezę doradca potrafi wytłumaczyć w mniej niż dwie minuty.

Konsekwencje? Algorytm nie może już być czarną skrzynką. Gdy w Wielkiej Brytanii jeden z insurtechów zaoferował kobietom

niższe składki za jazdę w godzinach „szkolnych”, okazało się, że model nieświadomie promuje osoby pracujące na część etatu. W Polsce taki taryfikator potencjalnie naruszałby zasadę równego traktowania. Agent, który rekomenduje polisę generowaną przez AI, musi zatem rozumieć logikę modelu – inaczej może ponosić współodpowiedzialność cywilną wraz z ubezpieczycielem.

DORA: OD SZYBKOŚCI DO ODPORNOŚCI

Drugi filar zmian to Digital Operational Resilience Act. DORA każe myśleć o jakości nie w kategoriach reakcyjnych – „jak szybko podnieść system po awarii” – lecz proaktywnych: „czy potrafimy utrzymać ciągłość usług, gdy wszystko się wali”. Ustawa wprowadza cztery obowiązki szczególnie bolesne dla pośredników:

- po pierwsze, kompleksowe zarządzanie ryzykiem ICT obejmujące także prywatne laptopy pracowników w trybie home office;
- po drugie, zgłaszanie poważnych incydentów w ciągu czterech godzin do KNF i CSIRT FIN;
- po trzecie, regularne testy odporności – od szybkich skanów podatności po symulowane ataki w modelu TLPT;
- po czwarte, znacznie ostrzejszy nadzór nad zewnętrznymi dostawcami chmurowymi czy porównywarek polis.

Historia z listopada 2024 r. pokazuje, jak kosztowny bywa brak przygotowania. W trakcie *Black Insurance Friday* trzygodzinna

awaria popularnej porównywarki SaaS zatrzymała blisko trzydzieści tysięcy transakcji. Ubezpieczyciele, którzy zdążyli wdrożyć plany awaryjne zgodne z DORA, w kilka minut przekierowali ruch na zapasowe API. Ci, którzy nie mieli procedur, liczyli straty i tłumaczyli się klientom.

NOWE SPEKTRUM RYZYKA

Rozporządzenia to jedno, ale rynek kształtuje także realna kreatywność przestępców. Deepfake, syntetyczna tożsamość czy ransomware as a service (RaaS 3.0) wywołują skutki odczuwalne wprost na wskaźnikach jakości. Gdy AI generuje perfekcyjne zdjęcie „załanej piwnicy”, rosną koszty likwidacji. Gdy ransomware szyfruje bazę brokerów, reputacja i zaufanie klientów pękają jak bańka mydlana. Właśnie dlatego ocena jakości usług obejmuje dziś pytanie: czy zespół sprzedaży potrafi wykryć fałszywe zdjęcie szkody? Czy centrum obsługi klienta rozpozna wygenerowany przez AI głos?

PIĘĆ FILARÓW JAKOŚCI NA LATA 2025–2030

Jak więc wygląda standard jakości jutra?

- po pierwsze, **przejrzystość**, klient musi wiedzieć, skąd wzięła się cena polisy.
- po drugie, **odporność cyfrowa**, czyli dostępność systemów na poziomie „pięciu dziesiątek” (99,999%).
- trzecim filarem jest **uczciwość algorytmów**, czyli brak dyskryminacji przy ocenie ryzyka.
- czwarty to **integralność i poufność danych** – zero wycieków i koniec z podstępными okienkami zgody.
- wreszcie piąty filar: **ludzka empatia**. Technologia może usprawniać procesy, ale w chwili stresu klient wciąż potrzebuje rozmowy z człowiekiem.

CZY ZATEM JAKOŚĆ DA SIĘ W PEŁNI ZAUTOMATYZOWAĆ?

Automatyzacja sprawdza się w zadaniach transakcyjnych – kalkulacji składki czy wysyłce polisy. W momencie utraty zdrowia, śmierci bliskiej osoby czy sporu o roszczenie klient chce porozmawiać z realnym doradcą. Z tego powodu za granicą pojawia się nowy miernik – Human Touch Point Index. Bada, ile razy klient świadomie wybiera kontakt z człowiekiem, mimo dostępnego chatbota. Wyniki są pouczające: w sprawach prostych bot wystarcza, lecz w sytuacjach bardziej wymagających – 9 na 10 osób żąda interwencji konsultanta.

