

Piotr Pisarewicz
Anna Gierusz
Patrycja Kowalczyk-Rólczyńska
Agnieszka Pobłocka

PRODUKTY UBEZPIECZENIOWE



Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego

**PRODUKTY
UBEZPIECZENIOWE**

Piotr Pisarewicz
Anna Gierusz
Patrycja Kowalczyk-Rólczyńska
Agnieszka Pobłocka

PRODUKTY UBEZPIECZENIOWE

Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego
Gdańsk 2020

Stan prawny na dzień 1 stycznia 2020 roku

Recenzent

dr hab. Teresa H. Bednarczyk, prof. UMCS

Redaktor Wydawnictwa

Małgorzata Tymorek

Projekt okładki i stron tytułowych

Filip Sendal

Skład i łamanie

Mariusz Szewczyk

Publikacja sfinansowana ze środków projektu PROgram Rozwoju Uniwersytetu Gdańskiego (ProUG) realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na podstawie umowy nr POWR.03.05.00-00-Z308/17-00, zawartej pomiędzy Narodowym Centrum Badań i Rozwoju a Uniwersytetem Gdańskim w dniu 11.12.2017 roku



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



© Copyright by Uniwersytet Gdański
Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego

ISBN 978-83-8206-163-5
ISBN 978-83-8206-060-7 (online)

Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego
ul. Armii Krajowej 119/121, 81-824 Sopot
tel./fax 58 523 11 37, tel. 725 991 206
e-mail: wydawnictwo@ug.edu.pl
www.wyd.ug.edu.pl

Księgarnia internetowa: www.kiw.ug.edu.pl

Druk i oprawa
Zakład Poligrafii Uniwersytetu Gdańskiego
ul. Armii Krajowej 119/121, 81-824 Sopot
tel. 58 523 14 49, fax 58 551 05 32

Spis treści

Wstęp	9
Rozdział 1	
Podstawy tworzenia i oferowania produktów ubezpieczeniowych – teoria i praktyka rynkowa	15
1.1. Definicja i konstrukcja produktu ubezpieczeniowego	15
1.2. Cechy produktu ubezpieczeniowego	20
1.3. Klasyfikacja produktów ubezpieczeniowych	24
1.4. Modyfikowanie oferty produktowej – powody, motywacje i uwarunkowania	28
1.5. Tworzenie produktów ubezpieczeniowych w praktyce rynkowej	34
1.6. Metody, narzędzia i etapy tworzenia produktów	38
1.7. Wybrane innowacje produktowe	42
Podsumowanie rozdziału 1	49
Zagadnienia badawcze	50
Rozdział 2	
Produkty ubezpieczeń na życie	53
2.1. Teoretyczne podstawy ubezpieczeń na życie	53
2.2. Specyfika i zakres ochrony w ubezpieczeniach na życie	58
2.3. Warianty umów oraz czynniki wpływające na wysokość składek w ubezpieczeniach na życie	64
2.3.1. Warianty umów w ubezpieczeniach na życie	64
2.3.2. Czynniki wpływające na wysokość składek w ubezpieczeniach na życie	66

Spis treści

2.4. Rodzaje ubezpieczeń na życie i dożycie	72
2.4.1. Ubezpieczenia na życie o charakterze inwestycyjnym	75
2.4.2. Ubezpieczenia na życie i dożycie	79
2.4.3. Ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe stanowiące uzupełnienie ubezpieczeń na życie	84
2.4.4. Ubezpieczenia rentowe	88
2.4.5. Ubezpieczenia posagowe, zaopatrzenia dzieci	94
Podsumowanie rozdziału 2	96
Zagadnienia badawcze	97

Rozdział 3

Produkty ubezpieczeń majątkowych	99
3.1. Ubezpieczenia komunikacyjne i transportowe	99
3.1.1. Pojęcie ubezpieczeń komunikacyjnych i transportowych	99
3.1.2. Ubezpieczenia pojazdów lądowych	101
3.1.3. Ubezpieczenia statków powietrznych	113
3.1.4. Ubezpieczenia żeglugi morskiej i śródlądowej	116
3.1.5. Ubezpieczenia cargo	119
3.2. Ubezpieczenia mienia i ubezpieczenia katastroficzne	121
3.3. Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ogólnej	125
3.4. Ubezpieczenia finansowe i ochrony prawnej	129
3.4.1. Ubezpieczenia finansowe	129
3.4.2. Ubezpieczenia ochrony prawnej	138
3.5. Ubezpieczenia turystyczne	140
Podsumowanie rozdziału 3	145
Zagadnienia badawcze	146

Rozdział 4

Finansowe i aktuarialne zasady obliczania składek w ubezpieczeniach życiowych i majątkowych	147
4.1. Tablice trwania życia i ich rola	147
4.2. Kalkulacja składek w dożywotnych (bezterminowych) ubezpieczeniach na życie	152
4.3. Kalkulacja składek w terminowych ubezpieczeniach na życie	155
4.4. Kalkulacja składek w ubezpieczeniach na dożycie	158
4.5. Kalkulacja składek w ubezpieczeniach na wypadek śmierci i dożycia	161
4.6. Kalkulacja renty pewnej (finansowej)	162
4.7. Kalkulacja renty życiowej	163

4.8. Kalkulacja składek netto w ubezpieczeniach na życie płatnych okresowo . . .	167
4.9. Kalkulacja składki netto w ubezpieczeniach majątkowych (krótkoterminowych)	173
Podsumowanie rozdziału 4	185
Zagadnienia badawcze	186
Rozdział 5	
Proces tworzenia i zarządzania produktami ubezpieczeniowymi	191
5.1. Zagadnienia wprowadzające	191
5.2. Faza 1 – opracowanie koncepcji i studium wykonalności produktu	195
5.2.1. Etap 1 – ustalenie składu zespołu projektowego oraz harmonogramu prac	195
5.2.2. Etap 2 – opracowanie idei oraz koncepcji produktu	198
5.2.3. Etap 3 – analiza i studium wykonalności produktu	202
5.2.4. Etap 4 – decyzja o podjęciu prac w zakresie tworzenia nowego produktu	207
5.3. Faza 2 – proces tworzenia nowego produktu	208
5.3.1. Etap 1 – tworzenie nowego produktu w zakresie poszczególnych obszarów	208
5.3.2. Etap 2 – scalenie i testowanie produktu	258
5.3.3. Etap 3 – decyzja zarządu	258
5.4. Faza 3 – rozpoczęcie dystrybucji i zarządzanie produktem	259
5.4.1. Dystrybucja i bieżąca obsługa produktu	259
5.4.2. Badanie satysfakcji klientów, monitoring i ocena produktu	262
Podsumowanie rozdziału 5	266
Zagadnienia badawcze	267
Podsumowanie	269
Bibliografia	273
Spis tablic	287
Spis wykresów	289
Spis rysunków	291

Wstęp

Ubezpieczenia odgrywają bardzo istotną rolę na rynku finansowym. Działalność ubezpieczeniowa polegająca na wykonywaniu czynności ubezpieczeniowych związanych z oferowaniem i udzielaniem ochrony na wypadek ryzyka wystąpienia skutków zdarzeń losowych¹ odbiega w sposób istotny od specyfiki usług oferowanych przez inne instytucje finansowe, takie jak: banki, towarzystwa funduszy inwestycyjnych czy domy maklerskie. Specyfika produktów ubezpieczeniowych – niematerialna forma oraz złożona struktura – nie tylko utrudnia klientom zrozumienie oferty ubezpieczycieli, ale w niektórych przypadkach także skutecznie zniechęca do decyzji zakupowych.

Działalność ubezpieczeniowa, podobne jak działalność innych podmiotów rynku finansowego, jest ściśle uregulowana pod względem formalnoprawnym i ma charakter koncesjonowany. Oznacza to, że zakłady ubezpieczeń muszą spełnić wysokie standardy formalne, organizacyjne i kapitałowe, zanim otrzymają zgodę organu nadzoru na prowadzenie działalności. Specyfika rynku ubezpieczeniowego spowodowała podział na dwa obszary (działy), które odpowiadają rodzajom pokrywanego ryzyka. Pierwszy dział związany jest z ubezpieczeniami na życie, drugi natomiast obejmuje pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz majątkowe. Ubezpieczenia na życie mają charakter średnio i długoterminowy, a ubezpieczenia majątkowe oferowane są na krótszy okres, najczęściej jednego roku. Zróżnicowany czas pokrycia poszczególnych rodzajów ryzyka oraz kwestie dotyczące ich identyfikacji, wyceny, finansowania i reasekuracji skutkują

¹ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), art. 4.1.

ustawowym zakazem prowadzenia przez ten sam podmiot działalności w obu działach ubezpieczeń. Chcąc więc oferować zarówno ubezpieczenia na życie, jak i ubezpieczenia majątkowe, należy utworzyć dwa niezależne podmioty. Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej reguluje ten aspekt poprzez podział rynku nie tylko na dwa działy, ale dodatkowo w każdym z nich wyróżniając tak zwane grupy ryzyk ubezpieczeniowych², które definiują poszczególne klasy i rodzaje produktów oferowane przez ubezpieczycieli. Takie ich ujęcie bardzo często spotykane jest w literaturze przedmiotu. Niemniej jednak (w praktyce) ubezpieczyciele mogą oferować produkty ubezpieczeniowe, które obejmują ochroną różnorodny ryzyka i znajdują się w odmiennych grupach zdefiniowanych w załączniku do ustawy. Klasycznym przykładem mogą być tutaj ubezpieczenia na życie, w których ryzykiem podstawowym na ogół jest ryzyko śmierci (dział I, grupa 1 załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej). Do ryzyka podstawowego mogą natomiast zostać dołączone różnego rodzaju opcje dodatkowe, pokrywające: ryzyka chorobowe czy wypadkowe, niezdolność do pracy, uszczerbek na zdrowiu itp., należące do grupy 5 w dziale I załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Szczególny sposób konstrukcji produktów ubezpieczeniowych z jednej strony wpływa na ich dużą elastyczność, lecz z drugiej powoduje, że są one skomplikowane, a tym samym nieprzejrzyste dla przeciętnego klienta.

Intencją autorów niniejszego opracowania jest ujęcie zagadnień związanych z produktami ubezpieczeniowymi w sposób zrozumiały, przejrzysty, syntetyczny, nowatorski, a jednocześnie kładący nacisk na praktyczne aspekty omawianych kwestii. Głównym celem niniejszego opracowania jest zatem przedstawienie i usystematyzowanie dotychczasowej wiedzy oraz dorobku naukowego na temat produktów ubezpieczeniowych, a także uporządkowanie narzędzi ich tworzenia oraz zarządzania nimi, jakie spotykane są w praktyce rynkowej. Tak sformułowany cel główny znalazł swoje odzwierciedlenie w wyodrębnionych poniżej celach szczegółowych, do których należą:

- określenie i usystematyzowanie teoretycznych podstaw tworzenia i oferowania produktów ubezpieczeniowych na tle praktyki rynkowej;
- przedstawienie oferowanych na rynku produktów w obszarze ubezpieczeń na życie oraz pozostałych ubezpieczeń osobowych i ubezpieczeń

² Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), załącznik.

- majątkowych, z jednoczesnym uporządkowaniem ich według kryteriów odzwierciedlających znaczenie dla rynku ubezpieczeniowego oraz klientów;
- przedstawienie i usystematyzowanie finansowych i aktuarialnych zasad konstrukcji produktów ubezpieczeniowych;
 - usystematyzowanie dotychczasowej wiedzy na temat procesu tworzenia i zarządzania produktami ubezpieczeniowymi oraz uzupełnienie jej o nowe elementy, przy zastosowaniu nowatorskiego ujęcia wynikającego z doświadczeń i praktyki zawodowej autorów.

Całość zagadnień obejmujących problematykę produktów ubezpieczeniowych zawarta w celu głównym oraz celach szczegółowych została przedstawiona w pięciu kolejnych rozdziałach monografii. Pierwszy z nich koncentruje się na istocie, cechach oraz teoretycznych i praktycznych podstawach tworzenia i oferowania produktów ubezpieczeniowych. Na podstawie studiów literaturowych dokonano przeglądu definicji produktów ubezpieczeniowych oraz omówiono ich elementy konstrukcyjne. Zwrócono też uwagę na stosowane różnorodne podejścia do klasyfikacji produktów ubezpieczeniowych. W rozdziale omówione zostały również powody, motywacje i uwarunkowania związane z modyfikowaniem oferty produktowej przez zakłady ubezpieczeń. Wskazane zostały także metody, narzędzia oraz etapy tworzenia produktów ubezpieczeniowych, jakie spotykane są w praktyce rynkowej. Rozdział pierwszy zamykają zagadnienia dotyczące innowacji produktowych, które przyczyniły się do rozwoju wielu nowych rozwiązań, stosowanych obecnie w sektorze ubezpieczeń.

Rozdział drugi w całości poświęcono ubezpieczeniom na życie i specyfice związanych z nimi produktów. Zaczątki tych ubezpieczeń powstały już w starożytności, a najstarsze zachowane do dzisiaj rozwiązania ubezpieczeniowe pochodzą ze średniowiecza. Jednak umowy ubezpieczeń na życie, bazujące na ocenie ryzyka, kształtowały się wraz z rozwojem cywilizacji, rachunku prawdopodobieństwa, statystyki matematycznej, wnioskowania statystycznego oraz procesów stochastycznych. Ubezpieczenia na życie powstały w celu zabezpieczenia skutków określonych zdarzeń losowych, objętych ochroną ubezpieczeniową, a związanych z życiem lub działalnością człowieka (np. śmierć, dożycie pewnego wieku, choroba, nieszczęśliwe wypadki), które w efekcie mogą generować straty lub zwiększone potrzeby finansowe ubezpieczonych. Charakterystyczną cechą tych ubezpieczeń jest to, że bazują na ocenie i analizie umieralności, w przeciwieństwie do ubezpieczeń majątkowych, które głównie opierają się na analizie historii szkodowości, tj. rozkładach prawdopodobieństwa

szkód. Analizy śmiertelności wykonuje się na podstawie danych statystycznych dotyczących umieralności tzw. kohort ludzkich, poprzez stworzenie tablic wymieralności (tzw. tablice trwania życia), będących podstawą oceny modeli trwania życia. Inną istotną cechą ubezpieczeń na życie jest ich długoterminowość (z wyjątkiem ubezpieczeń wypadkowych i chorobowych). Wymaga to od ubezpieczycieli (zakładów ubezpieczeń) gromadzenia z zebranych składek ubezpieczeniowych pewnych rezerw kapitału na poczet bieżących i przyszłych zobowiązań, które mogą trwać nawet przez kilkadziesiąt lat. Wyraźnie więc widać, że ubezpieczenia na życie wymagają rzetelnej wiedzy na temat metod oceny i zarządzania ryzykiem z zakresu nauk aktuarialnych.

Na początku rozdziału drugiego przedstawiono definicję i istotę ubezpieczeń na życie, a także pokrótce ich historię, co w ocenie autorów ułatwi zrozumienie idei leżącej u podstaw ich powstania. Następnie scharakteryzowano występujące w praktyce różne warianty ubezpieczeń, m.in. formy zawierania umów oraz sposoby opłacania składek i wypłaty świadczeń, warianty wartości wykupu, możliwości przejścia na ubezpieczenie bezskładkowe, a także formy udziału w zyskach. Następnie opisano i wyjaśniono taksonomię ubezpieczeń (aktuarialną oraz ustawową). Na zakończenie dokonano omówienia oferowanych na rynku produktów, czyli syntetycznie zaprezentowano poszczególne grupy, począwszy od ubezpieczeń na życie o charakterze ochronnym, poprzez ubezpieczenia o charakterze inwestycyjnym, ubezpieczenia posagowe i rentowe, a na wypadkowych i chorobowych kończąc.

Zagadnienia poruszone w rozdziale trzecim wprowadzają czytelnika w obszar ubezpieczeń majątkowych. W pierwszej kolejności uwaga została skupiona na ubezpieczeniach komunikacyjnych i transportowych. Ich rozwój od wielu lat jest bardzo dynamiczny, co pozwala jednoznacznie stwierdzić, że są to najważniejsze produkty należące do II działu ubezpieczeń. Przy poszczególnych rodzajach produktów zwrócono uwagę zarówno na uwarunkowania prawne i zakres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, jak i na czynniki wpływające na wysokość ceny produktu oraz na oferty rynkowe. Dokonano też charakterystyki ubezpieczeń pojazdów lądowych, ubezpieczeń statków powietrznych, ubezpieczeń żeglugi morskiej i śródlądowej oraz ubezpieczeń cargo. W dalszej części rozdziału omówiono pozostałe spotykane na rynku klasy produktów, do których należą ubezpieczenia: mienia, katastroficzne, odpowiedzialności cywilnej oraz turystyczne. Poruszono również tematykę ubezpieczeń finansowych i ochrony prawnej, ze szczególnym uwzględnieniem ubezpieczeń kredytu i gwarancji

ubezpieczeniowych, które stanowią jedną z kluczowych metod zarządzania ryzykiem (głównie finansowym) w przedsiębiorstwach.

Rozdział czwarty dotyczy finansowych i aktuarialnych zasad wyceny produktów ubezpieczeniowych. Opisano w nim na początku podstawy teoretyczne tworzenia modeli ryzyka w ubezpieczeniach na życie, opracowywanych na bazie tablic trwania życia oraz funkcji komutacyjnych. W dalszej części zaprezentowano wzory aktuarialne na: jednorazowe składki netto, składki netto, renty finansowe i renty życiowe oraz wariacje świadczeń z tytułu wybranych ubezpieczeń na życie. Dla zrozumienia prezentowanego materiału teoretycznego z zakresu wyżej wymienionych charakterystyk liczbowych, w rozdziale przedstawiono przykłady kalkulacji na podstawie danych z tablic trwania życia z 2018 r., publikowanych przez Główny Urząd Statystyczny. Zaprezentowano również uwarunkowania związane z kształtowaniem i wyceną składek w ubezpieczeniach majątkowych, których charakter jest w wielu aspektach odmienny od ubezpieczeń na życie. Wynika to między innymi z horyzontu czasowego i krótkich terminów, na które udzielana jest ochrona, a także ze specyfiki rodzajów pokrywanych ryzyk, co determinuje pozostałe elementy konstrukcji tej klasy produktów. Różnice mogą pojawiać się choćby w sposobach wypłaty świadczeń, limitach odpowiedzialności ubezpieczycieli (w zakresie sum ubezpieczenia lub sum gwarancyjnych), wycenie ryzyk itp.

W rozdziale 5 w sposób szczegółowy przedstawiono poszczególne etapy tworzenia oraz zarządzania produktami ubezpieczeniowymi, które dotychczas nie były zbyt szeroko omawiane w literaturze przedmiotu. Jest to proces bardzo złożony i ściśle związany z praktyką ubezpieczeniową. W związku z tym nie poddaje się on jednoznacznym definicjom oraz ramom teoretycznych opracowań. Wieloaspektowość procesu konstrukcji produktów ubezpieczeniowych oraz zarządzania nimi tworzy pewne bariery, które utrudniają precyzyjne ich skwantyfikowanie. Praktyka rynkowa, która była podstawą niniejszego opracowania, wskazuje, że należyście przygotowany i realizowany proces tworzenia produktu jest kluczowym elementem jego sukcesu. Również zarządzanie produktem, już po jego wprowadzeniu do sprzedaży, powinno być dokładnie zaplanowane na etapie jego tworzenia. Jednak w każdym tego typu procesie należy przyjąć pewien stopień elastyczności, ponieważ wcześniejsze założenia mogą mijać się z rzeczywistością rynkową. Istotnym elementem zastosowanego omówienia zagadnień jest założenie, że cały system zarządzania produktem obejmuje wszystkie procedury i operacje składające się na cykl życia produktu, który trwa

od rozpoczęcia etapu projektowego, poprzez wdrożenie do sprzedaży, aż do wycofania produktu z rynku. W końcowym rozdziale niniejszego opracowania wskazano zatem wszystkie elementy składające się zarówno na proces tworzenia produktów ubezpieczeniowych, jak i zarządzania nimi. Przyjęto w tym zakresie nowatorski sposób ujęcia omawianych zagadnień, polegający na uporządkowaniu całego procesu według: faz, etapów i obszarów, co umożliwiło czytelniejsze przedstawienie tak złożonych kwestii oraz odzwierciedliło podejścia stosowane w praktyce rynkowej.

Autorzy niniejszego opracowania wyrażają nadzieję, że przedstawione w nim zagadnienia przybliżą złożoną problematykę związaną ze specyfiką, konstrukcją, tworzeniem i zarządzaniem produktami ubezpieczeniowymi, a także przyczynią się do poszerzenia wiedzy oraz zwiększenia świadomości ubezpieczeniowej przyszłych czytelników i uczestników rynku ubezpieczeniowego.

Rozdział 1

Podstawy tworzenia i oferowania produktów ubezpieczeniowych – teoria i praktyka rynkowa

1.1. Definicja i konstrukcja produktu ubezpieczeniowego

Termin – produkt ubezpieczeniowy – nie został jednoznacznie zdefiniowany w obowiązujących w Polsce regulacjach prawnych dotyczących ubezpieczeń³, co powoduje, że w literaturze przedmiotu można znaleźć różne mniej lub bardziej rozbudowane określenia oddające jego istotę i znaczenie. Na wieloaspektowość pojęcia produktu ubezpieczeniowego wskazuje D. Sokołowska, podając, że termin ten można rozpatrywać w kontekście marketingowym, prawnym (rozumianym jako kształt umowy ubezpieczenia i ogólnych warunków ubezpieczenia) oraz ekonomiczno-matematycznym (dotyczącym efektywności ekonomicznej, wymiaru składek i wielkości świadczeń)⁴.

Dokonując przeglądu literatury, warto zwrócić uwagę na niektóre ze spostrzeżeń i definicji. Przeprowadzając prawną analizę pojęcia – produkt ubezpieczeniowy, D. Maśniak i K. Malinowska wskazują na różną interpretację tego terminu w doktrynie prawa i orzecznictwie sądów państw członkowskich UE. Zaznaczają jednak, że funkcjonalna interpretacja używanego w przepisach unijnych pojęcia produktu ubezpieczeniowego pozwala na zdefiniowanie go jako:

³ Brak jest definicji produktu ubezpieczeniowego w ustawie z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), jak również w ustawie z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r., poz. 1881 ze zm.).

⁴ D. Sokołowska, „*Produkt ubezpieczeniowy*” jako przedmiot prawa autorskiego, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2013, nr 3, s. 85.

„wykonanie czynności ubezpieczeniowych związanych ze świadczeniem ochrony ubezpieczeniowej na wypadek ryzyka wystąpienia skutków zdarzeń losowych (realizacji ryzyka ubezpieczeniowego)”⁵. Z kolei J. Monkiewicz podaje, że przez produkt ubezpieczeniowy należy rozumieć „pakiet usług dostarczanych ubezpieczonemu przez zakład ubezpieczeń, za określoną opłatą, od chwili zawarcia umowy ubezpieczenia, aż do jej rozwiązania”⁶. Wskazuje przy tym jednocześnie, że nabywca, który korzysta z produktu ubezpieczeniowego, realizuje wynikające z tego tytułu korzyści, zarówno te dostarczane przez sam produkt, jak i przez zakład ubezpieczeń (wskutek przynależności do grupy ryzyka) oraz te wynikające z systemu sprzedaży i obsługi. Natomiast B. Hadyniak, formułując różne uwagi o istocie produktu jako dobra (także w kontekście marketingowym), wskazuje, że „produkt ubezpieczeniowy to nie tylko oferta ochrony ubezpieczeniowej i zestaw różnych ryzyk, to także wiele innych elementów adresowanych do określonych odbiorców w określony sposób”⁷. Autor ten podkreśla również, że tak przygotowany produkt zwiększa wydajność sprzedaży ubezpieczeniowej i jej opłacalność. W kontekście marketingu usług ubezpieczeniowych definicję produktu ubezpieczeniowego kreuje też Polska Izba Ubezpieczeń, która w swoim glosariuszu podaje, że „produkt ubezpieczeniowy to zdefiniowana w umowie ubezpieczenia usługa⁸ obejmująca udzieloną klientowi ochronę ubezpieczeniową (rdzeń produktu) wraz z usługami dodatkowymi (np. assistance) i oprawą formalną produktu (np. sposób i forma dostarczenia polisy)”⁹.

Z kolei K. Malinowska określa produkt ubezpieczeniowy jako „pakiet usług oferowany przez ubezpieczyciela w ramach prowadzonej przez niego działalności” oraz przywołuje podaną wyżej definicję z glosariusza PIU¹⁰. Wskazuje również definicję zawartą w § 2 pkt 1 rozporządzenia Ministra Finansów z 2 listopada 2010 roku w sprawie zakresu informacji zawartych w rocznym raporcie o stanie

⁵ D. Maśniak, K. Malinowska, *Czynności dystrybucyjne w nowym reżimie zawierania umów ubezpieczenia – wybrane aspekty implementacji dyrektywy nr 2016/97 w sprawie dystrybucji ubezpieczeń*, „Prawo Asekuracyjne” 2017, nr 2 (91), s. 25.

⁶ J. Monkiewicz, *Produkty ubezpieczeniowe – istota, cechy, rodzaje* [w:] *Podstawy ubezpieczeń*, red. J. Monkiewicz, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2003, t. II, s. 21.

⁷ B. Hadyniak, *Produkty ubezpieczeniowe* [w:] *Ubezpieczenia*, red. J. Handschke, J. Monkiewicz, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2010, s. 82.

⁸ Pojęcie produkt ubezpieczeniowy i usługa ubezpieczeniowa mogą być używane zamiennie ze względu na ich niematerialny charakter.

⁹ Polska Izba Ubezpieczeń, *Glosariusz*, <https://piu.org.pl/letter/p/> [dostęp: 9.10.2019].

¹⁰ K. Malinowska, *Pojęcie zarządzania produktem ubezpieczeniowym w świetle dyrektywy o dystrybucji ubezpieczeń i przepisów implementacyjnych*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2017, nr 1, s. 8.

portfela ubezpieczeń i reasekuracji zakładu ubezpieczeń, która brzmi: „typ umów ubezpieczenia, które zawierane są na podstawie tych samych ogólnych warunków ubezpieczenia”¹¹ oraz w § 2 pkt 6 rozporządzenia Rady Ministrów z 22 marca 2011 roku w sprawie wyłączenia niektórych rodzajów porozumień, zawieranych między przedsiębiorcami prowadzącymi działalność ubezpieczeniową, spod zakazu porozumień ograniczających konkurencję, według której produkt ubezpieczeniowy to: „usługa polegająca na udzielaniu, na podstawie umowy ubezpieczenia, ochrony na wypadek wystąpienia zdarzenia losowego określonego w tej umowie”¹². Te same rozporządzenia przywołuje również D. Sokołowska¹³.

Szczególną rolę w precyzyjnym zdefiniowaniu czym jest, a czym nie jest produkt ubezpieczeniowy pełnią oficjalne dokumenty i stanowiska, dotyczące praktyki rynkowej, które zostały sformułowane przez Komisję Nadzoru Finansowego. Pierwszy z nich to Rekomendacje dla zakładów ubezpieczeń dotyczące systemu zarządzania produktem (zwane dalej rekomendacją), gdzie zawarto aż dwie definicje omawianego zagadnienia. Pierwsza z nich określa, że produkt ubezpieczeniowy to: „projektowany/tworzony lub oferowany przez Zakład produkt rozumiany jako typ umów ubezpieczenia lub gwarancji ubezpieczeniowych, identyfikowanych przez odrębne warunki ubezpieczenia lub wewnętrzne oznaczenie stosowane w Zakładzie, zawieranych na podstawie tych samych wzorców umownych, dedykowanych temu produktowi (jeżeli specyfika danego produktu zakłada istnienie wzorca umownego)”¹⁴. Przytoczona definicja stanowi przykład precyzyjnego pod kątem formalnoprawnym legalistycznego i zarazem praktycznego ujęcia zakresu elementów i istoty produktów ubezpieczeniowych. Ten sam dokument zawiera także definicję tzw. produktu strategicznego, którym według Rekomendacji Komisji Nadzoru Finansowego (KNF) jest: „produkt, który ze względu na wysokość łącznej przewidywanej lub zebranej składki lub znaczną liczbę klientów, którym został lub zgodnie z przewidywaniami Zakładu zostanie sprzedany, ma istotne znaczenie dla działalności Zakładu, skali potencjalnych

¹¹ K. Malinowska, *Pojęcie zarządzania produktem...*, s. 9.

¹² *Ibidem*, s. 9.

¹³ D. Sokołowska, „Produkt ubezpieczeniowy” jako przedmiot..., s. 84.

¹⁴ Komisja Nadzoru Finansowego, *Rekomendacje dla zakładów ubezpieczeń dotyczące systemu zarządzania produktem*, Warszawa 2016, s. 4.

zobowiązań lub wyników jego działalności bądź reputacji”¹⁵. Termin ten nie jest precyzyjnie skwantyfikowany liczbowo lub wartościowo, ponieważ każdy zakład ubezpieczeń dostosowuje przytoczoną definicję do skali i zakresu swojej działalności. Ta sama Rekomendacja precyzuje także, czym jest tzw. ubezpieczeniowy produkt inwestycyjny, określając go jako: „produkt zapewniający wartość w dniu zapadalności lub wartość wykupu, w przypadku, gdy ta wartość w dniu zapadalności lub wartość wykupu jest całkowicie lub częściowo narażona, bezpośrednio lub pośrednio, na wahania rynków”¹⁶.

Kolejny dokument KNF zawierający definicję produktów ubezpieczeniowych to Rekomendacje dla zakładów ubezpieczeń, dotyczące badania adekwatności produktu (zwane dalej Rekomendacjami adekwatności produktu). W dokumencie wyróżniono tylko ubezpieczenia ze składnikiem inwestycyjnym¹⁷, które traktowane są jako: „ubezpieczenie na życie, jeżeli jest związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, ubezpieczenie na życie, w którym świadczenie zakładu ubezpieczeń jest ustalane w oparciu o określone indeksy lub inne wartości bazowe, a także pozostałe ubezpieczenia z działu I grupy 1–4 załącznika do ustawy, mające zapewnić wartość w dniu zapadalności lub wartość wykupu w przypadku, gdy wartość ta w dniu zapadalności lub wartość wykupu jest całkowicie lub częściowo narażona, bezpośrednio lub pośrednio, na wahania rynków”¹⁸.

Reasumując, produkt ubezpieczeniowy jest to pewien pakiet usług związanych ze świadczeniem ochrony ubezpieczeniowej na wypadek realizacji skutków określonych zdarzeń losowych. Są one dostarczane ubezpieczonemu za określoną opłatą, od chwili zawarcia umowy ubezpieczenia aż do jej rozwiązania.

Wspomniany powyżej rdzeń produktu stanowi o istocie produktu ubezpieczeniowego i jest jego kluczowym elementem składowym. Dwa rodzaje rdzeni wyróżnia J. Monkiewicz, są to: rdzeń właściwy, obejmujący ryzyko podstawowe produktu oraz rdzeń *sensu largo*, obejmujący także ryzyka dodatkowe¹⁹. W swojej publikacji autor sygnalizuje również, że wokół rdzenia znajduje się także otoczenie

¹⁵ Komisja Nadzoru Finansowego, *Rekomendacje dla zakładów ubezpieczeń dotyczące systemu zarządzania produktem*, Warszawa 2016, s. 4.

¹⁶ Komisja Nadzoru Finansowego, *Rekomendacje dla zakładów ubezpieczeń dotyczące systemu zarządzania produktem*, Warszawa 2016, s. 5.

¹⁷ Dotyczy działu I gr. 3 załącznika do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243).

¹⁸ Komisja Nadzoru Finansowego, *Rekomendacje dla zakładów ubezpieczeń dotyczące badania adekwatności produktu*, Warszawa 2016, s. 4.

¹⁹ J. Monkiewicz, *Produkty ubezpieczeniowe – istota, cechy, rodzaje...*, s. 22–23.

produktu. Z kolei B. Hadyniak rdzeniem produktu nazywa gwarancję realności ubezpieczenia²⁰, która wraz z oferowaną ochroną ubezpieczeniową tworzy pień produktu, obudowany odpowiednimi elementami, tymi samymi, które wchodzi w skład otoczenia produktu²¹. W ramach otoczenia produktu należy wyróżnić:

- markę firmy ubezpieczeniowej (pozycja zakładu ubezpieczeń na rynku, prestiż, rozpoznawalność);
- obowiązujące procedury w zakresie: oceny ryzyka (poziom szczegółowości wniosków, ankiet medycznych), zawierania umowy ubezpieczenia, pobierania opłat, obsługi roszczeń, procesu likwidacji szkód, wypłaty odszkodowania/świadczenia;
- cenę i sposób zapłaty składki ubezpieczeniowej (niejednokrotnie dostosowywane do indywidualnych możliwości ubezpieczonego lub ubezpieczającego, w tym możliwość zawieszenia opłaty składki na pewien okres);
- komunikację z otoczeniem zewnętrznym i klientami oraz intensywność i charakter tworzonych więzi (często dostosowaną do danej grupy klientów z uwagi na różne czynniki, np. wiek²², korzystanie z różnych form przekazu, poziomu posiadanej wiedzy finansowej);
- dostępność świadczonych usług sprzedażowych oraz posprzedażowych (możliwość szybkiego zdobycia informacji oraz zdalnej likwidacji szkody);
- stosowane środki materialne – widoczne dla nabywcy fizyczne elementy usługi.

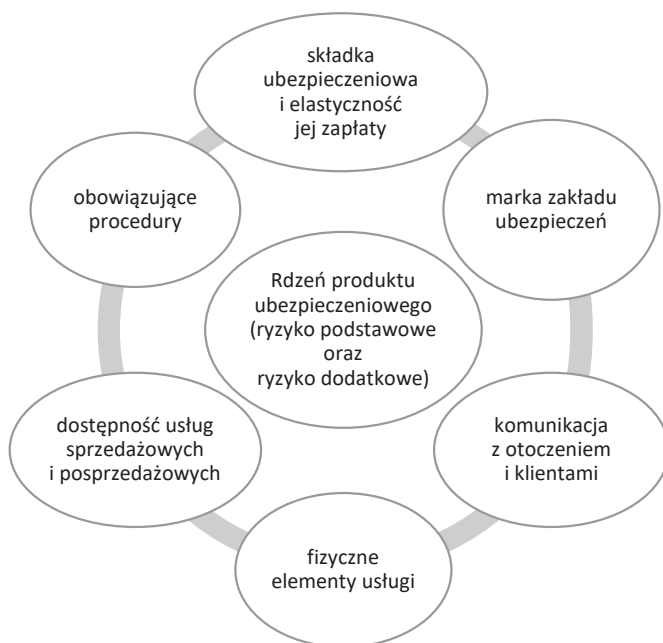
²⁰ Realność ochrony ubezpieczeniowej to podstawowa zasada działalności ubezpieczeniowej, która została wprowadzona przez K. Rajchera w połowie XX w. Określa ona „pewność, gwarancję urzeczywistnienia prawa do odszkodowania ubezpieczeniowego, prawdziwą rękomię tego prawa”. Wanda Ronka-Chmielowiec wskazuje, że realność ochrony ubezpieczeniowej polega na tym, że kontrakt ubezpieczeniowy jest kontraktem zaufania, co oznacza, że ubezpieczony musi mieć pewność, że w razie wystąpienia określonego wypadku ubezpieczeniowego doznane przez niego straty bądź powstałe potrzeby finansowe zostaną przez ubezpieczyciela zaspokojone. Zob. szerzej: W. Ronka-Chmielowiec, *Ryzyko i istotna ubezpieczenia* [w:] *Ubezpieczenia*, red. W. Ronka-Chmielowiec, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2016, s. 17.

²¹ B. Hadyniak, *Marketing ubezpieczeniowy* [w:] *Podstawy ubezpieczeń*, red. J. Monkiewicz, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2000, t. I, s. 203.

²² Związek Banków Polskich w „Rekomendacji Komisji Etyki Bankowej przy Związku Banków Polskich dla sektora bankowego w zakresie obsługi seniorów”, Warszawa 2015 wskazuje na standardy, jakie powinny być zachowane przez pracowników banku, którzy sprzedają produkty ubezpieczeniowe osobom starszym. Akcentowane są przede wszystkim: konieczność dostosowania produktów ubezpieczeniowych do wiedzy, doświadczenia, sytuacji finansowej i ryzyk specyficznych dla seniorów, przekazanie osobom starszym kluczowych informacji związanych z produktem ubezpieczeniowym, w tym przede wszystkim o: włączeniach odpowiedzialności ubezpieczyciela, warunkach rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej, kosztach ubezpieczenia i zasadach uiszczania składki ubezpieczeniowej.

1. Podstawy tworzenia i oferowania...

Wszystkie wskazane powyżej elementy konstrukcyjne produktu ubezpieczeniowego (rysunek 1.1) ostatecznie przekładają się na jego atrakcyjność i pozycję na rynku ubezpieczeniowym. Istotne stają się nie tylko korzyści dla ubezpieczonego, ale także te dla zakładu ubezpieczeń, który, oferując dany produkt ubezpieczeniowy, oczekuje odpowiedniego zysku (w przypadku zakładów ubezpieczeń działających w formie spółki akcyjnej) lub braku strat (w przypadku towarzystw ubezpieczeń wzajemnych).



Rysunek 1.1 Elementy konstrukcyjne produktu ubezpieczeniowego

Źródło: opracowanie własne.

1.2. Cechy produktu ubezpieczeniowego

Najważniejszymi korzyściami, jakie z produktu ubezpieczeniowego może czerpać ubezpieczony lub uposażony, wydają się być: poczucie bezpieczeństwa (dzięki dywersyfikacji ryzyka) oraz wsparcie finansowe pozyskane od zakładu ubezpieczeń w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, m.in. utraty bądź zniszczenia

mienia czy utraty dochodów, np. na skutek bezrobocia, przejścia na emeryturę lub nieszczęśliwego wypadku głównego żywiciela rodziny. Możliwość zaspokojenia potrzeby finansowej jest jedną z najważniejszych cech produktu ubezpieczeniowego, nazywaną także (m.in. przez M. Płonkę²³) wartością użytkową. Wiąże się z nią potrzeba zakupu produktu ubezpieczeniowego, która zależy przede wszystkim od świadomości ubezpieczeniowej. Jak podaje T. Szumlicz świadomość ubezpieczeniowa to: „wiedza i umiejętności pozwalające racjonalnie skorzystać z ochrony ubezpieczeniowej, czyli w konsekwencji wykazać stosowaną przezorność ubezpieczeniową”²⁴. Obok świadomości ubezpieczeniowej S. Wieteska definiuje także pojęcie samoświadomości ubezpieczeniowej, określając ją jako: „element świadomości społecznej, odzwierciedlającej się w doświadczeniach ludzi, przedmiotów objętych ochroną ubezpieczeniową”²⁵. Według autora obejmuje ona: „przekonania indywidualnych osób, poglądy, opinie, a także zachowania związane z doświadczeniami w zakresie istniejących zagrożeń (naturalnych, technicznych i społecznych), a także ich skutków”²⁶. Warto zaznaczyć, że zarówno świadomość ubezpieczeniowa, jak i samoświadomość ubezpieczeniowa są zmienne w czasie. Oznacza to, że w zależności od etapu życia danej jednostki (osoby, podmiotu) zmieniać się będą potrzeby zakupu różnych produktów ubezpieczeniowych, zarówno obowiązkowych, jak i dobrowolnych.

Specyficzną cechą produktu ubezpieczeniowego jest jego niematerialność na etapie zakupu przez ubezpieczającego, a także brak pewności, że w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej dojdzie do jego materializacji w postaci: wypłaty świadczenia, odszkodowania, naprawy mienia uszkodzonego lub zakupu przedmiotu pełniącego funkcję utraconego dobra. Fakt ten wskazuje kolejną cechę produktu ubezpieczeniowego, jaką jest jego odroczony i niepewny charakter. Niematerialność produktu ubezpieczeniowego jest pewnym ograniczeniem dla działalności marketingowej zakładu ubezpieczeń, który nie może wykorzystać wizualnych efektów do promocji produktu. W efekcie wymagany jest odpowiedni poziom zaufania zarówno wobec samego produktu, jak i, o ile nie przede

²³ M. Płonka, *Organizacja i regulacja prawna rynku ubezpieczeń* [w:] *Ubezpieczenia*, red. W. Ronka-Chmielowiec, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2016, s. 80.

²⁴ T. Szumlicz, *Atrybuty świadomości i przezorności ubezpieczeniowej*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe” 2007, z. 1, s. 21.

²⁵ S. Wieteska, *Świadomość czy samoświadomość ubezpieczonych*, „Annales: etyka w życiu gospodarczym” 2010, t. 13, nr 1, s. 233.

²⁶ *Ibidem*, s. 233.

1. Podstawy tworzenia i oferowania...

wszystkim, wobec zakładu ubezpieczeń, który dany produkt oferuje. Jest to szczególnie ważne w przypadku długoterminowych produktów ubezpieczeniowych, z których ubezpieczony lub uposażony będzie korzystał w odległej przyszłości, w nieznanych w dniu zawierania umowy uwarunkowaniach ekonomicznych, finansowych oraz osobistych.

Nabycie produktu ubezpieczeniowego z jednej strony oznacza zaakceptowanie warunków ochrony ubezpieczeniowej przez kupującego, z drugiej zaś rodzi konieczność prowadzenia odpowiedniej gospodarki finansowej przez zakład ubezpieczeń (ubezpieczyciela), aby w każdym momencie trwania umowy ubezpieczenia był on gotowy zapewnić wsparcie finansowe w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową. Oznacza to, że zakład ubezpieczeń, wprowadzając do sprzedaży dany rodzaj produktu ubezpieczeniowego, musi przygotować odpowiedni plan zarządzania produktem ubezpieczeniowym²⁷.

Kolejną ważną cechą produktu ubezpieczeniowego jest to, że chroni ubezpieczonego przed skutkami zdarzeń losowych, które mogą wystąpić w przyszłości²⁸ i spowodować uszczerbek w dobrach osobistych lub majątkowych. Atrybutami ryzyka (czyli możliwości realizacji określonych zdarzeń losowych) są: zmienność, niepewność, nieprzewidywalność przyszłego trendu i potencjalna ekstremalność wyników. Realizacja zdarzenia losowego, które objęte jest umową ubezpieczenia, powoduje konieczność rozpoczęcia procesu likwidacji szkody, a co za tym idzie dalszą współpracę zakładu ubezpieczeń z ubezpieczonym. Oznacza to, że ubezpieczony od momentu pojawienia się potrzeby zakupu produktu ubezpieczeniowego, poprzez jego nabycie, aż do zakończenia trwania ochrony ubezpieczeniowej pozostaje w stałej relacji z zakładem ubezpieczeń.

Równie istotną cechą jest indywidualizacja ceny produktu ubezpieczonego²⁹. Składka ubezpieczeniowa zależy bowiem od wielu czynników, w szczególności od rodzaju ubezpieczenia, przyjętych założeń aktuarialnych oraz poziomu

²⁷ Zob. szerzej w rozdziale 5.

²⁸ Pewnym odstępstwem jest tutaj ubezpieczenie tytułu prawnego nieruchomości (*title insurance*). Możliwość objęcia w ubezpieczeniu tym zdarzeń przeszłych jest możliwe dzięki konstrukcji wypadku ubezpieczeniowego rozumianego jako zgłoszenie przez osobę trzecią roszczenia do tytułu prawnego nieruchomości, w okresie po zawarciu umowy ubezpieczenia i nabyciu tytułu własności lub innych praw rzeczowych do nieruchomości. Szerzej: P. Kowalczyk, *Ubezpieczenie tytułu prawnego nieruchomości (title insurance) – perspektywy rozwoju na rynku polskim*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2010, nr 105, s. 102–109.

²⁹ Porównaj: J. Monkiewicz, *Produkty ubezpieczeniowe – istota, cechy, rodzaje...*, s. 28.

szkodowości³⁰, więc cena za ten sam produkt ubezpieczeniowy (np. ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych) będzie różna dla różnych klientów ubezpieczeniowych. Warto zaznaczyć, że w przypadku niektórych ubezpieczeń, cena może być tak wysoka, że potencjalny kupujący zniechęci się do ich zakupu. Według norm prawnych (kodeks cywilny – k.c.) zakłady ubezpieczeń nie mogą odmówić zainteresowanym klientom, dla których wykonują działalność ubezpieczeniową, przedstawienia propozycji ubezpieczeń obowiązkowych. Jednakże w przypadku, gdy nie chcą one objąć ochroną klienta, który charakteryzuje się bardzo wysokim stopniem ryzyka, zazwyczaj proponują mu na tyle wysokie składki, aby sam zrezygnował z zawarcia umowy.

Poza już wymienionymi cechami produktów ubezpieczeniowych, literatura przedmiotu wyróżnia szereg cech o charakterze formalnoprawnym, wśród których znajdują się³¹:

- charakter wierzycielski – ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku (art. 805 k.c.);
- asymetria rozkładu sił pomiędzy stronami umowy ubezpieczenia – słabsza pozycja ubezpieczającego w prawnym stosunku ubezpieczenia rodzi konieczność tworzenia regulacji dotyczących ochrony konsumenta;
- asymetria informacyjna stron umowy ubezpieczenia – zakład ubezpieczeń posiada mniejszą wiedzę o ubezpieczanym ryzyku niż ubezpieczający, co może prowadzić (głównie w ubezpieczeniach dobrowolnych) do negatywnej selekcji, czyli sytuacji, w której ubezpieczony nie będzie chciał ubezpieczać ryzyka o parametrach dla niego niekorzystnych;
- brak możliwości przeniesienia prawa własności i rzeczy – ubezpieczony korzysta z ochrony ubezpieczeniowej, ale nabywając produkt ubezpieczeniowy nie nabywa prawa własności do gromadzonego kapitału ubezpieczeniowego (tworzonego ze składek ubezpieczeniowych), a jedynie wchodzi w relacje z zakładem ubezpieczeń; ubezpieczyciel natomiast dysponuje kapitałem ubezpieczeniowym zgodnie z jego przeznaczeniem, tj. wypłacając świadczenia czy odszkodowania;
- odwrócony cykl ustalania ceny produktu ubezpieczeniowego – na podstawie oceny wnoszonego ryzyka przez potencjalnego ubezpieczonego,

³⁰ Czynniki wpływające na poziom składki ubezpieczeniowej w danych grupach ubezpieczeń omówione zostały w dalszych rozdziałach.

³¹ Zob. szerzej: M. Płonka, *Organizacja i regulacja prawna rynku ubezpieczeń...*, s. 82.

zakład ubezpieczeń dokonuje prawdopodobnej wyceny produktu ubezpieczeniowego, odnotowuje wpływ środków ze sprzedaży produktu, a dopiero później ponosi wymierne koszty związane z naprawą zaistniałej szkody. Pojawia się tutaj zagrożenie, że poniesione koszty mogą znacząco przekroczyć wpływy ze sprzedaży produktu ubezpieczeniowego, co niejednokrotnie ma miejsce przy realizacji ryzyka kradzieżowego w ubezpieczeniach autocasco.

1.3. Klasyfikacja produktów ubezpieczeniowych

Ubezpieczenia oraz produkty ubezpieczeniowe można podzielić ze względu na różne kryteria. Literatura przedmiotu prezentuje różne taksonomie w zależności od autora dokonującego klasyfikacji. W tabelicy 1.1 usystematyzowano podział produktów ubezpieczeniowych (ubezpieczeń) na podstawie dostępnych opracowań. Pominięto tutaj nadrzędny podział, którego konsekwencją jest wyodrębnienie ubezpieczeń społecznych i gospodarczych. W związku z tym, że w niniejszym opracowaniu ubezpieczenia społeczne nie są przedmiotem rozważań, uwaga została skupiona wyłącznie na ubezpieczeniach gospodarczych. W podrozdziale znalazły się, prezentując szczegółowy przegląd literatury, główne podziały ubezpieczeń odzwierciedlające i ujmujące poszczególne rodzaje produktów ubezpieczeniowych. W rozprawie skupiono się tym samym na klasach i rodzajach produktów, a nie ich ujęciu w skali mikro, czyli przedstawieniu dostępnych na rynku rodzajów produktów oferowanych przez poszczególne zakłady ubezpieczeń, co byłoby zbyt rozbudowane oraz wybiegające daleko poza ramy założeń niniejszej monografii. Zawarte w tabelicy 1.1 ujęcie produktów ubezpieczeniowych wpisuje się więc w dotychczas definiowane w literaturze rodzaje i klasy ubezpieczeń.

Tablica 1.1. Klasyfikacja ubezpieczeń i produktów ubezpieczeniowych

Autor	Kryterium podziału	Podział ubezpieczeń
Monkiewicz J. (2003)	stopień swobody w zakresie nawiązywania stosunku ubezpieczenia	<ul style="list-style-type: none"> • ubezpieczenia obowiązkowe • ubezpieczenia dobrowolne
	przedmiot ubezpieczenia	<ul style="list-style-type: none"> • ubezpieczenia osobowe • ubezpieczenia majątkowe
	podmiot ubezpieczenia	<ul style="list-style-type: none"> • ubezpieczenia korporacyjne • ubezpieczenia skierowane do osób fizycznych • ubezpieczenia rolne
	długość stosunku ubezpieczenia	<ul style="list-style-type: none"> • ubezpieczenia krótkoterminowe • ubezpieczenia długoterminowe
Szumlicz T. (2010)	podmiotowe	<ul style="list-style-type: none"> • ubezpieczenia przedsiębiorstwa (ochrona ubezpieczeniowa w sferze gospodarczej) • ubezpieczenia gospodarstwa domowego (ochrona ubezpieczeniowa w sferze społecznej)
	przedmiotowe	<ul style="list-style-type: none"> • ubezpieczenia osobowe • ubezpieczenia majątkowe
	przystąpienia	<ul style="list-style-type: none"> • ubezpieczenia obowiązkowe • ubezpieczenia dobrowolne
	inicjatywy	<ul style="list-style-type: none"> • ubezpieczenia prywatne • ubezpieczenia publiczne
	zysku	<ul style="list-style-type: none"> • ubezpieczenia komercyjne • ubezpieczenia non-profit
	czasu	<ul style="list-style-type: none"> • ubezpieczenia krótkoterminowe • ubezpieczenia długoterminowe
Bednarczyk T. (2016)	przedmiot ubezpieczenia	<ul style="list-style-type: none"> • ubezpieczenia osobowe • ubezpieczenia majątkowe
	czas trwania umowy ubezpieczeniowej	<ul style="list-style-type: none"> • ubezpieczenia bezterminowe i terminowe • ubezpieczenia jednoroczne i długookresowe
	sposób zawarcia umowy ubezpieczeniowej	<ul style="list-style-type: none"> • ubezpieczenia jednostkowe (indywidualne) • ubezpieczenia zbiorowe (grupowe)

1. Podstawy tworzenia i oferowania...

Tabl. 1.1. cd.