JAKICH KOMPETENCJI POTRZEBUJE AGENT 2.0?

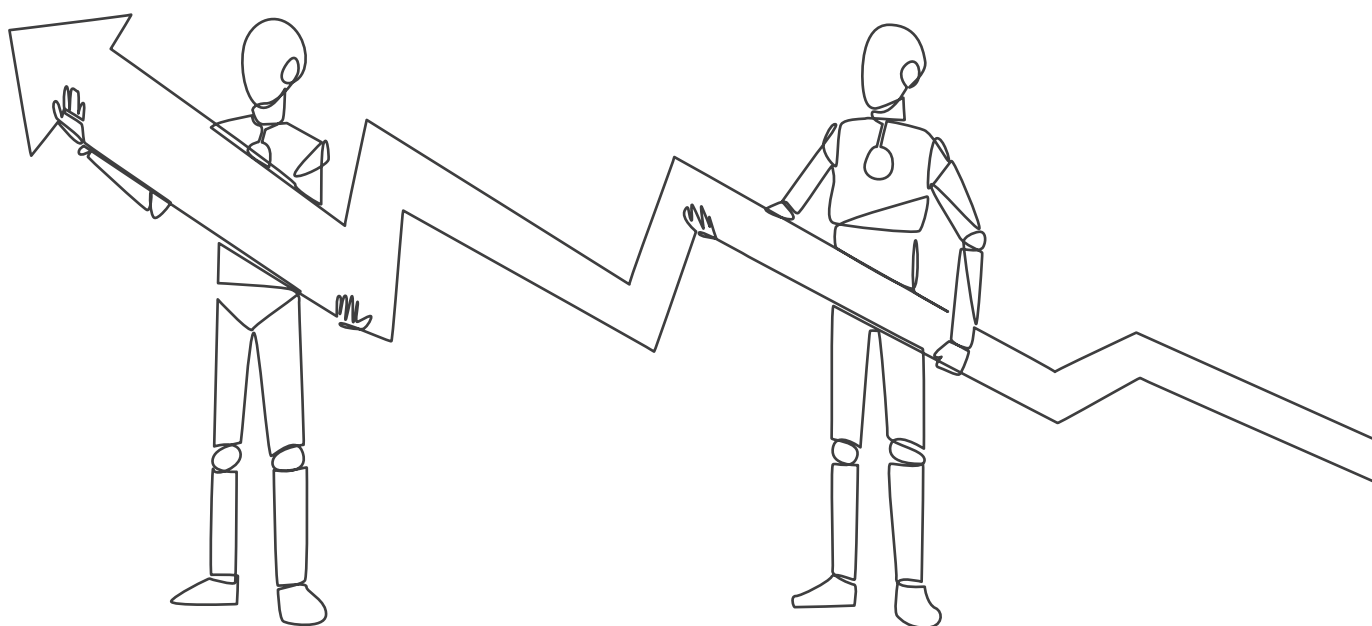
Pośrednik przyszłości to nie tylko sprzedawca polisy. To tłumacz ryzyka AI na język korzyści biznesowych, „rzecznik etyki algorytmów” i „trener higieny cybernetycznej”. Musi umieć ocenić umowę SLA z dostawcą chmurowym, wyjaśnić klientowi raport z audytu modelu oraz poprowadzić wideorozmowę, w której zweryfikuje, czy po drugiej stronie nie siedzi deepfake.

CO TRZEBA ZROBIĆ DO KOŃCA 2025 ROKU?

Pierwszy krok to inwentaryzacja wszystkich systemów AI i ocena ich ryzyka. Następnie wyznaczenie AI Compliance Officera, który zaktualizuje politykę jakości o wymóg tłumaczenia działania algorytmów. Równolegle warto przygotować plan reagowania na incydenty zgodny z DORA, podpisać aneksy „AI Rider” z insurtechami i przeprowadzić ćwiczenie phishing/deepfake wśród pracowników. Niby lista zadań wygląda jak kolejny koszt, ale finalnie działa jak polisa na reputację – a ta staje się najcenniejszym aktywem firmy.

ZAKOŃCZENIE

Jakość pod presją algorytmu nie polega już na czasie obsługi czy uśmiechu konsultanta. Dziś oznacza przejrzyste modele AI, odporną infrastrukturę, zero wycieków i realne współczucie w trudnym momencie klienta. To ambitne wymagania, ale kryją w sobie nagrodę: mniej sporów, większe zaufanie i stabilniejszy portfel. Firmy, które już dziś połączą technologię z ludzką wrażliwością, zyskają znaczącą przewagę. ▣





MAGDALENA BYLINOWICZ
partnerka w firmie doradztwa personalnego HRK

Ubezpieczenia: szkoła uniwersalnych kompetencji

Branża ubezpieczeniowa postrzegana jest jako ta, która kształtuje wyjątkowy zestaw umiejętności – od sprzedażowych, komunikacyjnych i relacyjnych, przez legislacyjne i compliance, po techniczne i technologiczne. – **MAGDALENA BYLINOWICZ**

Jeśli ktoś potrafi sprzedać tak wirtualny produkt jak poczucie bezpieczeństwa, gwarantowane jedynie dokumentem, to znaczy, że jest w stanie sprzedać niemal wszystko. Jeśli pomoc – materialna lub finansowa – trafia do klienta w najtrudniejszych momentach życia, to właśnie wtedy weryfikowane są wszystkie procedury, procesy i jakość obsługi. Osoba, która odnosi sukces w tak konkurencyjnej branży, zarządza zespołem bez klasycznych narzędzi poza prowizją, potrafi budować relacje i angażować ludzi – z pewnością poradzi sobie także w każdej innej korporacji.

SZEROKIE KOMPETENCJE

Praca z klientem, którego zachowania zakupowe zmieniają się bardzo dynamicznie, wymaga ciągłego doskonalenia narzędzi komunikacji. Przezroczystość, intuicyjność i dostępność aplikacji oraz platform obsługowych mogą dziś przesądzać o przewadze konkurencyjnej. Z kolei funkcjonowanie w środowisku, które przetwarza dane wrażliwe i wpływa na decyzje inwestycyjne lub kredytowe, wymaga zachowania najwyższych standardów zgodności z prawem i rekomendacjami. **Ubezpieczenia – a szerzej finanse – są postrzegane jako sektor, który najwięcej inwestuje w szkolenia i rozwój kompetencji.** Trudno się temu dziwić – sprzedaż dotyczy przecież najbardziej wrażliwych obszarów życia klienta: zdrowia, finansów i szeroko rozumianego bezpieczeństwa. Aby zaoferować produkt dopasowany do sytuacji konkretnej osoby, trzeba pozyskać informacje o jej stanie zdrowia, dochodach, zobowiązaniach i majątku. To możliwe tylko przy połączeniu odpowiednich narzędzi z wiedzą i doświadczeniem doradcy.

Branża finansowa w Polsce od lat wyprzedza wiele innych sektorów – także w krajach Europy Zachodniej – pod względem wdrażania nowoczesnych technologii. Wynika to m.in. z faktu, że rynek finansowy zaczął budować się od podstaw dopiero w latach 90., co pozwoliło mu sięgnąć od razu po najnowsze dostępne rozwiązania, które są stale udoskonalane. Inwestycje w innowacje nie ustają, ponieważ dziś to właśnie technologia bardzo często decyduje o sukcesie

sprzedażowym i lojalności klienta. Wysoka konkurencyjność rynku wymusza nieustanny rozwój i dopasowywanie się do oczekiwań odbiorców.

Branża finansowa, mając codzienny kontakt z całym ekosystemem gospodarczym, ma także możliwość wdrażania dobrych praktyk i standardów, które oddziałują na cały rynek. Nie bez powodu to właśnie na instytucje finansowe nakłada się odpowiedzialność za realizację kluczowych zadań związanych z transformacją gospodarki. **Finanse i ubezpieczenia to dziś nie tylko instytucje zaufania publicznego, ale także przestrzenie, które wyznaczają normy etyczne, regulacyjne i operacyjne dla innych sektorów.** Tak szeroki i zaawansowany zestaw kompetencji sprawia, że osoby z doświadczeniem w branży ubezpieczeniowej i finansowej są bardzo atrakcyjne dla innych branż. Transfery do sektorów pokrewnych – szczególnie tych regulowanych, jak telekomunikacja, energetyka czy nowe technologie – pokazują, że finanse kształcą kompetencje uniwersalne, które świetnie sprawdzają się także w innych kontekstach biznesowych.