Autor	Kryterium podziału	Podział ubezpieczeń
	docelowa grupa nabywców produktów ubezpieczeniowych	<ul style="list-style-type: none"> • ubezpieczenia adresowane do gospodarstw domowych • ubezpieczenia adresowane do przedsiębiorstw • ubezpieczenia adresowane do instytucji niebędących przedsiębiorstwami
	ustawowe	<ul style="list-style-type: none"> • ubezpieczenia działu I • ubezpieczenia działu II
	stopień swobody w zakresie zawierania umowy ubezpieczeniowej	<ul style="list-style-type: none"> • ubezpieczenia obowiązkowe • ubezpieczenia dobrowolne
Michalski T., Pajewska R. (2001)	przedmiot objęty ochroną ubezpieczeniową	<ul style="list-style-type: none"> • ubezpieczenia osobowe • ubezpieczenia majątkowe
	rodzaj zdarzenia losowego	<ul style="list-style-type: none"> • m.in. ubezpieczenia ogniowe, ubezpieczenia kradzieżowe, ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (tyle rodzajów ubezpieczeń, ile rodzajów ryzyka jest możliwych do ubezpieczenia na rynku ubezpieczeniowym)
	swoboda ubezpieczenia	<ul style="list-style-type: none"> • ubezpieczenia obowiązkowe • ubezpieczenia dobrowolne
	zakres terytorialny	<ul style="list-style-type: none"> • ubezpieczenia występujące w obrocie krajowym • ubezpieczenia występujące w obrocie międzynarodowym
	tradycja, odrębność zasad ubezpieczenia oraz źródła prawne	<ul style="list-style-type: none"> • ubezpieczenia lądowe • ubezpieczenia morskie
	podmiot zawierający ubezpieczenie	<ul style="list-style-type: none"> • ubezpieczenia zawierane z zakładami ubezpieczeń przez podmioty gospodarcze • ubezpieczenia zawierane z zakładami ubezpieczeń przez ludność
	forma organizacyjno-prawna	<ul style="list-style-type: none"> • ubezpieczenia komercyjne • ubezpieczenia wzajemne

Autor	Kryterium podziału	Podział ubezpieczeń
	transfer ryzyka ubezpieczeniowego	<ul style="list-style-type: none"> • ubezpieczenia pierwotne (asekuracja) • ubezpieczenia wtórne/pośrednie (reasekuracja)
	ustawowe	<ul style="list-style-type: none"> • ubezpieczenia na życie • ubezpieczenia majątkowe i pozostałe osobowe
Ratowska-Dziobiak E. (2014)	miejsce powstania zobowiązań ubezpieczeniowych	<ul style="list-style-type: none"> • ubezpieczenia krajowe • ubezpieczenia zagraniczne
	zakres ilościowy przedmiotu ubezpieczenia	<ul style="list-style-type: none"> • ubezpieczenia jednostkowe (dotyczą jednej osoby lub jednego przedmiotu) • ubezpieczenia zbiorowe: <ul style="list-style-type: none"> – grupowe dla ubezpieczeń osobowych – generalne dla ubezpieczeń majątkowych (dotyczą dóbr majątkowych wielu podmiotów)

Źródło: opracowanie własne na podstawie: J. Monkiewicz, *Produkty ubezpieczeniowe – istota, cechy, rodzaje* [w:] *Podstawy ubezpieczeń. Produkty*, red. J. Monkiewicz, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2003, t. II, s. 30–36; T. Szumlicz, *Klasyfikacja ubezpieczeń* [w:] *Ubezpieczenia*, red. J. Handschke, J. Monkiewicz, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2010, s. 78; T. Bednarczyk, *Rodzaje ubezpieczeń* [w:] *Ubezpieczenia*, red. W. Ronka-Chmielowiec, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2016, s. 32; T. Michalski, R. Pajewska, *Ubezpieczenia gospodarcze*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 2001, s. 62–75; E. Ratowska-Dziobiak, *Struktura popytu na usługi ubezpieczeniowe w Polsce (w oparciu o badania własne)*, „Gospodarka w Praktyce i Teorii” 2014, nr 2 (35), s. 74–75.

Należy nadmienić, że istnieją jeszcze inne klasyfikacje ubezpieczeń, na przykład według liczby ubezpieczonych dzielimy je na: ubezpieczenia indywidualne i ubezpieczenia grupowe. Kodeks cywilny³² dzieli ubezpieczenia na majątkowe i osobowe. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (zwana dalej ustawą ubezpieczeniową) wyróżnia dwa działy: I – ubezpieczenia na życie, II – pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe. Dział I składa się z 5 grup (m.in. ubezpieczenia na życie, posagowe, rentowe, wypadkowe i chorobowe, o ile są uzupełnieniem grup 1–4), a dział II z 18 grup (m.in. ubezpieczenia casco pojazdów lądowych, ubezpieczenie szkód spowodowanych żywiołami czy

³² Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny, Księga Trzecia, Tytuł XXVII Umowa ubezpieczenia (tekst jedn. Dz. U. z 2020 r., poz. 1740), art. 805–834.

ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej)³³. Z kolei rozporządzenie Ministra Finansów z 12 kwietnia 2016 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości dzieli ubezpieczenia wg klas rachunkowych³⁴: dla działu I (łącznie wszystkie grupy ubezpieczeń) i dla działu II:

- 01 następstwa wypadków i choroby (grupa 1 i 2);
- 02 komunikacyjne – odpowiedzialność cywilna (grupa 10);
- 03 komunikacyjne pozostałe (grupa 3);
- 04 morskie, lotnicze i transportowe (grupy 4, 5, 6, 7);
- 05 od ognia i innych szkód rzeczowych (grupy 8, 9);
- 06 odpowiedzialność cywilna (grupy 11, 12, 13);
- 07 kredyt i gwarancje (grupy 14, 15);
- 08 świadczenie pomocy (grupa 18);
- 09 ochrona prawna (grupa 17);
- 10 pozostałe (grupa 16).

1.4. Modyfikowanie oferty produktowej – powody, motywacje i uwarunkowania

Powody i motywacje do tworzenia nowych produktów i wprowadzania ich na rynek z pozoru wydają się oczywiste, ponieważ każdy podmiot działający na rynku dąży do rozwoju i maksymalizacji wybranych parametrów finansowych, takich jak wartość przychodów czy zysk. Niemniej jednak zakres tych czynników jest szerszy i bardziej złożony, dlatego też poniżej wskazano elementy, które mogą leżeć u podstaw tego typu decyzji. Syntetycznie ujmując, można wyróżnić motywacje strategiczne, które wpływają na podjęcie decyzji o tworzeniu i wprowadzeniu na rynek nowych produktów. Należą do nich motywacje:

- ekonomiczne;
- związane z przewagą konkurencyjną;
- formalnoprawne (np. w momencie wprowadzania w życie nowych przepisów umożliwiających tworzenie nowych klas produktów, czego w przeszłości przykładem były: ustawa o pracowniczych programach

³³ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), załącznik.

³⁴ Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 12 kwietnia 2016 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji (Dz. U., poz. 562).

emerytalnych czy ustawa o indywidualnych kontaktach emerytalnych oraz indywidualnych kontaktach zabezpieczenia emerytalnego)³⁵.

Doprecyzowując, przy tworzeniu nowych produktów ubezpieczeniowych, zakładom ubezpieczeń towarzyszy chęć osiągnięcia przynajmniej jednego z poniżej wskazanych celów:

- zwiększenie poziomu sprzedaży;
- wzrost rentowności spółki;
- zdobycie przewagi konkurencyjnej lub jej wzmocnienie;
- zmniejszenie dystansu do konkurencyjnych podmiotów (np. w przypadku gdy produkt nie znajdował się jeszcze w ofercie ubezpieczyciela, a podmioty konkurencyjne już go oferowały);
- dołączenie dodatkowych produktów lub jego elementów (np. opcji dodatkowych), które zwiększą atrakcyjność produktu podstawowego;
- inne przyczyny, na przykład wizerunkowa, czyli chęć nie odbiegania od trendów rynkowych i konkurencyjnych zakładów ubezpieczeń.

Według niektórych źródeł cele biznesowe zakładów ubezpieczeń mogą być jeszcze bardziej złożone, jak na przykład:

- osiągnięcie przewagi konkurencyjnej i jej utrzymanie;
- maksymalizacja zysków (cel mało precyzyjny) lub wzrost zysków na akcję o określony wskaźnik procentowy (miara bardziej precyzyjna);
- osiągnięcie określonego udziału w rynku do założonego poziomu procentowego (jest to jednak cel trudny do bieżącego i precyzyjnego monitorowania);
- wzrost wartości przypisu składki o założony poziom procentowy w danym roku (wskaźnik bardziej precyzyjny niż wskazany poprzednio);
- wzrost poziomu dywidend dla akcjonariuszy o założony poziom procentowy;
- wzmocnienie bazy kapitałowej;
- rozszerzenie działalności o nowe produkty, wejście na nowe rynki lub obszary działania;
- osiągnięcie założonego poziomu produktywności personelu lub efektywności kosztów;
- maksymalizacja efektywności personelu;

³⁵ Ustawa z dnia 22 sierpnia 1997 r. o pracowniczych programach emerytalnych (Dz. U. z 2001 r., poz. 623 oraz Dz. U. z 2002 r., poz. 253 i 1178); ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o indywidualnych kontaktach emerytalnych oraz indywidualnych kontaktach zabezpieczenia emerytalnego (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r., poz. 1808).

1. Podstawy tworzenia i oferowania...

- utrzymanie pozycji lidera na rynku w określonej grupie produktów;
- wzrost wartości netto spółki (wycena rynkowa, cena akcji);
- utrzymanie wypłacalności na założonym poziomie lub powyżej niego;
- utrzymanie określonego poziomu minimalnej stopy zwrotu na kapitale własnym³⁶.

Niektóre z powyższych celów biznesowych mogą być ze sobą sprzeczne. Przykładem jest choćby maksymalizacja zysków i utrzymanie stanu zatrudnienia na dotychczasowym poziomie, w przypadku gdy redukcja etatów może być kluczowa dla efektywności i rentowności. Dla wielu zakładów ubezpieczeń istotną rolę odgrywają także zobowiązania wobec: branży, społeczeństwa, personelu i ubezpieczających. Niekiedy istotny jest również zamiar przekazania przyszłemu zarządowi dobrze działającego i efektywnego przedsiębiorstwa, co jest cechą tylko bardzo dojrzałych struktur organizacyjnych³⁷.

Historyczne badania rynku wykazały, że motywacje do rozwoju bazy produktowej nie są jednorodne. Niektóre z nich przeważają, pozostałe są mniej istotne (tablica 1.2). Badania pokazały również, że najważniejszym motywatorem sprzyjającym tworzeniu produktów jest wzrost potencjału zysku (78,35%), a następnie chęć i potrzeba pokrycia kosztów działalności (67,01%). Kolejny istotny powód dla ankietowanych to utrzymanie prognoz minimalnego poziomu przychodów ze sprzedaży (64,97%), co jest związane z zakładanymi na każdy rok planami, strategiami i budżetami. Ich realizacja decyduje, w jaki sposób właściciele będą oceniać zarząd oraz spółkę. Inne motywy działania to: zwiększenie udziału w rynku (62,88%), dopasowanie do obecnej oferty produktowej (53,60%) oraz dopasowanie nowego produktu do wizerunku firmy (42,26%). Jak się okazuje, dla instytucji finansowych najmniej istotne jest wejście na nowe rynki, co wskazało zaledwie 30,92% podmiotów³⁸.

³⁶ The General Insurance Study Group of the Institute of Actuaries, *Corporate Planning in General Insurance, The Report of a Working Party*, Convention in Harrogate, Harrogate 1988, s. 6–7.

³⁷ *Ibidem*, s. 8.

³⁸ Na podstawie: H. Davison, *The development of new products in the personal financial services sector*, Dorset Institute, Poole 1990, s. 94. Badania przeprowadzone zostały wśród podmiotów z sektora finansów osobistych (*personal financial services sector*), do których należały instytucje oferujące produkty ubezpieczeniowe (36% badanych). Informacje uzyskane zostały z grupy 97 ankietowanych podmiotów z rynku brytyjskiego. Pomimo ich historycznego charakteru, w obliczu braku dostępności nowych, kompleksowych opracowań w tym zakresie, można uznać je jako cenny element ilustrujący omawiane kwestie. Biorąc pod uwagę bieżące działania podejmowane przez instytucje finansowe oraz charakter przeprowadzonych badań, można założyć, że ich rezultaty nie powinny istotnie odbiegać od obecnych tendencji rynkowych.

Tablica 1.2. Motywy i źródła decyzji o tworzeniu nowego produktu

Motywy i źródła decyzji	Podmioty wprowadzające nowe produkty (%)*
Wzrost potencjału zysku (<i>Profit Potential</i>)	78,35
Względy i analizy kosztowe (<i>Cost Considerations</i>)	67,01
Utrzymanie prognoz minimalnego poziomu przychodów ze sprzedaży (<i>Minimum Sales Revenue Forecast</i>)	64,97
Zwiększenie udziału w rynku (<i>Increasing Market Share</i>)	62,88
Dopasowanie do obecnej oferty produktowej (<i>Fit with Existing Product Range</i>)	53,60
Dopasowanie nowego produktu do wizerunku firmy (<i>Fit with Corporate Image</i>)	42,26
Wejście na nowe rynki (<i>Entry into New Markets</i>)	30,92

* wyniki na podstawie badanej grupy 97 podmiotów – możliwe odpowiedzi wielokrotne.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: H. Davison, *The development of new products in the personal financial services sector*, Dorset Institute, Poole 1990, s. 94.

Innym motywem tworzenia nowych produktów może być także chęć dywersyfikacji ryzyka. W myśl obowiązujących przepisów jest to ograniczenie ekspozycji na ryzyko zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji, związane ze zróżnicowaniem ich działalności. Wynika to z faktu, że strata z tytułu realizacji jednego rodzaju ryzyka może zostać skompensowana brakiem realizacji lub niepełną realizacją innego rodzaju ryzyka, w przypadku gdy ryzyka te nie są w pełni skorelowane³⁹.

Impulsem do tworzenia nowych produktów mogą być także wszelkiego rodzaju badania rynkowe. Jako przykład niech posłuży przeprowadzone wśród agentów ubezpieczeniowych badanie ankietowe Polskiej Izby Ubezpieczeń. Badanie dotyczyło ubezpieczeń od skutków klęsk żywiołowych. Według uzyskanych wyników 60% pośredników ubezpieczeniowych uważa, że nie więcej niż połowa klientów ma ubezpieczone mury na wypadek klęsk żywiołowych, co oznaczało, że luka ubezpieczeniowa wynosiła do 50%. Niemal 20% agentów oceniło, że w ich regionie tylko co czwarta osoba ma taką ochronę, a 60% wskazało, że co najwyżej połowa klientów w ich regionie ma ubezpieczone mury na wypadek

³⁹ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), art. 3 ust. 1 pkt 7.

1. Podstawy tworzenia i oferowania...

żywołów. Tylko niecałe 4% agentów wskazało, że mury ubezpiecza powyżej 85% klientów, a 78%, że mniej niż połowa klientów ubezpiecza sprzęt RTV. Prawie wszyscy ankietowani (aż 97%) byli zdania, że mniej niż połowa ich klientów ubezpiecza meble. Istotnym wskazaniem było, że aż 85% agentów przyznało, że ich klienci nie byłiby w stanie z własnych oszczędności odbudować domu lub nabyć mieszkania w cenie podobnej do ceny lokalu zniszczonego w ewentualnej katastrofie. Tylko 22% agentów uznało, że klienci byłiby w stanie wynająć sobie mieszkanie, gdyby zniszczone zostało ich dotychczasowe lokum. Są to jedynie przykłady, które mogą mieć istotne znaczenie dla ubezpieczycieli w zakresie modyfikacji oferty produktowej⁴⁰.

Zakłady ubezpieczeń tworząc nowe produkty, muszą mieć także świadomość percepcji swoich klientów i motywów, które kierują nimi przy podejmowaniu decyzji o zakupie danego produktu. Kwantyfikacja poszczególnych czynników w tym zakresie jest bardzo istotna. Badania dotyczące tego zagadnienia na polskim rynku wykazały, że o wyborze firmy ubezpieczeniowej decydują:

- atrakcyjna wysokość składki (ok. 95% odpowiedzi);
- bardzo dobra likwidacja szkód (82% odpowiedzi);
- długoletnie działanie firmy na rynku oraz szeroka oferta ubezpieczeń (po ok. 44% odpowiedzi);
- konkurencyjność i uczciwość firmy (po ok. 29% odpowiedzi);
- wysoka jakość obsługi (ponad 20% odpowiedzi).

Czynniki wyboru konkretnej oferty produktowej były natomiast następujące:

- atrakcyjna cena ubezpieczenia oraz atrakcyjna oferta ubezpieczeniowa (po ok. 29% odpowiedzi);
- opinia na temat firmy ubezpieczeniowej i agenta ubezpieczeniowego (po ok. 17% odpowiedzi);
- reklama ubezpieczenia (ok. 8% odpowiedzi)⁴¹.

Reasumując, należy stwierdzić, że na decyzje o tworzeniu nowych produktów ubezpieczeniowych może wpływać bardzo wiele czynników, obejmujących

⁴⁰ Badania opublikowane zostały w roku 2019. Dane liczbowe na podstawie: A. Durska, *#niezaklinaj – wiedza, której ciągle nie mamy*, „Dziennik Ubezpieczeniowy” 2019.09.02, nr 167 (4813), <https://piu.org.pl/blogpiu/niezaklinaj-jak-agenci-oceniaja-luke-ubezpieczeniowa-w-majtku/> [dostęp: 29.08.2019].

⁴¹ T. Nowogródzka, W. Rembisz, *Analiza marketingu usług ubezpieczeniowych*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach” (seria: Administracja i Zarządzanie) 2015, nr 105, s. 149–150.

zarówno uwarunkowania wewnętrzne, jak i zewnętrzne. Syntetyczne ich zestawienie przedstawione zostało w tablicy 1.3.

Tablica 1.3. Czynniki wpływające na decyzje o tworzeniu nowych produktów ubezpieczeniowych

Grupa czynników	Przykłady
Ekonomiczne	<ul style="list-style-type: none"> • zamożność społeczeństwa • poziom bezrobocia • poziom cen w gospodarce • cykle gospodarcze
Demograficzne	<ul style="list-style-type: none"> • struktura społeczeństwa według wieku • struktura społeczeństwa według płci • modele rodziny • poziom edukacji
Społeczno-kulturowe	<ul style="list-style-type: none"> • religia • system wartości • opinie, doświadczenia z przeszłości • poziom zaufania do instytucji finansowych • awersja do ryzyka • znajomość oferty
Technologiczne	<ul style="list-style-type: none"> • rozwój nowych technologii • rozwój nowych produktów • rozwój nowych kanałów dystrybucji
Prawne	<ul style="list-style-type: none"> • obowiązkowość ubezpieczeń
Kanały dystrybucji	<ul style="list-style-type: none"> • sprzedaż przez pracowników zakładu ubezpieczeniowego • sprzedaż agencyjna • pośrednictwo brokerów • sprzedaż przez telefon/Internet
Wewnętrzne	<ul style="list-style-type: none"> • wielkość kapitału • stan zatrudnienia • jakość kadr • kultura organizacyjna • systemy IT • czytelności, poziom zrozumienia i atrakcyjność oferty

Źródło: opracowanie własne na podstawie: E. Poprawska, A. Jędrzychowska, *Działalność bezpośrednia zakładów ubezpieczeń* [w:] *Ubezpieczenia*, red. W. Ronka-Chmielowiec, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2016, s. 176–181.

1.5. Tworzenie produktów ubezpieczeniowych w praktyce rynkowej

Szczegółowy zakres i etapy tworzenia oraz zarządzania produktami ubezpieczeniowymi nie były dotychczas zbyt szeroko omawiane w literaturze przedmiotu. Charakter tego złożonego procesu jest ściśle związany z praktyką ubezpieczeniową i jako taki nie poddaje się jednoznacznym definicjom oraz ramom teoretycznych opracowań. Wieloaspektowość procesu tworzenia produktów ubezpieczeniowych, zarządzania nimi oraz obsługi skutkuje pewnymi barierami, które utrudniają precyzyjne skwantyfikowanie tego procesu. Praktyka rynkowa pokazuje, że dobrze przygotowany i realizowany proces tworzenia produktu jest kluczowym elementem sukcesu, jaki odnosi produkt po wprowadzeniu na rynek. Podobnie jak zarządzanie produktem, które również winno być szczegółowo zaplanowane już na etapie jego tworzenia, a następnie konsekwentnie realizowane. Oczywiście z zachowaniem odpowiedniej elastyczności procesu, ponieważ rzeczywistość rynkowa niejednokrotnie odbiega od założeń teoretycznych.

Zgodnie z podejściem stosowanym na rynku, system zarządzania produktem ma relatywnie szeroki zakres. Jest on częścią całego systemu zarządzania przedsiębiorstwem, obejmującego procedury i elementy składające się na cały cykl życia produktu. W wypadku produktów ubezpieczeniowych cykl życia produktu trwa od momentu projektowania, poprzez rozpoczęcie sprzedaży, aż do chwili wycofania produktu z rynku oraz wywiązania się zakładu ubezpieczeń ze zobowiązań umownych, zaciągniętych wobec klientów⁴². Jakość systemu zarządzania produktem wpływa zatem na wiele obszarów działalności i ma za zadanie minimalizację skali ryzyka produktu, ryzyka utraty reputacji, ryzyka prawnego oraz operacyjnego⁴³. Z kolei w ujęciu nadzorczym, stosowanym przez Komisję Nadzoru Finansowego, system zarządzania produktem obejmuje następujące elementy:

- projektowanie i tworzenie produktu;
- pozyskiwanie klientów i oferowanie produktu;
- obsługę produktu, w tym:
 - monitorowanie produktu,

⁴² K. Malinowska, *Pojęcie zarządzania produktem...*, s. 11–13.

⁴³ Komisja Nadzoru Finansowego, *Rekomendacje dla zakładów ubezpieczeń dotyczące systemu zarządzania produktem*, Warszawa 2016, rekomendacja 1.

- likwidację szkód,
- rozpatrywanie skarg,
- rozwiązywanie sporów z klientami⁴⁴.

W poszczególne etapy procesu tworzenia produktu na ogół zaangażowane są kluczowe jednostki biznesowe zakładów ubezpieczeń: pioniry, biura, departamenty itp., w zależności od nomenklatury i kultury korporacyjnej danego podmiotu. Oddelegowani pracownicy uczestniczą w spotkaniach organizowanych przez menedżera projektu (produktu), prowadząc dyskusje, wnosząc swoje propozycje oraz korygując dotychczas podjęte decyzje i opracowane dokumenty. Niezależnie od przyjętej w danym zakładzie ubezpieczeń procedury tworzenia nowych produktów, w obowiązującym systemie prawnym istnieją ogólne wskazania odnośnie do tego procesu. Ustawa o dystrybucji ubezpieczeń z 2017 r. nakłada na zakłady ubezpieczeń, a także brokerów oraz agentów ubezpieczeniowych tworzących produkt ubezpieczeniowy, obowiązek stosowania odpowiedniego procesu zatwierdzania produktu oraz istotnych zmian dokonywanych w dystrybuowanym produkcie, przed wprowadzeniem go do obrotu. Konieczne jest również dokonywanie okresowych przeglądów całego procesu. Należy także podkreślić, że proces tworzenia i zatwierdzania produktu ubezpieczeniowego winien być adekwatny do charakteru danego produktu. Dodatkowo należy w nim precyzyjnie określić:

- rynek docelowy;
- ocenę ryzyka dla określonego rynku docelowego;
- adekwatność zamierzonej strategii dystrybucji do określonego rynku docelowego;
- działania zapewniające dystrybucję produktu na określonym rynku docelowym.

Podmioty tworzące produkty ubezpieczeniowe winny z mocy prawa dokonywać regularnych przeglądów ich funkcjonowania, uwzględniając istotne zdarzenia mające wpływ na ryzyko dla określonego rynku docelowego. Celem przeglądu powinna być między innymi ocena, czy produkt nadal odpowiada potrzebom określonego rynku docelowego oraz czy zaplanowana strategia dystrybucji wciąż jest odpowiednia⁴⁵.

⁴⁴ Komisja Nadzoru Finansowego, *Rekomendacje dla zakładów ubezpieczeń dotyczące systemu zarządzania produktem*, Warszawa 2016, s. 2–4.

⁴⁵ Ustawa z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r., poz. 1881 ze zm.), art. 11 ust. 1–4.

Zakłady ubezpieczeń powinny wprowadzać na rynek produkty, których cechy i ryzyka objęte ochroną ubezpieczeniową, a także opłaty i kanały dystrybucji spełniają oczekiwania i interesy określonej grupy klientów (tzw. grupy docelowej)⁴⁶. Konieczne jest zatem opracowywanie i wdrażanie precyzyjnych zasad uszczegóławiających proces projektowania i tworzenia produktu. Już na etapie projektowania produktu ubezpieczyciele powinni określić docelową grupę klientów, do której kierowany będzie dany produkt. W tym celu, w zależności od specyfiki produktu, należy brać pod uwagę następujące założenia, dotyczące potencjalnych klientów z grupy docelowej:

- poziom ryzyka związanego z produktem w kontekście tzw. apetytu na ryzyko;
- kwestie demograficzne i zdrowotne;
- zakładany poziom wiedzy w kontekście możliwości zrozumienia złożoności produktu i związanego z nim ryzyka;
- możliwości finansowe;
- oczekiwany zakres ochrony;
- oczekiwany okres ochronny lub horyzont inwestycyjny;
- stopień dostępności zainwestowanych środków przy produktach z komponentem inwestycyjnym⁴⁷.

W celu oceny, czy dany produkt uwzględnia oczekiwania i interesy przyszłych klientów, ubezpieczyciele powinni także dokładnie analizować założenia przyjęte przy taryfikacji i tworzeniu produktu. Przykładem może być tu skala i prawdopodobieństwo osiągnięcia zysków z inwestycji w przypadku ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub innych instrumentów finansowych powiązanych z danym produktem.

Istotnym elementem jest także identyfikacja klientów, których oczekiwań i interesów produkt nie będzie realizował (tzw. antygrupa), zwłaszcza w kontekście ograniczenia ryzyka niewłaściwej sprzedaży, czyli tzw. *missellingu*, który można zdefiniować jako: „(...) niekoniecznie intencjonalne praktyki, które sprawiają,

⁴⁶ M. Orlicki, *Projektowanie typu ubezpieczenia („produktu ubezpieczeniowego”) według rekomendacji KNF dla zakładów ubezpieczeń dotyczących systemu zarządzania produktem*, „Artykuły i Rozprawy, Prawo Asekuracyjne” 2016, nr 3 (88), s. 9.

⁴⁷ Komisja Nadzoru Finansowego, *Rekomendacje dla zakładów ubezpieczeń dotyczące systemu zarządzania produktem*, Warszawa 2016, rekomendacja 10.

że klientowi został sprzedany produkt nieodpowiadający jego potrzebom⁴⁸. Często występuje on, gdy pośrednicy ubezpieczeniowi postępują niewłaściwie lub nawet nieetycznie, sprzedając produkt nie przystosowany do potrzeb klienta⁴⁹. Ubezpieczyciele powinni zatem określić dla przedstawicieli antygrupy zasady ograniczające dostęp do danego produktu. Użytecznym narzędziem może być tu wprowadzenie pewnych limitów i ograniczeń, np. określenie minimalnego lub maksymalnego wieku klienta przy zawieraniu umowy ubezpieczenia⁵⁰. Zakłady ubezpieczeń winny tym samym należycie identyfikować wszystkie czynniki determinujące preferencje zakupu ubezpieczeń, które decydują o wyborze danego produktu ubezpieczeniowego⁵¹.

Zarządzający muszą mieć także na uwadze i oszacować już na początkowym etapie prac oraz uwzględnić w tzw. cyklu życia produktu okresy, w których wystąpi wzrost i najwyższy poziom przychodów, a także okresy, gdy nastąpi moment ich spadku, a wszystko to przy założeniu, że standardowy cykl życia produktu finansowego można podzielić na cztery fazy:

- 1) początkową – po wprowadzeniu produktu na rynek;
- 2) wzrostu – gdy przychody mają silną tendencję rosnącą;
- 3) dojrzałości – gdy przychody mają ustabilizowany charakter;
- 4) spadkową – gdy przychody mają charakter spadkowy⁵².

Nie jest to łatwe zadanie, ponieważ specyfika usług finansowych, a w szczególności ubezpieczeniowych, jest odmienna od dóbr trwałego użytku. Zależy ponadto od klasy danego produktu, na przykład faktu, czy jest on krótko, czy długoterminowy. Można założyć, że ubezpieczenia na życie będą miały cykl nieco dłuższy niż pozostałe produkty, choć nie musi to być regułą. Dobrze skonstruowany produkt majątkowy, pomimo krótkiego okresu ochrony (1 rok), może cieszyć się uznaniem na rynku przez długie lata. Można zatem zaryzykować twierdzenie, że im lepiej będzie przygotowany proces tworzenia produktu, a co

⁴⁸ M. Kawiński, *Nietrafiona sprzedaż a otoczenie regulacyjne pośrednictwa ubezpieczeniowego w Polsce – wybrane rozwiązania*, „Studia Oeconomica Posnaniensia” 2015, vol. 3, no. 12, s. 104.

⁴⁹ R. Inderst, M. Ottaviani, *Misselling through Agents*, „American Economic Review” 2009, vol. 99, No. 3, s. 883.

⁵⁰ Komisja Nadzoru Finansowego, *Rekomendacje dla zakładów ubezpieczeń dotyczące systemu zarządzania produktem*, Warszawa 2016, rekomendacja 10.

⁵¹ T. Szumlich i in. (red.), *Przezorność ubezpieczeniowa w zmianie systemu zabezpieczenia społecznego*, Fundacja Instytut Zarządzania Ryzykiem Społecznym, Warszawa 2017, s. 204.

⁵² C.T. Ennew, N. Waite, *Financial Services Marketing. An International Guide to Principles and Practice*, Butterworth – Heinemann – Elsevier, Oxford UK 2007, s. 107.

1. Podstawy tworzenia i oferowania...

za tym idzie sam produkt, tym większe jest prawdopodobieństwo, że okres jego życia będzie istotnie wydłużony w stosunku do oferty konkurentów. Należy jednak zaznaczyć, że na skutek postępu technologicznego, a w szczególności rozwoju rozległych sieci informatycznych, mediów społecznościowych itp., cykl życia niektórych rodzajów produktów może być nieco przyspieszony⁵³, choć nie jest to regułą w przypadku klasycznych produktów o charakterze średnio lub długoterminowym.

1.6. Metody, narzędzia i etapy tworzenia produktów

Podejście teoretyczne dotyczące tworzenia produktów ubezpieczeniowych często różni się z praktyką, niemniej jednak w większości przypadków można wyróżnić charakteryzujące je cechy wspólne. Najczęściej stosowanym schematem prac nad nowymi produktami jest podejście procesowe, w którym na poszczególnych etapach realizowane są określone czynności w uprzednio założonych terminach. Klasyczny proces planowania strategicznego zawiera następujące elementy:

- zdefiniowanie misji projektu;
- analiza czynników zewnętrznych (ekonomicznych, politycznych, finansowych, socjalnych i kulturowych itp.);
- analiza czynników wewnętrznych (związanych z danym podmiotem, jak i branżą w której działa);
- zdefiniowanie celów i uwarunkowań projektu oraz identyfikacja, wycena i selekcja celów strategicznych;
- tworzenie planów działania i oceny ich wpływu na działalność podmiotu;
- doprecyzowanie oraz implementacja planu operacyjnego projektu;
- monitorowanie i weryfikacja rezultatów⁵⁴.

Na poszczególnych etapach planowania używane są różne narzędzia operacyjne, do których można zaliczyć na przykład analizę SWOT (*strenghts*,

⁵³ E. Ratowska-Dziobiak, *Struktura popytu na usługi ubezpieczeniowe w Polsce (w oparciu o badania własne)*, „Gospodarka w Praktyce i Teorii” 2014, nr 2 (35), s. 70; R. Piasecki, *Globalizacja procesów gospodarczych* [w:] *Podstawy ekonomii*, red. E. Kwiatkowski, R. Milewski, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011, s. 511–518.

⁵⁴ The General Insurance Study Group of the Institute of Actuaries, *Corporate Planning in General Insurance...*, s.3.

weaknesses, opportunities, threats), obejmującą wewnętrzne i zewnętrzne czynniki, które mogą przyczynić się do sukcesu lub porażki danego projektu.

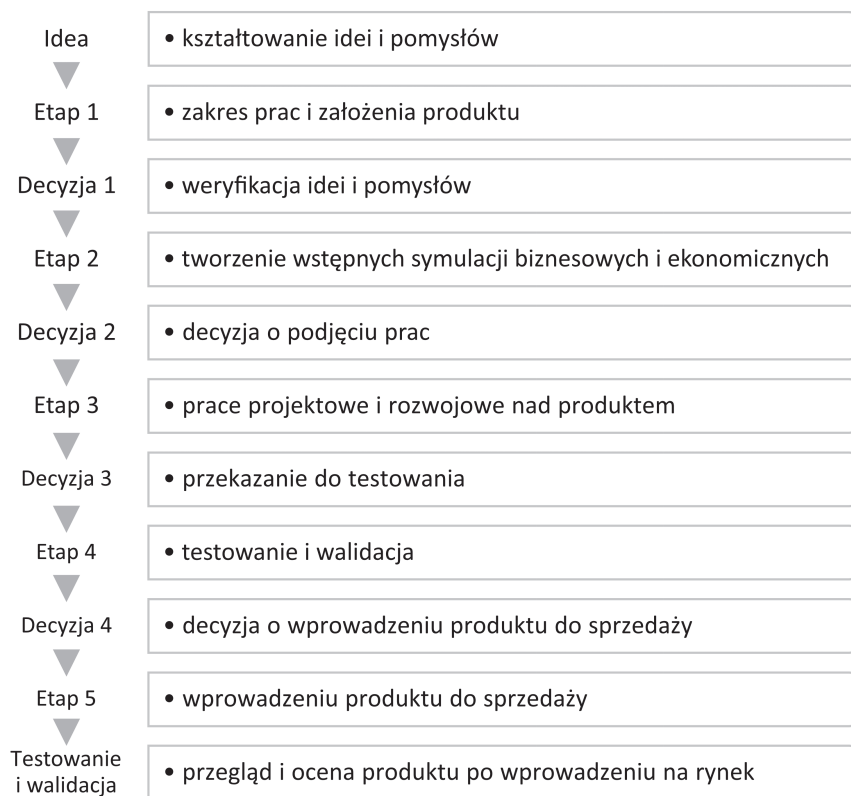
Biorąc więc pod uwagę wspomniane kwestie, wprowadzanie nowych produktów ubezpieczeniowych na rynek może przebiegać wg następującego schematu:

- kształtowanie idei i pomysłów – kluczowy etap rozpoczynający cały proces, który decyduje o dalszym kierunku prac projektowych;
- opracowanie zakresu prac i założeń produktu – na podstawie wybranych idei i pomysłów opracowywany jest plan dalszych prac oraz bazowe założenia przyszłego produktu;
- weryfikacja idei i pomysłów – etap, na którym na podstawie oceny pierwotnych idei i pomysłów podejmowane są wstępne decyzje;
- tworzenie wstępnych symulacji biznesowych i ekonomicznych – istotny element będący podstawą do podjęcia dalszych prac lub ich zaniechania;
- decyzja kierunkowa o kontynuowaniu prac nad produktem – podejmowana na ogół przez najwyższą kadre zarządzającą;
- prace projektowe w zakresie tworzenia wszystkich obszarów funkcjonowania produktu – wieloaspektowy zakres prac, w który zaangażowani są przedstawiciele najważniejszych jednostek organizacyjnych;
- testowanie produktu i walidacja – etap, na którym prowadzone są końcowe prace przed wprowadzeniem produktu na rynek, jak np. testowanie systemów informatycznych i logistyki związanej ze sprzedażą;
- decyzja o wprowadzeniu produktu do sprzedaży – podejmowana na ogół przez zarząd zakładu ubezpieczeń;
- przegląd i ocena produktu po wprowadzeniu na rynek – etap związany z zarządzaniem produktem, w którym dokonywane są ewentualne zmiany i korekty niektórych jego elementów⁵⁵.

Syntetyczne ujęcie powyższych kwestii wskazano na rysunku 1.2.

⁵⁵ J. Mahmutllari, *Developing a new product development & launch process Case: Company X*, Haaga Helia – University of Applied Sciences Publishing, Helsinki 2014, s. 9, cyt. za: R. G. Cooper, *Winning at new products*, Persus Publishing, Cambridge, Massachusetts 2001, s. 130.

1. Podstawy tworzenia i oferowania...



Rysunek 1.2. Etapy wprowadzania produktu na rynek

Źródło: opracowanie własne na podstawie: J. Mahmutllari, *Developing a new product development & launch process Case: Company X*, Haaga Helia – University of Applied Sciences Publishing, Helsinki 2014, s. 9, cyt. za: R.G. Cooper, *Winning at new products*, Perseus Publishing, Cambridge, Massachusetts 2001, s. 130.

Powyższe podejście nie jest jedynym spotykanym na rynku. Innym mogą być etapy tworzenia produktów, które zostały opracowane przez organizacje branżowe, jak choćby przez Stowarzyszenie Aktuariuszy. W tym wypadku zawierają one elementy dotyczące poszczególnych etapów tworzenia, łącznie z obszarami kluczowymi dla prawidłowego kształtowania nowych produktów. Są to:

- generowanie idei i pomysłów – pomysły na nowe produkty lub na weryfikację obecnych są sprawdzane w celu zidentyfikowania wariantów do dalszej formalnej analizy;

- koncepcja produktu i studium wykonalności – dla każdego pomysłu na produkt przygotowuje się analizy biznesowe lub studia wykonalności. Wybrane pomysły są grupowane w projekty i ewentualnie finansowane na dalszych etapach prac;
- planowanie i projekt produktu – zarówno produkt, jak i jego elementy są szczegółowo planowane i projektowane;
- ustanowienie wytycznych dotyczących ubezpieczenia i oceny ryzyka – zasady i procesy dotyczące ubezpieczenia są ustalane łącznie z odpowiednią klasyfikacją ryzyka ubezpieczeniowego, w zależności od specyfiki produktu;
- wycena produktu – szacowane są parametry aktuarialne, które obejmują m.in. ustalanie poziomu: składek, rezerw, odszkodowań i świadczeń oraz innych parametrów finansowych i ekonomicznych; parametry te poddawane są wielu testom pod kątem rentowności produktu oraz oczekiwanych poziomów sprzedaży;
- reasekuracja – prowadzone są kalkulacje finansowe oraz ewentualne negocjacje warunków reasekuracji z partnerami rynkowymi;
- przygotowanie lub aktualizacja systemów informatycznych – wymagania systemowe są opracowywane, a następnie wdrażane dla każdego elementu produktu w celu realizacji wszystkich jego funkcjonalności;
- procedury – procesy i operacje w zakresie każdego obszaru produktu są opracowane w formie procedur;
- plany marketingowe – tworzone są materiały marketingowe i realizowane kampanie promocyjne;
- dokumenty formalne produktu – obszar ten obejmuje opracowanie zarówno dokumentacji zewnętrznej (w tym ogólne warunki ubezpieczenia itp.), jak i wewnętrznej (m.in. druki i formularze dla sieci sprzedaży);
- zakończenie opracowywania produktu i wprowadzenie go na rynek;
- monitoring wyników sprzedaży – porównanie rzeczywistych wyników sprzedaży z wyceną i założonym wcześniej planem⁵⁶.

Podobnych do wspomnianych podziałów na poszczególne etapy może być bardzo wiele. Będą one zależeć od rodzaju produktu, procedur korporacyjnych, potrzeb ubezpieczyciela oraz szeregu innych uwarunkowań. Mając na uwadze tę kwestię, na potrzeby niniejszego opracowania zdefiniowano autorski podział

⁵⁶ Society of Actuaries, *Understanding the Product Development Process of Individual Life Insurance and Annuity Companies*, Schaumburg (Illinois) 2017, s. 12.

etapów tworzenia produktów, wynikający zarówno ze schematów spotykanych w literaturze przedmiotu, jak i z praktycznych doświadczeń dotyczących procesu opracowywania i tworzenia produktów. W opinii autorów oddaje on mechanizmy stosowane obecnie na rynku finansowym. W celu jak najbardziej przejrzystego sposobu przedstawienia omawianych kwestii, procesy niezbędne do tworzenia i zarządzania produktami uszeregowano wg trójstopniowego kryterium podzielonego na: fazy, etapy i obszary.

Wyselekcjonowano trzy podstawowe fazy tworzenia produktów:

- Faza 1 – opracowanie koncepcji i studium wykonalności produktu – etap wstępny (przygotowawczy) obejmujący okres od powstania koncepcji i pomysłów na nowy produkt, aż do decyzji o rozpoczęciu właściwych prac projektowych nad jego utworzeniem.
- Faza 2 – proces tworzenia nowego produktu – właściwe prace projektowe obejmujące wszystkie obszary tworzenia produktu, aż do decyzji o wprowadzeniu produktu do sprzedaży.
- Faza 3 – rozpoczęcie dystrybucji i zarządzanie produktem – od dnia rozpoczęcia sprzedaży i oficjalnego wprowadzenia na rynek aż do wycofania produktu z rynku.

Poszczególne elementy wskazane w niniejszym zestawieniu w sposób szczegółowy zostały opisane w rozdziale 5.

1.7. Wybrane innowacje produktowe

Ubezpieczyciele, podobnie jak inni przedsiębiorcy, potrzebują impulsów i katalizatorów do efektywniejszego działania w realiach wysoce konkurencyjnej i ulegającej ciągłym zmianom gospodarki. Za tego typu stymulujące czynniki powszechnie uznaje się innowacje⁵⁷, które będą przedmiotem rozważań w niniejszym podrozdziale.

Łacińskie określenie *innovare* oznaczające odnowienie lub zmianę, stało się podstawą współczesnego znaczenia (i brzmienia) słowa innowacja. Definicje innowacji są bardzo zróżnicowane i zależą od kontekstu, w którym słowo to występuje. W szerokim ujęciu, wszelkie zmiany zachodzące w danych warunkach przestrzennych i czasowych mogą być postrzegane jako nośniki nowości

⁵⁷ M. Zastempowski, *Uwarunkowania budowy potencjału innowacyjnego polskich małych i średnich przedsiębiorstw*, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń 2010, s. 55–56.

i dotyczyć w równej mierze wytworów kultury materialnej i niematerialnej⁵⁸. Niektóre definicje wskazują na przykład, że innowacją jest wprowadzenie do szerokiego użytku nowych produktów, procesów lub sposobów postępowania⁵⁹. Bardzo prostą definicją jest również stwierdzenie, że innowacją może być każda modyfikacja bazująca na asymilacji przekazywanej wiedzy⁶⁰. Stosując nieco węższe ujęcie w rozumieniu handlowym, w zależności od branży innowacją jest pierwsze zastosowanie nowatorskiego produktu, procesu, systemu lub urządzenia⁶¹. Może być to także wprowadzenie jakiegoś wynalazku stanowiącego część niewykorzystanej dotychczas wiedzy technologicznej⁶². W tym miejscu uzasadnione wydaje się wskazanie rozgraniczenia znaczeń pojęć: innowacja oraz wynalazek, jakie zostały wprowadzone przez Schumpetera. Argumentował on, że duża liczba wynalazków nie stanie się w przyszłości innowacjami, ponieważ nie zostanie wprowadzona do produkcji i sprzedaży⁶³. Warto także podkreślić, że istotnym efektem wdrożenia wszelkiego rodzaju innowacji winna być poprawa jakości w zakresie zaspokajania potrzeb osób, firm bądź całego społeczeństwa⁶⁴.

Odrębnym wątkiem rozważań jest odpowiedź na pytanie, co stanowi, że dane przedsiębiorstwo może być uznane za innowacyjne? Podpowiedzią w tym wypadku będzie wskazówka z Podręcznika Oslo, gdzie przedsiębiorstwo innowacyjne zdefiniowano jako to, które wdrożyło co najmniej jedną innowację⁶⁵. Z kolei za atrybuty, które określają innowacyjne działania danego podmiotu, można uznać:

⁵⁸ M. Haffer, *Determinanty strategii nowego produktu polskich przedsiębiorstw przemysłowych*, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń 1998, s. 27.

⁵⁹ J.A. Allen, *Scientific innovation and industrial prosperity*, Longman, London 1966, s. 7; M. Zastempowski, *Uwarunkowania budowy potencjału...*, s. 58–59.

⁶⁰ P.R. Whitfield, *Innowacje w przemyśle*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 1979, s. 26.

⁶¹ Ch. Freeman, *The economics of technical change*, „Cambridge Journal of Economic” 1994, vol. 18, No. 5, s. 463; E. Munsfield, *Industrial Research and Technology Innovation*, Norton W.W. and Co., New York 1968, s. 1.

⁶² C.F. Carter, B.R. Williams, *Industry and technological process*, Oxford University Press, London 1958, s. 29.

⁶³ J. Sikora, A. Uziębło, *Innowacja w przedsiębiorstwie — próba zdefiniowania*, „Zarządzanie i Finanse” 2013, Wydział Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego, t. 2, nr 2, s. 354, cyt. za: J. A. Schumpeter, *Teoria rozwoju gospodarczego*, PWN, Warszawa 1960.

⁶⁴ Swiss Re Institute, *Product Innovation in Non-Life Insurance Markets. Where Little “I” Meets Big “T”*, „Sigma” 2011, No. 4., s. 4.

⁶⁵ Komisja Europejska, *Podręcznik Oslo. Zasady gromadzenia i interpretacji danych dotyczących innowacji*, OECD, MNiSW, Warszawa 2008, s. 61.

1. Podstawy tworzenia i oferowania...

- zdolność do przewidywania przyszłości oraz perspektywiczne i przyszłościowe myślenie;
- umiejętność permanentnego generowania innowacji, a także twórczość i kreatywność;
- zdolność korzystania z własnego innowacyjnego potencjału w celu zachowania wysokiej pozycji konkurencyjnej;
- trwałą komunikację z klientami, mającą na celu rozpoznanie bieżących i przyszłych potrzeb;
- elastyczność działania w dostosowywaniu się do zmiennych warunków otoczenia rynkowego⁶⁶.

Zakłady ubezpieczeń, którym można przypisać wymienione atrybuty, niewątpliwie mogą być traktowane jako ubezpieczyciele innowacyjni, choć ostatecznym sprawdzianem innowacyjności i efektywności podejmowanych rozwiązań zawsze jest rezultat w postaci wzrostu wartości przychodów, poprawy pozycji konkurencyjnej lub polepszenia rozpoznawalności i identyfikacji marki.

W sektorze ubezpieczeń, podobnie jak w innych dziedzinach gospodarki, można wyróżnić wiele różnych typów innowacji. Jednym z kryteriów podziału jest ich oryginalność, w ramach której wyróżnia się innowacje kreatywne, czyli takie, które zostały wprowadzone przez dany podmiot jako pierwsze oraz innowacje imitujące, czyli rozwiązania bazujące w całości lub w części na mechanizmach już istniejących. Na rynku występują także innowacje przedmiotowe, organizacyjne oraz technologiczne⁶⁷. Pierwsze z nich mogą dotyczyć rodzajów produktów lub zakresu ubezpieczeń wychodzących naprzeciw oczekiwaniom klientów. Innowacje organizacyjne z kolei mogą mieć związek ze sposobami dystrybucji, obsługą klienta czy procedurami likwidacji szkód. Natomiast innowacje technologiczne należy szukać w szerokiej gamie rozwiązań i udogodnień bazujących na technologiach informatycznych.

Inny sposób definiowania i podziału innowacji produktowych w branży ubezpieczeniowej wyróżnia: innowacje inkrementalne (*incremental innovation*), innowacje ewolucyjne (*evolutionary innovations*) oraz innowacje transformacyjne

⁶⁶ J. Sikora, A. Uziębło, *Innowacja w przedsiębiorstwie – próba zdefiniowania*, „Zarządzanie i Finanse” 2013, Wydział Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego, t. 2, nr 2, s. 355.

⁶⁷ *Ibidem*, s. 356.

(*transformational innovation*)⁶⁸. Pierwsze z nich mają charakter ciągły i w zasadzie dotyczą wszystkich zakładów ubezpieczeń, które modyfikują swoje produkty i procesy, na przykład poprzez zmianę zapisów ogólnych warunków ubezpieczenia, rozszerzenie zakresu ochron ubezpieczeniowych, doskonalenie zasad oraz procedur wewnętrznych itp. Innowacje ewolucyjne mogą w praktyce polegać na zmianie sposobu dystrybucji produktów lub implementacji już istniejących rozwiązań produktowych na nowe obszary. Innowacje transformacyjne obejmują natomiast zmiany o najbardziej kluczowym charakterze, jak przesuwanie dotychczasowych granic ubezpieczalności ryzyka itp.⁶⁹

W ostatnich dekadach postęp technologii informatycznych oraz rozwój pozostałych gałęzi zaawansowanych technologii zrewolucjonizował nie tylko zachowania klientów, ale także ofertę całego rynku finansowego. Przykładem mogą być nowe rozwiązania, które wprowadzane są w branży ubezpieczeniowej. Szeroko pojęte innowacje w zakresie produktów ubezpieczeniowych mogą dotyczyć bardzo wielu aspektów działalności i nie zawsze muszą opierać się na wykorzystaniu narzędzi informatycznych oraz nowoczesnych rozwiązań technologicznych. Mogą natomiast mieć charakter niematerialny lub materialny i dotyczyć:

- cech lub rozwiązań w samej konstrukcji produktu;
- sprzedaży i dystrybucji;
- technik obsługi klienta;
- procedur likwidacji szkód;
- pozostałych obszarów działalności zakładów ubezpieczeń.

Jednym z przykładów wymienionych powyżej typów innowacji, które nie bazowały na nowoczesnych technologiach, jest wprowadzenie formuły *all risks* w ubezpieczeniach domów i mieszkań dla osób fizycznych, która pierwotnie oferowana była tylko klientom korporacyjnym⁷⁰. Dla wielu mniej doświadczonych klientów nazwa może być myląca, ponieważ ubezpieczenia od wszystkich ryzyk w rzeczywistości obejmują wszystkie ryzyka za wyjątkiem wyłączeń wskazanych w umowach ubezpieczenia. Katalog wyłączeń niejednokrotnie bywa jednak tak rozbudowany, że produkty tego typu można byłoby czasem nazwać

⁶⁸ T.H. Bednarczyk, A. Jańska, *Innowacje produktowe i procesowe w obszarze ubezpieczeń majątkowych dla osób fizycznych*, „Annales Universitatis Mariae Curie – Skłodowska Lublin – Polonia” 2015, vol. XLIX, 4 Sectio H, s. 47, cyt. za: Institute Swiss Re, *Product Innovation in Non-Life Insurance Markets...*, s. 4–5, 14–15.

⁶⁹ *Ibidem*, s. 4–5, 14–15.

⁷⁰ *Ibidem*, s. 4–5, 14–15.

„ubezpieczeniami od niektórych ryzyk” lub „od niewielu ryzyk”, choć, co należy zaznaczyć, nie jest to na szczęście regułą.

Za innowację *stricte* produktową należy uznać ubezpieczenia z komponentem inwestycyjnym, a zwłaszcza ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym (tzw. *unit-linked*), które po raz pierwszy pojawiły się na rynku holenderskim w latach 50. XX wieku, natomiast ich rozwój w obecnie znanym kształcie rozpoczął się w latach 70. XX wieku⁷¹. Trzeba jednak wspomnieć, że sprawna obsługa tego typu produktów, ze względu na złożoną konstrukcję opartą zarówno o część ubezpieczeniową, jak i inwestycyjną, wymaga bardzo zaawansowanych narzędzi informatycznych, wspierających wszystkie operacje i transakcje finansowe.

Kolejnym przykładem może być upowszechnienie usług typu *assistance*, które obejmują nie tylko ubezpieczenia komunikacyjne, ale również wspierają główne ryzyka oferowane w ramach ubezpieczeń mieszkań i domów, ubezpieczeń turystycznych i wielu innych⁷². Mogą one dotyczyć wsparcia w drobnych naprawach hydraulicznych, awariach elektrycznych, pracach domowych itp. Szczególnym rodzajem usług *assistance* są produkty przeznaczone dla osób zamożnych, np. pakiety typu *concierge*, po wykupieniu których klient może liczyć na rezerwację biletów na wybrane wydarzenie kulturalne lub sportowe, wynajęcie luksusowego samochodu z kierowcą czy dostarczenie zakupów⁷³.