EDUKACJA

W branży finansowej nowe technologie zmieniają rzeczywistość – automatyzują czynności powtarzalne, upraszczają procesy, zwiększają efektywność operacyjną. Jednak ze względu na wrażliwość przetwarzanych danych oraz istotę obsługiwanych obszarów (życie, zdrowie, majątek), rozwój ten odbywa się równolegle z najwyższą dbałością o bezpieczeństwo, zgodność z prawem i etykę. Równocześnie niezmiennie rozwijane są kompetencje pracowników – to nadal oni budują zaufanie do instytucji finansowych. **Człowiek pozostaje kluczowy w relacji z klientem.** Dlatego tak dużą wagę przykładają się do edukacji w zakresie compliance, prawa, dobrych praktyk, kodeksów etycznych oraz jakości obsługi. Połączenie kompetencji technologicznych z humanistycznym podejściem do klienta i świadomością etyczną sprawia, że osoby z branży finansowej są wysoko cenione na rynku pracy – zarówno w obrębie sektora, jak i poza nim. ▢



RADOSŁAW PAWELEC
profesor Wydziału Dziennikarstwa,
Informacji i Bibliologii na Uniwersytecie Warszawskim

Najlepsze w komunikacji ubezpieczeniowej

Jakie praktyki w komunikacji ubezpieczeniowej można uznać za najlepsze? Lub inaczej: co należy brać pod uwagę, by nasza komunikacja była najlepsza pod względem elegancji i skuteczności przekazu? – **RADOSŁAW PAWELEC**

Powiemy o trzech czynnikach, nazywając je naszymi rodzimymi wyrazami, co może brzmieć nieco staromodnie, ale użycie np. angielskich odpowiedników bardzo skomplikowałoby sprawę. Już w pierwszej kategorii byłoby ich wiele (*politeness, courtesies, respectful tone, considerate language* itd.), z pozostałymi sprawa komplikuje się jeszcze bardziej. Przystępujemy więc do rzeczy po polsku.

GRZECZNOŚĆ I ODPOWIEDNIOŚĆ

Mickiewicz pisał w *Panu Tadeuszu*: „grzeczność wszystkim należy, lecz każdemu inna”. Zupełnie słusznie, w każdej bowiem relacji grzeczność przejawia się nieco inaczej. W ofertach ubezpieczeń trzeba szczególnie zwrócić uwagę na zróżnicowanie dwóch form: PAN/PANI/PANSTWO – w ofertach kierowanych do osób starszych, TY – do osób młodszych. Np.:

1. nowa, bardzo atrakcyjna forma kompleksowego zabezpieczenia wielu obszarów Państwa życia osobistego – domu, przedmiotów mienia ruchomego, pomocy prawnej [...]
2. Wybierz wariant z odpowiednią sumą ubezpieczenia dot. kosztów leczenia za granicą, dostosowaną do celu Twojej podróży.

Pierwsza oferta dotyczy głównie ubezpieczeń majątkowych, druga to oferta turystyczna. Można zakładać, że target (i podejście do tematu) jest w jednym i drugim przypadku inne, stąd poprawne zróżnicowanie form zwracania się. Błędem byłoby zwłaszcza napisanie w pierwszym przypadku „Wypełnij formularz aby otrzymać ofertę”, ponieważ w grzeczności obowiązuje specyficzna reguła: można posłużyć się formą wyższą (choć bywa to nietypowe), nie można zaś niższą. To dlatego do zastępcy dyrektora zwracamy się: panie dyrektorze / pani dyrektor, a np. do podporucznika: panie poruczniku (jeżeli jest to na piśmie, oba wyrazy powinny być zapisane wielką literą).