Jak już zaznaczono, w ostatnich dekadach dominującą rolę zaczęły odgrywać innowacje będące efektem rozwoju nowych technologii. Powszechny dostęp do komputerów i sieci internetowej, rozwój telefonii komórkowej, smartfonów oraz wszelkiego rodzaju aplikacji mobilnych stanowi ogromną szansę na wprowadzanie nowych i innowacyjnych rozwiązań⁷⁴. Sam proces poszukiwania idei oraz badania oczekiwań klientów jest już łatwiejszy, ponieważ wszelkie działania w tym zakresie mogą być prowadzone nie tylko za pomocą klasycznych ankiet (w formie papierowej), ale też za pośrednictwem analogicznych narzędzi elektronicznych czy aplikacji mobilnych. W istotny sposób przyspiesza to, ułatwia i generuje niższe koszty tego typu operacji.

⁷¹ M. Szczepańska, *Ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym*, Lex Wolters Kluwer Business, Warszawa 2011, s. 19.

⁷² Szerzej w rozdziale 3.

⁷³ T. H. Bednarczyk, A. Jańska, *Innowacje produktowe i procesowe w obszarze ubezpieczeń majątkowych dla osób fizycznych*, „Annales Universitatis Mariae Curie – Skłodowska Lublin – Polonia” 2015, vol. XLIX, 4 Sectio H, s. 50, cyt. za: Swiss Re Institute, *Product Innovation in Non-Life Insurance Markets...*, s. 4–5, 14–15.

⁷⁴ Accenture, *Cyfryzacja sektora ubezpieczeń w Polsce*, Raport przygotowany przez Accenture we współpracy z Polską Izbą Ubezpieczeń, Warszawa 2018, s. 20–36.

Używanie narzędzi internetowych i aplikacji do zawierania umów ubezpieczenia w niektórych rodzajach ubezpieczeń (np. ubezpieczeniach turystycznych czy komunikacyjnych) stało się już standardem. Dzięki nim uproszczeniu uległ również proces likwidacji szkód, choć dotyczy to głównie szkód masowych o niskiej wartości, których koszt bezpośredniej (klasycznej) likwidacji byłby wyższy niż wypłacane odszkodowania, jak jest w przypadku indywidualnych ubezpieczeń majątkowych. Do przekazywania informacji o szkodach używane są zarówno łącza telefoniczne (kontakt z infolinią), jak i łącza internetowe, za pomocą których wypełnia się formularze i wysyła zeskanowane dokumenty lub zdjęcia. Zgłoszenia tego typu są selektywnie sprawdzane przez ubezpieczycieli, aby zmniejszyć prawdopodobieństwo nadużyć, niemniej jednak powyższe mechanizmy w sposób istotny wpłynęły na usprawnienie i obniżenie kosztów likwidacji szkód.

Nie bez znaczenia dla rozwoju nowych produktów ubezpieczeniowych są również innowacje mające długoterminowe przełożenie na bezpieczeństwo ruchu drogowego. W tym zakresie narzędzia telemetryczne, które za zgodą klienta umożliwiają śledzenie prędkości i przestrzegania zasad ruchu drogowego, są bodaj najlepszym przykładem. Rozwiązania typu *pay as you drive*, uzależniające wysokość składki od stylu jazdy kierowców, są już obecne na polskim rynku⁷⁵.

Nie można także pominąć innowacji będących odpowiedzią na rozwój nowych technologii. Przykładami w tym zakresie mogą być umowy ubezpieczeniowe, obejmujące ryzyka związane z uszkodzeniem lub kradzieżą komputerów i tabletów, a w szczególności urządzeń mobilnych i smartfonów. Swoistym wyzwaniem na dzień tworzenia niniejszego opracowania są także ubezpieczenia dedykowane użytkownikom elektrycznych hulajnóg, które ze względu na swoją powszechność na ulicach miast powodują dużo kolizji. Rodzimi ubezpieczyciele starają się wyjść naprzeciw nowym wyzwaniom i uatrakcyjnić swoje oferty na różne sposoby. Przykładem może być ubezpieczenie Odpowiedzialności Cywilnej (OC) dla ekocyklistów, czyli osób poruszających się zwykłym rowerem, hulajnogą lub deskorolką oraz ich elektrycznymi odpowiednikami, wspólnie nazywanymi urządzeniami transportu osobistego. Z oferty mogą skorzystać

⁷⁵ Na podst.: <https://subiektywnieofinansach.pl/ergo-hestia-i-yanosik-maja-pierwsze-w-polsce-ubezpieczenie-pay-as-you-drive/> [dostęp: 10.10.2019].

klienci jednego z ubezpieczycieli, którzy zdecydują się na zakup ubezpieczenia komunikacyjnego OC lub AC⁷⁶.

Kolejną innowacją, która przyczyniła się do wzrostu dostępności produktów ubezpieczeniowych i zmieniła model sprzedaży, są wszelkiego rodzaju wyszukiwarki internetowe. Dzięki nim można w niespotykanym wcześniej krótkim czasie nabyć polisę ubezpieczeniową wyłącznie za pomocą łączy wirtualnych. W przypadku prostych ubezpieczeń (np. turystycznych) czas zawarcia transakcji, łącznie z płatnością i otrzymaniem drogą mailową polisy, wynosi nie więcej niż kilka minut. Oczywiście złożone produkty ubezpieczeniowe lub indywidualne ubezpieczenia na życie nie są w ten sposób oferowane. Nie zmienia to jednak faktu, że możliwość zawierania umów za pomocą wirtualnego kontaktu i opcji *on-line* w istotny sposób zmieniło rodzimy rynek ubezpieczeń.

Przyszłość międzynarodowego rynku ubezpieczeń mogą kreować także tzw. *insurtechy*, które są podmiotami koncentrującymi swoją aktywność na ściśle określonym obszarze, związanym z nowymi technologiami. Przykładem mogą być firmy specjalizujące się w ryzykach cybernetycznych, ryzykach dotyczących urządzeń mobilnych, komunikacji, dystrybucji, obsłudze klienta itp. Przykładem może być utworzenie przez spółkę z branży motoryzacyjnej nowego podmiotu *Tesla Insurance*. Ubezpieczeniowy projekt Tesli ma zapewnić kierowcom samochodów elektrycznych tańsze ubezpieczenia. Według zapowiedzi ceny mają być niższe o 20%, a w niektórych przypadkach nawet o 30% od stawek rynkowych. Stawki ubezpieczeniowe dla aut elektrycznych są w USA znacznie wyższe niż w przypadku pozostałych pojazdów⁷⁷.

Kolejnym przykładem innowacji, tym razem z rynku polskiego, może być ubezpieczenie wirtualnych przedmiotów i sprzętu gamingowego dedykowane graczom i fanom e-sportu przez jednego z operatorów komórkowych. Będzie on je oferował w swojej sieci dystrybucji, natomiast ryzyko ubezpieczeniowe będzie pokrywał jeden z wybranych przez operatora zakładów ubezpieczeń⁷⁸. Jest to jeden z wielu przykładów na możliwe innowacje wychodzące naprzeciw

⁷⁶ Biuro prasowe Link4, *LINK4 z ekopolisą na hulajnogę i nie tylko Coraz więcej wypadków na e-hulajnogach*, <https://www.link4.pl/biuro-prasowe/aktualnosci-link4/link4-z-ekopolisa-na-hulajnoge-i-nie-tylko> [dostęp: 20.08.2019].

⁷⁷ K. Kopańko, *Nowość od Tesli. Firma Muska kusi kierowców tanimi ubezpieczeniami. Normalnie grzech nie skorzystać*, <https://spidersweb.pl/bizblog/ubezpieczenia-samochoody-tesla/> [dostęp: 29.08.2019].

⁷⁸ Dziennik Ubezpieczeniowy Nr 82 (4478) 2018-04-26, https://dziennikubezpieczeniowy.pl/2018/04/26/Play_ubezpieczenie_wirtualnych_przedmiotow_i_sprzetu_gamingowego/arttykul/115708 [dostęp: 20.08.2019].

potrzeb młodych klientów, które wynikają z rozwoju nowych technologii. Pokazuje on jednocześnie, jak bardzo istotna może być współpraca branży ubezpieczeniowej z innymi sektorami, które zapewnić mogą wsparcie procesu dystrybucji.

Reasumując należy zaznaczyć, że wskazane przykłady innowacji są jednymi z wielu, które zrealizowane zostały w ostatnich latach. Należy oczekiwać, że wraz z upływem czasu i postępem technologii, ich liczba oraz jakość będą systematycznie wzrastać.

Podsumowanie rozdziału 1

W rozdziale pierwszym uwagę skoncentrowano na istocie, cechach oraz teoretycznych i praktycznych podstawach tworzenia i oferowania produktów ubezpieczeniowych. W pierwszej części, na podstawie studium literatury, dokonano przeglądu kluczowych definicji produktów ubezpieczeniowych, które do chwili publikacji niniejszej monografii w najpełniejszy sposób opisywały badane zagadnienia. Omówione zostały także elementy składające się na produkt ubezpieczeniowy, począwszy od rdzenia produktu ubezpieczeniowego, którym są ryzyko podstawowe oraz ryzyka dodatkowe, poprzez markę zakładu ubezpieczeń, składki ubezpieczeniowe, komunikację z otoczeniem i inne elementy składowe. Kolejnym poddanym badaniu zagadnieniem były cechy produktu ubezpieczeniowego, decydujące o korzyściach płynących dla ubezpieczonych i/lub uposażonych. Szczególne miejsce niewątpliwie zajmuje tutaj poczucie bezpieczeństwa, wynikające ze wsparcia finansowego, które zapewniają zakłady ubezpieczeń. Następnie uwaga została skupiona na różnorodnych podejściach do klasyfikacji produktów ubezpieczeniowych. Wiele omawianych kryteriów podziału koncentrowało się na stopniu swobody w zakresie nawiązywania stosunku ubezpieczenia, przedmiotu i podmiotu ubezpieczenia, długości stosunku ubezpieczenia, sposobu przystąpienia, inicjatywy, zysku, czasu trwania umowy ubezpieczeniowej, sposobu zawarcia umowy ubezpieczeniowej, docelowej grupy nabywców produktów ubezpieczeniowych, podziału ustawowego itp.

W rozdziale omówione zostały także powody, motywacje i uwarunkowania związane z modyfikowaniem oferty produktowej przez zakłady ubezpieczeń. Kluczowe z nich to uwarunkowania ekonomiczne, związane z przewagą konkurencyjną oraz formalnoprawne wynikające z wprowadzania w życie nowych przepisów umożliwiających tworzenie nowych klas produktów. Wskazano

także cele przyświecające modyfikacjom oferty produktowej. Należą do nich m.in.: zwiększenie poziomu sprzedaży, wzrost rentowności, zdobycie przewagi konkurencyjnej lub jej wzmocnienie itp. Wymienione zostały również metody, narzędzia i etapy tworzenia produktów ubezpieczeniowych, które spotykane są w praktyce rynkowej. Ponadto omówiono szereg elementów występujących na poszczególnych etapach cyklu życia produktu, począwszy od fazy początkowej (po wprowadzeniu produktu na rynek), poprzez fazę wzrostu, fazę dojrzałości (gdy przychody mają ustabilizowany charakter) aż po fazę spadkową (gdy przychody mają tendencję malejącą). Rozdział pierwszy zamykają zagadnienia dotyczące innowacji produktowych, które przyczyniły się do rozwoju wielu nowych rozwiązań stosowanych w sektorze ubezpieczeń. Innowacje w zakresie produktów ubezpieczeniowych dotyczą bardzo wielu aspektów działalności firm, które je oferują i nie zawsze muszą się opierać na narzędziach informatycznych i rozwiązaniach technologicznych. Mogą mieć charakter niematerialny, jak i materialny oraz dotyczyć szeregu elementów, takich jak: cechy lub rozwiązania w samej konstrukcji produktu, sprzedaż i dystrybucja, techniki obsługi klienta, procedury likwidacji szkód oraz pozostałe obszary działalności zakładów ubezpieczeń.

Zagadnienia badawcze

1. Wskaż i scharakteryzuj wybraną definicję produktu ubezpieczeniowego.
2. Wymień podstawowe cechy, jakimi charakteryzują się produkty ubezpieczeniowe.
3. Wymień i scharakteryzuj elementy konstrukcyjne produktu ubezpieczeniowego.
4. Scharakteryzuj podstawowe kryteria klasyfikacji produktów ubezpieczeniowych.
5. Wskaż, jakie działy i grupy ubezpieczeń definiuje załącznik do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11.09.2015 r.
6. Wymień i scharakteryzuj powody tworzenia nowych produktów ubezpieczeniowych.
7. Wymień, jakie kanały dystrybucji produktów ubezpieczeniowych występują na rynku finansowym.
8. Wymień i opisz innowacje produktowe bazujące na nowych technologiach.

9. Opisz czym jest i jakie znaczenie w branży ubezpieczeniowej ma cykl życia produktu.
10. Wymień i scharakteryzuj innowacje produktowe bazujące na konstrukcji lub innych nietechnologicznych obszarach działalności zakładów ubezpieczeń.

Rozdział 2

Produkty ubezpieczeń na życie

2.1. Teoretyczne podstawy ubezpieczeń na życie

Ubezpieczenia na życie (*life insurance*⁷⁹) pełnią bardzo ważną rolę w prywatnym życiu poszczególnych obywateli oraz całych społeczności. Jak podkreśla A. Śliwiński⁸⁰, „nie ma jednej definicji ubezpieczenia na życie, która uwzględniłaby wszystkie aspekty tej usługi. Większość definicji nie rozdziela ubezpieczeń na życie od ubezpieczeń majątkowych, traktując ubezpieczenia przez pryzmat takich pojęć, jak szkoda czy strata związane z realizacją określonych zdarzeń losowych”. Pierwszą definicję ubezpieczeń na życie podał pod koniec XIX wieku U. Gobbi⁸¹. Ubezpieczenie jest w niej narzędziem kompensującym straty majątkowe oraz utratę dochodów, spodziewanych zysków, możliwości zarobkowania czy dodatkowych wydatków będących skutkiem wystąpienia określonych zdarzeń.

Ubezpieczenia na życie w aspekcie ochronnym i oszczędnościowym E. Stroński definiuje jako: „instrument rozłożenia skutków finansowych, które mogą być wynikiem realizacji ryzyka, które wystąpiło u niektórych ubezpieczonych, a groziło wszystkim ubezpieczonym oraz jako instrument przemieszczania

⁷⁹ W Anglii w ubezpieczeniach na życie część ryzyka związana z utratą życia nazywana jest *assurance*. Por. A. Śliwiński, *Specyfika ubezpieczeń życiowych* [w:] *Ubezpieczenia*, red. W. Ronka-Chmielowiec, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2016, s. 281.

⁸⁰ A. Śliwiński, *Przestrzenne zróżnicowanie ryzyka ubezpieczeniowego a efektywność ubezpieczeń na życie. Ryzyko–popyt–zysk*, Oficyna Wydawnicza Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2012, s. 85.

⁸¹ U. Gobbi, *Theorie der Versicherung*, „Zeitschrift für Versicherungsrecht und Wissenschaft” 1896, vol. 2, s. 465–476, cyt. za: A. Śliwiński, *Przestrzenne zróżnicowanie ryzyka ubezpieczeniowego...*, s. 49.

2. Produkty ubezpieczeń na życie

się w czasie i pomnażania środków finansowych ubezpieczonych”⁸². Z kolei S. Ostasiewicz⁸³ stwierdza, że ubezpieczenia pozwalają zabezpieczyć się przed stratami finansowymi wynikającymi z zaistnienia pewnych zdarzeń losowych, które dotyczą utraty zdrowia czy życia, takich jak: śmierć, dożycie pewnego wieku, choroba, nieszczęśliwy wypadek itp. Również B. Błaszczyn i T. Rolski⁸⁴ wyjaśniają, że ubezpieczenia na życie zapewniają „pokrycie finansowych potrzeb wynikłych wskutek określonych zdarzeń w życiu człowieka, jak choroba, kalectwo, przekroczenie pewnego wieku, konieczność zaopatrzenia rentowego, a przede wszystkim śmierć”. Oczywiście zdarzenia te⁸⁵ mają charakter losowy, gdyż zdarzeń deterministycznych (takich, które na pewno wystąpią) nie obejmuje się ubezpieczeniem. O ile jednak choroba, kalectwo, konieczność zaopatrzenia rentowego czy dożycie określonego wieku nie są zdarzeniami pewnymi (czyli takimi, które na pewno kiedyś się zrealizują), to śmierć jest zdarzeniem pewnym. Powstaje więc pytanie, czy można traktować śmierć człowieka jako zdarzenie losowe? Odpowiedź jest twierdząca, gdyż losowy charakter zgonu związany jest z czasem zaistnienia tego zdarzenia, który nie jest znany w momencie podpisywania umowy ubezpieczenia. Poza momentem śmierci, innym nieznanym zdarzeniem jest sposób, w jaki ona nastąpi, co również może być traktowane jako czynnik losowy. Oba elementy, czyli czas i sposób, w jaki nastąpiła śmierć ubezpieczonego, wpływają na wysokość składki ubezpieczeniowej. Niemniej jednak należy mieć na względzie, że śmierć jako zdarzenie pewne, według niektórych teorii, nie powinna być jednak traktowana jako ryzyko samo w sobie⁸⁶. Sformułowanie „ryzyko śmierci” jest w tym kontekście pojęciem nie do końca

⁸² A. Śliwiński, *Ryzyko i kalkulacja składki w ubezpieczeniach na życie* [w:] *Ubezpieczenia*, red. W. Ronka-Chmielowiec, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2016, s. 283, cyt. za: E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie – teoria i praktyka*, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2003, s. 17 oraz A. Śliwiński, *Przestrzenne różnicowanie ryzyka ubezpieczeniowego...*, s. 87, cyt. za: E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie – teoria i praktyka...*, s. 17.

⁸³ S. Ostasiewicz, *Elementy aktuariatu*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego we Wrocławiu, Wrocław 2003, s. 9.

⁸⁴ B. Błaszczyn, T. Rolski, *Podstawy matematyki ubezpieczeń na życie*, Wydawnictwo Naukowo-Techniczne, Warszawa 2004, s. 13.

⁸⁵ Zdarzenia o charakterze losowym nazywane są zdarzeniami losowymi – są to zdarzenia, które mogą, ale nie muszą się zrealizować.

⁸⁶ A. Śliwiński, *Ryzyko w ubezpieczeniach na życie* [w:] *Ubezpieczenia we współczesnym świecie – problemy i tendencje*, red. I. Kwiecień, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2017, s. 225 i 227.

jednoznacznym i precyzyjnym, choć niekiedy pojawia się w literaturze przedmiotu⁸⁷. Bardziej powszechnym sformułowaniem i stosowanym w praktyce rynkowej jest zwrot „ryzyko śmiertelności”⁸⁸. Widać więc, że istnieje tu pole do interesującej dyskusji akademickiej, niemniej nie ma to większego wpływu na praktykę rynkową. Nie wchodząc zatem w dalsze rozważania teoretyczne i semantyczne należy stwierdzić, że śmierć oraz ryzyko z nią związane zajmują bardzo ważne miejsce w ubezpieczeniach na życie.

Konkludując, ubezpieczenie na życie to pewnego rodzaju kontrakt dotyczący zdarzeń losowych związanych z długością życia człowieka, których nie można z góry przewidzieć. W kontrakcie tym zakład ubezpieczeń zobowiązuje się do udzielenia ochrony i wypłaty świadczenia w przypadku wystąpienia zdarzenia objętego ochroną, a ubezpieczający zobowiązuje się do zapłacenia jednorazowo lub ratalnie opłaty (składki ubezpieczeniowej) za tę ochronę⁸⁹. Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia może być wypłacone na rzecz określonych w umowie osób lub podmiotów również jednorazowo lub ratalnie⁹⁰.

Ubezpieczenia na życie dzielą się na dwa typy kontraktów: ubezpieczenia życiowe (świadczenia wypłacane zwykle jednorazowo, pod warunkiem, że ubezpieczony zmarł lub dożył odpowiedniego wieku) oraz renty życiowe (świadczenia wypłacane okresowo, zazwyczaj gdy ubezpieczony żyje). Ochrona ubezpieczeniowa⁹¹ w ubezpieczeniach na życie ma charakter długookresowy i może być różnie określona w umowach podstawowych i dodatkowych. W ramach umów podstawowych ochrona ta może bezpośrednio odnosić się do ryzyka śmierci ubezpieczonego lub ryzyka dożycia przez ubezpieczonego określonego w umowie wieku⁹². Z kolei w ramach umów dodatkowych (opcja, ryzyko dodatkowe, *rider*) w ubezpieczeniach na życie, ochrona ubezpieczeniowa może odnosić się pośrednio do utraty życia, np. do: ryzyka poważnego zachorowania (zmniejszonych dochodów z powodu poważnej choroby i zwiększonych wydatków na leczenie), ryzyka zdrowotnego (zwiększonych wydatków na koszty leczenia

⁸⁷ T. Szumlicz i in. (red.), *Przezorność ubezpieczeniowa w zmianie...*, s. 86 i 98.

⁸⁸ Komisja Nadzoru Finansowego, *Badanie ilościowe. Specyfikacja techniczna*, Urząd Komisji Nadzoru Finansowego, Warszawa 2013.

⁸⁹ Art. 805 k.c.

⁹⁰ S. Spanily, *Ubezpieczenia życiowe*, wykład VIII, Gdańsk 2002 [komputeropis].

⁹¹ B. Hardyniak, *Funkcje zakładów ubezpieczeń. Ochrona ubezpieczeniowa* [w:] *Podstawy ubezpieczeń*, red. J. Monkiewicz, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2000, t. I, s. 65.

⁹² Patrz: np. PZU Ogólne Warunki Ubezpieczenia PZU Ja Plus, https://www.pzu.pl/_files/asset/item/1513091 [dostęp: 20.01.2020].

2. Produkty ubezpieczeń na życie

i rehabilitacji), ryzyka trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku (NNW), ryzyka trwałej niezdolności do pracy wskutek poważnego zachorowania lub NNW⁹³. Umowy dodatkowe mogą mieć skrócony okres ubezpieczenia (np. ubezpieczenie dodatkowe skończy się szybciej, jeszcze w trakcie trwania ubezpieczenia na życie) i można je wykupić w dowolnym czasie trwania umowy ubezpieczenia. Ochrona ubezpieczeniowa w ramach umów dodatkowych do ubezpieczeń na życie może być także oferowana oddzielnie, ale tylko krótkookresowo w ramach pozostałych ubezpieczeń osobowych i majątkowych (dział II ubezpieczeń).

W celu pomocy w zrozumieniu istoty ubezpieczeń na życie, w niniejszym rozdziale przedstawiono krótką historię ich powstania. Chociaż zaczątki ubezpieczeń życiowych miały miejsce już w starożytności, dopiero w średniowieczu powszechne stały się zrzeczenia osób (np. gildie kupieckie, kasy czeladzi, bractwa, kasy górnicze), opierające się na zasadzie wzajemności i powstające w celu wspólnego dzielenia się ryzykiem oraz uzyskania ewentualnych rekompensat strat (tzw. awarie wspólne)⁹⁴. W 1689 r. we Francji i Włoszech powstały tzw. *tontyny* (od pomysłodawcy Lorenzo Tontiego), do których wpłacano środki, za co otrzymywano dożywotnie renty gwarantujące wypłaty w momencie niezdolności do pracy. Były to pierwsze renty życiowe⁹⁵. Wczesne formy ubezpieczeń nie bazowały jednak na ocenie ryzyka. Pierwsza zachowana do dziś umowa ubezpieczeń na życie pochodzi z 18.06.1583 r., kiedy to obywatel Londynu, William Gybbons, zawarł z zakładem ubezpieczeń *Office of Insurance* terminową umowę ubezpieczenia na życie (z 12 miesięcznym okresem ochrony), opiewającą na sumę ubezpieczenia 382 funtów 6 szylingów i 8 pensów. Informacja o tym ubezpieczeniu zachowała się między innymi dlatego, że Gybbons zmarł w ostatnim miesiącu ochrony, a zakład ubezpieczeń odmówił wypłaty świadczenia, przez co sprawa trafiła do sądu. Podczas rozprawy zakład ubezpieczeń próbował udowodnić, że ubezpieczony przeżył cały okres ubezpieczenia, licząc każdy miesiąc ochrony po 28 dni i w związku z tym nie należało wypłacać wskazanym

⁹³ Patrz: np. PZU Ogólne warunki ubezpieczeń dodatkowych: dodatkowego ubezpieczenia indywidualnego na wypadek leczenia szpitalnego, https://www.pzu.pl/_files/1513615 [dostęp: 20.01.2020], dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia następstw ciężkich chorób, <https://www.pzu.pl/dla-ciebie-i-rodziny/zycie-i-zdrowie/ochrona-zdrowia/opieka-medyczna-w-ciezkiej-chorobie-pzu-z-milosci-do-zdrowia> [dostęp: 20.01.2020].

⁹⁴ W. Ronka-Chmielowiec, *Rys historyczny ubezpieczenia* [w:] *Ubezpieczenia*, red. W. Ronka-Chmielowiec, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2016, s. 25.

⁹⁵ Wysokość rent zależała od liczebności grupy osób w danym wieku i roku pobierania świadczeń.

uposażonym świadczenia. Sąd jednak nie zgodził się na takie obliczenia okresu ochrony (prawdopodobnie nie były one zapisane w umowie) i nakazał wypłacić świadczenie pośmiertne. Reasumując, należy podkreślić, że wczesne formy i umowy ubezpieczeń na życie nie bazowały na podstawach matematycznych, w szczególności probabilistycznych.

Na pierwsze oszacowane matematycznie ubezpieczeń na życie trzeba było poczekać do przełomu XVII i XVIII wieku, czyli do czasów rozwoju matematyki, a szczególnie powstania rachunku prawdopodobieństwa⁹⁶, statystyki matematycznej, wnioskowania statystycznego oraz procesów stochastycznych. Rozpoczęto wówczas badania teorii ryzyka (w szczególności ubezpieczeniowego) oraz jego oceny, a także prace badawcze nad umieralnością i długoterminowymi operacjami finansowymi, jak również nad modelami ryzyka w ubezpieczeniach na życie. W tym okresie, dokładnie w 1699 r., powstał też pierwszy komercyjny zakład ubezpieczeń w Anglii – Society of Assurances for Widows and Orphans, który oferował swoim klientom ubezpieczenia na wypadek śmierci⁹⁷.

Cechą charakterystyczną ubezpieczeń na życie jest to, że bazują na ocenie i analizie: umieralności, czasu trwania życia oraz dalszego czasu trwania życia (ryzyku śmierci ubezpieczonego lub dożycia określonego wieku). Prekursorem tego typu analiz, a dokładnie tablic śmiertelności (tzw. tablic wymieralności), był holenderski matematyk J. de Witt, którego uznaje się za pierwszego badacza teorii ubezpieczeń na życie⁹⁸. Pierwsze tablice wymieralności opracował i opublikował w 1693 r. angielski astronom E. Halley⁹⁹, który na podstawie danych o ludności żyjącej w rządonym przez austriackich Habsburgów Breslau (dzisiejszym Wrocławiu), oszacował renty życiowe. Na kolejne opracowane dla ziem polskich tablice śmiertelności trzeba było poczekać do XIX wieku, gdy stworzyli je

⁹⁶ Pierwsze koncepcje prawdopodobieństwa jako szansy otrzymania wyniku pochodzą od Gerolamo Cardano, który opublikował je w 1663 r. w *Liber de Ludo Alea* (Księdze o grach hazardowych). Następnie Blaise Pascal i Pierre de Fermat korespondowali na ten temat. Pierwszą książkę z rachunku prawdopodobieństwa napisał i opublikował w 1657 r. Christian Huygens; Ch. Huygens, *De Ratiociniis in Ludo Aleae – O obliczeniach w grach hazardowych*, 1657 r., cyt. za: B. Błaszczyn, T. Rolski, *Podstawy matematyki ubezpieczeń na życie...*, s. 14 oraz G. Krzykowski, M. Szreder, *Rachunek prawdopodobieństwa*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2003, cz. I, s. 10.

⁹⁷ W. Ronka-Chmielowiec, *Rys historyczny ubezpieczenia...*, s. 25.

⁹⁸ *Ibidem*, s. 25.

⁹⁹ E. Halley, *An Estimate of the Degrees of the Mortality of Mankind, drawn from curious Tables of the Births and Funerals at the City of Breslaw; with an Attempt to ascertain the Price of Annuities upon Lives*, [b.m.] 1693, cyt. za: B. Błaszczyn, T. Rolski, *Podstawy matematyki ubezpieczeń na życie...*, s. 14.

J. Słomiński i A. Daniewicz¹⁰⁰. Obecnie (od 1970 r.) tablice śmiertelności noszą nazwę Tablic Trwania Życia (skrót TTŻ)¹⁰¹, a teorię ubezpieczeń na życie zalicza się do jednej z pierwszych gałęzi matematyki stosowanej¹⁰².

Pod koniec XIX w. powstały teoretyczne podstawy ubezpieczeń, a w 1895 r. w Brukseli odbył się pierwszy międzynarodowy kongres aktuariuszy¹⁰³. Wtedy także zaczęła się rozwijać idea polityki socjalnej (w Niemczech) oraz wykształciły się systemy emerytalne. W XX wieku rozwinęła się naukowa teoria ryzyka ubezpieczeniowego, czego przykładem może być praca napisana w 1909 r. przez F. Lundberga o kolektywnej teorii ryzyka w ubezpieczeniach. Dzięki rozwojowi gospodarstwu oraz społeczno-ekonomicznemu w niemal każdym kraju na świecie powstały zakłady ubezpieczeń. Współcześnie istnieje wiele zakładów ubezpieczeń o charakterze globalnym. Mogą to być wszelkiego rodzaju konglomeraty, holdingi i grupy kapitałowe, do których należą banki, fundusze emerytalne i inwestycyjne oraz ubezpieczyciele.

2.2. Specyfika i zakres ochrony w ubezpieczeniach na życie

Życie ludzkie jest w swej istocie bezcenne, a tym samym ubezpieczenia osobowe (w szczególności na życie oraz NNW) nie mają określonej ustawowo górnej granicy odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń oraz limitu liczby oferowanych produktów dla jednego klienta. Oznacza to, że jeden ubezpieczony może posiadać dowolną liczbę ubezpieczeń na życie o nieograniczonych ustawowo wysokościach sum ubezpieczenia. Przeciwnieństwem w tym zakresie są ubezpieczenia majątkowe, w których odszkodowanie, nawet jeśli jest wypłacane z kilku umów ubezpieczenia zawartych w różnych zakładach ubezpieczeń, nie może przekroczyć łącznie wysokości poniesionej szkody. Ponadto obowiązkowe ubezpieczenia majątkowe mają ustawowo określoną górną granicę odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.

¹⁰⁰ *Ibidem*, s. 15.

¹⁰¹ *Ibidem*, s. 15–16.

¹⁰² *Ibidem*, s. 13.

¹⁰³ Aktuariusz (łac. *actuarius*) to tzw. „matematyk ubezpieczeniowy” – osoba posiadająca licencję aktuarialną, która upoważnia ją do wykonywania funkcji aktuarialnych w zakładach ubezpieczeń. Do funkcji aktuarialnych należy m.in. tworzenie nowych produktów ubezpieczeniowych, kalkulacja składek ubezpieczeniowych, wycena rezerw techniczno-ubezpieczeniowych na potrzeby rachunkowości oraz na potrzeby wypłacalności.

Niektóre z nowoczesnych produktów ubezpieczeń na życie nie tylko pełnią funkcję ochronną, oferując świadczenie na wypadek śmierci lub innych dodatkowych rodzajów ryzyka, ale czasami pełnią także rolę oszczędnościową, oferując komponent inwestycyjny w celu równoległego zapewnienia ochrony i wsparcia potrzeb finansowych.

Ubezpieczenia na życie, według ustawy o działalności ubezpieczeniowej, należą do ubezpieczeń dobrowolnych¹⁰⁴, w których zasady regulowane są przez zakłady ubezpieczeń (a nie ogólnie przez ustawodawcę, tak jak ma to miejsce w ubezpieczeniach obowiązkowych) oraz do grupy tzw. ubezpieczeń lądowych¹⁰⁵, których wytyczne reguluje kodeks cywilny (k.c.). W umowie ubezpieczenia (umowie cywilnoprawnej i ściśle zdefiniowanym kontrakcie) zakład ubezpieczeń (ubezpieczyciel) zobowiązuje się udzielić ochrony i w razie wystąpienia określonego w umowie zdarzenia losowego spełnić pewne warunki, czyli wypłacić określone świadczenie (*benefit*, tzw. suma ubezpieczenia – *sum insured*). Ubezpieczający natomiast zobowiązuje się zapłacić określoną w umowie opłatę za udzieloną ochronę (składkę ubezpieczeniową)¹⁰⁶. Wyraźnie widać, że występują tu dwie strony umowy: ubezpieczający (*policyholder*) oraz ubezpieczyciel (czyli zakład ubezpieczeń, *insurer*), a także ubezpieczony oraz osoba uposażona. W tym miejscu warto uporządkować terminologię:

- ubezpieczający – osoba, która zawiera umowę z zakładem ubezpieczeń i zobowiązuje się opłacać w terminie składki ubezpieczeniowe za udzieloną ochronę;
- ubezpieczony – osoba, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia;
- uposażony – osoba fizyczna lub podmiot gospodarczy uprawniony do uzyskania świadczenia pieniężnego (beneficjent). Zgodnie z ustawą ubezpieczeniową ubezpieczony wskazuje uposażonego (nie można zawrzeć ubezpieczenia na życie bez zgody pełnoletniego ubezpieczonego). Jeżeli

¹⁰⁴ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), art. 15 par 2.

¹⁰⁵ Ubezpieczenia można podzielić wg ustanawiających je norm prawnych na ubezpieczenia lądowe (przepisy reguluje kodeks cywilny) i morskie (przepisy reguluje kodeks morski). Por. T. Bednarzyk, *Instytucja ubezpieczenia* [w:] *Ubezpieczenia*, red. W. Ronka-Chmielowiec, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2016, s. 44.

¹⁰⁶ Składka najczęściej powinna być zapłacona z chwilą zawarcia umowy ubezpieczenia. Por. I. Kwiecień, *Umowa i stosunek ubezpieczenia* [w:] *Ubezpieczenia*, red. W. Ronka-Chmielowiec, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2016, s. 53–74.

2. Produkty ubezpieczeń na życie

ubezpieczony nie wskazał uposażonych lub wskazani uposażeni nie żyją, lub nie istnieją, to zgodnie z kodeksem cywilnym, świadczenie przysługuje ustawowym spadkobiercom.

Wysokość odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń w ubezpieczeniach życiowych nazywa się sumą ubezpieczenia¹⁰⁷. Wysokość wypłacanych środków finansowych w razie wystąpienia zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową (tzw. wypadku ubezpieczeniowego) nazywa się świadczeniem¹⁰⁸. Może być ono wypłacane jednorazowo (ubezpieczenia życiowe) lub w formie ciągu płatności – renty okresowej (finansowej lub życiowej).

Przedmiotem ubezpieczenia w umowie podstawowej jest życie ubezpieczonego¹⁰⁹, które może być utracone w wyniku zaistnienia w przyszłości zdarzenia losowego, określonego w umowie ubezpieczenia. Zdarzenie objęte ochroną nie może wystąpić przed zawarciem umowy ubezpieczenia (np. nie można ubezpieczyć osoby nieżyjącej¹¹⁰). Prawa i obowiązki wynikające z umowy ubezpieczenia zawarte są w ogólnych warunkach ubezpieczenia (skrót: o.w.u.), które zakłady ubezpieczeń mają obowiązek definiować w sposób jednoznaczny i zrozumiały dla klientów¹¹¹. Wszelkie niejasności wynikające z umowy ubezpieczenia i o.w.u. interpretuje się na korzyść ubezpieczonych¹¹². Ogólne warunki ubezpieczenia muszą być przygotowane zgodnie z istniejącymi wymogami prawnymi¹¹³ i nie mogą być sprzeczne z kodeksem cywilnym (*ius cogens*). W przeciwnym wypadku z mocy prawa są nieważne. Ich minimalny, podstawowy zakres został określony w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej¹¹⁴, są to m.in.: rodzaj i przedmiot ubezpieczenia, prawa i obowiązki stron umowy, zakres odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, sposób ustalenia i opłacania składki, ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności.

¹⁰⁷ W ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej lub ubezpieczeniach obowiązkowych suma ubezpieczenia nazywana jest sumą gwarancyjną, co zostało opisane w rozdziale 3.

¹⁰⁸ Art. 805 par. 2 ust. 2. k.c.

¹⁰⁹ W umowie dodatkowej przedmiotem ubezpieczenia może być zdrowie ubezpieczonego.

¹¹⁰ Art. 806 par. 1–2 k.c.

¹¹¹ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), art. 15 par. 5; por. OWU produktów ubezpieczeniowych, np.: PZU, <https://www.pzu.pl/>; Ergo Hestia, <https://www.ergohestia.pl/>; Signal Iduna Życie S.A., <https://app.signal-iduna.pl>.

¹¹² Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), art. 15 par. 6.

¹¹³ Art. 807 k.c.

¹¹⁴ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), art. 16–17.

W celu zawarcia umowy ubezpieczenia na życie należy wypełnić wniosek ubezpieczeniowy, czyli kwestionariusz (formularz oferty ubezpieczeniowej) zawierający pytania o istotne okoliczności niezbędne do właściwej oceny ryzyka i zawarcia umowy ubezpieczenia. Wniosek należy wypełnić zgodnie z prawdą, w przeciwnym wypadku (np. zatajenia poważnego zachorowania) ubezpieczyciel wolny jest od odpowiedzialności, o ile nie upłynęły trzy lata od zawarcia umowy ubezpieczenia na życie lub zakład ubezpieczeń nie skrócił tego okresu. Jeżeli ubezpieczający pominął pewne pytania we wniosku, a ubezpieczyciel zawarł z nim umowę ubezpieczenia, to pominięte okoliczności uważa się za nieważne i nie mogą być podstawą do wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela¹¹⁵. Jeżeli umowa ubezpieczenia wymaga, aby w trakcie obowiązywania ochrony zgłaszać do zakładu ubezpieczeń określone zmiany warunków ubezpieczenia, to należy to uczynić niezwłocznie. Przepisu tego nie stosuje się do ubezpieczeń na życie¹¹⁶ (grupa 1 działu I załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej), gdyż w takich przypadkach zmienia się prawdopodobieństwo zdarzeń i zakład ubezpieczeń może żądać zmiany wysokości składki¹¹⁷. Jednakże, czy oznacza to, że w przypadku poważnego zachorowania ubezpieczony jest zobligowany do zgłoszenia tej informacji do zakładu ubezpieczeń? Czy zakład ubezpieczeń może tym samym żądać od ubezpieczonego, aby informował go o poważnym zachorowaniu? Zakłady ubezpieczeń określają w o.w.u., że ubezpieczony jest zobowiązany do bieżącego informowania o zmianie stanu zdrowia, czyli zwiększeniu ryzyka związanego z poważnym zachorowaniem, zmianą pracy, wyjazdem zagranicznym itp. O ile treść o.w.u zawiera takie postanowienia, niedokonanie obowiązku informacyjnego może spowodować zakończenie umowy dodatkowej¹¹⁸.

W treści umowy ubezpieczeń działu I obligatoryjnie należy zdefiniować m.in. poszczególne świadczenia oraz podać wysokość składek i poszczególnych świadczeń¹¹⁹. W ubezpieczeniach na życie związanych z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym oraz w ubezpieczeniach na życie, w których świadczenie zakładu ubezpieczeń jest ustalane w oparciu o określone indeksy lub inne wartości

¹¹⁵ Art. 815 par. 1–3 k.c.

¹¹⁶ Art. 815 par. 2 k.c.

¹¹⁷ Art. 816 k.c.

¹¹⁸ E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie – teoria i praktyka...*, s. 223.

¹¹⁹ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), art. 20 par. 1 ust. 1–3.

2. Produkty ubezpieczeń na życie

bazowe (grupa 3 działu I), należy podać m.in.: wykaz przysługujących świadczeń, wykaz oferowanych funduszy kapitałowych, regulamin lokowania środków w funduszach, zasady i terminy określenia wysokości jednostek uczestnictwa w funduszach kapitałowych oraz wszelkich opłat pobieranych przez fundusz i zakład ubezpieczeń, a także zasady alokacji składek w jednostki uczestnictwa funduszy¹²⁰. Ustawa ubezpieczeniowa obowiązuje zakłady ubezpieczeń do wskazania miejsca ujawnienia sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej zakładu ubezpieczeń¹²¹, aby klienci mogli ocenić kondycję finansową ubezpieczyciela.

Treść każdej umowy ubezpieczenia (w tym ubezpieczeń na życie) oraz niejednoznacznie zdefiniowane o.w.u., jak już wspomniano, interpretowane są na korzyść klienta¹²². Zakład ubezpieczeń zobligowany jest ustawowo¹²³ potwierdzić zawarcie umowy ubezpieczenia w formie wystawienia odpowiedniego dokumentu, który może nazwać polisą (od włoskiego terminu z XIV w. *polizza* oznaczającego pokwitowanie¹²⁴), certyfikatem ubezpieczeniowym lub jeszcze inaczej. Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z chwilą dostarczenia ubezpieczającemu wcześniej wspomnianego dokumentu ubezpieczenia.

Ubezpieczający ma prawo do wypowiedzenia (rozwiązania) umowy ubezpieczenia na życie w dowolnej chwili, zgodnie z terminem ustalonym w o.w.u. (okresem wypowiedzenia), który najczęściej wynosi 30 dni. Zakład ubezpieczeń z kolei ma prawo do rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie, jeżeli ubezpieczający nie opłacił składki ubezpieczeniowej w całości lub jej raty, pomimo otrzymania informacji o braku wpłaty (tzw. ponaglenia do opłacenia składki) i wezwania do zapłaty w wyznaczonym nowym terminie.

Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia ze skutkiem natychmiastowym¹²⁵ od umowy ubezpieczenia na życie, która została zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy: w ciągu 30 dni jeżeli jest osobą fizyczną i 7 dni o ile jest osobą

¹²⁰ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), art. 22 par. 2 oraz art. 23 par. 1.

¹²¹ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), art. 20 par. 6.

¹²² Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), art. 15 ust. 5.

¹²³ Art. 809 par. 1 k.c.

¹²⁴ Polska Izba Ubezpieczeń, *Historia ubezpieczeń*, https://piu.org.pl/public/upload/ibrowser/historia_ubezpieczen_-_na_swiecie_i_w_polsce.pdf [dostęp 11.09.2019].

¹²⁵ Odstąpienie od umowy ubezpieczenia to ustanie ochrony ubezpieczeniowej ze skutkiem natychmiastowym.

prawną¹²⁶, licząc od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia. Dodatkowo, według ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, ubezpieczony ma prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy rocznej informacji o zmianie dotyczącej sumy ubezpieczenia¹²⁷. W ubezpieczeniach na życie w grupie 3 oraz w umowach ubezpieczenia na życie lub dożycie, w których świadczenia mogą się zmieniać w czasie ochrony (tzn. mogą być korygowane o pewne wskaźniki), wymieniony wyżej okres także jest obowiązujący. W innych przypadkach można odstąpić od umowy tylko w warunkach określonych w ustawie. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego z opłacenia składki ubezpieczenia z tytułu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej¹²⁸. Roszczenia z tytułu umów ubezpieczenia na życie przedawniają się z upływem 3 lat od dnia zajścia zdarzenia losowego powodującego szkodę ubezpieczeniową¹²⁹, a w przypadku roszczeń stwierdzonych prawomocnym orzeczeniem sądu lub innego uprawnionego organu (w tym ugodą zawartą przed sądem) z upływem 10 lat. Wyjątkiem są roszczenia okresowe, które przedawniają się z upływem 3 lat.

Jak wskazano wcześniej, wartość ludzkiego życia nie ma swojej ceny i z tego względu można mieć więcej niż jedną umowę ubezpieczenia. Odmierna sytuacja występuje w ubezpieczeniach majątkowych, gdzie górną granicą odpowiedzialności jest wartość przedmiotu ubezpieczenia. Czasami agenci proponują klientom z dużą awersją do ryzyka, zawarcie kilku umów na niższe sumy ubezpieczenia. Dzięki temu, w sytuacji ewentualnego kryzysu w finansach osobistych, nie będą musieli rezygnować ze wszystkich zawartych umów.

¹²⁶ Art. 812 par. 4 k.c. oraz Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), art. 441.

¹²⁷ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), art. 26 ust. 1.

¹²⁸ M. Orlicki, J. Pokrzywniak, *Umowa ubezpieczenia. Komentarz do nowelizacji kodeksu cywilnego*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2008.

¹²⁹ Art. 819 par. 1 k.c.

2.3. Warianty umów oraz czynniki wpływające na wysokość składek w ubezpieczeniach na życie

2.3.1. Warianty umów w ubezpieczeniach na życie

Ubezpieczenia na życie mogą być oferowane w różnych wariantach, w zależności od:

- sposobu opłacania składki: jednorazowo, okresowo przez cały okres ochrony, okresowo do pewnego wieku ubezpieczonego (np. do wieku emerytalnego);
- wysokości opłacanej składki: stała, rosnąca, malejąca;
- udziału w zyskach: z udziałem lub bez udziału;
- waloryzacji świadczeń;
- możliwości wykupu;
- możliwości przejścia na ubezpieczenie bezskładkowe.

2.3.1.1. Sposób opłacania składki

Wariant ubezpieczenia na życie ze składką jednorazową polega na tym, że ubezpieczony jednorazowo opłaca całkowitą składkę skalkulowaną na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia, która liczbowo jest równa aktuarialnej wartości obecnej przyszłych świadczeń. Z kolei wariant ubezpieczenia na życie ze składką okresową (np. miesięczną, kwartalną, półroczną, roczną) polega na wpłacaniu przez ubezpieczonego składki ubezpieczeniowej na początku (składki opłacane z góry) lub na końcu (składki opłacane z dołu) każdego okresu. W tym wariacie składki mogą być opłacane przez cały czas trwania ochrony lub do pewnego wieku ubezpieczonego, np. do 60 lat lub do osiągnięcia wieku emerytalnego. Teoretycznie występuje jeszcze wariant opłacania składek odłożonych w czasie, czyli wstrzymanych do określonego momentu w przyszłości, np. dziś zawierana jest umowa ubezpieczenia na życie, ale ochrona rozpocznie się w przyszłym roku i składki także będą opłacane w późniejszym terminie.

2.3.1.2. Wysokość opłacanej składki

Wariant ubezpieczenia na życie ze stałą składką okresową zakłada płacenie przez klienta w całym okresie ubezpieczenia składki o tej samej wysokości, w przeciwieństwie do wariantu ubezpieczenia na życie z malejącą składką okresową, w którym klient płaci coraz mniejsze składki (analogicznie, jak w kredycie hipotecznym z malejącymi ratami, przy równych ratach kapitałowych, każda kolejna rata jest mniejsza), a w wariantcie z rosnącą składką okresową klient płaci coraz większe składki ubezpieczeniowe, które mogą wynikać z waloryzacji świadczeń, czy udziału w zyskach¹³⁰.

2.3.1.3. Udział w zyskach

W ubezpieczeniach na życie z udziałem w zyskach zakład ubezpieczeń dzieli się z ubezpieczonym zyskami pochodzącymi ze zdefiniowanych w umowach ubezpieczenia obszarów działalności. Mogą to być na przykład zyski uzyskane z niższej niż pierwotnie zakładano szkodowości w zakresie określonych rodzajów ryzyka w danej grupie klientów. W takich przypadkach zyski mogą być przekazywane w formie wpłat na oddzielne konto ubezpieczonego lub przeznaczone na wykupienie dodatkowej sumy ubezpieczenia. Operacje tego typu mogą być realizowane każdego roku w określonym terminie lub w każdą rocznicę ubezpieczenia, a ich skutkiem jest częściowe urealnienie świadczeń ubezpieczeniowych.

2.3.1.4. Waloryzacja świadczeń

Wariant ubezpieczenia na życie z waloryzacją świadczeń zakłada, że w określonym czasie (np. w każdą rocznicę zawarcia ubezpieczenia) zakład ubezpieczeń oferuje ubezpieczonemu urealnienie świadczeń, poprzez podwyższenie wysokości składek oraz sumy ubezpieczenia. Ubezpieczony sam decyduje, czy skorzysta z urealnienia i zgadzi się na podwyższenie składki, czy też rezygnuje z waloryzacji świadczeń i składek.

¹³⁰ A. Śliwiński, *Klasyczne typy ubezpieczeń na życie [w:] Ubezpieczenia*, red. W. Ronka-Chmielowiec, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2016, s. 301–303.

2.3.1.5. Możliwość wykupu

Wariant ubezpieczenia na życie z możliwością wcześniejszego wykupu ubezpieczenia stanowi odrębną kategorię produktów o charakterze oszczędnościowym. Zakład ubezpieczeń może zaoferować klientowi wykupienie ubezpieczenia, co w praktyce oznacza wypłacenie części lub całości środków z umowy ubezpieczenia. W takich przypadkach w o.w.u. określa się tzw. wartość wykupu, która jest pewną częścią oszczędności z wpłaconych składek (to określona część funduszu rezerwowego, tzw. rezerwy matematycznej). W ogólnych warunkach ubezpieczenia określa się także, kiedy (np. po dwóch, trzech latach od zawarcia umowy ubezpieczenia) i w jakiej wysokości (np. 90% rezerwy matematycznej) ubezpieczony może wypłacić środki z ubezpieczenia. Nadto definiuje się, czy wypłacone kwoty będą pomniejszać sumę ubezpieczenia, czy spowodują rezygnację ubezpieczonego, a tym samym likwidację ubezpieczenia.

2.3.1.6. Możliwość przejścia na ubezpieczenie bezskładkowe

W wariantcie ubezpieczenia na życie z możliwością przejścia na ubezpieczenie bezskładkowe zakłada się, że zakład ubezpieczeń pozwoli w określonych sytuacjach, zdefiniowanych w ogólnych warunkach ubezpieczenia (np. utrata pracy, poważne zachorowanie) oraz na wniosek ubezpieczonego, zamienić umowę ubezpieczenia na tzw. ubezpieczenie bezskładkowe. Jest to okres ubezpieczenia, w którym składki nie są opłacane, ale cały czas jest udzielana ochrona ubezpieczeniowa. W takim przypadku ubezpieczony może obniżyć sumę ubezpieczenia, pozostawiając okres ochrony na dotychczasowym poziomie lub zostawić niezmienną sumę ubezpieczenia i skrócić okres ochrony.

2.3.2. Czynniki wpływające na wysokość składek w ubezpieczeniach na życie

W ubezpieczeniach na życie wysokość składki ubezpieczeniowej zależy od wielu czynników przyjętych do kalkulacji, jednak najważniejsze z nich to:

- prawdopodobieństwo zgonu i przeżycia, określane na podstawie modelu (dalszego) czasu trwania życia oraz natężenia umieralności;
- techniczna stopa procentowa.

Prawdopodobieństwo zgonu i przeżycia to miara probabilistyczna w modelu ryzyka (np. czasu trwania życia losowo wybranego noworodka lub dalszego czasu trwania życia ubezpieczonego), którą wyznacza się na podstawie danych z tablic trwania życia (tzw. analiza wymieralności)¹³¹. Natomiast techniczna stopa procentowa to stopa procentowa przyjęta do kalkulacji aktuarialnych, która między innymi zależy od stopy zwrotu z lokat stanowiących pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych oraz od wskaźnika towarów, usług i cen konsumpcyjnych (wskaźnika inflacji). Wysokość maksymalnej stopy technicznej jest każdego roku publikowana przez Komisję Nadzoru Finansowego, na przykład w okresie od 1 maja 2020 r. do 30 kwietnia 2021 r. zakłady ubezpieczeń obowiązuje maksymalna stopa techniczna na poziomie 1,76%.

Ryzyko ubezpieczeniowe można z kolei zdefiniować jako: „możliwość wystąpienia określonego zdarzenia, które może wpływać na realizowane przez dany podmiot cele”¹³². Ryzyko to można utożsamiać ze zmienną losową (np. czasem trwania życia ludzkiego lub dalszym czasem trwania życia), dla której możliwe jest określenie pewnej miary prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia losowego, przed którego skutkami człowiek się ubezpiecza¹³³. Przyjmuje się, że wartość oczekiwana ryzyka ubezpieczeniowego musi być skończona. Jeżeli bowiem wartość oczekiwana byłaby nieskończona, to ryzyko byłoby nieubezpieczalne, a nie można ubezpieczać ryzyka o nieskończonej wartości oczekiwanej. Wskazane jest, aby wariancja była także skończona¹³⁴.

Prawdopodobieństwo zgonu jest pewną funkcją ryzyka ubezpieczeniowego, którą szacuje się na podstawie tablic trwania życia, publikowanych przez urzędy statystyczne danego kraju. W Polsce jest to Główny Urząd Statystyczny. W tablicach, na podstawie hipotetycznej grupy osób nowonarodzonych, szacuje się liczbę osób żyjących, liczbę osób umierających i prawdopodobieństwo zgonu oraz przeciętną dalszą długość czasu trwania życia. Polskie tablice budowane są dla ludzi w wieku od 0 do 100 lat, przy czym 100 lat oznacza grupę osób w wieku 100 lat i więcej¹³⁵.

¹³¹ Analiza wymieralności (umieralności) polega na ocenie i oszacowaniu prawdopodobieństwa zgonu ubezpieczonego w poszczególnych latach ubezpieczenia.

¹³² M. Szreder, *Wykłady z metod aktuarialnych*, Sopot 2010 [komputeropis].

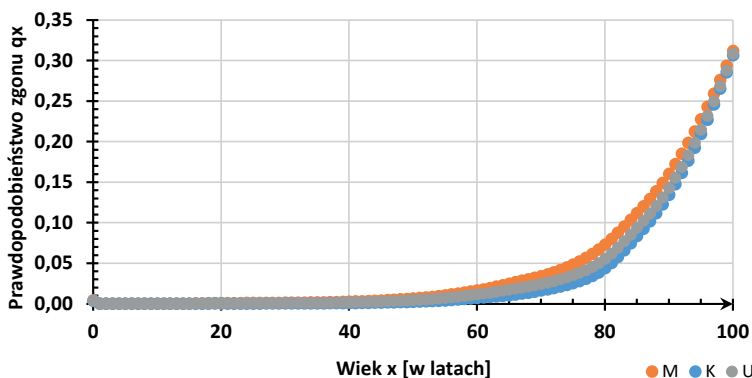
¹³³ S. Ostasiewicz, *Elementy aktuariatu...*, s. 9–10.

¹³⁴ Zasada ta wynika z podstawowej zasady kalkulacji składki netto (*pure risk premium*), w której składka netto jest równa wartości oczekiwanej szkody, czyli wartości oczekiwanej ryzyka ubezpieczeniowego.

¹³⁵ A. Śliwiński, *Przestrzenne zróżnicowanie ryzyka ubezpieczeniowego a efektywność ubezpieczeń na życie. Ryzyko-popyt-zysk*, Oficyna Wydawnicza Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa

2. Produkty ubezpieczeń na życie

Prawdopodobieństwo zgonu zależy od wieku oraz płci, tzn. różni się istotnie dla kobiet i mężczyzn, co prezentuje wykres 2.1. Wraz z upływem czasu, rozwojem cywilizacji i zmianami warunków społeczno-ekonomicznych prawdopodobieństwo zgonu dla osób w tym samym wieku maleje. Można to zaobserwować porównując prawdopodobieństwo zgonu z tablic trwania życia z 1990 r. oraz 2018 r. (wykresy 2.1 oraz 2.2).

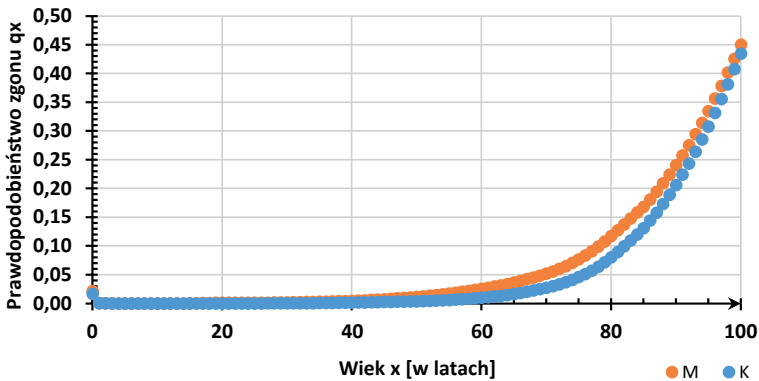


Legenda: M – mężczyzna, K – kobieta, U – ubezpieczony, czyli osoba oszacowana na podstawie łącznych tablic trwania życia.

Wykres. 2.1. Prawdopodobieństwo zgonu kobiet i mężczyzn według wieku dla polskich tablic trwania życia z 2018 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Główny Urząd Statystyczny, *Tablice trwania życia 1990–2018*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-tablice,1,1.html> [dostęp: 21.01.2020].

2012, s. 54, cyt. za: E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie – teoria i praktyka...*, s. 346, podaje, że w Polsce wiek graniczny to 110 lat; B. Jackowska, *Modele dalszego trwania życia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2013, s. 52, cyt. za: GUS, *Trwanie Życia w 2010 r. Informacje i opracowania statystyczne*, oprac. L. Rutkowska, Warszawa 2011, s. 37–38, podaje, że GUS przyjmuje w tablicach trwania życia wiek graniczny równy 120 lat, lecz wartości prezentuje do 100 lat.



Legenda: M – mężczyzna, K – kobieta.

Wykres. 2.2. Prawdopodobieństwo zgonu kobiet i mężczyzn według wieku dla polskich tablic trwania życia z 1990 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Główny Urząd Statystyczny, *Tablice trwania życia 1990–2018*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-tablice,1,1.html> [dostęp: 21.01.2020].

Wykresy 2.1 i 2.2 prezentują prawdopodobieństwo zgonu według wieku i płci. Mężczyźni (kolor czerwony) charakteryzują się wyższym prawdopodobieństwem zgonu niż kobiety (kolor niebieski) w tym samym wieku. Dlaczego wyższym? Tego nie można wywnioskować na podstawie samych tablic trwania życia, ale powodów może być wiele, np. częstsze choroby czy cięższa i bardziej ryzykowna praca. Z wykresów 2.1 i 2.2 można natomiast wywnioskować, że prawdopodobieństwo zgonu rośnie wraz z wiekiem, a zatem wraz z wiekiem będzie rosła składka w ubezpieczeniach na życie i odpowiednio będzie malała w ubezpieczeniach na dożycie.

Statystyczna długość życia ludzi rośnie z czasem, co można zaobserwować na przykładzie prawdopodobieństwa zgonów, które na przestrzeni lat maleje – prawdopodobieństwa zgonów wg tablic trwania życia z 2018 r. są niższe niż wg tablic trwania życia z 1990 r. Oznacza to, że wysokość składki ubezpieczeniowej będzie zależeć od przyjętych do analizy tablic trwania życia.

2. Produkty ubezpieczeń na życie

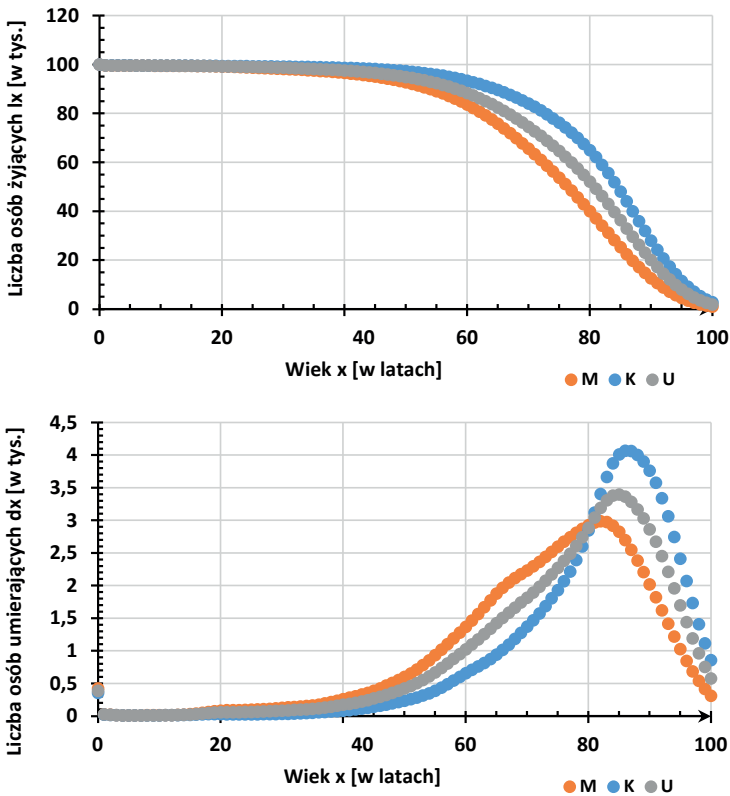
Ustawa z 14 grudnia 2012 r. o zmianie ustawy o działalności ubezpieczeniowej¹³⁶ wprowadziła regulacje antydyskryminacyjne, a więc zakaz różnicowania wysokości składek i świadczeń m.in. ze względu na kryterium płci ubezpieczonych¹³⁷. Oznacza to, że zakłady ubezpieczeń od 21 grudnia 2012 r. muszą w nowych ubezpieczeniach traktować ubezpieczonych według jednakowych zasad niezależnie od płci (tzw. zasada równości płci) i w danym ubezpieczeniu oferować identyczne wysokości składek dla kobiet i mężczyzn będących w tym samym wieku. Z tego powodu GUS publikuje tzw. łączne tablice trwania życia dla danego roku np. 2018, w których prawdopodobieństwo zgonu w danym wieku jest średnią ważoną z odpowiednich prawdopodobieństw zgonów dla kobiet i mężczyzn (wagi to udział liczby noworodków płci męskiej i żeńskiej do łącznej liczby noworodków w danym roku, np. 2018). Jednak ze względu na to, że płeć jest istotnym czynnikiem ryzyka utraty życia, w dalszej części rozdziału ubezpieczenia dla mężczyzn i kobiet będą analizowane oddzielnie. Dodatkowo analizy będą przeprowadzone dla statystycznego ubezpieczonego według hipotetycznych łącznych tablic trwania życia¹³⁸.

Kolejną wartością służącą do analizy wymieralności jest liczba ubezpieczonych (liczba osób żyjących i liczba osób umierających), którą prezentuje wykres 2.3.

¹³⁶ Na mocy wyroku Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 1 marca 2011 r. (sprawa Test Achats), Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej, 30.04.2011 r., sprawa Test Achats (C-236/09, Dz. U. C130 z 30.04.2011, s. 4), cyt. za: B. Jackowska, E. Wycinka, *Znaczenie wyroku Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 1 marca 2011 r. dla wybranych ubezpieczeń życiowych i majątkowych*, „Wiadomości ubezpieczeniowe” 2012, nr 3, s. 5–15.

¹³⁷ B. Jackowska, *Wpływ proporcji płci ubezpieczonych na wysokość jednorazowych składek netto w ubezpieczeniach na życie*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2014, nr 342, s. 77–86; B. Jackowska, E. Wycinka, *Płeć i wiek jako czynniki ryzyka w ubezpieczeniu komunikacyjnym* [w:] *Aktualne problemy wybranych ubezpieczeń majątkowych*, red. M. Kaczała, J. Lisowski, M. Ossak, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań 2014, s. 62; B. Jackowska, E. Wycinka, *The comparison of the effect of gender equal treatment on insurance in Poland and other selected European Union countries*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2013, nr 4, s. 59–73 oraz B. Jackowska, E. Wycinka, *Znaczenie wyroku Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej...*, s. 6.

¹³⁸ GUS szacuje łączne tablice trwania życia od 1999 roku (od tego roku ZUS wypłaca świadczenia emerytalne według wartości oczekiwanej dalszej długości trwania życia szacowanej dla łącznych tablic wymieralności).



Legenda: M – mężczyzna, K – kobieta, U – ubezpieczony, czyli osoba oszacowana na podstawie łącznych tablic trwania życia

Wykres. 2.3. Liczba osób żyjących i liczba osób umierających według płci dla polskich tablic trwania życia z 2018 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Główny Urząd Statystyczny, *Tablice trwania życia 1990–2018*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-tablice,1,1.html> [dostęp: 21.01.2020].

W Polsce rodzi się więcej dzieci płci męskiej niż żeńskiej. Jednakże występuje tzw. „nadumieralność mężczyzn” we wszystkich grupach wiekowych, szczególnie w najmłodszej (to zjawisko występuje także w innych krajach, ale jego skala w naszym kraju jest wyższa). W efekcie liczba mężczyzn żyjących (kolor czerwony) jest niższa niż kobiet (kolor niebieski) w tym samym wieku, z wyjątkiem kilku pierwszych lat po narodzeniu. Dlaczego? Jak już wspomniano,

2. Produkty ubezpieczeń na życie

prawdopodobieństwo zgonu dla mężczyzn jest wyższe niż dla kobiet w tym samym wieku, a to powoduje, że liczba mężczyzn umierających jest do pewnego wieku większa niż dla kobiet (na wykresie 2.3 jest to około 80 lat)¹³⁹.

2.4. Rodzaje ubezpieczeń na życie i dożycie

Podstawowym celem ubezpieczeń na życie jest zabezpieczenie rodziny i najbliższych na wypadek dodatkowych kosztów lub zmniejszenia wpływów finansowych wynikających ze śmierci ubezpieczonego. Ubezpieczenia te mogą występować zarówno w formie okresowej (terminowej), jak i bezterminowej (dożywotniej do końca życia).

Produkty ubezpieczeniowe oferowane na polskim rynku ubezpieczeń można sklasyfikować zgodnie z ustawą o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej¹⁴⁰, gdzie w dziale I ubezpieczeń występują następujące grupy:

- 1) ubezpieczenia na życie¹⁴¹;
- 2) ubezpieczenia posagowe, zaopatrzenia dzieci¹⁴²;
- 3) ubezpieczenia na życie, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, a także ubezpieczenia na życie, w których świadczenie zakładu ubezpieczeń jest ustalane w oparciu o określone indeksy lub inne wartości bazowe¹⁴³;

¹³⁹ M. Potyra, K. Góral-Radziszewska, *Trwanie życia w 2018 r.*, GUS, Warszawa 2019, s. 8–9.

¹⁴⁰ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), załącznik.

¹⁴¹ Por. Ergo Hestia OWU na Życie Ergo Hesita 4, <https://www.ergohestia.pl/znajdz-ubezpieczenie/ubezpieczenie-grupowe-czy-indywidualne/indywidualne-ubezpieczenie-na-zycie/> [dostęp: 13.03.2020] oraz https://cdn.bsbox.pl/files/hestia/Mzc7MDA_/41176a78dea1ba73849e92a46984f511_documents-1f8c4162-da55-4069-80c0-3a41846b70d6.pdf [dostęp: 13.03.2020], Signal Iduna Życie S.A., https://app.signal-iduna.pl/files/owu_terminowe_ubezpieczenie_na_zycie.pdf [dostęp: 13.03.2020].

¹⁴² Por. OWU Indywidualne ubezpieczenia posagowe PZU Na Dobry Początek, https://www.pzu.pl/_files/server/item/1520205 [dostęp: 13.03.2020], Dodatkowe indywidualne ubezpieczenie rentowe PZU Na Dobry Początek. Oferta PZU Życie S.A., https://www.pzu.pl/_files/server/item/1520211 [dostęp: 13.03.2020]. Ubezpieczane jest życie ubezpieczonego, dożycie i zdrowie uposażonego dziecka. Oferta Allianz: Indywidualne terminowe ubezpieczenie na dożycie z planem edukacyjnym, https://www.allianz.pl/content/dam/onemarketing/cee/azpl/dokumenty/zycie-indywidualne/eda-z-planem-edukacyjnym/archiwum/owu_eda_d.pdf [dostęp: 13.03.2020].

¹⁴³ Por. Oferta Compensa TU na Życie S.A. Viena Insurance Group: Ubezpieczenie na życie Compensa IKZE, https://www.compensa.pl/fileadmin/user_upload/OWU/RODO/OWU_Compensa_IKZE_RODO_2019.09.25.pdf [dostęp: 13.03.2020].

- 4) ubezpieczenia rentowe¹⁴⁴;
- 5) ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeżeli są uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych w grupach 1–4.

Poszczególne produkty z powyższej klasyfikacji zostaną przedstawione szczegółowo w kolejnych podrozdziałach.

Ubezpieczenia osobowe S. Ostasiewicz¹⁴⁵ podzieliła na cztery grupy:

- ubezpieczenia rentowe;
- ubezpieczenia na życie;
- ubezpieczenia posagowe;
- ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe.

Ubezpieczenia osobowe można też podzielić wg czasu trwania ochrony¹⁴⁶:

- na całe życie, tzw. dożywotnie (czas nieokreślony, do końca życia ubezpieczonego);
- terminowe, tzw. okresowe (czas określony, skończony, najczęściej w latach);
- odroczone (ochrona może być dożywotnia lub terminowa, ale jej początek jest przesunięty w czasie).

W literaturze z zakresu nauk aktuarialnych występuje również klasyfikacja ubezpieczeń na życie, wynikająca z zasad konstrukcji produktów na życie i kalkulacji składek ubezpieczeniowych, w której wyróżnione są następujące kategorie¹⁴⁷:

- 1) ubezpieczenia na życie (charakter głównie ochronny):
 - a) ubezpieczenia na całe życie – bezterminowe ubezpieczenia na życie (dożywotnie ubezpieczenia na wypadek śmierci, *whole life insurance*)¹⁴⁸;

¹⁴⁴ Por. Oferta PZU Życie S.A.: OWU Dodatkowe indywidualne ubezpieczenie rentowe PZU Na Dobry Początek, https://www.pzu.pl/_files/1520211 [dostęp: 13.03.2020] oraz Oferta Compensa TU na Życie S.A. Viena Insurance Group: OWU Indywidualne ubezpieczenie rentowe na życie. Gwarancja renta, https://www.compensa.pl/fileadmin/user_upload/OWU/RODO/Formularze_i_wnioski/Karty_IDD/Karta_IDD_Gwarancja_Renta_2018.10.10.pdf [dostęp: 13.03.2020].

¹⁴⁵ S. Ostasiewicz, *Elementy aktuariatu...*, s. 38.

¹⁴⁶ *Ibidem*; B. Błaszczyn, T. Rolski, *Podstawy matematyki ubezpieczeń na życie...*, s. 89.

¹⁴⁷ N.L. Bowers i in., *Actuarial mathematics*, 2nd ed., The Society of Actuaries, Schaumburg (Illinois) 1997, s. 93–158; H. U. Gerber, *Life Insurance Mathematics*, The Society of Actuaries, Zurich 1990, s. 23–71; B. Jackowska, *Matematyka ubezpieczeń na życie*, wykłady na Wydziale Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego w roku akademickim 2009/2010 [komputeropis]; B. Błaszczyn, T. Rolski, *Podstawy matematyki ubezpieczeń na życie...*, s. 94–97 oraz 101–104.

¹⁴⁸ Por. Oferta PZU Życie S.A., OWU PZU Wsparcie Najbliższych – ochrona na całe życie, https://www.pzu.pl/_files/1516868 [dostęp: 13.03.2020]. Składka opłacana do 80 lat, a ochrona do końca życia – Oferta Ergo Hestia – Ubezpieczenia na życie, <https://www.ergohestia.pl/znajdz-ubezpieczenie/ubezpieczenie-grupowe-czy-indywidualne/indywidualne-ubezpieczenie-na-zycie/> [dostęp 13.03.2020].

2. Produkty ubezpieczeń na życie

- b) terminowe (okresowe, czasowe) ubezpieczenia na życie (*term insurance*)¹⁴⁹;
- c) odroczone ubezpieczenia na całe życie;
- 2) terminowe czyste ubezpieczenia na dożycie (charakter oszczędnościowy, *pure endowment*);
- 3) ubezpieczenia na życie i dożycie (ubezpieczenia mieszane, charakter ochronno-oszczędnościowy, *endowment*)¹⁵⁰;
- 4) odroczone ubezpieczenia na całe życie (*deferred life insurance*);
- 5) ubezpieczenia rentowe (renty życiowe, *life annuity*)¹⁵¹:
 - a) renta życiowa dożywotnia (renta życiowa na całe życie, *life annuity-due*);
 - b) renta życiowa terminowa (okresowa, czasowa, *temporary life annuity*);
 - c) renta życiowa dożywotnia odroczone (*deferred life annuity-due*).

Jak wskazuje T. Bednarczyk, w literaturze zagranicznej w pewnych krajach ubezpieczenia na życie (*life insurance*) dzieli się w odmienny sposób¹⁵²:

- 1) ubezpieczenia na wypadek śmierci (*death*);
- 2) ubezpieczenia na życie terminowe (*living and certain period*);
 - a) ubezpieczenia na życie i dożycie (*endowments*);
 - b) ubezpieczenia na dożycie (*pure endowments*);
 - c) renty życiowe (*annuities*);
 - d) ubezpieczenia emerytalne (*pensions*);
- 3) ubezpieczenia od niedołęstwa (*incapacity*);

¹⁴⁹ Por. Oferta Signal Iduna Życie S.A., OWU Terminowe Ubezpieczenie na Życie, <https://www.signal-iduna.pl/ubezpieczenia/klienci-indywidualni/na-zycie/> oraz https://app.signal-iduna.pl/files/owu_terminowe_ubezpieczenie_na_zycie.pdf / [dostęp: 13.03.2020]; Oferta Compensa TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group: Ubezpieczenie na życie Gwarancja Ochrona Optima, <https://www.compensa.pl/ubezpieczenie/gwarancja-ochrona-optima/> [dostęp: 13.03.2020].

¹⁵⁰ Por. OWU Ochrona ze zwrotem. Oferta Nationale Nederlanden, <https://www.nn.pl/dla-ciebie/katalog-produktow/dostepne-u-przedstawiciela/ochrona-ze-zwrotem.html> [dostęp 13.03.2020].

¹⁵¹ B. Błaszczyn, T. Rolski, *Podstawy matematyki ubezpieczeń na życie...*, s. 134; por. Oferta Aviva: Ogólne Warunki Ubezpieczenia Gwarantowana Renta Kapitałowa, <https://www.aviva.pl/emerytura/gwarantowana-renta-kapitalowa/#m-tabs-3OIj> [dostęp: 27.04.2020]; por. także Oferta Compensa Vienna Insurance Group: Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia Rentowego na Życie Gwarancja Renta, https://www.compensa.pl/fileadmin/user_upload/OWU/Stare_OWU_Gwarancja_Renta.pdf [dostęp: 13.03.2020]; por. też Oferta PZU Życie S.A.: OWU Dodatkowe indywidualne ubezpieczenie rentowe PZU Na Dobry Początek, https://www.pzu.pl/_files/ver/item/1520211 [dostęp: 13.03.2020]; Ubezpieczane jest życie ubezpieczonego i zdrowie uposażonego dziecka.

¹⁵² H.D. Skipper, W.J. Kwon, *Risk Management and Insurance. Perspectives in a Global Economy*, New Jersey 2007, s. 24, cyt. za: T. Bednarczyk, *Rodzaje ubezpieczeń* [w:] *Ubezpieczenia*, red. W. Ronka-Chmielowiec, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2016, s. 36.

- a) ubezpieczenia kalectwa (*disability*);
- b) ubezpieczenia długoterminowej opieki (*long term care insurance*);
- 4) ubezpieczenia zdrowotne (*injury or incurring a disease*).

Należy zaznaczyć, że ubezpieczenia z grupy 1), 2), 4) oraz 3a) można znaleźć w ofertach wielu zakładów ubezpieczeń, jednak ubezpieczenia od niedołęstwa w wieku starszym, w szczególności opieki długoterminowej nie są jeszcze dostępne na polskim rynku.

2.4.1. Ubezpieczenia na życie o charakterze inwestycyjnym

Ubezpieczenia na życie o charakterze inwestycyjnym są przykładem innowacji produktowej, które S. Ostasiewicz¹⁵³ oraz A. Śliwiński¹⁵⁴ nazywają ubezpieczeniami uniwersalnymi. Obecnie odgrywają one najważniejszą rolę w całym dziale I ubezpieczeń (wg udziału w składce przypisanej brutto w dziale I ubezpieczeń – w 2018 r. udział ten kształtował się na poziomie 36,53% składki przypisanej brutto ogółem działu I – tablica 2.1). Ich specyfika, elastyczność oraz pozostałe cechy spowodowały bardzo dużą popularność wśród klientów, czego dowodem mogą być wybrane parametry finansowe wskazane w tablicy 2.1.

Historycznie rzecz ujmując, ustawa o działalności ubezpieczeniowej z 1990 r. w dziale I ubezpieczeń wyróżniała tylko trzy grupy ryzyka:

- 1) ubezpieczenie na życie;
- 2) ubezpieczenie posagowe, zaopatrzenia dzieci;
- 3) ubezpieczenie na życie, jeśli jest związane z funduszem inwestycyjnym¹⁵⁵.

W ustawie o działalności ubezpieczeniowej z 2003 r. grupę trzecią zdefiniowano jako: ubezpieczenia na życie związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym¹⁵⁶. Realia rynkowe związane z pojawieniem się nowych produktów z komponentem inwestycyjnym opartym nie tylko na ubezpieczeniowych funduszach kapitałowych skłoniła ustawodawcę do rozszerzenia grupy 3¹⁵⁷.

¹⁵³ S. Ostasiewicz, *Elementy aktuariatu...*, s. 74.

¹⁵⁴ A. Śliwiński, *Przestrzenne zróżnicowanie ryzyka...*, s. 98.

¹⁵⁵ Porównaj grupy ubezpieczeń w rozdz. 2.4. oraz ustawa z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr 59, poz. 344), załącznik.

¹⁵⁶ Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr 124, poz. 1151), załącznik.

¹⁵⁷ P. Kowalczyk-Rólczyńska, P. Pisarewicz, *Unit-linked life insurance in view of the new act on insurance and reinsurance activities*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2015, nr 4, s. 39–51.

2. Produkty ubezpieczeń na życie

Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z 2015 r. do grupy 3 w dziale I ubezpieczeń zalicza:

- ubezpieczenia na życie, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym;
- ubezpieczenia na życie, w których świadczenie zakładu ubezpieczeń jest ustalane na podstawie określonych indeksów lub innych wartości bazowych¹⁵⁸.

Tablica 2.1. Podstawowe charakterystyki ubezpieczeń na życie o charakterze inwestycyjnym (wg stanu na 31.12.2018 r. oraz za okres od 1.01.2018 do 31.12.2018 r.)

Numer działu/grupy ubezpieczeń**	Dział I, grupa 3*
Składka przypisana brutto (w tys. zł)	7 928 381
Liczba umów czynnych zawartych indywidualnie (w sztukach)	2 625 200
Liczba umów czynnych zawartych grupowo (w sztukach)	35 130
Liczba ubezpieczonych osób w ubezpieczeniach grupowych*** (w sztukach)	542 719
Świadczenia i odszkodowania wypłacone brutto (w tys. zł)	13 028 065
Liczba wypłat jednorazowych w okresie sprawozdawczym (w sztukach)	1 196 116
Liczba wypłat okresowych w okresie sprawozdawczym (w sztukach)	32 312
Udział w składce przypisanej brutto działu I (w %)	36,53
Udział w wypłaconych świadczeniach i odszkodowaniach brutto działu II (w %)	60,64

* Ubezpieczenia na życie, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, a także ubezpieczenia na życie, w których świadczenie zakładu ubezpieczeń jest ustalane w oparciu o określone indeksy lub inne wartości bazowe.

** Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), załącznik.

*** Dane zagregowane – te same osoby mogą występować wielokrotnie.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Komisja Nadzoru Finansowego, *Sprawozdanie statystyczne KNF-02 krajowych zakładów ubezpieczeń*, „Biuletyn Kwartalny. Rynek ubezpieczeń” 2018, nr 4.

¹⁵⁸ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), załącznik.

Niezależnie od stosowanej w ustawach nomenklatury, klasa produktów z grupy 3 należy do tzw. *unit-linked life insurance*, w których składka z części oszczędnościowej zamieniana jest na jednostki uczestnictwa w wybranych funduszach inwestycyjnych (kapitałowych). W tego typu produktach ubezpieczający ponosi pełne ryzyko inwestycji związanych z lokowanymi środkami, a zakłady ubezpieczeń nie gwarantują w tym zakresie osiągnięcia minimalnej stopy zwrotu¹⁵⁹.

Ubezpieczenia z grupy 3 nazywane ubezpieczeniami z komponentem inwestycyjnym są długoterminowymi ubezpieczeniami dobrowolnymi, zaliczanymi przez T. Bednarczyk i A. Śliwińskiego do tzw. nowoczesnych ubezpieczeń uniwersalnych¹⁶⁰ (*universal life, flexible whole life*¹⁶¹), w których występuje wysoka elastyczność i możliwość modyfikacji warunków umowy, czyli zmiany wysokości niektórych parametrów ubezpieczenia (np. składek, sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia itp.) w trakcie ochrony ubezpieczeniowej.

Ubezpieczenia z komponentem inwestycyjnym mają charakter bardziej oszczędnościowy niż ochronny i, jak wspomniano wcześniej, są jedną z bardziej popularnych grup ubezpieczeń na życie w Polsce (por. tablicę 2.1 z tablicami 2.2, 2.3, 2.4, 2.5). Składka przypisana brutto z ich tytułu od 2014 r. stanowi największy udział w strukturze składki przypisanej brutto ogółem dla całego działu I (w 2018 r. udział ten kształtował się na poziomie 36,53% łącznej składki przypisanej brutto i był największy z wszystkich grup – tablica 2.1).

Jednym z czynników sukcesu produktów ubezpieczeniowych o charakterze inwestycyjnym jest możliwość samodzielnego i dowolnego kształtowania przez klienta proporcji pomiędzy częścią ochronną a inwestycyjną. Powszechność tych ubezpieczeń jest także efektem uwzględnienia ich w stosownych przepisach ustawowych, umożliwiających oferowanie ich w ramach dodatkowego, dobrowolnego zabezpieczenia na emeryturę. Mowa tutaj głównie o oszczędzaniu w obszarze III filara emerytalnego w ramach pracowniczych programów

¹⁵⁹ P. Pisarewicz, *Wybrane zagadnienia i charakterystyka produktów ubezpieczeniowo-inwestycyjnych (unit-linked life insurance)*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2008, nr 1197, s. 352–358; P. Pisarewicz, P. Kowalczyk-Rólczyńska, *Bilansowe ujęcie aktywów netto i rezerw ubezpieczeń na życie, gdy ryzyko lokaty (inwestycyjne) ponosi ubezpieczający*, *Zeszyty naukowe US „Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia”* 2016, nr 4 (82), cz. 2, s. 591–604.

¹⁶⁰ A. Śliwiński, *Ubezpieczenia na życie...*, s. 309–310; A. Śliwiński, *Przestrzenne zróżnicowanie ryzyka...*, s. 98.

¹⁶¹ E. Stroiński, *Podstawowe produkty ubezpieczenia jednostkowego [w:] Ubezpieczenia na życie*, red. M. Szcześniak, Przedsiębiorstwo Wydawnicze LAM, Warszawa 1996, s. 118–121.

2. Produkty ubezpieczeń na życie

emerytalnych (PPE), indywidualnych kont emerytalnych (IKE) lub indywidualnych kont zabezpieczenia emerytalnego (IKZE)¹⁶². Z tego rodzaju oszczędzaniem związane są ulgi podatkowe, które przyczyniają się również do popularności wspomnianych produktów¹⁶³.

Należy nadmienić, że produkty tego typu są jednymi z bardziej złożonych ubezpieczeń na rynku. Cechą charakterystyczną ich konstrukcji jest podział składki na dwie części:

- ochronną (dotyczącą ubezpieczenia na życie oraz opcji dodatkowych);
- oszczędnościową (dotyczącą inwestowanych środków).

W trakcie trwania umowy ubezpieczenia, z bieżących składek i środków ulokowanych już w części inwestycyjnej pokrywanych jest szereg kosztów dotyczących różnych rodzajów ryzyka, zarządzania częścią inwestycyjną oraz administrowania polisą. Konstrukcja poszczególnych elementów produktu uzależniona jest od indywidualnych rozwiązań poszczególnych ubezpieczycieli, którzy mogą w odmienny sposób podchodzić do szczegółów części ubezpieczeniowej, jak i inwestycyjnej. Przykładowo, inwestycje w ramach omawianych polis mogą być realizowane na podstawie wewnętrznych oraz zewnętrznych modeli zarządzania aktywami z wykorzystaniem szerokiej gamy aktywów finansowych¹⁶⁴. Złożoność konstrukcji oraz elementów formalnoprawnych zawartych w umowach ubezpieczenia (dotyczy to w szczególności zapisów o.w.u, oraz regulaminów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych) spowodowała, że w wielu przypadkach stały się one mało zrozumiałe dla klientów, a niekiedy nawet agentów ubezpieczeniowych¹⁶⁵.

Należy także wspomnieć, że niektórzy ubezpieczyciele w przeszłości oferowali produkty, które naruszały w sposób istotny interesy klientów oraz generowały duże straty finansowe. W wielu przypadkach pokrzywdzeni zgłaszali skargi

¹⁶² J. Gwizdała, A. Pobłocka, *Rynek Bancassurance w Polsce w latach 2009–2016*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2018, nr 541, s. 76.

¹⁶³ A. Pobłocka, *Ubezpieczenia na życie związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym i ubezpieczenia na życie związane z systemem zabezpieczenia społecznego w latach 2002–2015* [w:] *Długoterminowe oszczędzanie*, red. J. Rutecka-Góra, Oficyna Wydawnicza Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2005, s. 220.

¹⁶⁴ P. Pisarewicz, *Modele ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych a obowiązek korzystania z doradztwa inwestycyjnego przez zakłady ubezpieczeń*, „Zeszyty Naukowe” 2009, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu, nr 127, s. 683–689.

¹⁶⁵ Por. Oferta Compensa TU na Życie S.A. Viena Insurance Group: Ubezpieczenie na życie Compensa IKZE, https://www.compensa.pl/fileadmin/user_upload/OWU/RODO/OWU_Compensa_IKZE_RODO_2019.09.25.pdf [dostęp 13.03.2020].

do właściwych organów państwowych (np. Rzecznika Finansowego, Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, prokuratur) lub wnosili indywidualne bądź zbiorowe pozwy sądowe przeciwko zakładom ubezpieczeń. Takie procesy kończyły się nawet wyrokami i nakazem wypłaty wysokich odszkodowań na rzecz pokrzywdzonych. W ostatnich latach zmiany legislacyjne w zakresie przepisów regulujących rynek ubezpieczeń spowodowały poprawę sytuacji w tym zakresie, wprowadzając szereg rozwiązań zabezpieczających klientów przed niezgodnymi z prawem i etyką praktykami ubezpieczycieli¹⁶⁶. Ograniczone ramy niniejszego opracowania nie pozwalają niestety na szersze rozwinięcie wspomnianych kwestii, choć niektóre elementy dotyczące wymogów formalnoprawnych, bardziej szczegółowo zostały wskazane w rozdziale 5.

2.4.2. Ubezpieczenia na życie i dożycie

W myśl postanowień ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z 2015 r. grupę 1 w dziale I ubezpieczeń stanowią ubezpieczenia na życie, będące w 2018 r. drugim najbardziej popularnym rodzajem produktów ubezpieczeniowych na polskim rynku. Składka przypisana brutto z ich tytułu stanowi drugi, po ubezpieczeniach na życie z grupy 3, największy udział w strukturze składki przypisanej brutto ogółem dla całego działu I (w 2018 r. kształtował się on na poziomie 35,05% łącznej składki przypisanej brutto działu I – tablica 2.2). Ubezpieczenia na życie mogą wystąpić w formie¹⁶⁷:

- dożywotnich (bezterminowych) ubezpieczeń na życie (*whole life insurance*);
- terminowych ubezpieczeń na życie (*term insurance*);
- terminowych ubezpieczeń na dożycie (*pure endowment*);
- terminowych ubezpieczeń na życie i dożycie (*endowment*).

¹⁶⁶ W. Kamieński, P. Kowalczyk-Rólczyńska, P. Pisarewicz, *Formalnoprawny i instytucjonalny wymiar systemu ochrony klientów w zakresie ubezpieczeń na życie, gdy ryzyko lokaty (inwestycyjne) ponosi ubezpieczający*, „Nauki o Finansach” 2017, nr 3 (32), s. 101–120; P. Pisarewicz, *Ochrona klientów kanału bancassurance w produktach ubezpieczeniowo-inwestycyjnych*, „Zarządzanie i Finanse” 2013, nr 2, cz. 5, s. 235–246.

¹⁶⁷ S. Ostasiewicz, *Elementy aktuariatu...*, s. 49.

2. Produkty ubezpieczeń na życie

Ubezpieczenia na życie mają charakter długoterminowy i charakteryzują się tym, że bazują na ryzyku śmierci ubezpieczonego, tj. dożyciu określonego wieku lub zgonie w okresie ubezpieczenia¹⁶⁸.

Tablica 2.2. Podstawowe charakterystyki ubezpieczeń na życie w grupie 1 działu I (wg stanu na dzień 31.12.2018 r. oraz za okres od 1.01.2019 do 31.12. 2018 r.)

Numer działu/grupy ubezpieczeń ^o	Dział I, grupa 1
Składka przypisana brutto (w tys. zł)	7 606 756
Liczba umów czynnych zawartych indywidualnie (w sztukach)	8 918 448
Liczba umów czynnych zawartych grupowo (w sztukach)	538 571
Liczba ubezpieczonych osób w ubezpieczeniach grupowych** (w sztukach)	12 803 050
Świadczenia i odszkodowania wypłacone brutto (w tys. zł)	5 753 917
Liczba wypłat jednorazowych w okresie sprawozdawczym (w sztukach)	1 358 537
Liczba wypłat okresowych w okresie sprawozdawczym (w sztukach)	29 275
Udział w składce przypisanej brutto działu I (w %)	35,05
Udział w wypłaconych świadczeniach i odszkodowaniach brutto działu II (w %)	26,78

* Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), załącznik.

** Dane zagregowane – te same osoby mogą występować wielokrotnie.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Komisja Nadzoru Finansowego, *Sprawozdanie statystyczne KNF-02 krajowych zakładów ubezpieczeń*, „Biuletyn Kwartalny. Rynek ubezpieczeń” 2018, nr 4.

Dożywotnie (bezterminowe) ubezpieczenia na życie to tzw. ubezpieczenia na całe życie lub ubezpieczenia do końca życia (*whole life insurance*). Są one dobrowolne. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie (zgon) ubezpieczonego, a ochrona ubezpieczeniowa trwa do końca życia, czyli do dnia jego śmierci¹⁶⁹. Ubezpieczenia tego typu nazywane są także ubezpieczeniami na wypadek śmierci, gdyż umowa zawierana jest na czas nieokreślony i wygasa w momencie

¹⁶⁸ W rozdziale 2 przedstawione zostały produkty uszeregowane wg grup ubezpieczeń w kolejności ich udziału w składce przypisanej brutto. Analogiczna zasada przyjęta została w rozdziale 3.

¹⁶⁹ A. Śliwiński, *Rodzaje ubezpieczeń na życie. Klasyczne typy ubezpieczeń na życie* [w:] *Ubezpieczenia*, red. W. Ronka-Chmielowiec, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2016, s. 301.

śmierci ubezpieczonego¹⁷⁰. W tego rodzaju ubezpieczeniach wypłata świadczenia (kapitału) wystąpi zawsze, o ile nie zaistnieje zdarzenie powodujące wyłączenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Świadczenie wypłacane jest wskazanemu w umowie uposażonemu. Dożyciwnie ubezpieczenie na życie może być oferowane w następujących wariantach:

- ze składką opłacaną jednorazowo lub okresowo;
- z udziałem w zyskach;
- z waloryzacją świadczeń;
- z możliwością wykupu;
- z możliwością przejścia na ubezpieczenie bezskładkowe.

Dożyciwnie ubezpieczenie na życie jest typowym ubezpieczeniem ochronnym, które w przypadku wariantu z wartością wykupu może być także ubezpieczeniem oszczędnościowym.

Terminowe ubezpieczenia na życie (*term life insurance*) to również ubezpieczenia dobrowolne, których przedmiotem jest życie ubezpieczonego w określonym czasie (długość życia ubezpieczonego), a ochrona ubezpieczeniowa trwa do określonego wieku osoby ubezpieczonej, np. do dnia osiągnięcia wieku emerytalnego. W tego rodzaju ubezpieczeniach wypłata świadczenia wystąpi jedynie, gdy ubezpieczony umrze w okresie ochrony ubezpieczeniowej i nie wystąpi zdarzenie powodujące wyłączenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Świadczenie jest wypłacane uposażonemu wskazanemu w umowie¹⁷¹. Jeżeli ubezpieczony dożyje do końca ochrony ubezpieczeniowej, to wypłata świadczenia nie nastąpi. Terminowe ubezpieczenia na życie mogą być oferowane w formie ubezpieczenia ze stałą wielkością składki (standardowe ubezpieczenie ze stałą wysokością sumy ubezpieczenia, *term life insurance*) lub w formie malejącej wielkości składki (z malejącą sumą ubezpieczenia, *credit term life insurance*). Druga forma to ubezpieczenie skierowane dla kredytobiorców jako zabezpieczenie kredytu. Wówczas malejąca suma ubezpieczenia odpowiada wartości niespłaconej wielkości kredytu. Terminowe ubezpieczenie na życie jest typowym ubezpieczeniem ochronnym, które w przypadku wariantu z wartością wykupu może być także ubezpieczeniem oszczędnościowym¹⁷².

¹⁷⁰ E. Stroiński, *Podstawowe produkty ubezpieczenia jednostkowego...*, s. 105–106; S. Ostasiewicz, *Elementy aktuariatu...*, s. 49.

¹⁷¹ S. Ostasiewicz, *Elementy aktuariatu...*, s. 49.

¹⁷² B. Błaszczyn, T. Rolski, *Podstawy matematyki ubezpieczeń na życie...*, s. 102; por. Ergo Hestia OWU na Życie Ergo Hesita 4, <https://www.ergohestia.pl/znajdz-ubezpieczenie/>

2. Produkty ubezpieczeń na życie

Terminowe ubezpieczenia na dożycie (*pure endowment insurance*) także są ubezpieczeniami dobrowolnymi, w których przedmiotem ubezpieczenia jest dożycie przez ubezpieczonego określonego w umowie wieku (dożycie do końca umowy). W tego typu ubezpieczeniach wypłata świadczenia (kapitału) wystąpi jedynie, gdy ubezpieczony dożyje określonego wieku, np. końca aktywności zawodowej czy wieku emerytalnego i nie wystąpi zdarzenie powodujące wyłączenie ubezpieczonego z ochrony¹⁷³. Jeżeli ubezpieczony umrze przed określonym wiekiem, to ubezpieczenie skończy się i wypłata świadczenia nie nastąpi. Terminowe ubezpieczenie na dożycie jest ubezpieczeniem o charakterze oszczędnościowym¹⁷⁴ i może być oferowane w następujących wariantach:

- ze składką opłacaną jednorazowo lub okresowo;
- z udziałem w zyskach;
- z możliwością wykupu;
- z waloryzacją świadczeń;
- z możliwością przejścia na ubezpieczenie bezskładkowe.

Terminowe ubezpieczenie na dożycie skierowane jest do pełnoletnich ubezpieczonych, a jeżeli ubezpieczony jest niepełnoletni (np. jest dzieckiem ubezpieczającego), to ubezpieczenie na dożycie nazywane jest ubezpieczeniem posagowym, zaopatrzenia dzieci. W praktyce ubezpieczenia na dożycie nie cieszą się dużą popularnością, gdyż w ich przypadku klient ma zapłacić składkę ubezpieczeniową (z góry – zdarzenie pewne) za niepewne świadczenie w przyszłości (wypłacane o ile ubezpieczony dożyje). Ubezpieczenie na dożycie jest składnikiem ubezpieczenia na życie i dożycie, które jest już bardziej doceniane i popularne na rynku.

Ubezpieczenia na życie i dożycie (*endowment insurance*) to tzw. ubezpieczenia mieszane na wypadek śmierci i dożycia¹⁷⁵, będące połączeniem terminowego ubezpieczenia na życie i terminowego ubezpieczenia na dożycie, w których okresy ubezpieczeń zazwyczaj są identyczne¹⁷⁶. Są to dobrowolne ubezpieczenia terminowe, w których przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego

ubezpieczenie-grupowe-czy-indywidualne/indywidualne-ubezpieczenie-na-zycie/ [dostęp: 13.03.2020] oraz https://cdn.bsbox.pl/files/hesteria/Mzc7MDA_/41176a78dea1ba73849e92a46984f511_documents-1f-8c4162-da55-4069-80c0-3a41846b70d6.pdf [dostęp: 13.03.2020], Signal Iduna Życie S.A., <https://www.signal-iduna.pl/> [dostęp: 13.03.2020].

¹⁷³ E. Stroiński, *Podstawowe produkty ubezpieczenia jednostkowego...*, s. 108–109.

¹⁷⁴ B. Błaszczyn, T. Rolski, *Podstawy matematyki ubezpieczeń na życie...*, s. 103.

¹⁷⁵ S. Spanily, *Ubezpieczenia życiowe*, wykład VIII, Gdańsk 2002 [komputeropis].

¹⁷⁶ S. Ostasiewicz, *Elementy aktuariatu...*, s. 49.

oraz dożycie przez ubezpieczonego określonego wieku. Ochrona ubezpieczeniowa trwa najczęściej do określonego w umowie wieku ubezpieczonego (np. do dnia osiągnięcia pełnoletności, wieku emerytalnego itp.). Ze względu na uniwersalny charakter tego typu produktów zawsze wystąpi w nich wypłata świadczenia (kapitału) bez względu na to, czy ubezpieczony dożył, czy też nie dożył wieku określonego w umowie ubezpieczenia, oczywiście o ile nie wystąpi zdarzenie powodujące wyłączenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń¹⁷⁷. Zatem ten rodzaj ubezpieczenia jest jednocześnie ubezpieczeniem ochronnym i oszczędnościowym¹⁷⁸ i jego celem jest utrzymanie standardu życia rodziny po śmierci osoby objętej ochroną, a w przypadku jeśli nie wystąpi jej śmierć, celem jest zabezpieczenie potrzeb finansowych ubezpieczonego, któremu będzie wypłacone świadczenie. Terminowe ubezpieczenie na życie i dożycie może być oferowane w następujących wariantach:

- ze składką opłacaną jednorazowo lub okresowo;
- z udziałem w zyskach;
- z waloryzacją świadczeń;
- z możliwością wykupu;
- z możliwością przejścia na ubezpieczenie bezskładkowe.

Analizując składki ubezpieczeniowe netto, które zostałyby wyliczone w przypadku ubezpieczeń na życie, można zauważyć pewne wyszczególnione poniżej prawidłowości:

- Składka w terminowym ubezpieczeniu na życie jest niższa niż w ubezpieczeniu na całe życie, gdyż w przypadku tego pierwszego może nie nastąpić wypłata świadczenia, o ile ubezpieczony dożyje końca ochrony. W dożywotnim (bezterminowym) ubezpieczeniu na życie zakład ubezpieczeń z pewnością wypłaci świadczenie (o ile nie wystąpią zdarzenia, które spowodują wyłączenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń).
- Składka w terminowym ubezpieczeniu na życie rośnie wraz z wiekiem ubezpieczonego, gdyż wraz z wiekiem rośnie prawdopodobieństwo zgonu, które determinuje wysokość składki.

Zagadnienie to zostało szerzej opisane w rozdziale 4.

¹⁷⁷ E. Stroiński, *Podstawowe produkty ubezpieczenia jednostkowego...*, s. 109–112.

¹⁷⁸ B. Błaszczyn, T. Rolski, *Podstawy matematyki ubezpieczeń na życie...*, s. 103–104.

2.4.3. Ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe stanowiące uzupełnienie ubezpieczeń na życie

Ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeżeli stanowią uzupełnienie ubezpieczeń na życie wymienionych w grupach 1–4, są ubezpieczeniami dobrowolnymi, związanymi z następstwami nieszczęśliwych wypadków lub poważnego zachorowania, np. z uszkodzeniem ciała, rozstrojem zdrowia czy śmiercią. W ramach ubezpieczeń na życie są one oferowane wyłącznie jako ubezpieczenia dodatkowe (opcja lub ryzyko dodatkowe, *rider*) do innych ubezpieczeń na życie¹⁷⁹. W ramach pozostałych ubezpieczeń osobowych i majątkowych ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe oferowane są jako krótkoterminowe, dobrowolne ubezpieczenia indywidualne lub jako składnik innych produktów ubezpieczeniowych, np. ubezpieczeń turystycznych czy ubezpieczeń grupowych. Celem tych ubezpieczeń jest zabezpieczenie potrzeb finansowych ubezpieczonych i ich rodzin, które powstały wskutek nieszczęśliwego wypadku lub nagłej choroby ubezpieczonego. Należy jednak podkreślić, że specyfika tych ubezpieczeń jest odmienna niż w pozostałych grupach ubezpieczeń na życie, ponieważ są one oferowane nie jako główne ryzyko ochrony, tylko jako ryzyko dodatkowe. Opcje dodatkowe są produktami generującymi w Polsce relatywnie duży udział w łącznej składce przypisanej brutto dla całego działu I. W 2018 r. udział ten kształtował się na poziomie 27,27% (tablica 2.5), co wynika m.in. z dużej popularności ubezpieczeń na życie z grup 1 i 3, w których w 2018 r. łączny udział kształtował się na poziomie 71,58% składki przypisanej brutto ogółem działu I (odpowiednio 35,05% oraz 36,53%), co przedstawiają tablice 2.1 i 2.2.

Warto wiedzieć, że w ustawie o działalności ubezpieczeniowej z 1990 r., dział I ubezpieczeń podzielono na trzy grupy:

- ubezpieczenia na życie;
- ubezpieczenia posagowe, zaopatrzenia dzieci;
- ubezpieczenie na życie, jeżeli jest związane z funduszem inwestycyjnym.

Jak widać, w ustawie nie występowały jako oddzielna kategoria ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, będące uzupełnieniem ubezpieczeń na życie¹⁸⁰. Dopiero ustawa o działalności ubezpieczeniowej z 2003 r. wprowadziła dwie nowe grupy ubezpieczeń, to jest: ubezpieczenia rentowe oraz omawiane w niniejszym

¹⁷⁹ E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie – teoria i praktyka...*, s. 125.

¹⁸⁰ Ustawa z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr 59, poz. 344), załącznik.

podrozdziale ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeżeli są uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych w grupach 1–4¹⁸¹.

Tablica 2.3. Metryka ubezpieczeń wypadkowych i chorobowych, jeżeli są uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych w grupach 1–4 (wg stanu na 31.12.2018 r. oraz za okres od 1.01.2018 do 31.12.2018 r.)