STARANNOŚĆ I SPÓJNOŚĆ

W przykładzie: „Wypełnij formularz...” brakuje przecinka. Czy jest on istotny? Z pewnego punktu widzenia – tak. Niedbałość i niestaranność mogły być zaletą w komunach hippisowskich, w relacjach zawodowych nie były i nie są. Bardzo często jest tak, że swój obraz firmy lub osoby w pierwszych relacjach budujemy nie tylko na

podstawie tego, co pisze, ale i jak pisze. Jeśli nie zna interpunkcji, ortografii – jest to obraz niekorzystny. Starsze osoby mogą ponadto kierowane do nich pisma z błędami odbierać jako brak szacunku. Zupełnie tak samo, jakby ktoś przyszedł na uroczyste przyjęcie w starym swetrze, a do tego zachowywał się nonszalancko.

Ze starannością tekstu ściśle powiązana jest jego spójność. Pod względem treści polega na tym, że poszczególne zdania i fragmenty są o sobie „pozaczepiane”, nie ma przerw logicznych, w których odbiorca traci orientację, o co chodzi. Pod względem formy spójność polega na konsekwencji stylistycznej i konstrukcyjnej zdań. Przykład z ostatniego numeru „Miesięcznika Ubezpieczeniowego”:

3. Ludzie często nie potrafią poprawnie interpretować prawdopodobieństwa, zwłaszcza tego o niskich wartościach (np. 0,01%). Co do zasady lepiej reagujemy na graficzne i sekwencyjne przedstawienie ryzyka (np. animacje pokazujące 1 powódź na 50 lat) niż na „suche” liczby.

Autorka umiejętnie (i nieprzesadnie) posługuje się terminologią, oba zdania są przy tym zbudowane w paralelny sposób: w każdym podany jest przykład ułatwiający zrozumienie, a zarazem dokumentujący słuszność formułowanych sądów. Z przykładem tym wiąże się jeszcze jedna ważna kwestia.

INNOWACYJNOŚĆ I TRADYCJA

Chodzi mianowicie o użycie w nawiasie słowa „suche”. Zjawisko przenoszenia wrażeń z jednej sfery zmysłowej na drugą, nosi nazwę synestezji. W zwykłym rozumieniu kolory nie mogą być ciepłe, dźwięki ostre, a informacje... suche. Wszakże z punktu widzenia neurologii i lingwistyki mogą, co więcej, takie połączenie uważa się za skuteczny sposób perswazji.

O pokrewieństwie zjawisk, np. muzyce wszechświata w kosmicznej harmonii, pisali starożytni filozofowie. Średniowieczni święci doświadczali słyszenia światła, a Isaak Newton dopasowywał kolory do nut. Jest to zatem wyraz związku z tradycją, tak jak zastosowanie nowoczesnej terminologii jest wyrazem innowacyjności. Umiejętne połączenie jednego i drugiego buduje porozumienie między ludźmi i stronami w relacjach biznesowych, jest tym, co w komunikacji ubezpieczeniowej może być najlepszym. □



MICHAŁ MALCZYŃSKI
prezes Fabryki Ubezpieczeń

Drobiazg

Zwykle urlop planowałem na drugą połowę sierpnia i wynikało to głównie ze względów zawodowych. Tak się złożyło, że akurat w tym okresie przypis spadał jak indeksy giełdowe po bankructwie Lehman Brothers. Od Święta Wojska Polskiego co roku nuciłem sobie Turnaua jako hymn sierpnia: *lecz pamiętaj, naprawdę nie dzieje się nic i nie stanie się nic aż do końca*. – MICHAŁ MALCZYŃSKI

Zamówiłem kiedyś jakieś „przydasie” z Ikei. Przyszły w wielkim kartonie z napisem: „Niby drobiazg, a tyle zmienia”. Karton ten, z tym właśnie napisem, upodobała sobie moja dwuletnia wówczas córka tak mocno, że nawet koty nie miały do niego dostępu. Nie ma przypadków. Są tylko znaki.

Planowanie urlopu w tym roku rozpoczęliśmy od weryfikacji, kiedy zamykają przedszkole. Zmobilizował nas do tego niosący się po naszym osiedlu szloch sąsiadki, matki trojaczków, po tym gdy dowiedziała się, że im przedszkole zamykają na pięć tygodni. Znowu okazało się, że mam więcej szczęścia niż rozumu. Nie muszę brać trzech urlopów: na czas zamknięcia przedszkola, na czas wyjazdu z rodziną i na czas odpoczynku po urlopie z rodziną. Wystarczą te dwa ostatnie.