Numer działu/grupy ubezpieczeń ^o	Dział I, grupa 5**
Składka przypisana brutto (w tys. zł)	5 918 387
Liczba umów czynnych zawartych indywidualnie (w sztukach)	15 023 614
Liczba umów czynnych zawartych grupowo (w sztukach)	2 847 421
Liczba ubezpieczonych osób w ubezpieczeniach grupowych*** (w sztukach)	20 139 848
Świadczenia i odszkodowania wypłacone brutto (w tys. zł)	2 495 755
Liczba wypłat jednorazowych w okresie sprawozdawczym (w sztukach)	2 179 524
Liczba wypłat okresowych w okresie sprawozdawczym (w sztukach)	11 017
Udział w składce przypisanej brutto działu I (w %)	27,27
Udział w wypłaconych świadczeniach i odszkodowaniach brutto działu II (w %)	11,62

* Jeżeli są uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych w grupach 1–4.

** Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), załącznik.

*** Dane zagregowane – te same osoby mogą występować wielokrotnie.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Komisja Nadzoru Finansowego, *Sprawozdanie statystyczne KNF-02 krajowych zakładów ubezpieczeń*, „Biuletyn Kwartalny. Rynek ubezpieczeń” 2018, nr 4.

Ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe jako ubezpieczenia dodatkowe, uzupełniające ubezpieczenia życiowe mają charakter dobrowolny, a ich ogólne warunki ubezpieczenia określa samodzielnie zakład ubezpieczeń. Mogą mieć one skrócony okres ubezpieczenia (np. kiedy ubezpieczenie na życie trwa, a ubezpieczenie dodatkowe już się kończy) lub można je wykupić w dowolnym czasie trwania umowy ubezpieczenia. Często zdarza się, że zakład ubezpieczeń zaznaczy w o.w.u., że ubezpieczony jest zobowiązany do bieżącego informowania zakładu o zmianie stanu zdrowia (zwiększeniu ryzyka związanego z poważnym

¹⁸¹ Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr 124, poz. 1151), załącznik.

2. Produkty ubezpieczeń na życie

zachorowaniem, zmianą pracy lub wyjazdem zagranicznym), w tym wypadku niedokonanie obowiązku informacyjnego może spowodować zakończenie umowy opcji dodatkowej¹⁸².

W Polsce w ramach ubezpieczeń wypadkowych i chorobowych, jako umów dodatkowych do ubezpieczeń życiowych, najczęściej stosowanymi opcjami są¹⁸³:

- z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku;
- z tytułu kalectwa (inwalidztwa) wskutek nieszczęśliwego wypadku;
- z tytułu poważnego zachorowania;
- z tytułu niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku lub poważnego zachorowania (oraz zwolnienie z opłaty składki z tytułu niezdolności do pracy).

Wymienione opcje dodatkowo mogą być podzielone ze względu na oferowane w ich ramach świadczenia. Podział ten wygląda następująco:

- 1) w zakresie następstw nieszczęśliwych wypadków:
 - a) z tytułu śmierci:
 - w drodze do/z pracy;
 - wypadku komunikacyjnego;
 - b) z tytułu kalectwa¹⁸⁴;
 - c) z tytułu śmierci lub kalectwa;
- 2) w zakresie ubezpieczeń chorobowych:
 - a) z tytułu poważnego zachorowania (*specified disease benefits*);
 - b) z tytułu zwrotu kosztów leczenia;
 - kosztów pobytu w szpitalu;
 - wydatków chirurgicznych;
 - poważnych wydatków leczniczych (*major medical benefits*);
 - wydatków medycznych wskutek wypadku (*accidental medical expense benefit*);
 - z tytułu wydatków na leczenie,
 - np. usług dentystycznych (*dental insurance benefit*);
 - kosztów opieki na wypadek niedołęstwa (*long term care*);

¹⁸² E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie – teoria i praktyka...*, s. 223; S. Ostasiewicz, *Elementy aktuariatu...*, s. 76.

¹⁸³ E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie – teoria i praktyka...*, s. 126.

¹⁸⁴ Kalectwo najczęściej jest definiowane jako stopień inwalidztwa określany w procentach uszczerbku na zdrowiu, przyznawany przez odpowiednie komisje lekarskie.

3) w zakresie ubezpieczeń niezdolności do pracy:

- a) z tytułu wypadku lub choroby;
- b) z tytułu zwolnień z opłaty składki z powodu niezdolności do pracy z powodu wypadku lub choroby (ubezpieczenie składki *waiver*).

Ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe D. Ostrowska zalicza do prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych¹⁸⁵ i wśród nich wyróżnia:

- ubezpieczenia szpitalne pokrywające koszty operacji i zabiegów;
- ubezpieczenia ambulatoryjne pokrywające koszty dostępu do specjalisty, badań diagnostycznych oraz zabiegów ambulatoryjnych;
- ubezpieczenia lekowe pokrywające koszty leków;
- ubezpieczenia assistancje medycznej gwarantuje całodobowo pomoc do obsługi medycznej.

Nieszczęśliwe wypadki definiowane są przez zakłady ubezpieczeń jako nagłe i niespodziewane zdarzenia losowe (wywołane bezpośrednio i wyłączną przyczyną zewnętrzną), w których następstwie ubezpieczony niezależnie od swojej woli doznał trwałego uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci¹⁸⁶. Wysokość świadczenia w ubezpieczeniach NNW jest zazwyczaj pewnym (określonym w o.w.u.) procentem sumy ubezpieczenia, który najczęściej równy jest procentowi uszczerbku na zdrowiu, jakiego doznał chory. Procent ten zostaje przyznany przez powołane przez zakłady ubezpieczeń komisje lekarskie lub ustalany jest według odpowiednich tablic czy wskaźników uchwalonych przez zakłady ubezpieczeń. Najczęściej dzieje się to w terminie do 24 miesięcy po zakończeniu leczenia, jednak nie później niż 24 miesiące od dnia nieszczęśliwego wypadku. Górne limity odpowiedzialności zakładów ubezpieczeń na jedno i wszystkie zdarzenia w ciągu roku (tj. sumy ubezpieczenia) w ubezpieczeniach NNW zazwyczaj nie są wysokie. Kształtują się w granicach od kilku do kilkunastu tysięcy złotych. Jest to efekt dość częstego występowania ryzyka NNW objętego ubezpieczeniem. Przykładem uzupełnienia omawianych produktów mogą być ubezpieczenia kosztów leczenia (KL), które także należą do ubezpieczeń dobrowolnych¹⁸⁷. Są one, obok wspomnianego wyżej ubezpieczenia NNW, jednymi z bardziej

¹⁸⁵ D. Ostrowska, *Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w Polsce* [w:] *Ubezpieczenia zdrowotne w Polsce i na świecie*, red. D. Ostrowska, A. Warelis, P. Sowa, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2017, s. 84.

¹⁸⁶ Komisja Nadzoru Finansowego, *Raport. Ubezpieczenia turystyczne*, Warszawa 2018, s. 35.

¹⁸⁷ O.w.u. ustala zakład ubezpieczeń.

istotnych części pakietów ubezpieczeń¹⁸⁸. Celem tego typu produktów jest zabezpieczenie przed wydatkami związanymi z niezbędnymi kosztami leczenia ubezpieczonego, powstałymi na skutek nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania ubezpieczonego¹⁸⁹. Jak wskazano nieco wcześniej, istnieje bardzo wiele możliwych opcji dodatkowych, które w praktyce rynkowej stanowią uzupełnienie ryzyka podstawowego w zawartych umowach ubezpieczenia. Niestety formuła oraz ograniczone ramy niniejszego opracowania nie pozwalają na omówienie ich w sposób bardziej szczegółowy.

Podsumowując powyższe rozważania należy stwierdzić, że ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe są na tyle istotne, że w sprawozdaniach dotyczących wypłacalności zakładów ubezpieczeń ujęte są jako oddzielne ryzyko dla zakładów ubezpieczeń. Dla obliczeń podstawowego kapitałowego wymogu wypłacalności – wskaźnika SCR – wyróżnia się m.in.: ryzyko ubezpieczeniowe w ubezpieczeniach zdrowotnych (*health underwriting risk*) oraz w bilansie dla celów wypłacalności wyróżnia się ubezpieczenia zdrowotne o charakterze ubezpieczeń na życie (*health similar to life*), a także ubezpieczenia zdrowotne o charakterze ubezpieczeń innych niż ubezpieczenia na życie (*health similar to non-life*)¹⁹⁰.

2.4.4. Ubezpieczenia rentowe

Ubezpieczenia rentowe są bardzo interesującą, ale ciągle niedocenianą i mało popularną grupą produktów na polskim rynku. Choć ich nazwa głównie kojarzy się z rentą jako serią płatności, której specyfika i rodzaje zostały omówione szczegółowo nieco dalej, to również powinna być kojarzona z oszczędnościowym czyli rentierskim charakterem, związanym z akumulacją kapitału i zabezpieczeniem finansowym. W praktyce tego typu zadania realizowane są przez wiele instytucji finansowych, np. banki, fundusze inwestycyjne, fundusze

¹⁸⁸ Ustawa określa, że należy wykupić ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków oraz ubezpieczenie kosztów leczenia.

¹⁸⁹ A. Janikowski, *Ubezpieczenia*, Wydawnictwo Uczelniane Uniwersytetu Technologiczno-Przyrodniczego w Bydgoszczy, Bydgoszcz 2015, s. 93. W publikacji przedstawiono różne definicje kosztów leczenia w wybranych zakładach ubezpieczeń.

¹⁹⁰ Komisja Nadzoru Finansowego, *Bilans dla celów wypłacalności zakładów ubezpieczeń oraz Wskaźniki wypłacalności w skali sektora oraz struktura wymogu SCR* [w:] *Rocznik rynku ubezpieczeń. Zagregowane dane dla celów wypłacalności II krajowych zakładów ubezpieczeń*, Warszawa 2018.

emerytalne itp. W przypadku ubezpieczeń rentowych realizację tych zadań przejmują zakłady ubezpieczeń.

Ubezpieczenia rentowe mają zatem charakter oszczędnościowy, sprowadzający się do ochrony finansowej po osiągnięciu przez ubezpieczonego określonego w umowie wieku. Najczęściej jest to osiągnięcie wieku emerytalnego i zabezpieczenie na starość, chociaż ubezpieczenie może obejmować również inne okresy w życiu, na przykład takie, w których pojawiają się większe potrzeby finansowe.

Ryzykiem podstawowym omawianej klasy produktów jest tym samym dożycie, a nie klasyczna ochrona na wypadek śmierci, w której beneficjentami są osoby trzecie. Głównym beneficjentem jest w tym wypadku zazwyczaj sam ubezpieczony, który otrzymuje świadczenie po dożyciu określonego w umowie wieku. Natomiast w przypadku jego śmierci wypłata świadczenia w formie renty życiowej zostaje wstrzymana, a pozostała część kapitału, której wysokość uzależniona jest od warunków zawartej umowy, może być wypłacona wskazanym przez ubezpieczonego osobom uposażonym¹⁹¹. Z punktu widzenia ubezpieczyciela, rzeczywiste ryzyko związane z tym produktem materializuje się w momencie dożycia przez ubezpieczonego określonego wieku i rozpoczęcia wypłaty świadczeń w formie renty. W szczególności dotyczy to rent życiowych wypłacanych dożywotnio, w których dłuższe niż zakładano pierwotnie życie ubezpieczonego oznacza dłuższy okres płatności renty, co z kolei przekłada się na systematyczny wzrost ryzyka zakładu ubezpieczeń.

Historycznie rzecz ujmując, w ustawie z 1990 r. regulującej rynek ubezpieczeń, dział I ubezpieczeń podzielono na trzy grupy, w których ubezpieczenia rentowe nie występowały jako oddzielna kategoria¹⁹². Dopiero w ustawie o działalności ubezpieczeniowej z 2003 r. dodano dwie nowe grupy ryzyka: ubezpieczenia rentowe oraz ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeżeli są uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych w grupach 1–4¹⁹³.

Renta (*annuity*) to natomiast pewien ciąg płatności, następujących po sobie w równych odstępach czasu¹⁹⁴. Renta pewna tzw. renta gwarantowana (*annuity-certain*) to renta finansowa, która nie zależy od życia ludzkiego i w której liczba

¹⁹¹ E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie – teoria i praktyka...*, s. 209–210.

¹⁹² Ustawa z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr 59, poz. 344), załącznik.

¹⁹³ Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr 124, poz. 1151), załącznik.

¹⁹⁴ Por. rozdział 4.6.

2. Produkty ubezpieczeń na życie

płatności zazwyczaj jest ustalona z góry¹⁹⁵. Oferują ją różne instytucje finansowe (np. banki). Inny rodzaj renty – renta życiowa (*life annuity*) zależy od życia ludzkiego (tj. prawdopodobieństwa przeżycia osoby w wieku x) i jest płacona, jeśli osoba ubezpieczona żyje¹⁹⁶. Renty mogą być płacone z góry (na początku, *annuity due*) lub z dołu (na końcu, *immediate annuity*) każdego okresu płatności. Przykładem renty życiowej jest oszczędzanie przez osobę pracującą na emeryturę w pewnym funduszu emerytalnym. Fundusz emerytalny ma określoną liczbę członków. Załóżmy, że osoba w wieku x lat (np. 23 lat) rozpoczyna oszczędzać w taki sposób, że wpłaca środki finansowe o stałej wysokości R (np. 100 PLN) na koniec (lub początek) każdego miesiąca przez n lat (np. 42 lata) aż do wieku emerytalnego. W momencie przejścia na emeryturę oszczędzający w wieku $x+n$ lat (np. $23 + 42 = 65$) będzie miał fundusz kapitałowy, który będzie iloczynem wielkości raty R i aktuarialnej wartości końcowej renty życiowej płatnej na koniec (lub początek) każdego miesiąca przez n lat przemnożonej przez 12 ¹⁹⁷. Zaoszczędzony kapitał finansowy w funduszu emerytalnym oszczędzający będzie mógł wypłacić jednorazowo lub w formie renty życiowej (dożywotniej lub czasowej, na przykład przez 15 lat). W przypadku wypłaty w formie renty zakłada się, że kapitał końcowy wpłat (wpłacanej do funduszu renty życiowej w wysokości R) jest równy wartości bieżącej wypłat (wypłacanej z funduszu renty życiowej). Stąd można wyznaczyć wielkość raty wypłacanej.

Ubezpieczenia rentowe (*annuity insurance*) to ubezpieczenia, które dotyczą rent życiowych (*life annuity*) zależnych od życia ludzkiego. Ich cechą charakterystyczną jest realizowana przez zakład ubezpieczeń wypłata świadczeń pieniężnych, najczęściej w formie renty, o ile ubezpieczony żyje¹⁹⁸. Ubezpieczenia te są ubezpieczeniami dobrowolnymi i długoterminowymi, głównie o charakterze oszczędnościowym¹⁹⁹.

¹⁹⁵ Renta pewna nazywana jest gwarantowaną, gdyż płatności są w niej gwarantowane bez względu na to, czy żyje ubezpieczony.

¹⁹⁶ Por. rozdział 4.7.

¹⁹⁷ Mnożenie przez 12 wynika z faktu, że płatności odbywają się miesięcznie. W przykładzie założono, że nie występują dodatkowe opłaty (np. zarządzaniem funduszem).

¹⁹⁸ W przypadku klasycznego odroczonego ubezpieczenia rentowego, gdzie ubezpieczony oszczędza kapitał przez pewien okres (np. do wieku emerytalnego), może wystąpić wypłata świadczenia jednorazowa lub w formie renty życiowej po dożyciu okresu odroczonej wypłaty.

¹⁹⁹ Ubezpieczenia rentowe różnią się od innych ubezpieczeń tym, że nie wymagają kwestionariusza (formularza) oceny ryzyka.

W praktyce w ubezpieczeniach rentowych może występować połączenie renty życiowej (najczęściej dożywotniej renty życiowej) z gwarantowaną rentą finansową (rentą gwarantowaną) płatną przez pewien okres (np. 5, 10 lat). Dzięki temu wpłacony do zakładu ubezpieczeń kapitał finansowy (wpłacone składki) nie przepada nawet wtedy, gdy ubezpieczony umrze w okresie ubezpieczenia (wtedy renta życiowa nie jest należna). W takim wypadku zakład ubezpieczeń zapewnia, że gwarantowane świadczenie na pewno zostanie wypłacone uposażonym²⁰⁰. Wysokość świadczenia gwarantowanego zależy zazwyczaj od sumy wpłaconych składek podstawowych lub dodatkowych, lub ewentualnego udziału w zyskach.

Świadczenia wypłacane w ubezpieczeniach rentowych mogą wystąpić w następujących formach:

- renty życiowej:
 - terminowej – wypłacanej (o ile żyje ubezpieczony) przez określoną liczbę lat do określonego wieku ubezpieczonego;
 - bezterminowej (dożywotniej) – wypłacanej (o ile żyje ubezpieczony) dożywotnio, czyli do końca życia ubezpieczonego;
- renty pewnej, tj. gwarantowanej (renty finansowej) wypłacanej w ustalonym okresie, w ustalonej wysokości, przez ustaloną liczbę lat²⁰¹.

Z kolei wypłacane świadczenia rentowe według momentu rozpoczęcia płatności mogą mieć formę:

- renty odroczonej – płatności rozpoczynają się dopiero w przyszłości, np. po jednym dniu od osiągnięcia wieku emerytalnego²⁰²;
- renty płatnej natychmiast:
 - z góry – płatności dokonywane są na początek każdego okresu płatności – od zaraz po wykupieniu ubezpieczenia;
 - z dołu – płatności dokonywane na koniec każdego okresu płatności.

²⁰⁰ W rencie życiowej ubezpieczyciele wypłacają płatności dopóki ubezpieczony (lub świadczeniobiorca) żyje, dlatego T. Bednarczyk określa je jako „przeciwieństwo ubezpieczeń na życie”, gdzie świadczenie wypłacane jest jeżeli ubezpieczony umrze w okresie ochrony ubezpieczeniowej. Por. T. Bednarczyk, *Instytucja ubezpieczenia...*, s. 35; E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie – teoria i praktyka...*, s. 112.

²⁰¹ Na przykład częściowy zwrot składek, jeżeli ubezpieczony umrze w określonym w umowie okresie.

²⁰² To przykład klasycznego ubezpieczenia rentowego z odroczonymi płatnościami, gdzie ubezpieczony przez określony okres wpłaca składki, a ubezpieczyciel od pewnego momentu w przyszłości zaczyna wypłacać świadczenia w formie renty życiowej odroczonej lub odroczonej renty pewnej i odroczonej renty gwarantowanej. Por. Oferta Compensa Vienna Insurance Group: Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia Rentowego na Życie Gwarancja Renta, https://www.compensa.pl/fileadmin/user_upload/OWU/Stare_OWU_Gwarancja_Renta.pdf [dostęp: 13.03.2020].

2. Produkty ubezpieczeń na życie

W ubezpieczeniach rentowych ubezpieczający zobowiązuje się wpłacić składkę jednorazowo lub okresowo (z określoną częstotliwością, np. miesięcznie)²⁰³, a wypłata świadczenia wystąpi wtedy, gdy żyje ubezpieczony²⁰⁴, o ile nie zaistnieje zdarzenie powodujące wyłączenie ubezpieczonego z ochrony.

Ubezpieczenia rentowe ujęte według liczby ubezpieczonych mogą wystąpić w formie renty dla:

- jednej osoby (płatności na rzecz ubezpieczonego lub uposażonego);
- dwóch różnych osób, np. renty małżeńskie, renty wdowie lub dla dwóch innych osób²⁰⁵.

Jak już wspomniano, ubezpieczenia rentowe są produktem mało popularnym w Polsce, czego dowodem jest wartość składki przypisanej brutto z ich tytułu, stanowiącej niewielki procent łącznej składki przypisanej brutto dla całego działu I (w 2018 r. udział ten kształtował się na poziomie 0,66% składki przypisanej brutto ogółem działu I – tablica 2.4)²⁰⁶.

Mała popularność ubezpieczeń rentowych wynika między innymi z faktu, że w warunkach ekonomicznych ubezpieczony „dziś” (w momencie podpisania umowy) zobowiązuje się opłacić składkę ubezpieczeniową (zdarzenie pewne) z tytułu odroczonej w czasie niepewnej wypłaty świadczenia w przyszłości.

W ubezpieczeniach rentowych mogą także zostać uwzględnione opcje dodatkowe²⁰⁷, takie jak zwrot zapłaconych składek w razie śmierci ubezpieczonego

²⁰³ Zasady kalkulacji składek ubezpieczeniowych opisuje m.in. N.L. Bowers i in., *Actuarial mathematics...*, s. 167–197 oraz J. Monkiewicz, *Podstawy techniczne działalności ubezpieczeniowej* [w:] *Podstawy ubezpieczeń*, red. J. Monkiewicz, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2003, t. II, s. 101–124.

²⁰⁴ W niektórych ubezpieczeniach posagowych dzieci, jeżeli ubezpieczony rodzic lub prawny opiekun dziecka umrze, świadczenie może być wypłacane uposażonemu dziecku w formie renty życiowej – szerzej w rozdziale 2.4.5.

²⁰⁵ Ubezpieczenia rentowe dla małżeństw, wg wiedzy autorów, nie są jeszcze oferowane na polskim rynku ubezpieczeń. Takie ubezpieczenia byłyby dobrym rozwiązaniem jako zabezpieczenie emerytalne.

²⁰⁶ Por. Oferta Compensa Vienna Insurance Group: Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia Rentowego na Życie Gwarancja Renta, https://www.compensa.pl/fileadmin/user_upload/OWU/Stare_OWU_Gwarancja_Renta.pdf [dostęp: 13.03.2020]; Oferta Ergo Hestii: Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia Gwarantowanej Renty na Życie z odroczonym terminem płatności i jednorazową składką ubezpieczeniową „Evensus classic”, [https://www.ergopro.pl/download/owu_eventus_classic\(2\).pdf](https://www.ergopro.pl/download/owu_eventus_classic(2).pdf) [dostęp: 27.04.2020]; Oferta PZU Życie S.A. to produkt chroniący życie ubezpieczonego i zdrowie uposażonego dziecka: OWU Dodatkowe indywidualne ubezpieczenie rentowe PZU Na Dobry Początek, https://www.pzu.pl/_files/1520211 [dostęp: 13.03.2020]. Ubezpieczane jest życie ubezpieczonego i zdrowie uposażonego dziecka.

²⁰⁷ E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie – teoria i praktyka...*, s. 113.

(rentobiorcy) lub odprawa pośmiertna. Omawiane ubezpieczenia oferowane są w następujących wariantach:

- ze składką opłacaną jednorazowo lub okresowo²⁰⁸;
- z udziałem w zyskach;
- z waloryzacją świadczeń;
- z możliwością wykupu;
- z możliwością przejścia na ubezpieczenie bezskładkowe.

Tablica 2.4. Podstawowe charakterystyki ubezpieczeń rentowych (wg stanu na 31.12.2018 r. oraz za okres od 1.01.2018 do 31.12.2018 r.)

Nr działu/grupy ubezpieczeń*	Dział I, grupa 4
Składka przypisana brutto (w tys. zł)	138 966
Liczba umów czynnych zawartych indywidualnie (w sztukach)	45 569
Liczba umów czynnych zawartych grupowo (w sztukach)	11
Liczba ubezpieczonych osób w ubezpieczeniach grupowych** (w sztukach)	3 506
Świadczenia i odszkodowania wypłacone brutto (w tys. zł)	89 347
Liczba wypłat jednorazowych w okresie sprawozdawczym (w sztukach)	2 762
Liczba wypłat okresowych w okresie sprawozdawczym (w sztukach)	29 019
Udział w składce przypisanej brutto działu I (w %)	0,64
Udział w wypłatach świadczeniach i odszkodowaniach brutto działu II (w %)	0,42

* Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), załącznik.

** Dane zagregowane – te same osoby mogą występować wielokrotnie.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Komisja Nadzoru Finansowego, *Sprawozdanie statystyczne KNF-02 krajowych zakładów ubezpieczeń*, „Biuletyn Kwartalny. Rynek ubezpieczeń” 2018, nr 4.

Na zakończenie należy dodać, że choć w omawianych produktach świadczenie wypłacane jest w formie renty, forma ta nie jest wyłącznie domeną ubezpieczeń rentowych, lecz może występować również w innych rodzajach ubezpieczeń, np. ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych.

²⁰⁸ Zauważmy, że renta to ciąg płatności następujących po sobie w równych odstępach czasu, a więc każda składka okresowa jest rentą, jednakże z założenia nie jest to ubezpieczenie rentowe.

2.4.5. Ubezpieczenia posagowe, zaopatrzenia dzieci

Ubezpieczenia posagowe, zaopatrzenia dzieci to szczególny rodzaj ubezpieczeń na życie o charakterze oszczędnościowym²⁰⁹. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego, którym może być rodzic lub opiekun prawny (osoba zaopatrująca dziecko) oraz dożycie dziecka (podopiecznego) do określonego wieku (np. pełnoletności). Ochrona ubezpieczeniowa trwa do wskazanego w umowie wieku dziecka (np. 18 czy 25 lat) lub maksymalnego wieku osoby ubezpieczonej (np. 75 lat). Celem ubezpieczeń posagowych jest pokrycie przyszłych potrzeb finansowych dzieci wchodzących w okres dorosłości, na przykład kupna przez nie mieszkania lub opłacenia studiów. Rodzice (lub opiekunowie prawni), jako osoby ubezpieczające, opłacają składki, a dzieci, jako osoby uposażone, są uprawnionymi do wypłaty świadczenia, o ile dożyją końca umowy²¹⁰. W ramach umowy podstawowej dziecko jest beneficjentem uprawnionym do uzyskania świadczenia z zawartej umowy. W ramach umów dodatkowych dziecko może być ubezpieczonym, wtedy zakres ubezpieczenia dotyczy głównie poważnego zachorowania dziecka lub powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku, czy pobytu w szpitalu.

Ubezpieczenia posagowe, zaopatrzenia dzieci są produktem mało popularnym w Polsce, gdyż składka przypisana brutto z ich tytułu stanowi niewielki procent łącznej składki przypisanej brutto dla całego działu I (w 2018 r. ten udział kształtował się na poziomie mniejszym od 1%, tj. 0,51% – tablica 2.5).

Świadczenia z tytułu ubezpieczenia posagowego, zaopatrzenia dzieci mogą być wypłacane w następujących formach:

- jednorazowej wypłaty;
- renty;
- jednorazowej wypłaty i renty (czyli w dwóch formach jednocześnie: część świadczenia wypłacana jest jednorazowo, a pozostała część w formie renty).

²⁰⁹ A. Śliwiński, *Rodzaje ubezpieczeń na życie. Ubezpieczenia posagowe...*, s. 307.

²¹⁰ Zazwyczaj ubezpieczonymi są osoby zaopatrujące dzieci (rodzice, prawni opiekunowie). W przypadku ich śmierci w okresie ubezpieczenia ubezpieczyciel często przejmuje opłacenie składek lub wypłaca rentę finansową. Jeżeli dziecko umrze w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, to zakład ubezpieczeń najczęściej wypłaci zwrot zapłaconych składek pomniejszony o koszty ubezpieczenia, a nie sumę ubezpieczenia.

Tablica 2.5. Podstawowe charakterystyki ubezpieczeń posagowych, zaopatrzenia dzieci (wg stanu na 31.12.2018 r. oraz za okres od 1.01.2018 do 31.12.2018 r.)

Nr działu/grupy ubezpieczeń*	Dział I, grupa 2
Składka przypisana brutto (w tys. zł)	110 000
Liczba umów czynnych zawartych indywidualnie (w sztukach)	87 524
Liczba umów czynnych zawartych grupowo (w sztukach)	0
Liczba ubezpieczonych osób w ubezpieczeniach grupowych** (w sztukach)	0
Świadczenia i odszkodowania wypłacone brutto (w tys. zł)	117 810
Liczba wypłat jednorazowych w okresie sprawozdawczym (w sztukach)	7 037
Liczba wypłat okresowych w okresie sprawozdawczym (w sztukach)	4 229
Udział w składce przypisanej brutto działu I (w %)	0,51
Udział w wypłatach świadczeniach i odszkodowaniach brutto działu II (w %)	0,55

* Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), załącznik.

** Dane zagregowane – te same osoby mogą występować wielokrotnie.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Komisja Nadzoru Finansowego, *Sprawozdanie statystyczne KNF-02 krajowych zakładów ubezpieczeń*, „Biuletyn Kwartalny. Rynek ubezpieczeń” 2018, nr 4.

Ubezpieczenia posagowe mogą także zawierać różne opcje dodatkowe²¹¹, np.:

- zwrot składek w razie śmierci dziecka;
- przejście na ubezpieczenie bezskładkowe w razie śmierci ubezpieczającego (rodzica);
- terminowa renta finansowa dla ubezpieczonego (dziecka) w wysokości kilku procent sumy ubezpieczenia miesięcznie do końca okresu ubezpieczenia, w przypadku śmierci ubezpieczającego (rodzica);
- gwarantowana renta finansowa dla ubezpieczonego (dziecka) w wysokości kilku procent sumy ubezpieczenia miesięcznie do końca okresu ubezpieczenia, w przypadku śmierci jednego lub dwóch rodziców (prawnych opiekunów) oraz stwierdzonego w okresie ubezpieczenia: inwalidztwa ubezpieczonego (dziecka) o kategorii I grupy lub wysokiego procentu inwalidztwa.

²¹¹ E. Stroiński, *Podstawowe produkty ubezpieczenia jednostkowego...*, s. 116.

Podsumowanie rozdziału 2

Ubezpieczenia na życie stanowiące treść rozdziału drugiego, pełnią w życiu prywatnym ludzi oraz całych społeczeństw ważną rolę. Nie ma jednej uniwersalnej definicji ubezpieczenia na życie, niemniej większość istniejących dotyczy zdarzeń losowych wynikających z długości życia człowieka, których nie można z góry przewidzieć. Ubezpieczenia tego typu stanowią zabezpieczenie potrzeb finansowych związanych z życiem ubezpieczonego i z tego powodu mogą pełnić zarówno rolę ochronną, jak i oszczędnościową.

Ochrona ubezpieczeniowa w ubezpieczeniach na życie ma charakter długookresowy i może mieć różny zakres w zależności od tego, czy dotyczy umów podstawowych czy dodatkowych. W ramach umów podstawowych ochrona ta może bezpośrednio odnosić się do ryzyka śmierci ubezpieczonego lub ryzyka dożycia przez ubezpieczonego określonego w umowie wieku. Natomiast w ramach umów dodatkowych ochrona ubezpieczeniowa może odnosić się pośrednio do utraty życia, np.: do ryzyka poważnego zachorowania, ryzyka trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku, ryzyka trwałej niezdolności do pracy wskutek poważnego zachorowania oraz wielu innych zdarzeń losowych.

Popyt na ubezpieczenia na życie w Polsce (mierzony składką przypisaną brutto działu I ubezpieczeń), chociaż ciągle jest dużo niższy niż rejestrowany w Unii Europejskiej lub krajach OECD i tak wypracowuje znaczący udział w Produkcie Krajowym Brutto. Oczekuje się, że wraz z rozwojem zamożności społeczeństwa w Polsce, popyt na ubezpieczenia na życie będzie rósł.

W 2018 r. na polskim rynku ubezpieczeniowym najbardziej popularną grupą ubezpieczeń życiowych, według udziału w składce przypisanej brutto (prawie 37% składki przypisanej brutto ogółem działu I ubezpieczeń) są ubezpieczenia z komponentem inwestycyjnym. Wynika to z uniwersalnego charakteru tych ubezpieczeń, w których ubezpieczony decyduje, jaka część składki przeznaczona jest na ochronę, a jaka na inwestycje. Drugą grupą ubezpieczeń w 2018 r. wg udziału w rynku były ubezpieczenia na życie (35% składki przypisanej brutto ogółem działu I), a trzecią ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe stanowiące uzupełnienie ubezpieczeń na życie (27% składki przypisanej brutto ogółem działu I). Najmniej popularne okazały się ubezpieczenia rentowe oraz ubezpieczenia posagowe (zaopatrzenia dzieci), które stanowiły niecały 1% w składce przypisanej brutto ogółem w dziale I (odpowiednio 0,64 oraz 0,51%.

składki przypisanej brutto ogółem dział I). Niezależnie od rodzaju produktów należy podkreślić, że ubezpieczenia na życie zyskują coraz większą popularność, a klienci wraz ze wzrastającą świadomością ubezpieczeniową zaczynają doceniać pozytywną rolę, którą mogą one odgrywać zarówno w zakresie bezpieczeństwa, jak i zabezpieczenia finansowego rodzin.

Zagadnienia badawcze

1. Jak można zdefiniować ubezpieczenia na życie?
2. Czym różni się ubezpieczenia na życie od ubezpieczeń majątkowych?
3. Czy ubezpieczenia na życie są obowiązkowe czy dobrowolne?
4. Jak można sklasyfikować ubezpieczenia na życie?
5. Co to jest udział w zyskach i w których ubezpieczeniach może wystąpić?
6. Co oznacza ubezpieczenie bezskładkowe i kiedy może ono wystąpić?
7. Co oznacza możliwość wykupu ubezpieczenia i w których ubezpieczeniach może wystąpić?
8. Które grupy ubezpieczeń na życie są najbardziej popularne wg składki przypisanej brutto i dlaczego?
9. Scharakteryzuj i wyjaśnij zwrot „opcje dodatkowe”.
10. Jakie są perspektywy rozwoju ubezpieczeń na życie?

Rozdział 3

Produkty ubezpieczeń majątkowych

3.1. Ubezpieczenia komunikacyjne i transportowe

3.1.1. Pojęcie ubezpieczeń komunikacyjnych i transportowych

Ubezpieczenia komunikacyjne i transportowe to największa grupa produktów ubezpieczeniowych należących do pozostałych ubezpieczeń osobowych oraz ubezpieczeń majątkowych (tj. działu II). Kluczowe są tutaj ubezpieczenia komunikacyjne – znane i poszukiwane zarówno przez podmioty prowadzące działalność gospodarczą, jak i przez osoby fizyczne. Sprzyja temu nie tylko rozwój motoryzacji i transportu, wzrost zamożności społeczeństwa (w tym chęć do podróżowania), rozwój sprzedaży internetowej i zmiana nawyków zakupowych (wpływające na rozwój usług logistycznych), ale także coraz większa dostępność metod finansowania pojazdów, przede wszystkim osobowych i dostawczych (kredyt, leasing, abonament). Obok ubezpieczeń komunikacyjnych istnieją również ubezpieczenia transportowe, które w ostatnich latach odnotowały znaczący rozwój, głównie ze względu na możliwość swobodnego przemieszczania się i przewozu towarów, a co za tym idzie rozwój usług spedycyjnych (krajowych i międzynarodowych). Ten rodzaj ubezpieczeń dedykowany jest głównie przedsiębiorstwom i podmiotom gospodarczym.

W literaturze przedmiotu nie znajdujemy jednoznacznej definicji ubezpieczeń komunikacyjnych. Na przykład K. Ortyński w ubezpieczeniach komunikacyjnych wyróżnia trzy główne rodzaje tj.:

- obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej (OC) posiadaczy pojazdów mechanicznych;

3. Produkty ubezpieczeń majątkowych

- ubezpieczenie pojazdów od uszkodzeń (tzw. autocasco);
- ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków (skrót NNW) kierowcy i pasażerów.

Jako ubezpieczenia uzupełniające wskazuje między innymi ubezpieczenie dodatkowego wyposażenia pojazdu oraz assistance²¹². Z kolei A. Jędrzychowska oraz E. Poprawska do ubezpieczeń komunikacyjnych w pierwszej kolejności zaliczają obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych (tzw. OC komunikacyjne, czyli ubezpieczenie wyszczególnione w grupie 10 działu II), a następnie dobrowolne ubezpieczenia związane z ruchem drogowym, tj. ubezpieczenia wskazane w:

- grupie 1 – ubezpieczenia wypadku, w tym wypadku przy pracy i choroby zawodowej;
- grupie 3 – ubezpieczenia casco pojazdów lądowych, z wyjątkiem pojazdów szynowych, obejmujące szkody w pojazdach samochodowych, pojazdach lądowych bez własnego napędu;
- grupie 18 – ubezpieczenia świadczenia pomocy na korzyść osób, które popadły w trudności w czasie podróży lub podczas nieobecności w miejscu zamieszkania²¹³.

Zważywszy na powyższe podziały można uznać, że w literaturze przedmiotu ubezpieczenia komunikacyjne związane są przede wszystkim z ruchem pojazdów mechanicznych po drogach, przy czym istotny jest tu przede wszystkim transport drogowy, który wraz z infrastrukturą drogową w ciągu ostatnich lat znacząco się rozwinął, tak jak inne rodzaje transportu, m.in. lotniczy, śródlądowy oraz morski, co z kolei wpływa na zwiększone zapotrzebowanie na ubezpieczenia transportowe, które, jak podaje I. Kwiecień²¹⁴, dotyczą ryzyka w transporcie, związanego z przemieszczaniem się pojazdu, towaru lub przewożonych osób.

Warto podkreślić, że ubezpieczenia komunikacyjne przede wszystkim dotyczą ruchu lądowego pojazdów mechanicznych i obejmują obowiązkowe ubezpieczenie OC dla wszystkich posiadaczy takich pojazdów oraz dobrowolne ubezpieczenie autocasco (AC). Dobrowolne ubezpieczenia transportowe oprócz

²¹² K. Ortyński, *Ubezpieczenia komunikacyjne, istota, grupy ryzyka* [w:] *Ubezpieczenia non-life*, red. E. Wierzbicka, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2011, s. 251.

²¹³ A. Jędrzychowska, E. Poprawska, *Ubezpieczenia komunikacyjne* [w:] *Ubezpieczenia*, red. W. Ronka-Chmielowiec, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2016, s. 362.

²¹⁴ I. Kwiecień, *Ubezpieczenia transportowe i budowlano-montażowe* [w:] *Ubezpieczenia*, red. W. Ronka-Chmielowiec, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2016, s. 429.

drogowego obejmują także transport morski i lotniczy, a dedykowane są przede wszystkim przedsiębiorstwom (np. ubezpieczenia OC przewoźnika). Uwzględniając powyższe ustalenia, w niniejszym podrozdziale uwagę skoncentrowano na ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej, ubezpieczeniach casco różnego rodzaju pojazdów oraz ubezpieczeniach mienia w transporcie (cargo).

3.1.2. Ubezpieczenia pojazdów lądowych

W grupie ubezpieczeń pojazdów lądowych znajdują się głównie produkty z trzech grup działu II ubezpieczeń (pozostałych ubezpieczeń osobowych i majątkowych):

- ubezpieczenia casco pojazdów lądowych, z wyjątkiem pojazdów szynowych – obejmujące szkody w pojazdach samochodowych oraz w pojazdach lądowych bez własnego napędu (grupa 3);
- ubezpieczenia casco pojazdów szynowych – obejmujące szkody w pojazdach szynowych (grupa 4);
- ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej wszelkiego rodzaju – wynikającej z posiadania i użytkowania pojazdów lądowych z napędem własnym, łącznie z ubezpieczeniem odpowiedzialności przewoźnika (grupa 10).

Dane statystyczne dotyczące wspomnianych grup ubezpieczeń przedstawiono w tablicy 3.1.

Tablica 3.1. Podstawowe charakterystyki ubezpieczeń pojazdów lądowych (wg stanu na 31.12.2018 r.)

Wyszczególnienie	Ubezpieczenia pojazdów lądowych		
	ubezpieczenia casco pojazdów lądowych*	ubezpieczenia casco pojazdów szynowych**	ubezpieczenia OC p.p.m. i OC przewoźnika***
Nr działu/grupy ubezpieczeń***	dział II, grupa 3	dział II, grupa 4	dział II, grupa 10
Składka przypisana brutto (w tys. zł)****	8 302 225	63 025	15 182 477
Liczba umów czynnych (w szt.)	6 678 580	742	25 026 130
Świadczenia i odszkodowania wypłacone brutto (w tys. zł)	4 959 809	25 298	8 954 112
Liczba szkód zlikwidowanych (w szt.)	762 620	1 473	1 252 924

3. Produkty ubezpieczeń majątkowych

Tabl. 3.1. cd.

Wyszczególnienie	Ubezpieczenia pojazdów lądowych		
	ubezpieczenia casco pojazdów lądowych*	ubezpieczenia casco pojazdów szynowych**	ubezpieczenia OC p.p.m. i OC przewoźnika***
Charakter produktów	ochronny	ochronny	ochronny
Udział w składce przypisanej brutto działu II (w %)	20,52	0,15	37,52
Udział w wypłaconych świadczeniach i odszkodowaniach działu II (w %)	24,57	0,13	44,35

* Ubezpieczenie casco pojazdów lądowych z wyjątkiem pojazdów szynowych.

** Ubezpieczenia casco pojazdów szynowych, obejmujące szkody w pojazdach szynowych.

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

**** Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), załącznik.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Komisja Nadzoru Finansowego, *Sprawozdanie statystyczne KNF-02 krajowych zakładów ubezpieczeń*, „Biuletyn Kwartalny. Rynek ubezpieczeń” 2018, nr 4.

Poza wcześniej opisanymi produktami, posiadaczom lub użytkownikom pojazdów samochodowych, zakłady ubezpieczeń oferują jeszcze inne ubezpieczenia, m.in.: ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków kierowcy i pasażerów, ubezpieczenie dodatkowego wyposażenia, ubezpieczenie assistance oraz ubezpieczenie utraty zniżek, które obok ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych oraz ubezpieczenia casco zaliczane są do grupy ubezpieczeń komunikacyjnych.

Kluczowym produktem z grupy ubezpieczeń pojazdów lądowych jest ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej wszelkiego rodzaju (wynikającej z posiadania pojazdów mechanicznych) za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów (tzw. ubezpieczenie OC komunikacyjne, skrót OC p.p.m.), które w dziale II ubezpieczeń ma największy udział w rynku (mierzony wielkością składki przypisanej brutto) oraz największą liczbę czynnych umów ubezpieczenia. Popularność ta wynika z faktu, że od 1968 r. ubezpieczenie OC komunikacyjne jest w Polsce

ubezpieczeniem obowiązkowym. W latach 1932–1933 wprowadzono pośredni przymus ubezpieczenia w przypadku zarobkowego przewozu osób i towarów środkami transportu, poprzez uzależnienie wydania koncesji od potwierdzenia posiadania ubezpieczenia lub kaucji gwarancyjnej. W 1948 r. kraje członkowskie ONZ wydały Rekomendację Genewską (Recommendation No 5 on Insurance of Motorist Against Third Party Risks – 25.01.1949), której celem było zapewnienie otrzymania przez poszkodowanych w wypadkach komunikacyjnych należnego im odszkodowania (z tytułu szkód spowodowanych przez kierowcę pojazdu zarejestrowanego za granicą) oraz aby kierowcy pojazdów nie musieli nabywać ubezpieczenia OC komunikacyjnego na granicy każdego z odwiedzanych przez nich krajów. W konsekwencji od 1 stycznia 1953 r. wprowadzono System Zielonej Karty, tj. Międzynarodowego Certyfikatu Ubezpieczeniowego potwierdzającego posiadanie ubezpieczenia OC komunikacyjnego, honorowanego na terytorium krajów członkowskich.

W Polsce obowiązek posiadania ubezpieczenia przy aplikowaniu o koncesję na publiczny przewóz osób w transporcie samochodowym wprowadzono w roku 1951. Rok później obowiązkowe stały się ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej dla posiadaczy pojazdów mechanicznych w ruchu środków komunikacji publicznej. W 1958 r. Polska dołączyła do Systemu Zielonej Karty, a 20 kwietnia 1959 r. podpisała Konwencję Europejską nr 29, wg której ubezpieczenie OC komunikacyjne na terytorium kraju stało się obowiązkowe. W 1962 r. w kraju wprowadzono obowiązek ubezpieczenia OC p.p.m. z wyłączeniem pojazdów służb państwowych i wojskowych, lecz już w 1968 r. obowiązek ten rozszerzono na wszystkich posiadaczy pojazdów podlegających rejestracji.

Ubezpieczenie OC komunikacyjne skierowane jest zarówno do osób fizycznych, jak i podmiotów gospodarczych, które posiadają pojazdy mechaniczne zarejestrowane na terytorium naszego kraju²¹⁵. Jest ono obowiązkowe, a zasady jego funkcjonowania reguluje Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG oraz PBUK, zwana dalej ustawą o ubezpieczeniach obowiązkowych (u.u.o)²¹⁶. Oznacza to, że niezależnie od wybranego zakładu ubezpieczeń, dla wszystkich ubezpieczeń OC p.p.m. obowiązują te same zasady.

²¹⁵ W niektórych krajach (np. Niemczech) uprawnieni do jazdy kierowcy muszą wykupić ubezpieczenie OC komunikacyjne.

²¹⁶ Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r., poz. 2214), art. 23.

3. Produkty ubezpieczeń majątkowych

W ustawie stwierdza się także, że celem ubezpieczenia OC p.p.m. jest ochrona zarówno szkód na osobie (śmierć, uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia), jak i szkód w mieniu (zniszczenie, uszkodzenie), które powstały z winy kierującego, na skutek zarówno wypadków komunikacyjnych, jak i podczas wsiadania oraz w związku z wsiadaniem do pojazdu mechanicznego, jak również wysiadaniem z niego, bezpośrednim załadowywaniem lub rozładowywaniem pojazdu mechanicznego, a także jego zatrzymaniem lub postojem²¹⁷. Posiadacz pojazdu mechanicznego lub kierujący pojazdem są ustawowo zobowiązani do pokrycia tych szkód, o ile są sprawcami wypadku czy kolizji, przy czym ustawodawca reguluje kwestię minimalnych sum gwarancyjnych na terytorium kraju²¹⁸. Od 1 stycznia 2019 r. suma gwarancyjna z tytułu OC posiadacza pojazdu mechanicznego nie może być niższa niż równowartość w złotych wynosząca (art. 36.1):

- w przypadku szkód na osobie – 5 210 000 euro – w odniesieniu do jednego zdarzenia, którego skutki objęte są ubezpieczeniem bez względu na liczbę poszkodowanych;
- w przypadku szkód w mieniu – 1 050 000 euro – w odniesieniu do jednego zdarzenia, którego skutki objęte są ubezpieczeniem bez względu na liczbę poszkodowanych.

Zważywszy na wysokość sum gwarancyjnych sprawcy szkody korzystają również z omawianego produktu, ponieważ do wysokości wymienionych sum zakład ubezpieczeń będzie rekompensował koszty likwidacji szkód (na zdrowiu i majątku poszkodowanych), w tym m.in. koszty usług medycznych świadczonych ofiarom wypadków, koszty długoterminowych świadczeń i rent wypłacanych poszkodowanym oraz zwrot utraconych dochodów.

Zgodnie z wolą ustawodawcy ubezpieczenie OC p.p.m. nie obejmuje szkód wyrządzonych posiadaczowi pojazdu mechanicznego przez kierującego, które dotyczą przewożonych za opłatą ładunków i polegają na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie mienia (przesyłek lub bagażu), w tym na utracie gotówki, biżuterii, papierów wartościowych, wszelkiego rodzaju dokumentów oraz

²¹⁷ Można powiedzieć, że szkodę wyrządzono pojazdem zarejestrowanym i dopuszczonym do ruchu, bez względu czy stał na parkingu, czy się poruszał, czy szkodę wyrządzono przy wsiadaniu lub wysiadaniu lub przy załadowaniu lub wyładowaniu towaru, ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r., poz. 2214), art. 34.

²¹⁸ Jeżeli szkoda wystąpi na terytorium UE, to obowiązują limity odpowiedzialności kraju powstania szkody, nie mniej jednak niż sumy gwarancyjne w Polsce.

zbiorów filatelistycznych, numizmatycznych i podobnych, a także polegają na zniszczeniu lub skażeniu środowiska (art. 38 u.u.o.).

Warto zaznaczyć, że w określonych sytuacjach zakład ubezpieczeń²¹⁹, który dokonał już wypłaty odszkodowania (z tytułu ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych), ma prawo dochodzić od kierującego pojazdem mechanicznym zwrotu tego odszkodowania, tzn. może wystąpić z roszczeniem regresowym. Dotyczy to czterech sytuacji, w których kierujący pojazdem mechanicznym (art. 43 u.u.o.):

- wyrządził szkodę umyślnie, w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, albo po użyciu środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o działaniu narkomanii;
- wszedł w posiadanie pojazdu wskutek popełnienia przestępstwa;
- nie posiadał wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem mechanicznym, z wyjątkiem przypadków ratowania życia ludzkiego lub mienia albo pościgu za osobą, który został podjęty bezpośrednio po popełnieniu przez nią przestępstwa;
- zbiegł z miejsca zdarzenia²²⁰.

Oznacza to, że w wymienionych przypadkach poszkodowany objęty jest ochroną ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia sprawcy szkody, natomiast sprawca może zostać zobowiązany do jej pokrycia.

W standardowych sytuacjach odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się z chwilą zawarcia umowy i zapłacenia składki ubezpieczeniowej lub jej pierwszej raty, chyba że w umowie ubezpieczenia wskazano późniejszy termin płatności składki lub jej pierwszej raty. Wówczas odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się z chwilą zawarcia umowy. Warto podkreślić, że zakład ubezpieczeń nie może odmówić zawarcia obowiązkowego ubezpieczenia OC komunikacyjnego, jeżeli prowadzi działalność ubezpieczeniową w grupie 10 działu II, jednakże sam ustala wysokość składki ubezpieczeniowej, która zależna jest od wielu czynników i parametrów bezpośrednio lub pośrednio wpływających na ryzyko ubezpieczeniowe²²¹, a tym samym na kalkulację składki. Jak wskazuje

²¹⁹ Takie samo prawo przysługuje Ubezpieczeniowemu Funduszowi Gwarancyjnemu.

²²⁰ Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r., poz. 2214), art. 43.

²²¹ Ryzyko w ubezpieczeniach komunikacyjnych zostało szczegółowo omówione w pracy W. Ronka-Chmielowiec, P. Kowalczyk-Rólczyńska, *Ryzyko w ubezpieczeniach komunikacyjnych – wybrane problemy*

3. Produkty ubezpieczeń majątkowych

A. Szymańska²²², w omawianych ubezpieczeniach proces ustalania składki jest dwuetapowy. W pierwszym etapie zakład ubezpieczeń za pomocą metod aktuarialnych i na podstawie znanych czynników ryzyka wyznacza składkę netto, następnie powiększa ją o koszty działalności ubezpieczeniowej oraz dodatek bezpieczeństwa, otrzymując ostatecznie składkę bazową. W drugim etapie ubezpieczyciel koryguje składkę bazową poprzez uwzględnienie w niej zniżek i zwwyżek uzależnionych od indywidualnych czynników ryzyka ubezpieczonego, w wyniku czego otrzymuje składkę przypisaną brutto. Najczęściej stosowanym systemem zwwyżek i zniżek jest tzw. system *bonus malus*, którego podstawową funkcją jest właśnie różnicowanie składek w zależności od profilu szkodowości ubezpieczonego²²³. Do czynników najczęściej wpływających na wysokość składki bazowej należą:

- rodzaj pojazdu, jego marka i typ;
- pojemność silnika;
- rodzaj paliwa;
- miejsce użytkowania pojazdu;
- wiek ubezpieczonego.

Jednakże na ostateczną wartość składki płaconej przez posiadacza pojazdu mechanicznego mogą mieć także wpływ inne czynniki taryfikacyjne, m.in.:

- wiek pozostałych osób korzystających z pojazdu;
- czas posiadania prawa jazdy;
- posiadanie lub brak dzieci;
- użytkowanie samochodu do celów zarobkowych;
- posiadanie innego ubezpieczenia w tym samym zakładzie ubezpieczeń;
- rodzaj płatności (jednorazowa, ratalna).

Do istotnych czynników wpływających na wysokość składki w ubezpieczeniach komunikacyjnych B. Jackowska oraz E. Wycinka zaliczają także płeć²²⁴, chociaż zgodnie z wyrokiem Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej od 21 grudnia 2012 r. tego kryterium nie można stosować w praktyce ze względu na

[w:] *Ubezpieczenia gospodarce i społeczne. Wybrane zagadnienia ekonomiczne*, red. W. Sułkowska, Wolters Kluwer, Warszawa 2011, s. 75–94.

²²² A. Szymańska, *Systemy bonus–malus jako element procesu taryfikacji w ubezpieczeniach komunikacyjnych OC* [w:] *Ubezpieczenia i finanse, Rozwój i perspektywy*, red. A. Szymańska, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2017, s. 175–186.

²²³ Szerzej: A. Jędrzychowska, E. Poprawska, *Klasyczne miary efektywności systemu bonus–malus*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2013, nr 2, s. 51–68.

²²⁴ B. Jackowska, E. Wycinka, *Płeć i wiek jako czynniki ryzyka w ubezpieczeniu komunikacyjnym...*, s. 53.

zasadę równości płci²²⁵. Szeroki wachlarz czynników wpływających ostatecznie na wysokość składki ubezpieczeniowej powoduje, że cena ubezpieczenia OC komunikacyjnego może istotnie się różnić w zależności od zakładu ubezpieczeń oferującego omawiany produkt.

Należy również pamiętać, że za nie spełnienie obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia OC komunikacyjnego zostały wyznaczone opłaty karne, które według art. 88 u.u.o. należy dobrowolnie wnieść na konto Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego (UFG). Wysokość opłat karnych nie jest jednak naliczana przez UFG, tylko przez ustawodawcę i z tego względu nie podlegają negocjacom. Zgodnie z art. 88 u.u.o. osoba, która nie spełniła obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia obowiązkowego, zgodnie z warunkami tego ubezpieczenia określonymi w ustawie, jest obowiązana wnieść opłatę, której wysokość zmienia się w każdym roku kalendarzowym i wynosi:

- dla samochodów osobowych równowartość dwukrotności minimalnego wynagrodzenia za pracę;
- dla samochodów ciężarowych, ciągników samochodowych i autobusów równowartość trzykrotności minimalnego wynagrodzenia za pracę;
- dla pozostałych pojazdów równowartość jednej trzeciej minimalnego wynagrodzenia za pracę.

Wysokość opłat karnych także zależy od okresu, jaki upłynął od obowiązku zawarcia umowy. W przypadku, gdy okres ten:

- nie przekracza 3 dni – obowiązuje 20% opłaty;
- nie przekracza 14 dni – obowiązuje 50% opłaty,
- przekracza 14 dni – obowiązuje 100% opłaty.

Z tytułu zawartej umowy OC komunikacyjnego zakład ubezpieczeń uiszcza opłatę w wysokości 1 euro (wg kursu NBP) do Centralnej Ewidencji Pojazdów i Kierowców (zgodnie z art. 80d ust. 2 ustawy Prawo o ruchu drogowym²²⁶), która dysponuje centralną bazą kierowców (nazywaną CEPiK), umożliwiającą sprawdzenie, czy dany pojazd jest ubezpieczony. Jeżeli natomiast sprawca kolizji lub wypadku komunikacyjnego jest posiadaczem pojazdu mechanicznego zarejestrowanego za granicą, to szkodę ubezpieczeniową likwiduje Polskie

²²⁵ Wynika to z wyroku Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 1 marca 2011 r. (sprawa Test Achats), Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej, 30.04.2011, sprawa Test Achats (C-236/09, Dz. U. C130 z 30.04.2011, s. 4, cyt. za: B. Jackowska, E. Wycinka, *Znaczenie wyroku Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej...*, s. 5–15.

²²⁶ Ustawa Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 1997 r. Nr 98, poz. 602), art. 80d ust. 2.

3. Produkty ubezpieczeń majątkowych

Biuro Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (skrót PBUK)²²⁷, a w przypadku, gdy sprawca kolizji lub wypadku komunikacyjnego jest nieznany (nie ustalono jego tożsamości) lub nie ma ubezpieczenia OC komunikacyjnego, to szkodę pokrywa Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny (skrót UFG).

W przypadku przeniesienia prawa własności pojazdu mechanicznego (sprzedaży, kupna, darowizny), nowy właściciel pojazdu ustawowo zobowiązany jest do kontynuacji ubezpieczenia OC komunikacyjnego, o ile (wg art. 31 u.u.o.):

- nie wypowie jej na piśmie – umowa ulega rozwiązaniu z dniem jej wypowiedzenia lub z upływem okresu, na który została zawarta przez pierwszego właściciela;
- nie zawrze nowego ubezpieczenia OC p.p.m. – obowiązującego od dnia wypowiedzenia na piśmie poprzedniej umowy, lecz nie później niż z chwilą wprowadzenia pojazdu do ruchu.

Nowy właściciel może poprosić zakład ubezpieczeń, w którym dotychczas pojazd był ubezpieczany, o ponowną kalkulację składki począwszy od dnia przeniesienia na niego prawa własności. Zbywca pojazdu zobowiązany jest natomiast do przekazania nowemu nabywcy dokumentów potwierdzających zawarcie umowy ubezpieczenia oraz do powiadomienia zakładu ubezpieczeń o sprzedaży pojazdu (w terminie 14 dni od dnia zbycia pojazdu) i o danych osobowych nowego nabywcy, takich jak: imię, nazwisko, adres, pesel lub nazwa, siedziba i regon (art. 32 u.u.o.)²²⁸.

Umowa ubezpieczenia OC komunikacyjnego zawierana jest na okres 12 miesięcy²²⁹ (art. 26 u.u.o.) i może zostać wypowiedziana przez ubezpieczonego na zakończenie dwunastomiesięcznego okresu ubezpieczenia. Wypowiedzenie umowy musi mieć formę pisemną i nie może nastąpić później niż jeden dzień przed upływem dwunastomiesięcznego okresu ubezpieczenia, a w razie ogłoszenia

²²⁷ PBUK (powstałe w dniu 8.06.1995 r.) pełni prawa i obowiązki Biura Narodowego reprezentującego Polskę w Systemie Zielonej Karty oraz skupia obowiązkowo wszystkie zakłady ubezpieczeń, które na terytorium Polski oferują OC komunikacyjne.

²²⁸ Nowy posiadacz pojazdu jest zobowiązany do zapłaty składki ubezpieczeniowej z tytułu ubezpieczenia OC p.p.m. Do dnia powiadomienia zakładu ubezpieczeń zbywca pojazdu wraz z nabywcą mają solidarną odpowiedzialność za zapłatę składki – ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r., poz. 2214), art. 32.

²²⁹ Wyjątki: pojazd zarejestrowany czasowo (na okres czasowej rejestracji nie krócej niż 30 dni), pojazd zarejestrowany na stałe, ubezpieczony przez podmiot pośredniczący w kupnie i sprzedaży pojazdów (nie krócej niż 30 dni), pojazdy wolnobieżne (nie krócej niż 3 miesiące), pojazdy historyczne (nie krócej niż 30 dni), ubezpieczenie graniczne.

upadłości nie później niż z upływem trzech miesięcy od dnia jej ogłoszenia (art. 28 u.u.o.)²³⁰.

Drugim ważnym produktem w grupie ubezpieczeń pojazdów lądowych jest **ubezpieczenie casco pojazdów lądowych**, a szczególnie ubezpieczenie autocasco (AC), które zaraz po ubezpieczeniu OC posiadaczy pojazdów mechanicznych jest najczęściej kupowanym produktem zarówno przez osoby fizyczne, jak i podmioty gospodarcze. Potwierdzają to dane zawarte w tablicy 3.1, z których wynika, że udział tych ubezpieczeń w dziale II mierzony składką przypisaną brutto wynosi nieco ponad 20%. Ubezpieczenie autocasco jest ubezpieczeniem dobrowolnym, którego zasady funkcjonowania (tzw. ogólne warunki ubezpieczeń, skrót o.w.u.) regulują poszczególne zakłady ubezpieczeń, a nie ustawodawca. Oznacza to, że przedmiot, zakres odpowiedzialności i składka ubezpieczenia w różnych ubezpieczeniach autocasco są różne. Chcąc porównać kilka różnych ubezpieczeń AC należy szczegółowo przeanalizować całe o.w.u. (szczególnie definicje, zakres odpowiedzialności i wyłączenia zakładu ubezpieczeń), a nie kierować się tylko wysokością składek ubezpieczeniowych.

Dobrowolne ubezpieczenie AC zapewnia kompensację szkód powstałych w pojeździe (lub w jego wyposażeniu²³¹), polegających na uszkodzeniu, zniszczeniu lub kradzieży pojazdu, które są wynikiem określonych zdarzeń losowych. Zdarzenia te mogą być skutkiem zarówno działania sił przyrody (m.in. huraganu, gradu, powodzi, uderzenia pioruna, lawiny), nagłego działania czynnika termicznego lub chemicznego pochodzącego z zewnątrz pojazdu, pożaru, wybuchu, wypadków komunikacyjnych, jak i działań samego ubezpieczającego lub osób trzecich. W ramach ubezpieczenia autocasco można także zapewnić ochronę dodatkowemu wyposażeniu pojazdu, z reguły jednak powinno być ono zamontowane na stałe. Czasami podstawowy zakres ubezpieczenia autocasco nie obejmuje ubezpieczenia szyb w pojeździe, co oznacza, że chcąc zapewnić ochronę szyb, należy nabyć osobny produkt.

²³⁰ Ustawa nie wskazuje, jak liczyć tę datę, więc należy zastosować przepisy Kodeksu Cywilnego dotyczące chwili zapoznania się adresata z oświadczeniem woli składającego. Zgodnie z regułami rozkładu ciężaru dowodu, na składającym oświadczenie woli spoczywa ciężar dowodu, że wypowiedzenie doszło do zakładu ubezpieczeń w odpowiednim czasie.

²³¹ Zwykle ochrona dotyczy wyposażenia podstawowego.

3. Produkty ubezpieczeń majątkowych

W ubezpieczeniu AC lista wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń może być długa, jednakże do najczęstszych należy zaliczyć szkody²³²:

- wyrządzone umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa;
- będące następstwem użytkowania pojazdu niezgodnie z jego przeznaczeniem;
- powstałe podczas kierowania pojazdem przez osobę ubezpieczoną lub upoważnioną, będącą w stanie nietrzeźwości, po użyciu narkotyków lub innych środków odurzających, a także bez uprawnień do kierowania pojazdem;
- polegające na zużyciu eksploatacyjnym;
- spowodowane działaniami wojennymi, związanymi ze stanem wojennym lub wyjątkowym, jak również użyciem pojazdu w akcjach protestacyjnych, strajkach i blokadach dróg.

Ubezpieczenie autocasco jest bardzo popularne i może być oferowane w różnych wariantach w zależności od:

- zakresu ochrony – wariant podstawowy lub rozszerzony, przy czym rozszerzenia mogą być kilkustopniowe²³³;
- sposobu likwidacji szkody:
 - naprawa (tzw. wariant serwisowy), gdy szkoda z reguły naprawiana jest w autoryzowanych stacjach obsługi;
 - wariant warsztatowy²³⁴, gdy szkoda naprawiana jest w warsztatach partnerskich;
 - wypłata pieniężna (tzw. wariant kosztorysowy), gdy odszkodowanie wypłacane jest na podstawie wyceny szkody przez rzeczoznawcę, co pozwala na zlikwidowanie szkody we własnym zakresie²³⁵.

Istotną kwestią w tym ubezpieczeniu jest również udział własny w szkodzie osoby ubezpieczonej, który może być określony procentowo lub kwotowo, jest to tzw. franszyza integralna lub redukcyjna. Jeżeli udział własny ubezpieczonego jest określony procentowo, należy zwrócić uwagę, czy jest to procent naliczany

²³² Porównaj m.in.: UNIQA Ogólne Warunki Ubezpieczenia Auto Casco (www.uniqa.pl), TUW Ogólne warunki ubezpieczenia autocasco (www.tuw.pl).

²³³ Na przykład wariant mini, standard, komfort, super-komfort.

²³⁴ Niektóre zakłady ubezpieczeń w wariantcie warsztatowym oferują także naprawę szkody w ASO za niewielką dopłatą.

²³⁵ B. Hadyniak, *Ustalenie i wypłata świadczeń lub odszkodowań [w:] Ubezpieczenia*, red. J. Handchke, J. Monkiewicz, Wydawnictwo Poltex, Warszawa 2010, s. 70.

od odszkodowania, czy też od sumy ubezpieczenia²³⁶. Przy czym dopuszczalne jest zniesienie udziału własnego, co z reguły wiąże się z wyższą ceną składki ubezpieczeniowej.

W ubezpieczeniu autocasco suma ubezpieczenia odpowiada wartości rynkowej ubezpieczonego pojazdu, stanowiąc jednocześnie górną granicę odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń²³⁷. Należy jednak nadmienić, że każdorazowo wartość ta ulega pomniejszeniu o kwotę wypłaconego odszkodowania. Oczywiście możliwy jest brak konsumpcji sumy ubezpieczeniowej, co pozwala na zachowanie stałej sumy ubezpieczenia w całym okresie trwania ochrony, jednak, jak łatwo przewidzieć, wiąże się to z dodatkową składką.

Składka ubezpieczeniowa w ubezpieczeniu autocasco konstruowana jest podobnie, jak w obowiązkowym ubezpieczeniu OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Na jej ostateczną wartość przede wszystkim mają wpływ:

- suma ubezpieczenia (wartość pojazdu);
- rodzaj pojazdu;
- miejsce zamieszkania właściciela pojazdu;
- zakres ubezpieczenia (podstawowy lub rozszerzony).

Ważne są również:

- marka i model pojazdu;
- charakter jego użytkowania;
- okres eksploatacji;
- rodzaj posiadanych zabezpieczeń;
- wysokość udziału własnego;
- wariant rozliczenia szkody;
- wiek właściciela (współwłaściciela) pojazdu;
- okres posiadania prawa jazdy;
- wyposażenie;
- posiadanie innych umów ubezpieczenia w zakładzie ubezpieczeń;
- rodzaj płatności (jednorazowa, ratalna).

²³⁶ Jeżeli jest to procent naliczany od sumy ubezpieczenia, wtedy otrzymuje się bardzo duże wyłączenia odpowiedzialności i w efekcie wiele szkód będzie musiał pokryć ubezpieczający.

²³⁷ W praktyce ubezpieczeniowej może wystąpić tzw. „nadubezpieczenie”, gdy pojazd jest ubezpieczony na wyższą kwotę niż w rzeczywistości jest wart (np. zakupiono samochód na kredyt i wartość ubezpieczenia musi być równa kwocie kupna). W takich przypadkach wysokość odszkodowania jest ustalana na podstawie rzeczywistej wartości pojazdu określonej w tzw. systemach eksperckich.

3. Produkty ubezpieczeń majątkowych

Należy także zaznaczyć, że wysokość składki ubezpieczenia zależy również od historii szkodowości ubezpieczającego (okresów szkodowych i bezszkodowych). Z tego powodu dla ubezpieczeń AC budowane są specjalne systemy *bonus-malus*. Zakłady ubezpieczeń oferują dodatkowo ochronę zniżek, która polega na braku zwwyżek taryfowych za szkodę (najczęściej jedną w ciągu całego roku). Zważywszy na długą listę czynników będących taryfikatorami składki oraz na różnorodną ofertę zakładów ubezpieczeń, wybór odpowiedniego ubezpieczenia autocasco nie należy do zadań łatwych i powinien być dostosowany do indywidualnych potrzeb właściciela pojazdu.

Warto też wspomnieć, że ubezpieczenie autocasco, szczególnie w przypadku nowych pojazdów, często nabywane jest w pakietach z:

- ubezpieczeniem OC posiadaczy pojazdów mechanicznych;
- ubezpieczeniem następstw nieszczęśliwych wypadków;
- ubezpieczeniem assistance zapewniającym pomoc kierowcy i pasażerom w razie wypadku, kradzieży lub unieruchomienia pojazdu²³⁸;
- ubezpieczeniem utraty zniżek za bezszkodowy przebieg ubezpieczenia, pozwalającym na zachowaniu dotychczasowych zniżek, pomimo spowodowania szkody²³⁹;
- ubezpieczeniem szyb.

Trzecim produktem w grupie ubezpieczeń pojazdów lądowych skierowanym do przedsiębiorców jest **ubezpieczenie casco pojazdów szynowych**, do których w szczególności należą: lokomotywy, wagony do przewozu osób oraz ładunków, elektryczne zespoły trakcyjne, pojazdy do utrzymania nawierzchni i podtorza kolejowego oraz sieci trakcyjnej, a także pojazdy szynowe napędzane umieszczonym na nich silnikiem. Jest to ubezpieczenie dobrowolne, które ochroną ubezpieczeniową obejmuje szkody powstałe w czasie eksploatacji pojazdów szynowych na drogach szynowych (kolejowych i wewnątrzzakładowych mających połączenie z liniami i bocznkami kolejowymi), jak również w czasie postoju na

²³⁸ Tutaj także mogą występować różne warianty ubezpieczenia, podobnie jak w autocasco, patrz: AXA Ogólne warunki ubezpieczeń komunikacyjnych, https://axa.pl/files/public/uploads/OWUK_AXA_Ubezpieczenia.pdf [dostęp: 14.04.2020].

²³⁹ Ubezpieczenie to bywa często obwarowane wiekiem ubezpieczonego, wysokością posiadanych zniżek, liczbą spowodowanych szkód, następujących bezpośrednio po sobie w zdefiniowanym przez ubezpieczyciela okresie.

bocznicach, placach rozrządowych, w lokomotywowniach, wagonowniach oraz podczas wykonywania przeglądów, napraw lub remontów²⁴⁰.

W ramach tego ubezpieczenia pokrywane są szkody będące m.in.:

- następstwami nagłego działania zewnętrznej siły mechanicznej w chwili zetknięcia się pojazdu szynowego z osobami, zwierzętami lub przedmiotami;
- skutkami działania sił przyrody;
- wynikiem zniszczenia pojazdu przez osoby trzecie;
- następstwem rabunku, kradzieży pojazdu lub jego części.

W produktach tych lista wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń jest stosunkowo długa, choć zawiera oczywiście standardowe wyłączenia, charakterystyczne dla ubezpieczeń casco. Istotny jest jednak fakt, że suma ubezpieczenia ustalana jest z reguły odrębnie dla każdego pojazdu, który objęty jest ochroną ubezpieczeniową w ramach jednego produktu, głównie z uwagi na różną wartość i stopień zużycia technicznego każdego z pojazdów szynowych. Ubezpieczenia te mają niewielki udział w rynku ubezpieczeń majątkowych i pozostałych osobowych (0,15% składki brutto na koniec 2018 r.), co związane jest przede wszystkim z tym, że transport kolejowy nie jest znaczącym rodzajem transportu w Polsce.

3.1.3. Ubezpieczenia statków powietrznych

W ofercie ubezpieczeń statków powietrznych znajdują się produkty należące do dwóch grup działu ubezpieczeń majątkowych i pozostałych osobowych:

- ubezpieczenia casco statków powietrznych, obejmujące szkody w statkach powietrznych (grupa 5);
- ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej wszelkiego rodzaju, wynikającej z posiadania i użytkowania statków powietrznych, łącznie z ubezpieczeniem odpowiedzialności przewoźnika (grupa 11).

Dane statystyczne dotyczące wspomnianych grup ubezpieczeń przedstawiono w tablicy 3.2.

²⁴⁰ Patrz: PZU Ogólne warunki ubezpieczenia casco pojazdów szynowych, <https://www.pzu.pl/dla-firm-i-pracownikow/majatek-firmy-i-oc/pojazdy-i-transport/ubezpieczenie-casco-pojazdow-szynowych#dokumenty-do-pobrania> [dostęp: 14.04.2020].

3. Produkty ubezpieczeń majątkowych

Tablica 3.2. Podstawowe charakterystyki ubezpieczeń statków powietrznych (wg stanu na 31.12.2018 r.)

Wyszczególnienie	Ubezpieczenia statków powietrznych	
	ubezpieczenia casco	ubezpieczenia OC
Nr działu/grupy ubezpieczeń*	dział II, grupa 5	dział II, grupa 11
Składka przypisana brutto (w tys. zł)	26 582	24 891
Liczba umów czynnych (w szt.)	1 469	3 223
Świadczenia i odszkodowania wypłacone brutto (w tys. zł)	22 076	4 535
Liczba szkód zlikwidowanych (w szt.)	123	243
Charakter produktów	ochronny	ochronny
Udział w składce przypisanej brutto działu II (w %)	0,07	0,06
Udział w wypłaconych świadczeniach i odszkodowaniach działu II (w %)	0,11	0,02

* Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243.), załącznik.

Źródło: Komisja Nadzoru Finansowego, *Sprawozdanie statystyczne KNF-02 krajowych zakładów ubezpieczeń*, „Biuletyn Kwartalny. Rynek ubezpieczeń” 2018, nr 4.

Ubezpieczenia dotyczące grupy statków powietrznych skierowane są do użytkowników, przewoźników i przedsiębiorców lotniczych. Są to ubezpieczenia dobrowolne. Obowiązkowe natomiast są ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej:

- przewoźników lotniczych za szkody:
 - spowodowane opóźnieniem w przewozie pasażerów, bagażu lub towarów;
 - powstałe w przewozie lotniczym poczty;
- przedsiębiorców wykonujących obsługę naziemną za szkody powstałe w związku z prowadzoną przez siebie działalnością lotniczą;
- instytucji zapewniających służby żeglugi powietrznej za szkody powstałe w związku z prowadzoną przez nie działalnością lotniczą.

Ubezpieczenia te regulowane są przez Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 27 grudnia 2012 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności

cywilnej przewoźników lotniczych, przedsiębiorców wykonujących obsługę naziemną oraz instytucji zapewniających służby żeglugi powietrznej²⁴¹.

Choć oferta ubezpieczeń statków powietrznych nie jest tak szeroka, jak w przypadku ubezpieczeń pojazdów lądowych, w praktyce rynkowej zakłady ubezpieczeń udzielają ochrony ubezpieczeniowej w zakresie odpowiedzialności cywilnej:

- użytkownika statku powietrznego wobec osób trzecich (tzw. OC użytkownika statku powietrznego);
- przewoźnika lotniczego wobec pasażerów²⁴² (tzw. OC przewoźnika);
- przewoźnika z tytułu przewozu ładunków (tzw. OC fracht)²⁴³;
- casco statku powietrznego oraz następstw nieszczęśliwych wypadków członków załóg ubezpieczonych statków powietrznych.

Przedmiotem ubezpieczenia w ubezpieczeniach OC użytkownika statku powietrznego oraz OC przewoźnika są szkody wyrządzone osobom trzecim i pasażerom przez użytkownika lub przewoźnika, polegające na uszkodzeniu ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci osoby trzeciej bądź pasażera (jeżeli tylko zdarzenie, które spowodowało szkodę miało miejsce na pokładzie statku powietrznego lub podczas wszelkich czynności związanych z wsiadaniem lub wysiadaniem) oraz na zniszczeniu, uszkodzeniu lub zaginięciu mienia. Natomiast przedmiotem ubezpieczenia OC fracht są szkody polegające na zniszczeniu, uszkodzeniu lub zaginięciu ładunku przewożonego, szacowane na podstawie lotniczego listu przewozowego. Podobnie jak w przypadku innych produktów ubezpieczeniowych katalog wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń jest długi. W szczególności ochrona nie obejmuje szkód wyrządzonych wskutek winy umyślnej, rażącego niedbalstwa, wykonywania lotów w przestrzeni powietrznej innej niż została wyszczególniona na polisie ubezpieczeniowej, a także szkód powstałych w wyniku wadliwej eksploatacji, polegającej przede wszystkim na nieprzestrzeganiu przepisów prawa oraz regulaminów, instrukcji

²⁴¹ Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 27 grudnia 2012 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przewoźników lotniczych, przedsiębiorców wykonujących obsługę naziemną oraz instytucji zapewniających służby żeglugi powietrznej (Dz. U. z 2013 r., poz. 67).

²⁴² W niektórych ofertach włącznie z bagażem pasażerów. Taką ofertę proponuje, m.in. InterRisk, szerzej w: Ogólne warunki ubezpieczenia ryzyk lotniczych, https://www.interrisk.pl/fileadmin/user_upload/owu_ryzyka_lotnicze_2017.pdf [dostęp: 14.04.2020].

²⁴³ Wybrane zakłady ubezpieczeń dołączają jeszcze ochronę odpowiedzialności cywilnej w zakresie ryzyk wojennych i szczególnych, m.in. TUiR Warta SA, https://www.warta.pl/documents/10157/6082275/WARTA%20OWU%20lotniczych_C2213_int.pdf [dostęp: 14.04.2020].

3. Produkty ubezpieczeń majątkowych

przeciwpożarowych czy instrukcji i zaleceń producenta. Dodatkowo w przypadku OC fracht ubezpieczyciel nie pokrywa szkód powstałych z winy nadawcy lub odbiorcy ładunku, a także tych, które są wynikiem naturalnej właściwości towaru.

Ubezpieczenie casco statku powietrznego ma na celu ochronę szkód powstałych w statkach powietrznych podczas wykonywania lotu, postoju, kołowania, holowania po płycie lotniska, startu i lądowania lub wodowania, w czasie naprawy, przeglądu, modernizacji czy przeróbek dokonywanych przez licencjonowane zakłady naprawcze w statkach powietrznych okresowo wyłączonych z eksploatacji, pod warunkiem, że znajdują się w miejscach przeznaczonych do stacjonowania. Ubezpieczeniem tym objęte są urządzenia i wyposażenie na stałe zamontowane na statku powietrznym i ściśle związane z wykonywaniem lotu, a także jednostki i podzespoły wymontowane ze statku powietrznego w trakcie przeprowadzanego przeglądu, naprawy lub modernizacji. Często zdarza się, że ochroną ubezpieczeniową objęte jest także zaginięcie bez śladu statku powietrznego.

3.1.4. Ubezpieczenia żeglugi morskiej i śródlądowej

W grupie ubezpieczeń żeglugi morskiej i śródlądowej znajdują się produkty, które sklasyfikowane zostały w dwóch grupach działu II:

- ubezpieczenia żeglugi morskiej i śródlądowej casco statków żeglugi morskiej i statków żeglugi śródlądowej, obejmujące szkody w statkach żeglugi morskiej oraz statkach żeglugi śródlądowej (grupa 6);
- ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za żeglugę morską i śródlądową, wynikającej z posiadania i użytkowania statków żeglugi śródlądowej i statków morskich, łącznie z ubezpieczeniem odpowiedzialności przewoźnika (grupa 12).

Dane statystyczne dotyczące obu grup ubezpieczeń przedstawiono w tabelicy 3.3.

Tablica 3.3. Podstawowe charakterystyki ubezpieczeń żeglugi morskiej i śródlądowej (wg stanu na 31.12.2018 r.)

Wyszczególnienie	Ubezpieczenia żeglugi morskiej i śródlądowej	
	ubezpieczenia casco	ubezpieczenia OC
Nr działu/grupy ubezpieczeń*	dział II, grupa 6	dział II, grupa 12
Składka przypisana brutto (w tys. zł)	72 819	18 802
Liczba umów czynnych (w szt.)	8 681	8 878
Świadczenia i odszkodowania wypłacone brutto (w tys. zł)	38 688	11 385
Liczba szkód zlikwidowanych (w szt.)	1 251	332
Charakter produktów	ochronny	ochronny
Udział w składce przypisanej brutto działu II (w %)	0,18	0,05
Udział w wypłaconych świadczeniach i odszkodowaniach działu II (w %)	0,19	0,06

* Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), załącznik.

Źródło: Komisja Nadzoru Finansowego, *Sprawozdanie statystyczne KNF-02 krajowych zakładów ubezpieczeń*, „Biuletyn Kwartalny. Rynek ubezpieczeń” 2018, nr 4.

Ubezpieczenia żeglugi morskiej i śródlądowej mają niewielki udział w rynku ubezpieczeń majątkowych i pozostałych osobowych, a liczba czynnych umów ubezpieczenia jest na porównywalnym poziomie zarówno dla ubezpieczeń casco, jak i ubezpieczeń OC. Istotny jest tutaj fakt, że **ubezpieczenia morskie** mają odrębną regulację (od zawartej w kodeksie cywilnym), co wynika z zapisów znajdujących się w art. 820 k.c., który stanowi, że przepisów kodeksu cywilnego o umowie ubezpieczenia nie stosuje się do ubezpieczeń morskich²⁴⁴. Zastosowanie mają jednak ogólne przepisy kodeksu cywilnego, na co wskazuje § 2 art. 1 kodeksu morskiego (k.m.), który stanowi, że: „W stosunkach cywilnoprawnych związanych z żeglugą morską stosuje się – w braku odpowiednich przepisów

²⁴⁴ Szerzej: B. Janik, *Ubezpieczenia morskie – charakter prawny umowy oraz zakres świadczeń i obowiązków stron na tle umów ubezpieczeń regulowanych przepisami Kodeksu cywilnego*, „Studia z Polityki Publicznej” 2017, nr 3(15), s. 127–143.

3. Produkty ubezpieczeń majątkowych

Kodeksu morskiego – przepisy prawa cywilnego²⁴⁵. Podkreślić też należy, że umowa ubezpieczenia morskiego oraz jej wykonanie zostały szczegółowo uregulowane w artykułach 292–338 kodeksu morskiego.

Przedmiotem ubezpieczenia morskiego może być każdy interes majątkowy związany z żeglugą morską i dający się ocenić w pieniądzu. W szczególności może nim być: statek, ładunek, fracht, opłata za przewóz pasażerów, opłata czarterowa, spodziewany zysk na ładunku, prowizja, wydatki awarii wspólnej, zobowiązanie z tytułu odpowiedzialności cywilnej oraz wierzytelność zabezpieczona na statku, ładunku lub frachcie. Co do zasady ubezpieczyciel nie odpowiada za szkody powstałe z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa ubezpieczającego. Odpowiada natomiast za szkody spowodowane zaniedbaniem lub błędem nautycznym ubezpieczającego, będącego kapitanem statku objętego ubezpieczeniem oraz za szkody spowodowane z winy kapitana, innego członka załogi lub pilota.

Zgodnie z zapisami kodeksu morskiego w grupie ubezpieczeń żeglugi morskiej znajdują się także ubezpieczenia obowiązkowe²⁴⁶, bowiem:

- przewoźnik, który podejmuje się przewozu pasażera statkiem o polskiej przynależności, obowiązany jest posiadać ubezpieczenie od odpowiedzialności za szkody na osobie lub w mieniu pasażera (art. 182 k.m.) – tzw. ubezpieczenie OC przewoźnika w razie przewozu pasażera statkiem o polskiej przynależności;
- przewoźnik, który całość lub część przewozu wykonuje statkiem uprawnionym do transportu ponad 12 pasażerów, obowiązany jest posiadać ubezpieczenie lub inne zabezpieczenie finansowe odpowiedzialności za szkody na osobie lub w mieniu pasażera (art. 182a k.m.) – tzw. ubezpieczenie OC przewoźnika morskiego;
- armator statku o polskiej przynależności, o pojemności brutto 300 i powyżej, obowiązany jest posiadać ubezpieczenie lub inne zabezpieczenie finansowe odpowiedzialności za roszczenia morskie (art. 102a k.m.) – tzw. ubezpieczenie odpowiedzialności za roszczenia morskie²⁴⁷.

²⁴⁵ Ustawa z dnia 18 września 2001 roku Kodeks morski (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r., poz. 2175 ze zm.), art. 1.

²⁴⁶ Choć niektóre z nich mogą być wariantywne, bowiem można ustanowić inne zabezpieczenie. Szerzej o ubezpieczeniach będących konsekwencją zapisów Kodeksu morskiego [w:] *Stan prawny ubezpieczeń obowiązkowych w Polsce*, red. E. Kowalewski, Polska Izba Ubezpieczeń, Warszawa [b.r.], s. 21–22.

²⁴⁷ Ustawa z dnia 18 września 2001 roku Kodeks morski (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r., poz. 2175 ze zm.), art. 102a, 182, 182a.

Do ubezpieczeń żeglugi morskiej i śródlądowej należą także dostępne w ofercie rynkowej następujące rodzaje produktów:

- ubezpieczenie jednostek pływających w żegludze morskiej i śródlądowej;
- ubezpieczenie rzeczy osobistych;
- ubezpieczenie członków załogi w zakresie następstw nieszczęśliwych wypadków;
- ubezpieczenie stoczni w zakresie ryzyk morskich²⁴⁸.

Niektóre zakłady ubezpieczeń oferują również kompleksową ochronę ubezpieczeniową w zakresie: jachtów i sprzętu pływającego (casco), odpowiedzialności cywilnej użytkownika jachtu, rzeczy osobistych członków załogi jachtu oraz następstw nieszczęśliwych wypadków. Rozwiązanie to pozwala na zabezpieczenie różnych rodzajów ryzyka jedną polisą ubezpieczeniową.

3.1.5. Ubezpieczenia cargo

Do najstarszych produktów ubezpieczeniowych należą ubezpieczenia przedmiotów w transporcie²⁴⁹, których podstawowe charakterystyki liczbowe wskazano w tablicy 3.4. Niegdyś dotyczyły one przede wszystkim towarów transportowanych drogą morską i lądową, obecnie należy także pamiętać o towarach transportowanych drogą lotniczą. Towary ubezpiecza się zarówno w transporcie krajowym, jak i międzynarodowym. Towarem nie muszą być produkty gotowe, mogą to być również surowce lub półprodukty. Wyróżnia się przy tym tak zwane towary podwyższonego ryzyka, a więc takie, które szybko się psują, są łatwopalne lub szczególnie zagrożone kradzieżą (np. sprzęt elektroniczny). Ze standardowej ochrony często wyklucza się natomiast dzieła sztuki, dokumenty czy żywe zwierzęta²⁵⁰.

²⁴⁸ Rodzaje ryzyk morskich zostały szczegółowo omówione w pracy: R. Kiliński, *Tajniki ubezpieczenia armatora morskiego*, „Miesięcznik Ubezpieczeniowy. Przewodnik po dużych ryzykach” 2018, wyd. 2, s. 15–18.

²⁴⁹ Pierwsza zachowana umowa ubezpieczenia pochodzi z XIV wieku (1347r. z Genui) i dotyczyła transportu morskiego – por. I. Kwiecień, *Ubezpieczenia transportowe i budowlano-montażowe...*, s. 429.

²⁵⁰ I. Kwiecień, *Ubezpieczenia transportowe i budowlano-montażowe...*, s. 431.

3. Produkty ubezpieczeń majątkowych

Tablica 3.4. Podstawowe charakterystyki ubezpieczeń przedmiotów w transporcie (wg stanu na 31.12.2018 r.)

Nazwa	Ubezpieczenia przedmiotów w transporcie, obejmujące szkody w transportowanych przedmiotach, niezależnie od każdorazowo stosowanych środków transportu
Numer działu/grupy ubezpieczeń*	dział II grupa 7
Składka przypisana brutto (w tys. zł)	156 666
Udział w składce przypisanej brutto działu II (w %)	0,4
Liczba umów czynnych (w szt.)	69 294
Świadczenia wypłacone brutto (w tys. zł)	55 618
Udział w wypłaconych świadczeniach i odszkodowaniach działu II (w %)	0,3
Liczba szkód zlikwidowanych w okresie sprawozdawczym (w szt.)	60 879
Charakter produktów	ochronny

* Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243.), załącznik.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Komisja Nadzoru Finansowego, *Sprawozdanie statystyczne KNF-02 krajowych zakładów ubezpieczeń*, „Biuletyn Kwartalny. Rynek ubezpieczeń” 2018, nr 4.

Właściciel cargo (lub inny podmiot, na ryzyko którego mienie jest przewożone) zawiera umowę ubezpieczenia w celu ochrony określonego ładunku podczas transportu. Podział kosztów ubezpieczenia określa umowa pomiędzy nadawcą i odbiorcą. Transportowany towar ubezpieczony jest przed utratą, zniszczeniem lub uszkodzeniem, takim jak: połamanie, zamoczenie, porysowanie czy zabrudzenie²⁵¹. Ubezpieczenie obejmuje szkody spowodowane przez zdarzenia elementarne (np. pożar, powódź, huragan, trzęsienie ziemi), kradzież ładunku lub środka transportu wraz z ładunkiem, wypadek, zaginięcie lub inne przyczyny. Zapewnia także odszkodowanie, które będzie przeznaczone na zakup nowego lub odtworzenie uszkodzonego ładunku. Cargo objęte jest ubezpieczeniem na całej trasie przewozu, a często również dodatkowo w trakcie załadunku lub

²⁵¹ M. Wieczorek-Kosmala, *Ubezpieczenia mienia [w:] Ubezpieczenia*, red. M. Iwanicz-Drozdowska, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2018, s. 338.

prześciowego składowania w czasie transportu. Ubezpieczeniem mogą też być objęte koszty poniesione w celu ratowania ładunku lub zapobieżenia szkodzie oraz uprzątnięcia jej pozostałości. Umowa ubezpieczenia może obejmować pojedynczy przewóz lub ich większą liczbę w danym okresie.

Wydawać by się mogło, że ubezpieczenie cargo i ubezpieczenie OC przewoźnika obejmują te same zdarzenia, nie jest to jednak zgodne z prawdą, ponieważ odszkodowanie z ubezpieczenia OC można uzyskać jedynie wtedy, gdy to przewoźnik będzie całkowicie odpowiedzialny za utratę lub zniszczenie ładunku. Jeżeli natomiast szkody spowodowane będą zdarzeniem losowym (np. ulewnym deszczem), uzyskanie odszkodowania będzie możliwe jedynie w przypadku zawarcia ubezpieczenia cargo²⁵².

W Polsce w 2018 r. łączna suma składki przypisanej brutto z tytułu umów ubezpieczenia cargo kształtowała się na poziomie 156,67 mln zł. Od 2008 r. suma składek istotnie wzrosła, ale nieznaczny udział tych ubezpieczeń w rynku (wyrażony jako procent składek w dziale II) obniżył się. Składka przypisana brutto z tytułu ubezpieczeń przedmiotów w transporcie stanowiła znikomą część udziału w majątkowym rynku ubezpieczeniowym. W 2018 r. składki przypisane brutto z tytułu cargo stanowiły około 0,4% wszystkich składek przypisanych brutto w dziale II ubezpieczeń.

3.2. Ubezpieczenia mienia i ubezpieczenia katastroficzne

Produkty obejmujące ochronę mienia oraz ryzyka katastroficzne zajmują bardzo ważne miejsce na rodzimym rynku ubezpieczeniowym (podstawowe charakterystyki liczbowe wskazane zostały w tablicy 3.5). Produkty ubezpieczenia mienia oferowane są zarówno klientom indywidualnym, jak i przedsiębiorstwom. Ubezpieczeniem mogą być objęte nieruchomości (budynki, infrastruktura, instalacje) oraz ruchomości (maszyny, urządzenia, wyposażenie domu, sprzęt elektroniczny). Ubezpieczyć można mienie własne oraz mienie osób trzecich, jak choćby pracowników lub najemców. W umowach ubezpieczenia określona

²⁵² Kancelaria Brokerska Aspergo sp. z o.o., *Co zabezpiecza ubezpieczenie cargo?*, <https://aspergo.pl/co-zabezpiecza-ubezpieczenie-cargo/> [dostęp: 1.10.2019].

3. Produkty ubezpieczeń majątkowych

jest lokalizacja mienia objętego ochroną, a także sprecyzowane są wymagane standardowe zabezpieczenia, np. okien i drzwi przed kradzieżą²⁵³.

Tablica 3.5. Podstawowe charakterystyki ubezpieczeń szkód spowodowanych przez żywioły nieujętych w grupie 3–7 oraz pozostałych szkód rzeczowych (wg stanu na 31.12.2018 r.)

Nazwa	Ubezpieczenia szkód, obejmujące szkody rzeczowe nieujęte w grupach 3–7, spowodowane przez żywioły: 1) ogień, 2) eksplozję, 3) burzę, 4) inne żywioły, 5) energię jądrową, 6) obsunięcia ziemi lub tąpnięcia.	Ubezpieczenia pozostałych szkód rzeczowych (jeżeli nie zostały ujęte w grupach 3, 4, 5, 6 lub 7), wywołanych przez grad lub mróz oraz inne przyczyny (jak np. kradzież), jeżeli przyczyny te nie są ujęte w grupie 8.
Nr działu/grupy ubezpieczeń*	dział II grupa 8	dział II grupa 9
Składka przypisana brutto (w tys. zł)	3 302 361	3 486 330
Udział w składce przypisanej brutto działu II (w %)	8,7	9,1
Liczba umów czynnych (w szt.)	12 157 224	13 576 505
Świadczenia wypłacone brutto (w tys. zł)	1 315 546	1 233 834
Udział w wypłaconych świadczeniach i odszkodowaniach działu II (w %)	6,5	6,1
Liczba szkód zlikwidowanych w okresie sprawozdawczym (w szt.)	386 517	451 899
Charakter produktów	ochronny	ochronny

* Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), załącznik.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Komisja Nadzoru Finansowego, *Sprawozdanie statystyczne KNF-02 krajowych zakładów ubezpieczeń*, „Biuletyn Kwartalny. Rynek ubezpieczeń” 2018, nr 4.

²⁵³ I. Kwiecień, *Ubezpieczenia mienia* [w:] *Ubezpieczenia*, red. W. Ronka-Chmielowiec, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2016, s. 345.

Ubezpieczenie może chronić przed skutkami określonego ryzyka (wówczas zdarzenia zdefiniowane będą w umowie ubezpieczenia, na przykład od ognia czy kradzieży) lub wszystkich rodzajów ryzyk. Suma ubezpieczenia powinna odpowiadać wartości przedmiotu, ustalonej jako wartość:

- odtworzeniowa – koszt przywrócenia do stanu nowego;
- księgową – wynikająca z ewidencji;
- rynkowa – możliwa do uzyskania cena.

W omawianym rodzaju ubezpieczenia stosowane są ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela, takie jak²⁵⁴:

- udział własny w szkodzie – procent, o jaki zmniejszona będzie wypłata od ubezpieczyciela;
- franszyza redukcyjna – kwota, o jaką zmniejszona będzie wypłata od ubezpieczyciela, o ile szkoda przekroczy jej wartość;
- franszyza integralna – kwota szkody, powyżej której ubezpieczyciel wypłaci odszkodowanie w pełnej wysokości, natomiast poniżej której nie wypłaci odszkodowania.

Do najczęściej spotykanych produktów ochrony mienia należą: **ubezpieczenia ogniowe, od kradzieży, od wszystkich ryzyk oraz ubezpieczenia określonych elementów mienia.**

Ubezpieczenia ogniowe w podstawowym zakresie obejmują najczęściej spotykane zdarzenia losowe: ogień, uderzenie pioruna, wybuch oraz upadek statku powietrznego²⁵⁵. Listę tę można rozszerzyć o dodatkowe zagrożenia, takie jak: powódź, ciężar śniegu lub lodu, huragan, grad, trzęsienie lub osunięcie się ziemi i lawinę. Ochroną ubezpieczeniową można również ująć koszty usuwania szkód zdarzeń losowych. W ramach tego produktu zazwyczaj ubezpiecza się budynki, maszyny i urządzenia, surowce i towary, nakłady inwestycyjne oraz mienie pracownicze.

Ubezpieczenia od kradzieży chronią ubezpieczających od utraty mienia na skutek kradzieży z włamaniem lub rabunku, a także opcjonalnie od dewastacji. Kradzież oznacza zabór cudzej rzeczy w celu przywłaszczenia. Rabunek natomiast to zabór mienia przy użyciu lub groźbie użycia siły fizycznej. Ubezpieczenia

²⁵⁴ M. Wieczorek-Kosmala, *Ubezpieczenia mienia...*, s. 332–333.

²⁵⁵ Określane w skrócie akronimem FLEXA od angielskich nazw zdarzeń: *fire, lighting, explosion, aircraft falling*; M. Wieczorek-Kosmala, *Ubezpieczenia mienia...*, s. 335.

3. Produkty ubezpieczeń majątkowych

tego typu obejmują przede wszystkim mienie ruchome i można je dodatkowo rozszerzyć o ochronę:

- wartości pieniężnych (np. w transporcie);
- szyb i innych przedmiotów szklanych (od stłuczenia);
- mienia od wandalizmu, czyli celowego zniszczenia przez osoby trzecie.

Ubezpieczenie od wszystkich ryzyk obejmuje z kolei wszystkie rodzaje zagrożeń, które mogą dotyczyć ubezpieczanego przedmiotu, oprócz wyłączo-nych w umowie ubezpieczenia. Wyróżnia się tu przede wszystkim ubezpieczenia maszyn i urządzeń od skutków awarii w wyniku eksploatacji, błędu człowieka, wad produkcyjnych, a także od skutków szkód elektrycznych w przypadku spięcia czy zaniku napięcia.

Inna kategoria produktów to **ubezpieczenie ryzyk budowlano-montażowych**, czyli obiektów w czasie budowy oraz sprzętu wykorzystywanego do budowy. Natomiast w **ubezpieczeniach sprzętu elektronicznego** ochronie (np. od zalania, błędnej obsługi czy kradzieży) podlegają komputery, oprogramowanie, nośniki danych²⁵⁶.

W 2018 r. składki przypisane brutto z tytułu ubezpieczeń z 8 i 9 grupy stanowiły razem około 18% wszystkich składek przypisanych brutto w ubezpieczeniach majątkowych (dział II).

Odrębną kategorię stanowią tzw. **ubezpieczenia katastroficzne**. Katastrofy można podzielić wg wielu kryteriów, jednak najczęściej spotykane to:

- katastrofy naturalne – powódzie, tsunami, trzęsienie ziemi, silne wiatry, lawiny itd.;
- katastrofy związane z działalnością człowieka – cywilizacyjne, chemiczne, terroryzm.

Charakteryzują się one trudnym (lub wręcz niemożliwym) do przewidzenia momentem wystąpienia, dużym zasięgiem oraz rozmiarem szkód na skutek kumulacji ryzyka²⁵⁷. Spotykane w Polsce katastrofy naturalne to przede wszystkim powódzie, susze oraz silne wiatry. Ich skutki dla właścicieli uszkodzonego mienia są bardzo dotkliwe, mimo tego niechętnie wykupują oni ubezpieczenie, licząc na pomoc państwa²⁵⁸. Jest to podejście spotykane głównie w krajach, w których ubezpieczenia katastroficzne są dobrowolne. Jest jednak coraz więcej

²⁵⁶ Więcej: M. Wieczorek-Kosmala, *Ubezpieczenia mienia...*, s. 336–337.

²⁵⁷ T. Michalski, A. Śliwiński, R. Pajewska-Kwaśny, I. Tomaszewska, *Ryzyko katastroficzne*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2016, s. 20–22.

²⁵⁸ *Ibidem*, s. 131–135.

krajów, w których tego typu ubezpieczenia stają się powszechne ze względu na obowiązek ich posiadania, jak ma to miejsce na przykład we Francji²⁵⁹. W Polsce ryzyko powodzi ujęte jest w podstawowym lub dodatkowym zakresie ubezpieczenia mienia²⁶⁰, podobnie jak huragan, który występuje w większości polis ubezpieczenia mienia od ognia i innych zdarzeń losowych²⁶¹. Co ciekawe, w Polsce ubezpieczenia upraw na wypadek suszy praktycznie nie funkcjonują²⁶².

3.3. Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ogólnej

Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (OC), obejmują odszkodowania z tytułu szkód wyrządzonych osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę²⁶³ ponosi sam ubezpieczony (podstawowe charakterystyki tej klasy produktów wskazane zostały w tablicy 3.6). Korzystają z nich zarówno przedsiębiorstwa, jaki i właściciele gospodarstw domowych. Popyt na ten rodzaj ubezpieczeń systematycznie rośnie, głównie ze względu na obowiązek ubezpieczenia niektórych grup zawodowych (określonych w przepisach prawa) oraz rosnącą świadomość ubezpieczeniową. Ubezpieczenie tego typu szczególnie przydatne jest w sytuacji, gdy poszkodowany występuje z roszczeniem, którego kwota przekracza możliwości finansowe osoby pozwanej.

Wyróżnić można dwa rodzaje odpowiedzialności cywilnej: deliktową i kontraktową. Odpowiedzialność deliktowa dotyczy szkód, które powstały w wyniku czynu niedozwolonego przepisami prawa. Odpowiedzialność kontraktowa natomiast dotyczy szkód powstałych w wyniku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy. W ubezpieczeniach OC ustawowo została określona suma gwarancyjna, a więc maksymalna wartość odszkodowania, które ubezpieczyciel wypłaci, o ile zachodzi odpowiedzialność ubezpieczonego. Suma gwarancyjna

²⁵⁹ P. Kondratowicz, *Przegląd systemów ubezpieczenia ryzyk katastroficznych w wybranych krajach Unii Europejskiej* [w:] *Powódź. Infrastruktura. Finansowanie*, red. R. Pajewska-Kwaśny, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2012, nr 1 (numer specjalny), s. 62.

²⁶⁰ Patrz: PZU, Ogólne Warunki Ubezpieczenia PZU Dom, https://www.pzu.pl/_files/assetmanager/1513582 [dostęp: 14.04.2020].

²⁶¹ Patrz: D. Michalak, *Ubezpieczenia od katastrof naturalnych jako istotny element zrównoważonego rozwoju*, „Ekonomia i Środowisko” 2015, nr 1 (52) oraz PZU, Ogólne Warunki Ubezpieczenia PZU Dom, www.pzu.pl [dostęp: 14.04.2020].

²⁶² A. Wicka, *Ubezpieczenia upraw rolnych z dotacją z budżetu Państwa w latach 2008–2015*, „Roczniki Naukowe Stowarzyszenia Ekonomistów Rolnictwa i Agrobiznesu” 2016, t.18, nr 5.

²⁶³ Odpowiedzialność deliktowa lub odpowiedzialność kontraktowa.

3. Produkty ubezpieczeń majątkowych

może odnosić się do jednego zdarzenia lub wszystkich zdarzeń powstałych w okresie umowy ubezpieczenia. Okres, kiedy ubezpieczyciel musi wypłacić odszkodowanie, wyznaczony jest przez zapadki czasowe, tzw. trigger, którymi mogą być: powstanie szkody w okresie ubezpieczenia, ujawnienie szkody w okresie ubezpieczenia (nie jest tu istotny moment zdarzenia), zgłoszenie szkody lub powstanie zdarzenia w okresie ubezpieczenia²⁶⁴.

Tablica 3.6. Podstawowe charakterystyki ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej (wg stanu na 31.12.2018 r.)

Nazwa	Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej ogólnej) nieujętej w grupach 10–12.
Nr działu/grupy ubezpieczeń*	dział II, grupa 13
Składka przypisana brutto (w tys. zł)	2 174 125
Udział w składce przypisanej brutto działu II (w %)	5,7
Liczba umów czynnych (w szt.)	9 451 463
Świadczenia wypłacone brutto (w tys. zł)	904 764
Udział w wypłaconych świadczeniach i odszkodowaniach działu II (w %)	4,5
Liczba szkód zlikwidowanych w okresie sprawozdawczym (w szt.)	312 514
Charakter produktów	ochronny

* Ustawa z 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), załącznik.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Komisja Nadzoru Finansowego, *Sprawozdanie statystyczne KNF-02 krajowych zakładów ubezpieczeń*, „Biuletyn Kwartalny. Rynek ubezpieczeń” 2018, nr 4.

Istniejące na rynku ubezpieczeniowym produkty odpowiedzialności cywilnej można podzielić na trzy rodzaje: **ubezpieczenie OC zawodowe, OC z tytułu działalności gospodarczej i OC w życiu prywatnym.**

²⁶⁴ D. Szewieczek, *Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej [w:] Ubezpieczenia*, red. M. Iwanicz-Drozdowska, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2018, s. 345–346.