Wybór padł na Sycylię, a tam chłodno o tej porze roku nie jest, więc zaczęliśmy się zastanawiać – czy ma sens pchanie się tam w sierpniu, skoro „Drobiazg” nie uczęszcza do szkoły, więc lecieć możemy we wrześniu. Nie dość, że pogoda łaskawsza, to na dodatek – tu moje krakoskie serduszko zabiło nieco szybciej – taniej.

– No zazdro, stary – mówi mi przyjaciel. – *Nasza już do szkoły, to pojedaliśmy w lipcu. Na południe. Już sobie tego nigdy nie zrobię. Co to ma być za urlop, jak skupiasz się tylko na tym, żeby przeżyć w tym upale?*

NOWE TRENDY

Zmieniają się trendy. W prasie czytam o „czeskiej inwazji”, a konkretnie o tym, że nasi południowi sąsiedzi okryli i pokochali Bałtyk. OK, z Pragi niemieckimi autostradami jedziesz do Kołobrzegu niemal trzy godziny krócej niż do Rovinji, ale... Fizyk by zażartował, że kierunek ten sam, tylko zwrot inny. Powodów jest multum. Pożary w Grecji, susza w Andaluzji, euro w Chorwacji. Zmieniły się też trendy wśród naszych klientów. Wyjazdy są krótsze niż w poprzednich latach i często odbywają się poza sezonem (maj i wrzesień). Mniej wyjazdów zagranicznych, a jeśli już, to rzadziej wybieramy topowe dotychczas destynacje: Hiszpania, Włochy, Grecja, Chorwacja. Co ciekawe, zakup travelki stał się kwestią. Oczywiście – w zależności od klienta w grę wchodziły różne modyfikacje pt.: „a to może ten tańszy wariant weźmiemy”

albo „zrobimy osobną polisę ze sportami na te dwa dni rowerów”. Ale nigdy wcześniej nie słyszeliśmy aż tak często jak w tym roku: „ojej, to aż tyle”.

I tak się zastanawiam, na ile jest to efekt wzrostu kosztu tych polis głównie za sprawą globalnej inflacji medycznej, a na ile efekt tego, że już przed sezonem odrzuciliśmy zgniłe kompromisy. Nie sądziłem, że kiedykolwiek dożyję chwili, w której na wystawionej przeze mnie polisie podróźnej wyczerpana zostanie suma ubezpieczenia. Do sytuacji takiej doszło przed wakacjami. Rodzina udawała się do kraju słynącego z wysokich kosztów opieki medycznej. Do tego dochodziła odległość (inny kontynent) oraz wiek ubezpieczonych. Po przeprowadzeniu analizy potrzeb, przedstawiając (na szczęście mailowo) propozycję ubezpieczenia, zarekomendowałem sumę 1 mln zł na osobę jako „minimum”. Nie usłyszałem nawet numeru 1 na liście wakacyjnych hitów 2025, czyli: „Ojej, to aż tyle”. Po prostu klienci zażądali polis z sumą ubezpieczenia o kilkaset tysięcy złotych niższą. „Taka spokojnie wystarczy” – padło w mailu, którego trzymam już skopiowanego w kilku miejscach. Z uwagi na stawki degresywne różnica w cenie nie przekroczyła 100 zł na osobę – mimo że wyjazd był stosunkowo długi.

Na szczęście, mimo wyczerpania sumy, nie mamy tu do czynienia z sytuacją, w której klient zostaje z niespłacalnym długiem na setki tysięcy, a w necie trzeba na gwałt organizować zbiórkę. Tym razem.

KRUCHY SEN

W 1978 roku drobny problem techniczny doprowadził do katastrofy supertankowca Amoco Cadiz. Po jego uderzeniu w skały u wybrzeży Bretanii wyciekło ponad 230 tys. ton ropy, skażając kilkaset kilometrów wybrzeża. W 1985 roku w Indiach w katastrofie lotniczej zginęło 346 osób, bo... nie domknęto drzwi do ładowni. W 2022 roku w Melbourne na podjeździe przed domem matka ruszająca autem nie zauważyła, że pod kołami znalazł się jej dwuletni synek; dziecko zginęło na miejscu.