W ramach **OC zawodowego** wypłaca się odszkodowanie osobom, którym ubezpieczony wyrządzi szkodę w następstwie działania lub jego zaniechania w związku z wykonywaniem swoich obowiązków zawodowych. Zakupem tego ubezpieczenia głównie zainteresowane są osoby wykonujące zawody wymagające zgodnie z prawem (tj. wg stosownych rozporządzeń Ministra Finansów) wykupienia obowiązkowego ubezpieczenia OC²⁶⁵. Są to między innymi lekarze, adwokaci czy architekci, czyli osoby wykonujące zawody wymagające dużej specjalizacji i odpowiedzialności, których ewentualne błędy w sztuce mogą narazić osoby trzecie na duże szkody oraz naruszyć zaufanie do danej profesji. Istnieją również profesje, których przedstawiciele dobrowolnie wykupują zawodowe ubezpieczenie OC, są to między innymi weterynarze, nauczyciele oraz farmaceuci. Omawiany rodzaj ubezpieczenia dotyczy szkód rzeczowych na mieniu lub aktywach finansowych osób trzecich i może zostać wykupiony zarówno przez osoby prowadzące działalność gospodarczą, jak i pracujące na podstawie umowy o pracę, umowy o dzieło, czy umowy zlecenia.

W przypadku **odpowiedzialności z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej** zakres ubezpieczenia obejmuje szkody (na osobie lub w mieniu) wyrządzone osobom trzecim w związku z prowadzeniem działalności gospodarczej, użytkowaniem mienia oraz wprowadzeniem produktu do obrotu. Na rynku spotyka się także ubezpieczenia odpowiedzialności wspólnot mieszkaniowych (z tytułu posiadanego mienia) wobec ich członków, a także odpowiedzialności najemcy nieruchomości. Ubezpieczenie z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej dotyczy także szkód wyrządzonych przez podwykonawców osób, które objęte są tego rodzaju ubezpieczeniem. Może ono zostać wykupione bez względu na formę prawną działalności (osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, spółka cywilna, spółka osobowa, spółka kapitałowa), jak i bez względu na wielkość prowadzonej działalności. Dodatkowo ubezpieczenie to można rozszerzyć, np. poprzez włączenie do niego szkód powstałych poza terytorium kraju lub w rzeczach ruchomych stanowiących przedmiot naprawy czy serwisu. Nie obejmuje ono natomiast szkód, które powstały w wyniku

²⁶⁵ Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. Nr 293, poz. 1729); Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 11 grudnia 2003 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej adwokatów (Dz. U. Nr 217, poz. 2134); Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 11 grudnia 2003 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej architektów oraz inżynierów budownictwa (Dz. U. Nr 220, poz. 2174).

3. Produkty ubezpieczeń majątkowych

umyślnego działania lub umyślnego zaniechania działania, działań wojennych, aktów terroru czy strajków.

Ostatnie z wymienionych, czyli **ubezpieczenie OC w życiu prywatnym**, chroni ubezpieczonych przed skutkami finansowymi szkód wyrządzonych przez członków gospodarstwa domowego, zwierzęta domowe lub osoby zatrudnione przez gospodarstwo (np. ogrodnik, opiekunka)²⁶⁶ i często stanowi dodatek do ubezpieczenia nieruchomości²⁶⁷.

Przykładem szczególnego rodzaju ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym jest ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej dla uczestników imprez turystycznych²⁶⁸. Jest to ubezpieczenie dobrowolne, którego celem jest zabezpieczenie turysty podczas podróży przed skutkami niekorzystnych, niedozwolonych zdarzeń, za które on sam ponosi odpowiedzialność cywilną (odpowiedzialność deliktową). Zatem ubezpieczenie to ma charakter akcesoryjny (wtórny) w stosunku do odpowiedzialności cywilnej turysty. Są to różnego rodzaju koszty powstałe w wyniku strat na zdrowiu (uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia, śmierć) lub na dobrach osobistych innej osoby, które powstały przez bezpośrednie lub pośrednie (np. przez zaniechanie) działania uczestnika imprezy turystycznej oraz prywatnej podróży, jak również poprzez działania osób lub zwierząt, za które jest on odpowiedzialny, tj. osób małoletnich i pozostałych członków rodziny. Mogą to być koszty:

- leczenia, np. operacji i rehabilitacji poszkodowanych w przypadku zwichnięcia czy złamania kończyn;
- zadośćuczynienia najbliższym w sytuacji nieumyślnego zabójstwa;
- naprawy w wypadku przypadkowego zniszczenia samochodu dostawczego.

Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń w ubezpieczeniu OC w życiu prywatnym podczas podróży jest ograniczona do minimalnej sumy gwarancyjnej wynoszącej równowartość 50 000 euro (wg Rzecznika Finansowego wartość ta nie powinna być niższa). W ubezpieczeniach turystycznych występuje natomiast zasada pełnego odszkodowania, czyli należy jednocześnie naprawić szkodę oraz wyrównać utracone korzyści osobie poszkodowanej (np. zwrot kosztów

²⁶⁶ D. Szewieczek, *Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej...*, s. 363.

²⁶⁷ To ubezpieczenie jest ubezpieczeniem dobrowolnym. W praktyce jest wykupywane przez osoby wynajmujące nieruchomości do celów prywatnych. Osoby nie będące właścicielami nieruchomości zazwyczaj nie mogą ubezpieczać wynajmowanych lokali.

²⁶⁸ Ubezpieczenia turystyczne szerzej opisano w końcowej części niniejszego rozdziału.

dojazdów do placówki medycznej, leczenia, utraconych zysków itp.). Wyłączeniu odpowiedzialności ubezpieczyciela najczęściej podlegają szkody:

- wyrządzone umyślnie;
- wyrządzone osobom bliskim;
- wyrządzone przez zwierzęta;
- związane z naruszeniem praw autorskich;
- powstałe w efekcie prowadzenia pojazdów mechanicznych, statków powietrznych, czy wodnych;
- związane z wykonywaniem zawodu, pracy lub działalności gospodarczej za granicą;
- wyrządzone w mieniu ruchomym, z którego korzystano na podstawie umowy najmu, leasingu, dzierżawy, czy użyczenia, ale ubezpieczony nie był jego właścicielem;
- utracone przez poszkodowanego korzyści majątkowe itp.

3.4. Ubezpieczenia finansowe i ochrony prawnej

3.4.1. Ubezpieczenia finansowe

Ubezpieczenia finansowe można rozumieć dwojako, w tzw. szerokim i wąskim ujęciu. Podstawą pierwszego z nich (szerokiego) – jak zauważają J. Kukiełka i D. Poniewierka²⁶⁹ – jest założenie, że ochronie podlega ryzyko poniesienia straty w wyniku niewykonania przez kontrahenta zobowiązania umownego oraz zdarzeń nie objętych ochroną przez inne umowy ubezpieczenia. Drugie natomiast (wąskie) bazuje na regule, że w ramach ubezpieczeń finansowych ochroną objęte jest wyłącznie ryzyko niewykonania lub niewłaściwego wykonania zobowiązania umownego, przy czym ochronie podlega tylko interes strony, na rzecz której świadczenie ma być spełnione. Oba stanowiska implikują różne rozumienie ubezpieczeń finansowych, na przykład J. Lisowski²⁷⁰ wskazuje, że w ujęciu szerokim ubezpieczenia finansowe utożsamiane są z ubezpieczeniami kredytu (grupa 14), gwarancjami ubezpieczeniowymi (grupa 15) oraz

²⁶⁹ J. Kukiełka, D. Poniewierka, *Ubezpieczenia finansowe*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz-Warszawa 2003, s. 18.

²⁷⁰ J. Lisowski, *Ubezpieczenia finansowe [w:] Ubezpieczenia*, red. W. Ronka-Chmielowiec, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2016, s. 382.

3. Produkty ubezpieczeń majątkowych

ubezpieczeniami różnych ryzyk finansowych (grupa 16). Natomiast w ujęciu wąskim do ubezpieczeń finansowych zaliczane są wyłącznie ubezpieczenia kredytu oraz gwarancje ubezpieczeniowe. Nieco inne stanowisko prezentują E. Wierzbicka i Z.R. Wierzbicki²⁷¹, którzy podkreślają, że w wąskim ujęciu ubezpieczenia finansowe ograniczają się do ubezpieczenia transakcji kredytowych (kredytów bankowych i kredytów kupieckich), czyli grupy 14. W szerokim rozumieniu do ubezpieczeń finansowych należy zaliczyć ubezpieczenia transakcji kredytowych oraz gwarancje ubezpieczeniowe, a w bardzo szerokim ubezpieczenia kredytu, gwarancje ubezpieczeniowe oraz ubezpieczenia różnych ryzyk finansowych.

Niezależnie jednak od przyjętego stanowiska można stwierdzić, że ubezpieczenia finansowe charakteryzują się pewnymi istotnymi cechami, do których należy zaliczyć²⁷²:

- zależność wyników działalności ubezpieczeniowej od fazy cyklu koniunkturalnego – w okresie dekonunktury z reguły wzrasta liczba upadłości przedsiębiorstw, maleją dochody ludności i rośnie bezrobocie, a to przekłada się na większą szkodowość i wypłaty większej liczby odszkodowań);
- niewielkie znaczenie statystyki ubezpieczeniowej przy podejmowaniu decyzji o zawarciu ubezpieczenia, akceptacji ryzyka lub udzielaniu gwarancji – ocena ryzyka podlegającego ochronie ubezpieczeniowej musi następować każdorazowo, bowiem zmieniają się uwarunkowania rynkowe funkcjonowania danego podmiotu, jak również jego sytuacja finansowa, co oznacza, że zdarzenia, które pojawiły się w przeszłości nie muszą mieć miejsca w kolejnych okresach i nie powinny wpływać na cenę ochrony ubezpieczeniowej;
- jednostkowy charakter każdej umowy – każdy wniosek ubezpieczeniowy traktowany jest indywidualnie, bowiem każde przedsiębiorstwo, jak również każde gospodarstwo domowe charakteryzuje się innym poziomem transferowanego na zakład ubezpieczeń ryzyka finansowego;
- aktywną rolę ubezpieczyciela w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej – zakład ubezpieczeń oferujący ubezpieczenia finansowe zobowiązany jest do bieżącej analizy i oceny stanu gospodarki, finansów w sektorze przedsiębiorstw, w szczególności płynności, wypłacalności, specyfiki danej branży oraz kondycji finansowej gospodarstw domowych;

²⁷¹ E. Wierzbicka, Z.R. Wierzbicki, *Ubezpieczenia finansowe [w:] Ubezpieczenia non-life*, red. E. Wierzbicka, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2011, s. 382.

²⁷² Por. J. Kukielka, D. Poniewierka, *Ubezpieczenia finansowe...*, s. 40–42.

- regres – standardem w tej grupie produktów jest dochodzenie i egzekwowanie swoich roszczeń przez zakłady ubezpieczeń;
- brak wpływu posiadania innych ubezpieczeń majątkowych na podjęcie przez zakład ubezpieczeniowy decyzji o przyjęciu do ubezpieczenia – w ubezpieczeniach majątkowych często się zdarza, że zakup jednego produktu ubezpieczeniowego generuje niższą cenę przy zakupie kolejnego produktu ubezpieczeniowego w tym samym zakładzie ubezpieczeń, jednak takie zjawisko nie dotyczy ubezpieczeń finansowych;
- silny związek z sektorem bankowym – ubezpieczenia finansowe, w szczególności ubezpieczenia kredytu bankowego, istotnie łączą działalność banków i zakładów ubezpieczeń, co powoduje, że rynek bancassurance się rozwija.

Na rynku polskim podstawowy podział ubezpieczeń finansowych został dokonany przez ustawodawcę, który wyróżnił trzy główne grupy²⁷³:

- **ubezpieczenia kredytu** (grupa 14), w tym:
 - ogólnej niewypłacalności;
 - kredytu eksportowego, spłaty rat, kredytu hipotecznego, kredytu rolniczego;
- **gwarancja ubezpieczeniowa** (grupa 15):
 - bezpośrednia;
 - pośrednia;
- **ubezpieczenia różnych ryzyk finansowych** (grupa 16), w tym:
 - ryzyka utraty zatrudnienia;
 - niewystarczającego dochodu;
 - złych warunków atmosferycznych;
 - utraty zysków;
 - stałych wydatków ogólnych;
 - nieprzewidzianych wydatków handlowych;
 - utraty wartości rynkowej;
 - utraty stałego źródła dochodu;
 - pośrednich strat handlowych, poza wyżej wymienionymi;
 - innych strat finansowych.

²⁷³ Polemikę dotyczącą zakwalifikowania gwarancji ubezpieczeniowej do ubezpieczeń finansowych można znaleźć w pracy R. Holly (red.), *Ubezpieczenia finansowe i gwarancje ubezpieczeniowe*, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2003, s. 29 i nast.

3. Produkty ubezpieczeń majątkowych

Dane statystyczne dotyczące ubezpieczeń finansowych przedstawiono w tablicy 3.7.

Tablica 3.7. Podstawowe charakterystyki ubezpieczeń finansowych (wg stanu na 31.12.2018 r.)

Wyszczególnienie	Ubezpieczenia finansowe		
	ubezpieczenia kredytu	gwarancje ubezpieczeniowe	ubezpieczenia różnego rodzaju ryzyk finansowych
Nr działu/grupy ubezpieczeń*	dział II, grupa 14	dział II, grupa 15	dział II, grupa 16
Składka przypisana brutto (w tys. zł)	405 785	476 430	748 990
Liczba umów czynnych (w szt.)	142 172	177 186	2 503 690
Świadczenia i odszkodowania wypłacone brutto (w tys. zł)	233 341	181 670	127 338
Liczba szkód zlikwidowanych (w szt.)	15 335	1 945	17 954
Charakter produktów	ochronny, przewencyjny	ochronny, przewencyjny	ochronny, przewencyjny
Udział w składce przypisanej brutto działu II (w %)	1,00	1,18	1,85
Udział w wypłaconych świadczeniach i odszkodowaniach działu II (w %)	1,16	0,9	0,63

* Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), załącznik.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Komisja Nadzoru Finansowego, *Sprawozdanie statystyczne KNF-02 krajowych zakładów ubezpieczeń*, „Biuletyn Kwartalny. Rynek ubezpieczeń” 2018, nr 4.

Łącznie ubezpieczenia finansowe mają niewielki udział w rynku II działu ubezpieczeń, tj. pozostałych ubezpieczeń osobowych i ubezpieczeń majątkowych. Największy zbiór składki przypisanej brutto w 2018 r. odnotowano w przypadku grupy 16, natomiast najwyższą wartość odszkodowań i świadczeń wypłaconych brutto odnotowano w grupie 14.

Ubezpieczenia kredytu (grupa 14) to produkty, które zapewniają pokrycie strat majątkowych występujących po stronie kredytodawców z powodu

nieotrzymania od kredytobiorców (w sytuacjach wskazanych w umowie ubezpieczenia) należności z tytułu udzielonego kredytu. W wypadku tych produktów dochodzi do transferu ryzyka kredytowego na zakład ubezpieczeń. Dwie najczęściej wykorzystywane formy ubezpieczenia kredytu to: **umowa ubezpieczenia zawierana bezpośrednio z kredytodawcą** oraz **umowa ubezpieczenia zawierana bezpośrednio z kredytobiorcą na rzecz kredytodawcy**. W pierwszym przypadku umowa ubezpieczenia zawierana jest pomiędzy zakładem ubezpieczeń a kredytodawcą, którym może być: leasingodawca, bank, pożyczkodawca, faktor, strona sprzedającą w kredycie kupieckim. Nie występuje tu kredytobiorca, choć to on jest źródłem ryzyka i poprzez brak obsługi długu z jego strony realizuje się ryzyko, które podlega ubezpieczeniu. Umowa zawierana pomiędzy zakładem ubezpieczeń, a kredytodawcą może obejmować:

- jedną transakcję kredytową (przedmiotem ubezpieczenia są zobowiązania finansowe dłużnika dotyczące jednej transakcji);
- wiele transakcji kredytowych zawieranych z jednym kontrahentem;
- pojedyncze transakcje zawierane z wieloma podmiotami;
- transakcje cykliczne zawierane z wieloma kredytodawcami.

W drugim przypadku, **umowy zawieranej z kredytobiorcą na rzecz kredytodawcy**, kredytobiorca, który jest ubezpieczającym, zawiera umowę ubezpieczenia z zakładem ubezpieczeń, przy czym w umowie zabezpieczane jest ryzyko ponoszone przez kredytodawcę, który jest ubezpieczonym²⁷⁴.

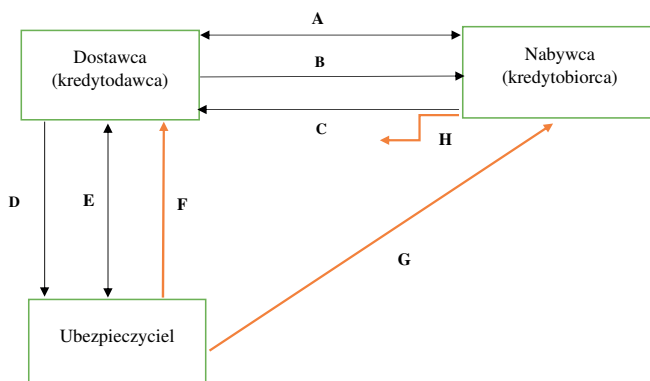
Praktyka rynkowa wskazuje jednak, że kluczowymi produktami z grupy 14 ubezpieczeń finansowych oferowanymi na polskim rynku są **ubezpieczenia kredytu bankowego** oraz **ubezpieczenia kredytu kupieckiego**, nazywane także ubezpieczeniem należności. Dostępne są również **ubezpieczenia należności leasingowych**, **ubezpieczenia należności faktoringowych** oraz **ubezpieczenie należności wynikających ze sprzedaży ratalnej**.

Rolą **ubezpieczenia kredytu kupieckiego** jest zabezpieczenie dostawcy przed stratami wynikającymi z nieotrzymania płatności za dostarczony towar lub usługę na warunkach odroczonego terminu płatności. Przedmiotem ubezpieczenia są przysługujące ubezpieczonemu (podmiotowi, który udziela kredytu kupieckiego czyli kredytodawcy) bezsporne należności z tytułu udzielonych kredytów kupieckich, które powstały według wystawionych przez kredytodawcę

²⁷⁴ P. Kowalczyk-Rólczyńska, *Ubezpieczenie jako instrument transferu ryzyka kredytowego*, „Zarządzanie i Finanse” 2013, vol. 11, nr 2, cz. 5, s. 83.

3. Produkty ubezpieczeń majątkowych

faktur w okresie ubezpieczenia, nie zostały zapłacone w terminach i w kwotach określonych w fakturach, przy czym dłużnik nie wnosi żadnych zastrzeżeń do odebranych towarów lub wykonanych usług. W ubezpieczeniach tych z reguły następuje określenie limitu kredytowego, który ustalany jest indywidualnie przez zakład ubezpieczeń dla każdego dłużnika lub ryczałtowo dla wielu dłużników, przy czym łączna wysokość objętych ubezpieczeniem należności nie może przekraczać ustalonej w umowie ubezpieczenia kwoty. Ustalenie poszczególnych limitów następuje na podstawie dokonanej przez zakład ubezpieczeń oceny poziomu wypłacalności dłużnika lub dłużników. Limity te pełnią istotną funkcję, z jednej strony stanowią górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela, z drugiej mają charakter informacyjny i określają bezpieczną wielkość zaangażowania finansowego dostawcy. Zasady funkcjonowania ubezpieczenia kredytu kupieckiego od ryzyka handlowego przedstawia rysunek 3.1.



gdzie: A – podpisanie kontraktu, B – dostarczenie towaru/wykonanie usługi, C – przekazanie należności (spłata kredytu), D – składka ubezpieczeniowa, E – podpisanie umowy ubezpieczenia, F – przekazanie środków pieniężnych z polisy ubezpieczeniowej (odszkodowanie), G – regres ubezpieczeniowy, H – zakłócenia w płatnościach (brak zapłaty).

Rysunek 3.1. Zależności ubezpieczenia kredytu kupieckiego od ryzyka handlowego

Źródło: opracowanie własne na podstawie: R. Dankiewicz, *Determinanty rozwoju rynku ubezpieczeń kredytu kupieckiego w Polsce*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2011, nr 228, s. 117.

Ryzyko handlowe objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia kredytu kupieckiego może zawierać ryzyko: niewypłacalności potwierdzonej

prawnie, niewypłacalności faktycznej oraz domniemanej (przewlekłej zwłoki²⁷⁵) dłużnika prywatnego oraz jednostronnego zerwania kontraktu lub odmowy jego wykonania²⁷⁶. Niektóre zakłady ubezpieczeń mogą być skłonne ubezpieczyć za dodatkową opłatą także rodzaj ryzyka niehandlowego, do którego zalicza się: ryzyko polityczne, ryzyko katastroficzne, ryzyko przewlekłej zwłoki dłużnika publicznego oraz ryzyko kursowe. Istotną kwestią w przypadku ubezpieczeń kredytu kupieckiego jest obszerny katalog klasycznych, potencjalnych wyłączeń odpowiedzialności ubezpieczyciela, do których należą:

- działania wojenne;
- zamieszki;
- wprowadzenie stanu wojennego;
- rozruchy społeczne lub polityczne;
- strajki;
- akty sabotażu lub terroryzmu;
- nacjonalizacja;
- wystąpienie klęsk żywiołowych;
- niewypłacalność lub niewykonanie zlecenia przez podmiot, który pośredniczył w zapłacie należności;
- wprowadzenia przez sąd zakazu prowadzenia działalności przez dłużnika;
- wydanie przez organy państwa polskiego, państwa dłużnika lub państwa trzeciego aktów prawnych, które utrudniałyby lub uniemożliwiały wykonanie umowy sprzedaży lub umowy o świadczenie usług, dokonanie płatności, transfer płatności lub wymianę waluty kraju dłużnika na walutę umowy sprzedaży.

Warto zaznaczyć, że w ubezpieczeniach kredytu kupieckiego występuje podział ryzyka pomiędzy strony ubezpieczenia. Stosowany jest tzw. udział własny, który polega na tym, że część ryzyka nie jest objęta ubezpieczeniem i obciąża kredytodawcę, aby skłonić go do zadbania by szkoda nie wystąpiła (tzw. prewencja)²⁷⁷.

²⁷⁵ Okres przewlekłej zwłoki może być różnie określony przez poszczególnych ubezpieczycieli, może on wynosić 60, 120, 180 lub więcej dni.

²⁷⁶ J. Lisowski, *Specyfika gospodarki finansowej ubezpieczycieli kredytu kupieckiego w Polsce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań 2010, s. 144.

²⁷⁷ Szerzej: J. Lisowski, *Ubezpieczenia finansowe...*, s. 388.

3. Produkty ubezpieczeń majątkowych

Ubezpieczenie kredytu kupieckiego może być skierowane zarówno do podmiotów prowadzących działalność na rynku krajowym (ubezpieczenie krajowego kredytu kupieckiego), jak i do przedsiębiorstw działających na rynkach zagranicznych (ubezpieczenie kontraktów eksportowych).

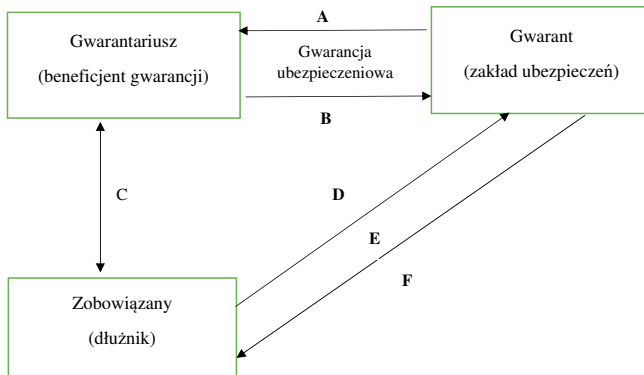
Ubezpieczenie kredytu bankowego zależne jest od oferowanego przez bank rodzaju kredytu, takiego jak: kredyt konsumpcyjny, kredyt hipoteczny czy kredyt na prowadzenia działalności gospodarczej. Przedmiotem ubezpieczenia jest tutaj spłata przez kredytobiorcę kwoty kredytu wraz z należnymi odsetkami w wysokości, terminie i na zasadach określonych w umowie kredytowej. Ochroną ubezpieczeniową z reguły nie są objęte kary umowne oraz odsetki od przeterminowanych rat kredytu. W ubezpieczeniach tego rodzaju zakład ubezpieczeń ponosi odpowiedzialność za częściową lub całkowitą utratę zdolności obsługi długu przez kredytobiorcę, która może być spowodowana: śmiercią lub trwałą utratą zdrowia uniemożliwiającą podjęcie pracy (w przypadku osoby fizycznej), niewypłacalnością (w przypadku osoby fizycznej lub przedsiębiorcy). Na rynku polskim, podobnie jak na światowym, najbardziej powszechne są ubezpieczenia kredytu hipotecznego (*mortgage insurance*²⁷⁸), które wykorzystywane są przez kredytodawców głównie przy kredytach charakteryzujących się relatywnie wysokim współczynnikiem LtV²⁷⁹. Im wyższy poziom tego współczynnika, tym większe ryzyko niewypłacalności kredytobiorcy.

Gwarancje ubezpieczeniowe to kolejna istotna grupa ubezpieczeń finansowych. Jak podaje R. Holly²⁸⁰, gwarancja ubezpieczeniowa to oświadczenie woli zakładu ubezpieczeń (tzw. gwaranta), który zobowiązuje się do spełnienia określonego świadczenia pieniężnego na rzecz gwarantariusza (beneficjenta gwarancji) w sytuacji, gdy dłużnik (zobowiązany, nazywany także zleceniodawcą gwarancji) nie wywiąże się z przyjętego zobowiązania wobec beneficjenta gwarancji. Mechanizm działania gwarancji ubezpieczeniowej przedstawia rysunek 3.2.

²⁷⁸ Produkty typu *mortgage insurance* zostały szczegółowo omówione w pracy: P. Kowalczyk-Rólczyńska, *Rola produktów ubezpieczeniowych typu mortgage insurance w finansowaniu rynku nieruchomości mieszkaniowych*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2011, nr 175, s. 85–94.

²⁷⁹ LtV (*Loan to Value*) – stosunek kwoty kredytu do wartości nieruchomości.

²⁸⁰ R. Holly (red.), *Ubezpieczenia finansowe i gwarancje...*, s. 79.



Gdzie: A – świadczenie, B – żądanie zapłaty, C – umowa podstawowa, D – prowizja za wydanie gwarancji, E – umowa – zlecenie udzielenia gwarancji, F – roszczenie zwrotne

Rysunek 3.2. Zależności w ubezpieczeniach gwarancji pomiędzy gwarantariuszem a gwarantem

Źródło: opracowanie własne na podstawie: R. Holly (red.), *Ubezpieczenia finansowe i gwarancje ubezpieczeniowe*, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2003, s. 80.

Gwarancje ubezpieczeniowe podzielić można na warunkowe oraz bezwarunkowe. W przypadku **gwarancji warunkowych** gwarant wypłaca sumę wskazaną w umowie na żądanie beneficjenta, ale po spełnieniu określonego warunku, na przykład potwierdzenia roszczenia beneficjenta wyrokiem sądu, decyzją arbitra czy też uznaniem ze strony zobowiązanego. Natomiast w przypadku **gwarancji bezwarunkowych** realizacja gwarancji przez gwaranta następuje na pierwsze żądanie beneficjenta, bez spełniania jakichkolwiek warunków. W takim przypadku gwarant nie jest uprawniony do badania, czy roszczenie beneficjenta wobec zobowiązanego na przykład z tytułu wyrządzenia szkody jest faktycznie zasadne. Wypłaca beneficjentowi należność, a następnie dochodzi ich zwrotu od zobowiązanego. Warto podkreślić, że wysokość składki ubezpieczeniowej za wydanie gwarancji uzależniona jest przede wszystkim od rodzaju gwarancji, sytuacji finansowej zobowiązanego, okresu trwania gwarancji, formy jej zabezpieczenia i wysokości sumy gwarancyjnej. Do najważniejszych gwarancji zalicza się²⁸¹ ubezpieczeniowe gwarancje kontraktowe, wśród których należy wyróżnić:

²⁸¹ Porównaj: A. Wicka, *Ubezpieczenia finansowe i ich wykorzystanie w zarządzaniu ryzykiem przedsiębiorstw*, „Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” 2012, seria: Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, nr 51 (690), s. 163.

3. Produkty ubezpieczeń majątkowych

- gwarancję należytego wykonania kontraktu;
- gwarancję zapłaty wadium (tzw. gwarancję przetargową);
- gwarancję należytego usunięcia wad i usterek;
- gwarancję zwrotu zaliczki.

Niektóre zakłady ubezpieczeń oferują także:

- ubezpieczeniowe gwarancje zapłaty należności celnych i podatkowych;
- ubezpieczeniowe gwarancje zapłaty (m.in. zapłaty wiarygodności kontraktowych, za roboty budowlane);
- ubezpieczeniowe gwarancje koncesyjne (m.in. wykonania zobowiązań z tytułu świadczonych usług turystycznych tzw. gwarancję turystyczną).

Do rzadziej spotykanych należą tzw. gwarancje finansowe, do których należą gwarancje zapłaty za dostarczony towar lub usługę (gwarancje handlowe), zapłaty czynszu leasingowego, spłaty kredytu krótkoterminowego oraz otwarcia akredytywy.

3.4.2. Ubezpieczenia ochrony prawnej

Ubezpieczenia ochrony prawnej zostały zdefiniowane w Ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej²⁸² i zakwalifikowane do grupy 17 działu II. Dane statystyczne dotyczące ubezpieczeń ochrony prawnej przedstawiono w tablicy 3.8, z której wynika, że na polskim rynku są one produktami niszowymi.

Ubezpieczenie ochrony prawnej polega na zobowiązaniu się zakładu ubezpieczeń, w zamian za opłacenie składki przez ubezpieczającego, do poniesienia kosztów postępowania sądowego oraz wykonania innych usług związanych bezpośrednio z ochroną ubezpieczeniową, w szczególności w celu (art. 27)²⁸³:

- zapewnienia odszkodowania przez ugodę pozasądową lub w postępowaniu cywilnym, lub karnym z tytułu poniesionej przez ubezpieczonego straty, szkody lub uszkodzenia ciała;
- obrony w postępowaniu karnym albo reprezentowania ubezpieczonego w postępowaniu cywilnym, karnym, administracyjnym czy też innym lub w związku z roszczeniem zgłoszonym wobec tej osoby.

²⁸² Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243).

²⁸³ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243.), art. 27.

Tablica 3.8. Podstawowe charakterystyki ubezpieczeń ochrony prawnej (wg stanu na 31.12.2018 r.)

Wyszczególnienie	Ubezpieczenia ochrony prawnej
Nr działu/grupy ubezpieczeń ^o	Dział II, grupa 17
Składka przypisana brutto (w tys. zł)	99 820
Liczba umów czynnych (w szt.)	1 229 567
Świadczenia i odszkodowania wypłacone brutto (w tys. zł)	13 628
Liczba szkód zlikwidowanych (w szt.)	6 523
Charakter produktów	ochronny
Udział w składce przypisanej brutto działu II (w %)	0,25
Udział w wypłaconych świadczeniach i odszkodowaniach działu II (w %)	0,07

^o Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243) załącznik.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Komisja Nadzoru Finansowego, *Sprawozdanie statystyczne KNF-02 krajowych zakładów ubezpieczeń*, „Biuletyn Kwartalny. Rynek Ubezpieczeń” 2018, nr 4.

Jak wskazuje M. Ostrowska²⁸⁴, należy tutaj wyróżnić dwa rodzaje świadczeń: świadczenie pieniężne w postaci finansowania kosztów postępowania sądowego oraz inne usługi związane bezpośrednio z ochroną ubezpieczeniową, które określone zostały bardzo ogólnie i które konkretyzuje się dopiero w o.w.u. opracowanych przez ubezpieczyciela. Autorka dodaje również, że w praktyce świadczenia te dzieli się na ochronę prawną, w ramach której znajduje się finansowanie kosztów prowadzenia postępowania sądowego oraz asystę prawną, na którą składają się tzw. inne usługi. Warto podkreślić, że ustawodawca wskazuje, że ubezpieczonemu przysługuje prawo swobodnego wyboru adwokata lub radcy prawnego w zakresie obrony²⁸⁵, reprezentowania lub wspierania jego interesów w postępowaniu sądowym lub administracyjnym.

²⁸⁴ M. Ostrowska, *Ubezpieczenie ochrony prawnej na polskim rynku ubezpieczeniowym*, „Przegląd Prawniczy Uniwersytetu Warszawskiego” 2016, nr 2, s. 505.

²⁸⁵ Szerzej o tym zagadnieniu w: S. Szmak, *Wybór prawnika w ubezpieczeniu ochrony prawnej – regulacje wybranych państw europejskich oraz orzecznictwo Trybunału Sprawiedliwości UE*, „Prawo Asekuracyjne” 2012, nr 2, s. 75–88.

3. Produkty ubezpieczeń majątkowych

Dane rynkowe wskazują, że do najczęściej ubezpieczanych należą sprawy z zakresu²⁸⁶:

- dochodzenia roszczeń odszkodowawczych ubezpieczonego z tytułu czynów niedozwolonych;
- prawa karnego i wykroczeń;
- prawa pracy i ubezpieczeń społecznych;
- umów i praw rzeczowych związanych z życiem prywatnym ubezpieczonego lub z prowadzoną przez niego z działalnością gospodarczą lub zawodową.

3.5. Ubezpieczenia turystyczne

Ustawa o usługach turystycznych²⁸⁷ (u.u.t.) określa m.in. warunki „oferowania, sprzedaży i realizacji imprez turystycznych oraz powiązanych usług turystycznych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a także za granicą, jeżeli umowy z podróżnymi są zawierane przez przedsiębiorców turystycznych mających siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej”²⁸⁸ (art. 1 u.u.t.). Zdefiniowano w niej:

- usługę turystyczną jako:
 - „przewóz pasażerów,
 - zakwaterowanie w celach innych niż pobytowe, które nie jest nieodłącznym elementem przewozu pasażerów,
 - wynajem pojazdów samochodowych lub innych pojazdów silnikowych,
 - inną usługę świadczoną podróżnym, która nie stanowi integralnej części usług wskazanych w lit. a–c”²⁸⁹;
- imprezę turystyczną jako: „połączenie co najmniej dwóch różnych rodzajów usług turystycznych na potrzeby tej samej podróży lub wakacji, spełniające warunki”²⁹⁰ określone w ustawie (art. 4–5 u.u.t.).

²⁸⁶ M. Pabiś, *Ubezpieczenie ochrony prawnej – konstrukcja produktu i likwidacja szkód w praktyce ubezpieczeniowej*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2016, nr 1, s. 11.

²⁸⁷ Ustawa z 24 listopada 2017 r. o imprezach turystycznych i powiązanych usługach turystycznych (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r., poz. 548).

²⁸⁸ Ustawa o usługach turystycznych określa także zasady funkcjonowania Turystycznego Funduszu Gwarancyjnego, o czym jest mowa w dalszej części rozdziału.

²⁸⁹ Ustawa z 24 listopada 2017 r. o imprezach turystycznych i powiązanych usługach turystycznych (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r., poz. 548), art. 1.

²⁹⁰ Ustawa z 24 listopada 2017 r. o imprezach turystycznych i powiązanych usługach turystycznych (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r., poz. 548), art. 4–5.

W ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej²⁹¹ brakuje także jednolitej definicji terminu ubezpieczeń turystycznych, gdyż nie tworzą one oddzielnej kategorii (grupy) ubezpieczeń. Jednym z rodzajów ubezpieczeń turystycznych jest grupa 18, wymieniona w załączniku do wymienionej wyżej ustawy p.n.: ubezpieczenia świadczenia pomocy na korzyść osób, które popadły w trudności w czasie podróży lub podczas nieobecności w miejscu zamieszkania (ich syntetyczne ujęcie liczbowe wskazano tablicy 3.9). W praktyce przedmiotem ubezpieczenia jest organizacja i pokrycie kosztów świadczeń assistance na warunkach określonych w o.w.u. Anna Jędrzychowska precyzuje, że „ubezpieczenia turystyczne chronią dobra, które są narażone na uszczerbek w związku z wyjazdem, w tym z amatorskim uprawianiem sportów. Z jednej strony dobra te to życie i zdrowie, z drugiej to środki finansowe i majątek, który zabierany jest na wyjazd (samochód, sprzęt, bagaż) lub w niego angażowany (np. zaliczki)”²⁹². Ubezpieczenia turystyczne mogą także chronić majątek ubezpieczonych przed szkodami, które mogą oni nieświadomie i nieumyślnie spowodować u innych osób (uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia czy szkody na majątku).

Ubezpieczenia turystyczne można zaliczyć do ubezpieczeń dobrowolnych, których ogólne warunki ubezpieczeń (o.w.u.) stanowiące treść umowy ubezpieczeniowej, definiują zakłady ubezpieczeń. Przedmiotem ubezpieczeń turystycznych są różnego rodzaju nieoczekiwane wydatki (koszty) powstałe w wyniku nieprzewidzianych zdarzeń losowych związanych z wyjazdem, jak choćby nagłej choroby, nieszczęśliwego wypadku (przed i w trakcie wyjazdu) lub podczas powrotu. Do tego typu nieprzewidzianych wydatków należy między innymi zaliczyć:

- koszty zaliczek na wyjazdy turystyczne;
- koszty związane z przeprowadzoną akcją ratowniczą lub poszukiwawczą;
- koszty związane z transportem do lekarza i transportem medycznym (do miejsca zamieszkania lub kraju dalszego leczenia);
- koszty leczenia (ambulatoryjne i szpitalne powypadkowe leczenie obrażeń czy nagłych zachorowań);
- koszty w związku z przybyciem i towarzyszeniem osób bliskich;

²⁹¹ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243).

²⁹² A. Jędrzychowska, *Ubezpieczenia turystyczne* [w:] *Ubezpieczenia*, red. W. Ronka-Chmielowiec, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2016, s. 441–449.

3. Produkty ubezpieczeń majątkowych

- koszty pomocy prawnej (jeżeli ubezpieczony podczas wyjazdu zagranicznego wejdzie w konflikt z prawem miejscowym);
- koszty naprawy, wypożyczenia lub zakupu nowego sprzętu, który uległ awarii, zniszczeniu, skradzeniu (m.in. samochodu, bagażu);
- koszty noclegu;
- koszty związane z utratą dokumentów czy kart płatniczych (poniesione w związku z pomocą w odzyskaniu lub wyrobieniu nowych);
- koszty poniesione w celu naprawienia wyrządzonej szkody innej osobie z winy ubezpieczonego lub jego braku rozważliwości (zadośćuczynienie, odszkodowanie).

Tablica 3.9. Podstawowe charakterystyki ubezpieczeń świadczenia pomocy na korzyść osób, które popadły w trudności w czasie podróży lub podczas nieobecności w miejscu zamieszkania (wg stanu na 31.12.2018 r.)

Wyszczególnienie	Ubezpieczenia świadczenia pomocy na korzyść osób, które popadły w trudności w czasie podróży lub podczas nieobecności w miejscu zamieszkania
Nr działu/grupy ubezpieczeń*	dział II, grupa 18
Składka przypisana brutto (w tys. zł)	1 144 813
Liczba umów czynnych (w szt.)	25 918 572
Świadczenia i odszkodowania wypłacone brutto (w tys. zł)	510 910
Liczba szkód zlikwidowanych (w szt.)	644 551
Charakter produktów	ochronny
Udział w składce przypisanej brutto działu II (w %)	2,83
Udział w wypłaconych świadczeniach i odszkodowaniach działu II (w %)	2,53

* Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), załącznik.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Komisja Nadzoru Finansowego, *Sprawozdanie statystyczne KNF-02 krajowych zakładów ubezpieczeń*, „Biuletyn Kwartalny. Rynek ubezpieczeń” 2018, nr 4.

Na polskim rynku ubezpieczeń istnieje wiele różnorodnych ofert turystycznych produktów ubezpieczeniowych, które istotnie się między sobą różnią, m.in. zakresem udzielanej ochrony, wysokością składek oraz rodzajem świadczeń. Najczęściej oferty ubezpieczeń turystycznych konstruowane są w formie kompleksowej umowy, tzw. pakiecie ubezpieczeń turystycznych, który obejmuje od kilku do kilkunastu produktów ubezpieczeniowych²⁹³. Do najbardziej popularnych produktów oferowanych w pakietach ubezpieczeń turystycznych należą:

- ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW);
- ubezpieczenia kosztów leczenia (KL), w szczególności za granicą (KLZ);
- ubezpieczenia kosztów akcji ratowniczej i poszukiwawczej;
- ubezpieczenia kosztów transportu chorego;
- ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (w życiu prywatnym i komunikacyjne, OC)²⁹⁴;
- ubezpieczenia assistance (pomoc na rzecz poszkodowanego i jego bliskich);
- ubezpieczenia sprzętu i bagażu;
- ubezpieczenia kosztów rezygnacji czy wcześniejszego powrotu do kraju.

Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW) jest ubezpieczeniem dobrowolnym²⁹⁵, będącym podstawowym i jednym z najważniejszych (obok ubezpieczenia kosztów leczenia) elementem ubezpieczeń turystycznych. Jego celem jest zabezpieczenie ubezpieczonego przed skutkami niekorzystnych zdarzeń losowych, powstałych jako następstwa nieszczęśliwych wypadków.

Ubezpieczenie kosztów leczenia (KL) również jest ubezpieczeniem dobrowolnym, podstawowym i jednym z najważniejszych (obok ubezpieczenia NNW) w pakiecie ubezpieczeń turystycznych²⁹⁶, szczególnie zagranicznych. Ubezpieczenie to zabezpiecza przed wydatkami związanymi z niezbędnymi kosztami leczenia ubezpieczonego, powstałymi na skutek nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania ubezpieczonego podczas wyjazdu²⁹⁷. Szczególnym przypadkiem KL jest ubezpieczenie kosztów leczenia za granicą (KLZ), które może obejmować konieczne koszty związane bezpośrednio z leczeniem

²⁹³ Komisja Nadzoru Finansowego, *Raport. Ubezpieczenia turystyczne*, Warszawa 2018, s. 6.

²⁹⁴ Ubezpieczenia OC zostały szczegółowo opisane w poprzednich częściach niniejszego rozdziału.

²⁹⁵ O.w.u. ustala zakład ubezpieczeń.

²⁹⁶ Ustawa określa, że należy wykupić ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków oraz ubezpieczenie kosztów leczenia.

²⁹⁷ Różne definicje kosztów leczenia w wybranych zakładach ubezpieczeń przedstawia: A. Janikowski, *Ubezpieczenia...*, s. 93.

3. Produkty ubezpieczeń majątkowych

(ambulatoryjnym lub szpitalnym) lub pośrednio związane z leczeniem (inne koszty, np. dojazdu do lekarza, partycypacji w leczeniu, rehabilitacji), a także zwrot wydatków poniesionych na leki zalecone przez lekarzy, dzięki którym chory będzie mógł powrócić do stanu zdrowia, umożliwiającego mu powrót do planowanego miejsca zakończenia podróży, którym najczęściej jest kraj zamieszkania. Ubezpieczenie KLZ często połączone jest z innymi ubezpieczeniami, np. z ubezpieczeniem akcji poszukiwawczo-ratowniczych, transportem medycznym czy ubezpieczeniem assistance. Limit odpowiedzialności ubezpieczycieli w ubezpieczeniach KLZ nie powinien być zbyt niski, gdyż koszty leczenia w niektórych krajach (USA, Kanada, czy Australia) są bardzo wysokie. Rzecznik Finansowy w raporcie o ubezpieczeniach turystycznych w 2018 roku²⁹⁸ wskazywał, że sumy ubezpieczenia kosztów leczenia najczęściej zaczynają się od 10 tys. euro. W 2019 r. rekomendowaną sumą ubezpieczenia na terenie Europy było 30 tys. euro, a poza nią co najmniej 60 tys. euro²⁹⁹.

Innym wspomnianym już przykładem ubezpieczeń turystycznych jest ubezpieczenie kosztów akcji poszukiwawczo-ratowniczych. Jest to ubezpieczenie dobrowolne³⁰⁰ oferowane indywidualnie lub jako element innego ubezpieczenia turystycznego, np. kosztów leczenia zagranicą czy assistance. Jego celem jest pokrycie kosztów poniesionych dla ratowania zdrowia lub życia ubezpieczonego, związanych z przeprowadzeniem akcji poszukiwawczo-ratowniczych przez wykwalifikowanych ratowników i z użyciem specjalistycznego sprzętu ratowniczego, a także kosztów związanych z udzieleniem pomocy doraźnej w miejscu wypadku i ewentualnego transportu ubezpieczonego z miejsca wypadku do najbliższej placówki medycznej.

Istnieje jeszcze wiele innych możliwości ubezpieczeń w tym obszarze produktów, jak opisane we wcześniejszej części niniejszego rozdziału ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym dla uczestników imprez turystycznych, czy też ubezpieczenia kosztów transportu medycznego, ubezpieczenia assistance (pomocowe), ubezpieczenia bagażu i sprzętu specjalistycznego itp.

²⁹⁸ Rzecznik Finansowy, *Raport Rzecznika Finansowego. Ubezpieczenia turystyczne*, oprac. A. Daszewski, E. Gużewska, A. Jasiński, M. Kościelak, A. Stalmach-Młynarska, B. Wolińska, Warszawa 2018, s. 47, https://rf.gov.pl/pdf/Raport_Ubezpieczenia_turystyczne_czerwiec2018.pdf [dostęp 29.07.2020].

²⁹⁹ M. Kajzer, *Polisa w pigułce. Jak wybrać ubezpieczenie turystyczne*, <https://rankomat.pl/turystyka/jak-wybrac-ubezpieczenie-turystyczne> [dostęp: 29.07.2020].

³⁰⁰ O.w.u. ustala zakład ubezpieczeń.

Niemniej jednak charakter oraz ograniczone ramy niniejszego opracowania nie pozwalają na omówienie wszystkich możliwych wariantów w sposób bardziej szczegółowy.

Podsumowanie rozdziału 3

W rozdziale omówiono najważniejsze produkty ubezpieczeniowe należące do pozostałych ubezpieczeń osobowych oraz ubezpieczeń majątkowych. Wśród nich największą grupę (według składki przypisanej brutto oraz liczby ubezpieczeń) stanowią ubezpieczenia komunikacyjne i transportowe. Pierwsze z nich to przede wszystkim obowiązkowe ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (OC) posiadaczy pojazdów mechanicznych oraz dobrowolne ubezpieczenia casco (przede wszystkim AC) pojazdów lądowych. Są one nabywane zarówno przez podmioty prowadzące działalność gospodarczą, jak i przez osoby fizyczne. Celem ubezpieczenia OC jest ochrona szkód na osobie oraz szkód w mieniu, powstałych z winy kierującego. Ubezpieczenie AC zapewnia kompensację szkód powstałych w pojeździe w następstwie określonych zdarzeń losowych. W kolejnych podrozdziałach omówiono także ubezpieczenia pojazdów szynowych, statków powietrznych oraz żeglugi morskiej i śródlądowej. Inną grupą opisanych w rozdziale produktów są ubezpieczenia cargo, nabywane w celu ochrony określonego ładunku podczas transportu. Ważną rolę odgrywają także ubezpieczenia mienia (domów, budowli, ruchomości) przed skutkami określonego ryzyka (ognia, powodzi) lub wszystkich rodzajów ryzyka, omówione w dalszej części rozdziału. Oferowane są one zarówno klientom indywidualnym, jak i przedsiębiorcom, a przedmiotem ubezpieczenia mogą być nieruchomości oraz majątek ruchomy. Kolejna scharakteryzowana grupa produktów to ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ogólnej, które dotyczą odszkodowań z tytułu szkód wyrządzonych osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi sam ubezpieczony. Są one obowiązkowe w przypadku niektórych grup zawodowych na przykład lekarzy i adwokatów. Mogą być również dedykowane przedsiębiorcom, wówczas obejmują szkody wyrządzone osobom trzecim w związku z prowadzeniem działalności gospodarczej czy wprowadzeniem produktu do obrotu lub gospodarstwom domowym i chronią wtedy przed skutkami finansowymi szkód wyrządzonych przez zwierzęta domowe, przez członków gospodarstwa domowego lub osoby przez nich zatrudnione. Ubezpieczenia

3. Produkty ubezpieczeń majątkowych

finansowe to przede wszystkim ubezpieczenia kredytu oraz różnych rodzajów ryzyka finansowego, takich jak utrata zysków czy nieprzewidziane wydatki. Ubezpieczenia ochrony prawnej zobowiązują zakład ubezpieczeń do poniesienia kosztów postępowania sądowego. Ostatnia z omówionych w rozdziale trzecim grup to ubezpieczenia turystyczne. Są one bardzo popularne wśród osób korzystających z usług turystycznych lub realizujących wyjazdy służbowe, a zakres pokrywanych przez nie ryzyk może być (w zależności od dostawcy produktu) bardzo szeroki.

Zagadnienia badawcze

1. Jakie rodzaje ubezpieczeń zaliczane są do grupy ubezpieczeń komunikacyjnych?
2. Jakie czynniki wpływają na wysokość składki w ubezpieczeniu OC posiadaczy pojazdów mechanicznych?
3. Wymień obowiązkowe ubezpieczenia żeglugi morskiej.
4. Jaka jest podstawowa rola ubezpieczenia kredytu kupieckiego?
5. Jakie rodzaje ryzyka zaliczane są do grupy ryzyk handlowych?
6. Uderzenie pioruna zniszczyło ładunek w transporcie. Z którego ubezpieczenia (cargo, OC przewoźnika, obu) będzie można uzyskać odszkodowanie?
7. W jaki sposób może zostać ustalona suma ubezpieczenia w przypadku ubezpieczenia mienia?
8. Jakie zdarzenia losowe obejmuje podstawowe ubezpieczenie ogniowe?
9. Czym różni się odpowiedzialność cywilna deliktowa od kontraktowej?
10. Jak można zdefiniować ubezpieczenia turystyczne?
11. Co to jest pakiet ubezpieczeń turystycznych i co najczęściej zawiera?
12. Jakie ubezpieczenia turystyczne są najbardziej popularne?
13. Na czym polega ubezpieczenie kosztów leczenia za granicą i ubezpieczenie nieszczęśliwych wypadków?

Rozdział 4

Finansowe i aktuarialne zasady obliczania składek w ubezpieczeniach życiowych i majątkowych

4.1. Tablice trwania życia i ich rola

Składka (*premium*) jest to cena, jaką ubezpieczający płaci zakładowi ubezpieczeń za ochronę ubezpieczeniową. Można wyróżnić dwa rodzaje składek – netto i brutto. Składka netto to składka czysta (tzw. składka za ryzyko – *risk premium*), jej celem jest wyłącznie pokrycie roszczeń (odszkodowań i świadczeń) z tytułu umowy ubezpieczenia. Suma składek netto, jak podkreśla J. Monkiewicz³⁰¹, tworzy fundusz ubezpieczeniowy przeznaczony na wypłatę świadczeń i odszkodowań. Z kolei składka brutto to suma składki netto i różnego rodzaju kosztów, które zostają doliczone do ostatecznej ceny produktu i uwzględniają różnorodne korekty, np. inflacyjne, reasekuracyjne oraz z tytułu zysków inwestycyjnych. Mogą to być między innymi: narzuty bezpieczeństwa (tzw. dodatki na ryzyko), koszty administracji i akwizycji, dodatki na działalność prewencyjną czy też dodatek na zysk zakładu ubezpieczeń.