Zdarza się, że szczęśliwe życie znika jak kruchy sen. A czasem wystarczy zapięty pas. Regularne badanie się. Kontrola instalacji elektrycznej. Albo agent, który nie jest tylko porównywarką podsuwającą opcje do wyboru. Drobiazg. □

Piotr Wrzesiński

Interwencja produktowa Komisji Nadzoru Finansowego na rynku ubezpieczeń z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym – analiza prawna i ocena skutków

Decyzja Komisji Nadzoru Finansowego z 15 lipca 2021 r. dotycząca interwencji produktowej na rynku ubezpieczeń z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (UFK) była pierwszym tego rodzaju środkiem w polskim sektorze ubezpieczeniowym, opartym na art. 17 rozporządzenia PRIIPs. Celem artykułu jest analiza podstaw prawnych i treści decyzji KNF oraz ocena jej skutków z perspektywy systemu nadzoru, rynku ubezpieczeniowego i ochrony klienta, jak również próba oceny interwencji produktowej w szerszym kontekście regulacyjnym i wskazanie na wyzwania, jakie wiążą się ze stosowaniem tego typu środków nadzorczych.

dr hab. Magdalena Szczepańska

Wybrane aspekty ubezpieczeń podmiotów działających w obszarze rynku energetycznego

Przedmiotem artykułu jest analiza ubezpieczenia podmiotów działających w obszarze rynku energetycznego, w szczególności elektrowni i elektrociepłowni. W artykule zostanie przedstawiona szczegółowa charakterystyka tych ubezpieczeń oraz proces zawierania i wykonywania tego rodzaju umów ubezpieczenia. Zostaną również poruszone problemy związane z zawieraniem i oferowaniem takich umów ubezpieczenia.

Beata Mrozowska-Bartkiewicz

Stosowanie ustawy o dostępności niektórych produktów i usług przez podmioty gospodarcze w działalności ubezpieczeniowej

Ustawa z dnia 26 kwietnia 2024 r. o zapewnianiu spełniania wymagań dostępności niektórych produktów i usług przez podmioty gospodarcze weszła w życie z dniem 28 czerwca 2025 r. Artykuł omawia zastosowanie ustawy o dostępności do działalności ubezpieczeniowej, kryteria dostępności cyfrowej, zasadę proporcjonalności w stosowaniu ustawy, definicję konsumenta, zastosowanie ustawy o dostępności do ubezpieczeń zawieranych na cudzy rachunek, wymogi dla instytucji finansowych, a także postulat rozważenia przez ustawodawcę poddania podmiotów z sektora ubezpieczeniowego nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego w zakresie realizacji obowiązków ustawy, podobnie jak w przypadku banków.

dr Kamil Szpyt

Odpowiedzialność cywilna za szkody spowodowane wykorzystaniem przez radców prawnych i adwokatów systemów sztucznej inteligencji w ramach świadczonej pomocy prawnej. Część II

Artykuł stanowi analizę zagadnienia odpowiedzialności cywilnej radców prawnych i adwokatów za szkody wynikające z wykorzystania systemów sztucznej inteligencji (AI) w ramach świadczonej pomocy prawnej. Ze względu na złożoność zagadnienia opracowanie zostało podzielone na trzy części. W części pierwszej zdefiniowano pojęcie sztucznej inteligencji i systemów AI, przedstawiono kluczowe obszary zastosowania AI w praktyce wspomnianych profesjonalnych pełnomocników oraz omówiono podstawowe kwestie odpowiedzialności odszkodowawczej rzeczonych podmiotów. W części drugiej zaprezentowano szczegółowe zagadnienia odpowiedzialności odszkodowawczej profesjonalnych pełnomocników za szkody wyrządzone klientom wykorzystaniem systemów AI w ramach świadczonej pomocy prawnej. W części trzeciej omówiono zaś ich odpowiedzialność

względem niektórych osób trzecich niebędących klientami, przedstawiono rozważania na temat możliwości przypisania odpowiedzialności AI i objęcia wspomnianych spraw odszkodowawczych ochroną przez zakłady ubezpieczeń.

dr Szymon Kulmaczewski

Prawo holdingowe i jego wpływ na procesy zarządzania ryzykiem ubezpieczeniowym. Część II

Przedmiot drugiej części rozważań definiowany jest refleksją prawną nad nowelą Kodeksu spółek handlowych. Mocą ustawy z dnia 9 lutego 2022 r. o zmianie ustawy – Kodeks spółek handlowych oraz niektórych innych ustaw wprowadzono do Kodeksu przepisy regulujące działalność grup spółek. Funkcjonująca dotychczas w prawie polskim tzw. szczątkowa (ograniczona) regulacja prawa grup spółek (prawa holdingowego) nie tworzyła odpowiednich warunków ani perspektyw dla rozwoju grup. Dotychczasowe przepisy stawiały uczestników zgrupowań przed dylematem nie tylko odpowiedzialności za ich działania w grupie, lecz także przed zarzutem ich niepoprawności (legalizm działań). W stosunku do podmiotów prowadzących działalność licencjonowaną, jak ubezpieczyciele czy reasekuratorzy, stosowanie tych regulacji wymagało rozważania wielu okoliczności, w tym natury kolizyjnej. Przepisy ustawy nowelizującej znacząco zmodyfikowały sytuację prawną interesariuszy grup, a także podmiotów z nimi kolaborujących.

Natalia Szpurko

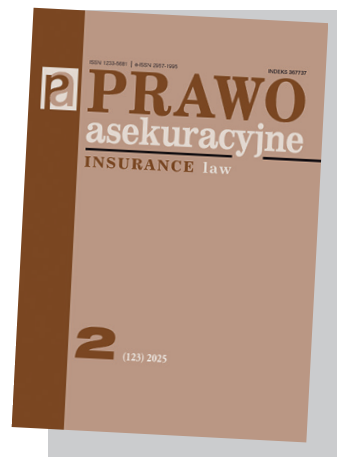
Postawy agentów i OFWCA wobec obowiązku przeprowadzania analizy potrzeb i wymagań klienta – badanie jakościowe

Artykuł dotyczy postaw agentów i osób fizycznych wykonujących czynności agencyjne (OFWCA) wobec obowiązku przeprowadzania analizy potrzeb i wymagań klienta, który został przewidziany przez przepisy ustawy o dystrybucji ubezpieczeń. Przedstawione w artykule badania jakościowe są pierwszą fazą przeprowadzonych badań i posłużyły jako przyczynek do sformułowania pytań w fazie ilościowej. Wnoszą one realną wartość do dyskursu nad sposobem wprowadzenia obowiązku wykonywania APK i ukazują zarysy postaw końcowych wykonawców tego obowiązku.

Włodysław Krzak

Sprawozdanie z seminarium naukowego Grupy badawczej ds. szkody niemajątkowej pt. „Szkoła niemajątkowa a prawo ubezpieczeniowe”

Od października 2024 r. na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu (UAM) działa Grupa badawcza ds. szkody niemajątkowej. Jedną z form aktywności Grupy badawczej jest organizowanie cyklicznych seminariów naukowych poświęconych różnym aspektom szkody niemajątkowej. Podczas trzeciego seminarium naukowego Grupy w dniu 28 marca 2025 r. została poruszona tematyka związków między szkodą niemajątkową a prawem ubezpieczeniowym.





PARTNER
UBEZPIECZENIOWY
rankomat

Rozwijaj swój biznes z Rankomat

Sprawdź warunki współpracy na stronie **www.rankomat.pl/agent** lub zadzwoń na numer **22-270-00-22**.

Największe korzyści:

-  Otrzymasz kontakty sprzedażowe z Twojej okolicy
-  Portfel klientów zawsze jest Twój, nawet po zakończeniu współpracy
-  Zarabiasz uczciwie na jasnych oraz elastycznych zasadach
-  Zyskasz nowych klientów dzięki sile marki Rankomat
-  Bezpłatny wiodący na rynku CRM i narzędzia wspierające sprzedaż
-  Dostęp do największej bazy produktów ubezpieczeniowych
-  Masz wsparcie dedykowanych opiekunów
-  Masz pełną niezależność i w każdej chwili możesz zrezygnować