³⁰¹ J. Monkiewicz, *Podstawy techniczne działalności ubezpieczeniowej. Struktura składki ubezpieczeniowej* [w:] *Podstawy ubezpieczeń*, red. J. Monkiewicz, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2003, t. I, s. 108.

Zdaniem J. Monkiewicza, przy kalkulacji wysokości składek ubezpieczeniowych występują trzy złote reguły ubezpieczeniowe:

- reguła równowagi składek i świadczeń;
- reguła proporcjonalności składek i świadczeń;
- reguła równowartości składek i świadczeń³⁰².

Reguła równowagi składek i świadczeń nazywana jest podstawową regułą równowagi finansowej zakładu ubezpieczeń, ponieważ bazuje na założeniu zachowania równowagi między wpłaconymi do zakładu składkami ubezpieczeniowymi, a wypłaconymi odszkodowaniami. Druga reguła – **proporcjonalności składek i świadczeń** – zakłada odpowiednią relację pomiędzy wpłaconymi składkami ubezpieczeniowymi (jako funkcji sumy ubezpieczenia), a oczekiwanymi wypłaconymi świadczeniami. Trzecia reguła – **równowartości składek i świadczeń** – nazywana także zasadą składki sprawiedliwej, zakłada odpowiednią relację pomiędzy obciążeniem finansowym ubezpieczonych, a rozmiarami ryzyka ubezpieczeń. Wprowadza ona indywidualizację wysokości składek za pomocą metody stawki zróżnicowanej.

Poniżej przedstawiono aktuarialne metody obliczania składek netto dla różnych produktów ubezpieczeń na życie. Wykorzystują one zasadę równoważności (zasadę czystego ryzyka – *pure risk premium*), a więc równość składki netto (wartości wszystkich składek netto) i oczekiwanej wartości przyszłych wypłat świadczeń zaktualizowanych (zdyskontowanych) na moment kalkulacji składki. W zależności od produktu ubezpieczeniowego przy tego typu obliczeniach konieczne jest przyjęcie pewnych założeń, np. co do rocznej stopy zwrotu r w trakcie okresu ubezpieczenia (jest to tak zwana techniczna stopa procentowa³⁰³) oraz prawdopodobieństw zgonu lub przeżycia w okresie ubezpieczenia. Prawdopodobieństwa te zawarte są w tablicach umieralności nazywanych także tablicami wymieralności oraz tablicami trwania życia³⁰⁴

³⁰² *Ibidem*, s. 105–106.

³⁰³ Komisja Nadzoru Finansowego na początku każdego roku publikuje (w Dzienniku Urzędowym) wysokość maksymalnej stopy technicznej przyjętej do kalkulacji produktów ubezpieczeniowych, która obowiązuje od 1 maja danego roku do 30 kwietnia kolejnego roku. Na przykład w styczniu 2019 r. ogłoszono wysokość maksymalnej stopy technicznej na poziomie 1,98%, która obowiązuje od 1.05.2019 r. do 30.04.2020 r.

³⁰⁴ Nazwa „tablice trwania życia” (TTŻ) pojawiła się po raz pierwszy w opracowaniach Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) w 1970 roku.

(TTŻ³⁰⁵), które dla określonej kohorty³⁰⁶ (generacji, pokolenia³⁰⁷) przedstawiają m.in.:

- l_x – liczbę osób dożywających wieku x ;
- d_x – liczbę osób zmarłych w wieku x ;
- q_x – warunkowe prawdopodobieństwo zgonu w ciągu 1 roku osoby w wieku x , pod warunkiem, że dożyła wieku x ;
- p_x – warunkowe prawdopodobieństwo przeżycia 1 roku osoby w wieku x , pod warunkiem, że dożyła wieku x ;
- e_x – przeciętne dalsze trwanie życia osoby w wieku x .

Tablice trwania życia publikowane są przez narodowe urzędy statystyczne, którym w Polsce jest GUS (patrz tablica 4.5³⁰⁸ załączona na końcu rozdziału). Tablice dla całej populacji osób, nazywane są zwykłymi tablicami populacyjnymi³⁰⁹. Wiele zakładów ubezpieczeń, które mają odpowiednią liczbę ubezpieczonych, korzysta także z tablic umieralności skonstruowanych na własny użytek, na podstawie wewnętrznych danych statystycznych dotyczących ich klientów. Rozwiązanie to ma tę zaletę, że dotyczy osób wykupujących konkretny rodzaj ubezpieczenia, a nie całej populacji danego kraju (jak ma to miejsce w przypadku danych w TTŻ), warto podkreślić, że obie populacje mogą się istotnie różnić. W praktyce niektóre zakłady ubezpieczeń konstruują tzw. tablice konserwatywne, w których w porównaniu do zwykłych tablic populacyjnych uwzględnia się wyższą

³⁰⁵ Pierwsze tablice trwania życia dla Polski opublikował GUS dla lat 1931–1932. Szerzej: B. Jackowska, *Modele dalszego trwania życia...*, s. 46. Wcześniej Adam B. Danilewicz opublikował w 1874 r. oraz 1885 r. dwie tablice wymieralności dla mieszkańców miasta Warszawa. Szerzej: J. Łukasiewicz, *Rodowód historyczny statystyki polskiej*, [b.m.r], s. 61 [w:] *Jubileusz 90-lecia Głównego Urzędu Statystycznego 1918–2008*, red. A. Kula, GUS, Warszawa 2008, t. 59. J. Słomiński także opublikował tablice wymieralności dla Królestwa Polskiego za lata 1837–1842. Szerzej [w:] C. Domański, A. Jędrzejczak, *Rozwój Statystyki Łódzkiej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2015, s. 30.

³⁰⁶ Kohorta oznacza „grupę osób lub innych obiektów, które zaistniały w jakimś określonym czasie, a więc są sobie równe przynajmniej pod tym względem”, jak podaje A. Balicki, *Analiza przeżycia i tablice wymieralności*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2006, s. 45. Może to być pewna grupa osób, które są zgrupowane wg określonego kryterium, np. płci czy miejsca zamieszkania. W polskich TTŻ jest to hipotetyczna liczba 100 tys. osób.

³⁰⁷ Generacja (pokolenie, kohorta urodzeniowa) to kohorta osób urodzonych w tym samym czasie (w tym samym przedziale czasu, np. roku), por.: B. Jackowska, *Modele dalszego trwania życia...*, s. 66.

³⁰⁸ W tablicy 4.5 przedstawiono TTŻ dla obu płci łącznie, gdyż na mocy wyroku Trybunału Sprawiedliwości UE (sprawa *Test Achats*) od 2012 r. nie można różnicować składek ubezpieczeniowych ze względu na płeć (choć jest ona głównym czynnikiem ryzyka), zob. szerzej: B. Jackowska, E. Wycinka, *Znaczenie wyroku Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej...*, s. 5.

³⁰⁹ T. Michalski, *Podstawy aktuarialne działalności ubezpieczeniowej* [w:] *Podstawy ubezpieczeń*, red. J. Monkiewicz, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2003, t. I, s. 319.

umieralność. W tablicach konserwatywnych prawdopodobieństwo śmierci (q_x) dla osoby w wieku x jest podwyższone o kilka lat (np. s lat) w stosunku do prawdopodobieństwa wynikającego ze zwykłych populacyjnych tablic trwania życia. Takie prawdopodobieństwo uzyskuje się przez przesunięcie wieku x w górę o s lat z tablic populacyjnych ($q_x = q_{x+s}^p$, gdzie: q_x^p to prawdopodobieństwo śmierci z populacyjnych tablic trwania życia). Przykład: prawdopodobieństwo śmierci dla mężczyzny w wieku x (np. $x = 25$) odczytamy nie z tablic trwania życia dla mężczyzny tylko z tablic konserwatywnych (np. łącznych tablic trwania życia) dla wieku x podwyższonego o s lat (np. $s = 3$), czyli prawdopodobieństwo śmierci w wieku $x + s$ lat (np. 28 lat). Jeżeli jednak w TTŻ w niektórych grupach wiekowych (przez kilka lat) uwzględnia się niższą umieralność w porównaniu z całą populacją, to wtedy tworzy się tzw. tablice selektywne³¹⁰.

Na podstawie tablic trwania życia można obliczyć warunkowe prawdopodobieństwa przeżycia (i zgonu) w ciągu t lat dla osoby w wieku x ³¹¹, pod warunkiem, że osoba dożyła wieku x lat. Są to prawdopodobieństwa warunkowe zdarzenia, że noworodek przeżyje co najmniej $t + x$ lat (lub umrze przed osiągnięciem wieku $x + t$), pod warunkiem, że osiągnie wiek x lat³¹². Do tego typu obliczeń służą następujące wzory:

$${}_t p_x = {}_1 p_x \cdot {}_1 p_{x+1} \cdot \dots \cdot {}_1 p_{x+t-1} = \frac{l_{x+1}}{l_x} \cdot \frac{l_{x+2}}{l_{x+1}} \cdot \dots \cdot \frac{l_{x+t}}{l_{x+t-1}} = \frac{l_{x+t}}{l_x}; \quad (4.1.1)$$

$${}_1 q_x = 1 - {}_1 p_x = 1 - \frac{l_{x+1}}{l_x} = \frac{l_x - l_{x+1}}{l_x} = \frac{d_x}{l_x}; \quad (4.1.2)$$

$${}_t q_x = 1 - {}_t p_x; \quad (4.1.3)$$

gdzie:

l_x – liczba osób żyjących w wieku x ;

d_x – liczba osób zmarłych w wieku x .

³¹⁰ *Ibidem*, s. 319.

³¹¹ Korzysta się tu z tzw. zasady multiplikatywności.

³¹² M. Skałba, *Ubezpieczenia na życie*, Wydawnictwa Naukowo – Techniczne, Warszawa 1999, s. 21.

Przykład 4.1.1.

Korzystając z tablic GUS (tablica 4.5) oblicz prawdopodobieństwo, że ubezpieczony w wieku 36 lat:

- przeżyje następny rok,
- przeżyje następne trzy lata,
- umrze w ciągu następnego roku.

Korzystając z wzoru 4.1.1:

$$a) p_{36} = \frac{l_{37}}{l_{36}} = \frac{97\,956}{98\,074} = 0,9988;$$

$$b) {}_3p_{36} = \frac{l_{39}}{l_{36}} = \frac{97\,686}{98\,074} = 0,9960;$$

$$c) q_{36} = \frac{d_{36}}{l_{36}} = \frac{118}{98\,074} = 0,0012 \text{ lub } q_{36} = 1 - p_{36} = 1 - 0,9988 = 0,0012.$$

Dla założonej technicznej stopy procentowej³¹³ r wyznacza się czynnik dyskontujący v :

$$v = \frac{1}{1+r}; \quad (4.1.4)$$

który jest interpretowany jako wartość obecna³¹⁴ jednostkowej płatności równej 1 jednostce pieniężnej (1 j.p.), płatnej za 1 rok.

W dalszej części rozdziału zastosowane zostaną następujące założenia i oznaczenia:

- świadczenie płatne jest na końcu roku, w którym nastąpiła śmierć ubezpieczonego;
- Z to wartość obecna (bieżąca) świadczenia w momencie wykupienia ubezpieczenia wypłacanego na końcu roku śmierci;
- $E(Z)$ to oczekiwana wartość obecna (bieżąca) świadczenia, tzw. jednorazowa składka netto (*net single premium*) (skrót JSN).

³¹³ Zakład ubezpieczeń na podstawie swoich danych statystycznych wyznacza pewną stopę procentową, na podstawie której kalkuluje składki ubezpieczeniowe. Jest to tzw. techniczna stopa procentowa. Komisja Nadzoru Finansowego każdego roku publikuje maksymalną stopę techniczną, którą zakłady ubezpieczeń mogą używać do obliczeń.

³¹⁴ Wartość obecna to wartość zaktualizowana na moment obecny, czyli moment obliczeń – sprzedaży ubezpieczenia. M. Skałba tłumaczy, że ten czynnik akumuluje kapitał „wstecz”. Zob. szerzej M. Skałba, *Ubezpieczenia na życie...*, s. 14.

4.2. Kalkulacja składek w dożywotnich (bezterminowych) ubezpieczeniach na życie

Śmierć osoby ubezpieczonej daje podstawę do wypłaty świadczenia w określonej w umowie ubezpieczenia wysokości (suma ubezpieczenia). Jednorazową składkę netto (JSN) w dożywotnim ubezpieczeniu na życie dla osoby w wieku x , zapewniającą wypłatę świadczenia w wysokości 1 j.p. na końcu roku, w którym nastąpiła śmierć ubezpieczonego, oznacza się symbolem A_x i oblicza jako sumę iloczynów prawdopodobieństw zgonu w chwili k (prawdopodobieństw, że potencjalne świadczenie zostanie wypłacone za rok, za dwa lata itd.) oraz czynnika dyskontującego, który uwzględni dyskontowanie świadczenia na moment zakupu ubezpieczenia:

$$A_x = E(Z) = \sum_{k=0}^{\infty} v^{k+1} \cdot {}_k p_x \cdot q_{x+k} = \frac{\sum_{k=0}^{\infty} v^{k+1} d_{x+k}}{l_x}; \quad (4.2.1)$$

$$A_x = v \frac{d_x}{l_x} + v^2 \frac{d_{x+1}}{l_x} + v^3 \frac{d_{x+2}}{l_x} + \dots; \quad (4.2.2)$$

gdzie:

$E(Z)$ – to oczekiwana wartość obecna (bieżąca) świadczenia w wysokości 1 j.p.;

l_x – to liczba osób żyjących w wieku x ;

d_x – to liczba osób zmarłych w wieku x ;

${}_k p_x \cdot q_{x+k}$ – to prawdopodobieństwo, że osoba w wieku x przeżyje kolejnych k lat, a potem umrze w ciągu roku (tzn. nie przeżyje $k+1$ lat).

Wzory (4.2.1) oraz (4.2.2) są równoważne i można je uprościć, korzystając z tak zwanych **funkcji komutacyjnych**³¹⁵ **wyznaczanych z TTŻ**³¹⁶:

- **zdyskontowanej liczby osób żyjących** w wieku x :

$$D_x = v^x \cdot l_x; \quad (4.2.3)$$

³¹⁵ Funkcje komutacyjne opisuje M. Skałba, *Ubezpieczenia na życie...*, s. 40; M. Potyra, K. Góral-Radziszewska, *Trwanie Życia w 2018 r...*, s. 39–43.

³¹⁶ W tablicach trwania życia przyjmuje się pewien graniczny wiek życia, tzw. maksymalny wiek życia (w), powyżej którego wszystkie osoby umrą. GUS przyjmuje w TTŻ wiek graniczny równy 120 lat, lecz wartości prezentowane TTŻ to 100 lat, zob. więcej: B. Jackowska, *Modele dalszego trwania życia...*, s. 37–38.

- **zdyskontowanej liczby osób umierających** w wieku x (świadczenia wypłacane na koniec roku śmierci):

$$C_x = v^{x+1} \cdot d_x = D_x \cdot v \cdot q_x; \quad (4.2.4)$$

- **sumy zdyskontowanej liczby osób umierających** w wieku nie mniejszym niż x :

$$M_x = \sum_{k=0}^{\infty} C_{x+k}; \quad (4.2.5)$$

- **sumy zdyskontowanej liczby osób żyjących** w wieku nie mniejszym niż x :

$$N_x = \sum_{k=0}^{\infty} D_{x+k}. \quad (4.2.6)$$

Wzór (4.2.1) na jednorazową składkę netto dla osoby w wieku x lat w dożywotnim (bezterminowym) ubezpieczeniu na życie można też zapisać za pomocą liczb komutacyjnych jako:

$$A_x = \frac{1}{D_x} \sum_{k=0}^{\infty} C_{x+k} = \frac{M_x}{D_x}. \quad (4.2.7)$$

W celu wyznaczenia jednorazowej składki netto dla świadczenia w wysokości innej niż 1 jednostka (np. $SU = 10\ 000$) wystarczy pomnożyć powyższy czynnik A_x przez wymaganą wysokość świadczenia:

$$SU \cdot A_x. \quad (4.2.8)$$

Składka netto nazywana jest także składką czystą. Jest ona powiększana o pewne koszty i dodatki bezpieczeństwa, które wyznaczane są m.in. na podstawie odchylenia standardowego lub wariancji wartości obecnej świadczenia³¹⁷. Wariancja wartości obecnej świadczenia w bezterminowym ubezpieczeniu na życie obliczana jest ze wzoru:

$$\text{Var}(Z) = {}^2A_x - (A_x)^2; \quad (4.2.9)$$

gdzie:

$${}^2A_x = E(Z^2) = \sum_{k=0}^{\infty} (v^{k+1})^2 {}_k p_x \cdot q_{x+k} = \sum_{k=0}^{\infty} (v^2)^{k+1} {}_k p_x \cdot q_{x+k} \quad (4.2.10)$$

oblicza się przy podwojonej intensywności oprocentowania δ , która jest definiowana jako $v = \exp(-\delta)$ ³¹⁸.

³¹⁷ Szerzej o tym zagadnieniu w rozdziale 4.2.

³¹⁸ M. Skalba, *Ubezpieczenia na życie...*, s. 37.

Przykład 4.2.1³¹⁹.

Oblicz jednorazową składkę netto ubezpieczenia na życie dla osoby ubezpieczonej w wieku 44 lat, przyjmując techniczną stopę procentową 1% oraz tablice trwania życia z tablicy 4.5. Wysokość świadczenia to 1000 zł.

Rozwiązanie. Korzystając ze wzorów (4.1.3), (4.2.1) oraz (4.2.8) otrzymujemy:

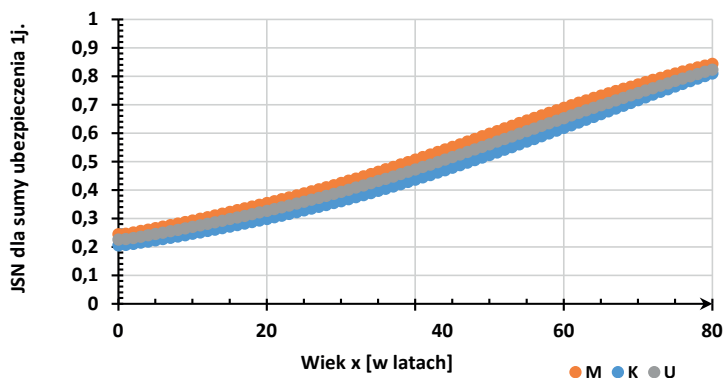
$$v = \frac{1}{1 + 1\%} = 0,990099;$$
$$A_{44} = v \frac{d_{44}}{l_{44}} + v^2 \frac{d_{45}}{l_{44}} + \dots + v^{57} \frac{d_{100}}{l_{44}} = 0,6986033.$$

Jednorazowa składka netto za świadczenie 1000 zł = 1000 zł · 0,6986033 = 698,6 zł.

Analogicznie można obliczyć składki dla osoby w dowolnym wieku, korzystając z określonych tablic trwania życia (wykres 4.1).

Wykres 4.1 przedstawia jednorazową składkę netto (JSN) w dożywotnim (bezterminowym) ubezpieczeniu na życie z sumą ubezpieczenia w wysokości 1 jednostki pieniężnej (1 j.p.) wypłacanej na koniec roku, w którym nastąpiła śmierć. Jest to cena za całą ochronę ubezpieczeniową. Ubezpieczający uiszcza należność w formie jednorazowej płatności. Liczbowo jest to wartość bieżąca ze wszystkich możliwych przyszłych płatności w wysokości 1 j.p., zdyskontowanych na moment zawarcia umowy ubezpieczenia. Na wykresie 4.1 jednorazowa składka netto u mężczyzn (kolor czerwony) jest wyższa niż u kobiet (kolor niebieski) w tym samym wieku. Spowodowane jest to wyższym prawdopodobieństwem śmierci u mężczyzn niż u kobiet w tym samym wieku.

³¹⁹ GUS publikuje tablice trwania życia dla wieku od 0 do 100 lat. W przykładzie na podstawie opublikowanych tablic GUS wyznaczono jednorazową składkę netto dla ubezpieczonego w wieku 44 lat. Należy zaznaczyć, że zakłady ubezpieczeń korzystając z danych GUS wyznaczają własne tablice trwania życia dla ubezpieczonych w wieku od 0 do np. 105 lub 110 lat.



Legenda: JSN – jednorazowa składka netto, M – mężczyzna, K – kobieta, U – ubezpieczony, tj. osoba, dla której wykonano obliczenia na podstawie łącznych tablic trwania życia 2018. W obliczeniach przyjęto: suma ubezpieczenia = 1 jednostka pieniężna (j.p.), techniczna stopa procentowa = 1,98 proc. (to wartość maksymalnej stopy procentowej obowiązującej od 1 maja 2019 r. do 30 kwietnia 2020 r.).

Wykres 4.1. Jednorazowa składka netto w dożywotnim ubezpieczeniu na życie według płci (na podstawie polskich tablic trwania życia z 2018 r.)

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Główny Urząd Statystyczny, *Tablice trwania życia 1990–2018*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-tablice,1,1.html> [dostęp: 21.01.2020].

4.3. Kalkulacja składek w terminowych ubezpieczeniach na życie

Jednorazową składkę netto w n -letnim ubezpieczeniu na życie dla osoby w wieku x , zapewniającą wypłatę świadczenia w wysokości 1 j.p. na końcu roku, w którym nastąpiła śmierć, o ile ubezpieczony umrze w ciągu n lat od zawarcia ubezpieczenia, oznacza się symbolem $A_{x:\overline{n}|}^1$, gdzie x oznacza wiek ubezpieczonego, a n okres ubezpieczenia. W przypadku śmierci po upływie okresu ubezpieczenia, świadczenie nie zostanie wypłacone.

Jednorazową składkę netto oblicza się jako sumę prawdopodobieństw, że świadczenie zostanie potencjalnie wypłacone za rok, za dwa lata itd., uwzględniając dyskontowanie świadczenia na moment obecny:

4. Finansowe i aktuarialne zasady obliczania składek...

$$A_{x:\overline{n}|}^1 = E(Z_1) = \sum_{k=0}^{n-1} v^{k+1} {}_k p_x \cdot q_{x+k} = \frac{\sum_{k=0}^{n-1} v^{k+1} d_{x+k}}{l_x}; \quad (4.3.1)$$

$$A_{x:\overline{n}|}^1 = v \frac{d_x}{l_x} + v^2 \frac{d_{x+1}}{l_x} + v^3 \frac{d_{x+2}}{l_x} + \dots + v^n \frac{d_{x+n-1}}{l_x}; \quad (4.3.2)$$

gdzie:

$E(Z_1)$ – to oczekiwana wartość obecna (bieżąca) świadczenia w wysokości 1 j.p.;

${}_k p_x \cdot q_{x+k}$ – to prawdopodobieństwo zdarzenia, że osoba w wieku x przeżyje kolejnych k lat, a potem umrze w ciągu roku (tzn. nie przeżyje $k + 1$ lat);

l_x – to liczba osób żyjących w wieku x ;

d_x – to liczba osób zmarłych w wieku x .

Jednorazową składkę netto dla osoby w wieku x lat w n -letnim ubezpieczeniu na życie można także zapisać za pomocą liczb komutacyjnych jako:

$$A_{x:\overline{n}|}^1 = \frac{\sum_{k=0}^{n-1} v^{k+1} d_{x+k}}{l_x} = \frac{M_x - M_{x+n}}{D_x}. \quad (4.3.3)$$

W celu wyznaczenia JSN dla świadczenia w wysokości innej niż 1 j.p. (np. pewnej kwoty SU), wystarczy pomnożyć powyższy czynnik $A_{x:\overline{n}|}^1$ przez wymaganą wysokość świadczenia:

$$SU \cdot A_{x:\overline{n}|}^1. \quad (4.3.4)$$

Wariancja wartości bieżącej świadczenia w n -letnim ubezpieczeniu na życie obliczana jest ze wzoru:

$$\text{Var}(Z_1) = {}^2A_{x:\overline{n}|}^1 - (A_{x:\overline{n}|}^1)^2; \quad (4.3.5)$$

gdzie:

$$\begin{aligned} {}^2A_{x:\overline{n}|}^1 &= E(Z_1^2) = \sum_{k=0}^{n-1} (v^{k+1})^2 {}_k p_x \cdot q_{x+k} = \sum_{k=0}^{n-1} (v^2)^{k+1} {}_k p_x \cdot q_{x+k} = \\ &= \sum_{k=0}^{n-1} e^{-2\delta(k+1)} {}_k p_x \cdot q_{x+k}; \end{aligned} \quad (4.3.6)$$

oblicza się przy podwojonej intensywności oprocentowania δ , która jest definiowana jako $v = \exp(-\delta)$.

Przykład 4.3.1.

Oblicz jednorazową składkę netto terminowego ubezpieczenia na życie dla osoby ubezpieczonej w wieku 44 lat, przyjmując techniczną stopę procentową 1% oraz TTŻ z tablicy 4.5. Wysokość świadczenia to 1000 zł, okres ubezpieczenia wynosi 16 lat.

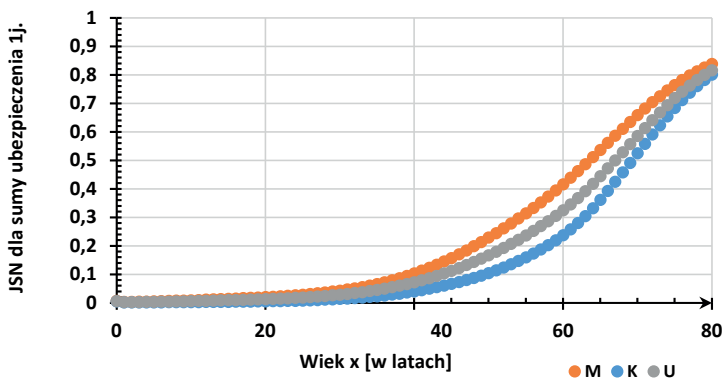
Rozwiązanie. Korzystając z wzorów (4.1.4), (4.3.2) oraz (4.3.4) otrzymujemy:

$$v = \frac{1}{1 + 1\%} = 0,990099;$$

$$A_{44:\overline{16}|}^1 = v \frac{d_{44}}{l_{44}} + v^2 \frac{d_{45}}{l_{44}} + \dots + v^{16} \frac{d_{59}}{l_{44}} = 0,07884.$$

Jednorazowa składka netto za świadczenie 1000 zł = 1000 zł · 0,07884 = 78,84 zł.

Analogicznie można obliczyć składki dla osoby w dowolnym wieku, korzystając z wybranych tablic trwania życia (wykres 4.2).



Legenda: JSN – jednorazowa składka netto, M – mężczyzna, K – kobieta, U – ubezpieczony, tj. osoba, dla której wykonano obliczenia na podstawie łącznych tablic trwania życia 2018. W obliczeniach przyjęto: suma ubezpieczenia = 1 j.p., techniczna stopa procentowa = 1,98 proc. (to wartość maksymalnej stopy procentowej obowiązującej od 1 maja 2019 r. do 30 kwietnia 2020 r.).

Wykres 4.2. Jednorazowa składka netto w dwudziestoletnim ubezpieczeniu na życie według płci i polskich tablic trwania życia z 2018 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Główny Urząd Statystyczny, *Tablice trwania życia 1990–2018*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-tablice,1,1.html> [dostęp: 21.01.2020].

Wykres 4.2 prezentuje jednorazową składkę netto w dwudziestoletnim ubezpieczeniu na życie z sumą ubezpieczenia w wysokości 1 j.p. wypłacanej na koniec roku, w którym nastąpiła śmierć. Jest to cena za dwudziestoletnią ochronę ubezpieczeniową, w wypadku której ubezpieczający reguluje należność w formie jednorazowej płatności. Liczbowo jest to wartość obecna ze wszystkich potencjalnych, przyszłych płatności w ciągu dwudziestu lat trwania umowy ubezpieczenia, równych 1 j.p. zdyskontowanych na moment zawarcia umowy ubezpieczenia. Na wykresie 4.2 jednorazowa składka netto w ubezpieczeniu terminowym na życie u mężczyzn (kolor czerwony) jest wyższa niż u kobiet (kolor niebieski), co wynika z wyższego prawdopodobieństwa zgonu u mężczyzn niż u kobiet w tym samym wieku.

Jednorazowa składka netto w terminowym ubezpieczeniu na życie (wykres 4.2) jest niższa niż w dożywotnim (bezterminowym) ubezpieczeniu na życie (wykres 4.1), gdyż w pierwszym przypadku, jeśli ubezpieczony dożyje końca okresu ochrony, może nie nastąpić wypłata świadczenia.

4.4. Kalkulacja składek w ubezpieczeniach na dożycie

Świadczenie w określonej wysokości zostanie wypłacone w ubezpieczeniu na dożycie, jeżeli ubezpieczony dożyje do określonego wieku tj. końca umowy ubezpieczenia. W przypadku śmierci przed upłynięciem okresu ubezpieczenia świadczenie nie zostanie wypłacone. Jednorazową składkę netto dla osoby w wieku x w n -letnim ubezpieczeniu na dożycie, gdy wysokość świadczenia wynosi 1 j.p. oznacza się symbolem $A_{x:\overline{n}|}^1$ i wyznacza się według wzoru:

$$A_{x:\overline{n}|}^1 = E(Z_2) = v^n \cdot {}_n p_x; \quad (4.4.1)$$

gdzie:

$E(Z_2)$ – to oczekiwana wartość obecna (bieżąca) świadczenia w wysokości 1 j.p.;
 ${}_n p_x$ to prawdopodobieństwo przeżycia przez ubezpieczonego w wieku x lat kolejnych n lat, przy czym n to okres ubezpieczenia, po przeżyciu którego nastąpi wypłata świadczenia.

Wzór (4.4.1) otrzymuje się jako iloczyn zdyskontowanej na chwilę obecną (czynnikiem dyskontującym v) wartości świadczenia równego 1 j.p. płatnego za

n lat oraz prawdopodobieństwa przeżycia, co oznacza, że ubezpieczony w wieku x dożyje wieku $x + n$.

Jednorazową składkę netto dla osoby w wieku x lat w n -letnim ubezpieczeniu na dożycie można zapisać za pomocą liczb komutacyjnych jako:

$$A_{x:\overline{n}|}^1 = v^n \cdot {}_n p_x = v^n \cdot \frac{l_{x+n}}{l_x} = \frac{v^{x+n} \cdot l_{x+n}}{v^x \cdot l_x} = \frac{D_{x+n}}{D_x}. \quad (4.4.2)$$

W celu wyznaczenia jednorazowej składki netto dla świadczenia w wysokości innej niż 1 j.p. (np. równej sumie ubezpieczenia SU), wystarczy pomnożyć powyższy czynnik $A_{x:\overline{n}|}^1$ przez wymaganą wysokość świadczenia:

$$SU \cdot A_{x:\overline{n}|}^1. \quad (4.4.3)$$

Wariancja wartości obecnej świadczenia w n -letnim ubezpieczeniu na dożycie obliczana jest ze wzoru:

$$\text{Var}(Z_2) = {}^2A_{x:\overline{n}|}^1 - (A_{x:\overline{n}|}^1)^2 = v^{2n} \cdot {}_n p_x \cdot {}_n q_x; \quad (4.4.4)$$

gdzie:

${}_n p_x$ – to prawdopodobieństwo przeżycia przez osobę w wieku x lat kolejnych n lat;

x – to wiek ubezpieczonego;

n – to okres ubezpieczenia;

$${}^2A_{x:\overline{n}|}^1 = E(Z_2^2) = v^{2n} \cdot {}_n p_x \quad (4.4.5)$$

oblicza się przy podwojonej intensywności oprocentowania δ , która jest definiowana jako $v = \exp(-\delta)$ ³²⁰.

Przykład 4.4.1.

Oblicz jednorazową składkę netto ubezpieczenia na dożycie dla osoby ubezpieczonej w wieku 44 lat, przyjmując techniczną stopę procentową 1% oraz TTŻ z tablicy 4.5. Wysokość świadczenia to 1000 zł, a okres ubezpieczenia 16 lat.

Rozwiązanie. Korzystając z wzorów (4.1.1), (4.1.4), (4.4.1) oraz (4.4.3) otrzymujemy:

$$v = \frac{1}{1 + 1\%} = 0,990099;$$

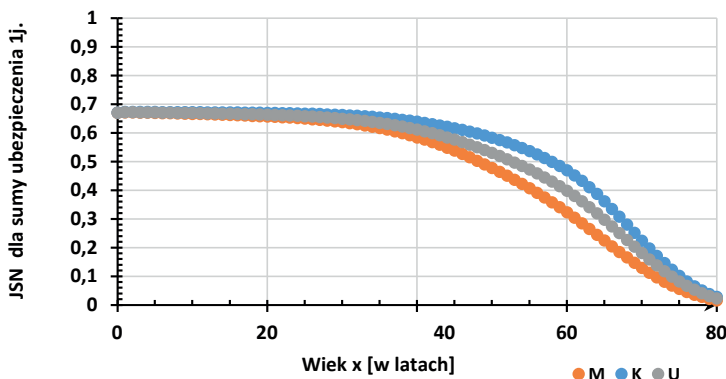
³²⁰ M. Skalba, *Ubezpieczenia na życie...*, s. 37.

4. Finansowe i aktuarialne zasady obliczania składek...

$$A_{44:\overline{16}|} = v^{16} \cdot {}_{16}p_{44} = v^{16} \frac{l_{60}}{l_{44}} = 0,77835.$$

Jednorazowa składka netto za świadczenie 1000 zł = 1000 zł · 0,77835 = 778,35 zł.

Analogicznie można obliczyć składki dla osoby w dowolnym wieku, korzystając z określonych tablic trwania życia (wykres 4.3).



Legenda: JSN – jednorazowa składka netto, M – mężczyzna, K – kobieta, U – ubezpieczony, tj. osoba, dla której wykonano obliczenia na podstawie łącznych tablic trwania życia 2018. W obliczeniach przyjęto: suma ubezpieczenia = 1 j.p., techniczna stopa procentowa = 1,98 proc. (to wartość maksymalnej stopy procentowej obowiązującej od 1 maja 2019 r. do 30 kwietnia 2020 r.).

Wykres 4.3. Jednorazowa składka netto w dwudziestoletnim ubezpieczeniu na dożycie według płci (na podstawie polskich tablic trwania życia z 2018 r.)

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Główny Urząd Statystyczny, *Tablice trwania życia 1990–2018*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-tablice,1,1.html> [dostęp: 21.01.2020].

Wykres 4.3 przedstawia jednorazową składkę netto w terminowym dwudziestoletnim ubezpieczeniu na dożycie dla osoby w wieku x lat z sumą ubezpieczenia w wysokości 1 j.p., która będzie wypłacona na koniec roku, po zakończeniu okresu ubezpieczenia, o ile ubezpieczony dożyje tego okresu, czyli dożyje wieku $x+20$ lat. Jednorazowa składka netto w terminowym dwudziestoletnim ubezpieczeniu na dożycie dla mężczyzn (kolor czerwony) jest niższa niż dla kobiet (kolor niebieski) w tym samym wieku, gdyż prawdopodobieństwo zgonu dla mężczyzn jest wyższe niż kobiet w tym samym wieku. Oznacza to, że dla

mężczyzn prawdopodobieństwo przeżycia jest niższe niż u kobiet i dlatego mogą nie otrzymać w przyszłości świadczenia, co determinuje niższą cenę za takie ubezpieczenie.

4.5. Kalkulacja składek w ubezpieczeniach na wypadek śmierci i dożycia

Świadczenie w określonej w umowie ubezpieczenia wysokości zostanie wypłacone, gdy ubezpieczony dożyje określonego wieku lub gdy nastąpi jego zgon. Jest to połączenie terminowego ubezpieczenia na życie i terminowego ubezpieczenia na dożycie. JSN w ubezpieczeniu na życie i dożycie oblicza się jako sumę odpowiednich jednorazowych składek netto opisanych w obu produktach (4.4.1) oraz (4.3.1). Jednorazowa składka jest więc równa:

$$\begin{aligned} A_{x:\overline{n}|} &= A_{x:\overline{n}|}^1 + A_{x:\overline{n}|}^{\overline{1}}; \\ E(Z_1) + E(Z_2) &= E(Z_3). \end{aligned} \quad (4.5.1)$$

Jednorazową składkę netto dla osoby w wieku x lat w n -letnim ubezpieczeniu na życie i dożycie można obliczyć za pomocą liczb komutacyjnych:

$$A_{x:\overline{n}|} = \frac{M_x - M_{x+n} + D_{x+n}}{D_x}. \quad (4.5.2)$$

Wariancja wartości obecnej świadczenia w n -letnim ubezpieczeniu na życie i dożycie jest równa:

$$\text{Var}(Z_3) = {}^2A_{x:\overline{n}|} - (A_{x:\overline{n}|})^2. \quad (4.5.3)$$

Jeżeli ryzyko związane z wypłatą świadczenia zmierzy się wariancją, to w przypadku sprzedaży n -letniego ubezpieczenia na życie i dożycie ryzyko to jest mniejsze niż w przypadku sprzedaży oddzielnie n -letniego ubezpieczenia na życie i n -letniego ubezpieczenia na dożycie³²¹.

³²¹ $\text{Var}(Z_3) = \text{Var}(Z_1) + \text{Var}(Z_2) + 2\text{cov}(Z_1, Z_2) = \text{Var}(Z_1) + \text{Var}(Z_2) + 2(E(Z_1Z_2) - E(Z_1)E(Z_2))) = \text{Var}(Z_1) + \text{Var}(Z_2) - 2E(Z_1)E(Z_2)$.

Przykład 4.5.1.

Oblicz jednorazową składkę netto w ubezpieczeniu na wypadek śmierci i dożycia dla osoby ubezpieczonej w wieku 44 lat, przyjmując techniczną stopę procentową 1% oraz TTŻ z tablicy 4.5. Wysokość świadczenia to 1000 zł, a okres ubezpieczenia 16 lat.

Rozwiązanie. Korzystając z wzorów (4.5.1) i (4.1.4) otrzymujemy:

$$v = \frac{1}{1 + 1\%} = 0,990099;$$

$$A_{44:\overline{16}|} = A_{44:\overline{16}|}^1 + A_{44:\overline{16}|}^{\frac{1}{2}} = 0,07884 + 0,77835 = 0,85719.$$

Jednorazowa składka netto za świadczenie 1000 zł = 1000 zł · 0,85719 = 857,19 zł.

Jeżeli składki ubezpieczeniowe zamiast jednorazowo opłacane są w określonych odstępach czasu, to ich wartość zaktualizowaną na moment obecny oblicza się wykorzystując rachunek rent przedstawiony w kolejnych podrozdziałach.

4.6. Kalkulacja renty pewnej (finansowej)

Renta to pewien ciąg płatności następujących po sobie w równych odstępach czasu. Renta pewna (gwarantowana) to renta finansowa, która nie zależy od życia ludzkiego (tj. prawdopodobieństwa przeżycia osoby w wieku x) oraz w której liczba płatności jest znana.

Wartość obecna renty o płatnościach równych 1 j.p. wypłacanych co roku z dołu (na koniec roku) przez n lat jest równa³²²:

$$a_{\overline{n}|} = v + v^2 + \dots + v^n = \frac{1 - v^n}{r}. \quad (4.6.1)$$

Natomiast w przypadku renty płatnej z góry:

$$\ddot{a}_{\overline{n}|} = 1 + v + \dots + v^{n-1} = \frac{1 - v^n}{\frac{r}{1+r}}. \quad (4.6.2)$$

Wartość renty można obliczyć na koniec jej okresu płatności. Wartość końcową oznacza się symbolem s i \ddot{s} , analogicznie dla renty płatnej z dołu i z góry

³²² Jest to suma n elementowego geometrycznego ciągu skończonego o wyrazie pierwszym równym v .

$$s_{\overline{m}|} = a_{\overline{m}|} \cdot (1+r)^n = \frac{(1+r)^n - 1}{r}; \quad (4.6.3)$$

$$\ddot{s}_{\overline{m}|} = \ddot{a}_{\overline{m}|} \cdot (1+r)^n = \frac{(1+r)^n - 1}{\frac{r}{1+r}}. \quad (4.6.4)$$

Przykład 4.6.1.

Oblicz wartość początkową oraz wartość końcową renty płatnej z góry przez 15 lat, przyjmując techniczną stopę procentową 1%.

Rozwiązanie. Korzystając z wzorów (4.1.4), (4.6.2), (4.6.4) otrzymujemy:

$$v = \frac{1}{1+1\%} = 0,990099;$$

$$\ddot{a}_{\overline{15}|} = \frac{1 - v^{15}}{\frac{0,01}{1,01}} = 14,00370;$$

$$\ddot{s}_{\overline{15}|} = \frac{(1 + 0,01)^{15} - 1}{\frac{0,01}{1,01}} = 16,25786$$

$$\text{lub } \ddot{s}_{\overline{15}|} = (1 + 0,01)^{15} \cdot \ddot{a}_{\overline{15}|} = 1,01^{15} \cdot 14,00370 = 16,25786.$$

4.7. Kalkulacja renty życiowej

W odróżnieniu od renty pewnej, renta życiowa wypłacana będzie tak długo, jak długo będzie żyć osoba ubezpieczona. Ponieważ moment śmierci nie jest z góry znany, nie jest również znana liczba płatności, dlatego też przy kalkulacji wartości początkowej renty życiowej (nazywanej wartością obecną lub wartością bieżącą renty), będącej zaktualizowaną wartością renty na moment zawarcia umowy, należy skorzystać z prawdopodobieństwa przeżycia z tablicy trwania życia. Wartość obecną renty to wielkość średnia zaktualizowanej wypłaty i można ją interpretować jako składkę jednorazową w ubezpieczeniu rentowym³²³.

Wartość obecną renty życiowej dla osoby w wieku x , płatnej co roku z dołu o płatnościach równych 1 wynosi:

³²³ S. Ostasiewicz, *Elementy aktuariatu...*, s. 39 i 41.

4. Finansowe i aktuarialne zasady obliczania składek...

$$a_x = \sum_{i=1}^{\infty} v^i \cdot {}_i p_x; \quad (4.7.1)$$

a dla renty płatnej z góry

$$\ddot{a}_x = \sum_{i=0}^{\infty} v^i \cdot {}_i p_x. \quad (4.7.2)$$

Korzystając z funkcji komutacyjnych wspomniane renty można zapisać jako:

$$a_x = \frac{N_{x+1}}{D_x}; \quad (4.7.3)$$

$$\ddot{a}_x = \frac{N_x}{D_x}. \quad (4.7.4)$$

Przykład 4.7.1.

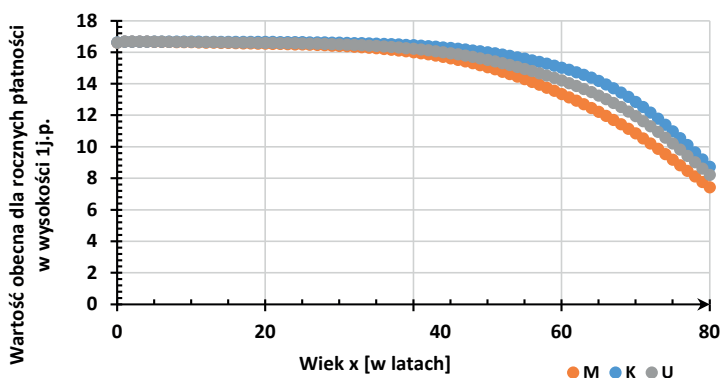
Oblicz wartość początkową renty dożywotniej płatnej z dołu dla osoby ubezpieczonej w wieku 53 lat, przyjmując techniczną stopę procentową 1%.

Rozwiązanie. Korzystając ze wzorów (4.7.1) oraz (4.1.2) i (4.1.4) otrzymujemy:

$$v = \frac{1}{1 + 1\%} = 0,990099;$$
$$a_{53} = v \frac{l_{54}}{l_{53}} + v^2 \frac{l_{55}}{l_{53}} + \dots + v^{47} \frac{l_{100}}{l_{53}} = 22,92019^{324}.$$

Wykres 4.4 przedstawia wartość początkową (wartość obecną) dwudzie-stoletniej renty życiowej dla osoby w wieku x lat, płatnej z góry w zależności od wieku, a wykres 4.5 przedstawia wartość początkową dożywotniej renty dla osoby w wieku x lat płatnej z góry w zależności od wieku.

³²⁴ W przykładzie obliczono wartość renty życiowej na podstawie danych z tablic GUS, które opublikowane są dla wieku do 100 lat. W praktyce zakłady ubezpieczeń konstruują modele, za pomocą których mogą wyznaczyć prawdopodobieństwa przeżycia do np. 105 lub 110 lat.



Legenda: M – mężczyzna, K – kobieta, U – ubezpieczony, tj. osoba, dla której wykonano obliczenia na podstawie łącznych tablic trwania życia 2018.

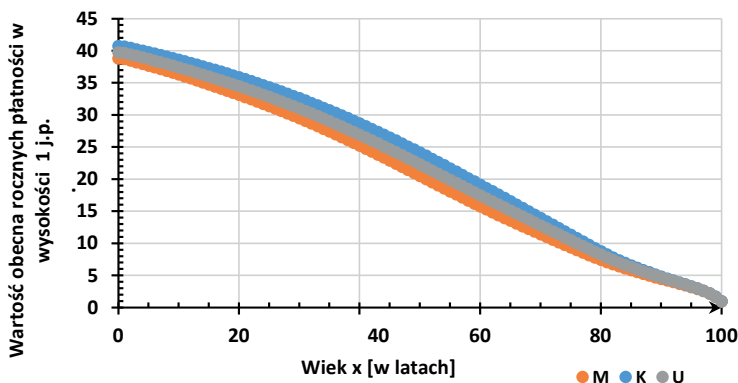
W obliczeniach przyjęto: suma ubezpieczenia = 1 j.p., techniczna stopa procentowa = 1,98 proc. (to wartość maksymalnej stopy procentowej obowiązującej od 1 maja 2019 r. do 30 kwietnia 2020 r.).

Wykres 4.4. Wartość początkowa dwudziestoletniej renty życiowej wypłacanej osobie w wieku x na początku każdego roku w wysokości 1 j.p., w podziale według płci (dla polskich tablic trwania życia z 2018 r.)

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Główny Urząd Statystyczny, *Tablice trwania życia 1990–2018*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-tablice,1,1.html> [dostęp: 21.01.2020].

Wykres 4.4 prezentuje (oddzielnie dla kobiet, mężczyzn i ubezpieczonego) aktuarialne wartości obecne renty płatnej w wysokości 1 jednostki pieniężnej przez okres $n = 20$ lat na początek każdego roku (płatności z góry). Mężczyźni (kolor czerwony) powinni płacić mniej za świadczenia niż kobiety (kolor niebieski) w tym samym wieku, ze względu na wyższe prawdopodobieństwo śmierci (niższe prawdopodobieństwo przeżycia) niż u kobiet w tym samym wieku. Oznacza to, że mężczyźni prawdopodobnie otrzymają w przyszłości mniej płatności.

4. Finansowe i aktuarialne zasady obliczania składek...



Legenda: M – mężczyzna, K – kobieta, U – ubezpieczony, tj. osoba, dla której wykonano obliczenia na podstawie łącznych tablic trwania życia 2018.

W obliczeniach przyjęto: suma ubezpieczenia = 1 j.p., techniczna stopa procentowa = 1,98 proc. (to wartość maksymalnej stopy procentowej obowiązującej od 1 maja 2019 r. do 30 kwietnia 2020 r.).

Wykres 4.5. Wartość początkowa dożywotniej renty życiowej wypłacanej osobie w wieku x na początku każdego roku w wysokości 1 j.p. w podziale według płci (dla polskich tablic trwania życia z 2018 r.)

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Główny Urząd Statystyczny, *Tablice trwania życia 1990–2018*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-tablice,1,1.html> [dostęp: 21.01.2020].

Wykres 4.5 prezentuje (oddzielnie dla kobiet, mężczyzn i ubezpieczonego) aktuarialną wartość obecną renty płatnej w wysokości 1 j.p. na początek każdego roku (płatność z góry) dożywotnio. Mężczyźni (czerwony) powinni płacić mniej za świadczenia niż kobiety (kolor niebieski) w tym samym wieku, ze względu na wyższe prawdopodobieństwo śmierci (niższe prawdopodobieństwo przeżycia) niż u kobiet w tym samym wieku. Oznacza to, że mężczyźni prawdopodobnie otrzymają w przyszłości mniej płatności.

Porównując wykres 4.4 z wykresem 4.5 można stwierdzić, że aktuarialne wartości obecne renty życiowej bezterminowej są dużo wyższe niż dwudziestoletniej renty życiowej.

4.8. Kalkulacja składek netto w ubezpieczeniach na życie płatnych okresowo

Składka netto jest ceną za całą ochronę ubezpieczeniową, którą ubezpieczający dokonuje w formie rocznych płatności w okresie ubezpieczenia. Składki netto (SN) mogą być opłacane okresowo przez cały okres ubezpieczenia lub przez założoną z góry liczbę lat. Zakłada się równoważność wartości składek (obliczonych za pomocą rachunku rent) i wartości świadczeń [wzory (4.8.1) – (4.8.8)].

Dożywotnie ubezpieczenie na życie (*whole life insurance*)

Składka netto dla osoby w wieku x lat płatna z góry rocznie **przez cały okres ubezpieczenia** za świadczenie w wysokości 1 j.p. wypłacane na koniec roku, w którym nastąpiła śmierć (z dołu):

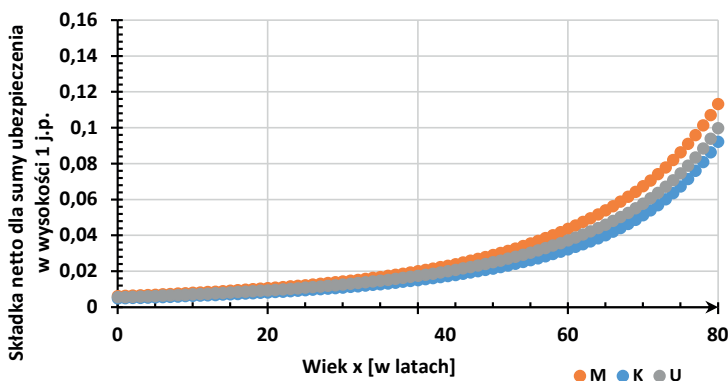
$$P_x = \frac{A_x}{\ddot{a}_x} = \frac{M_x}{N_x}. \quad (4.8.1)$$

Składka netto dla osoby w wieku x lat płatna z góry **przez k lat ubezpieczenia** za świadczenie w wysokości 1 j.p. wypłacane na koniec roku, w którym nastąpiła śmierć (z dołu):

$${}^kP_x = \frac{A_x}{\ddot{a}_{x:\overline{k}|}} = \frac{M_x}{N_x - N_{x+k}}. \quad (4.8.2)$$

Ze wzoru (4.8.1) można obliczyć składki dla osoby w dowolnym wieku, korzystając z wybranych tablic trwania życia (wykres 4.6).

4. Finansowe i aktuarialne zasady obliczania składek...



Legenda: M – mężczyzna, K – kobieta, U – ubezpieczony, tj. osoba, dla której wykonano obliczenia na podstawie łącznych tablic trwania życia 2018.

W obliczeniach przyjęto: suma ubezpieczenia = 1 j.p., techniczna stopa procentowa = 1,98 proc. (to wartość maksymalnej stopy procentowej obowiązującej od 1 maja 2019 r. do 30 kwietnia 2020 r.).

Wykres 4.6. Składka netto w dożywotnim ubezpieczeniu na życie według płci (na podstawie polskich tablic trwania życia z 2018 r.)

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Główny Urząd Statystyczny, *Tablice trwania życia 1990–2018*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-tablice,1,1.html> [dostęp: 21.01.2020].

Wykres 4.6 przedstawia składkę netto w dożywotnim ubezpieczeniu na życie z sumą ubezpieczenia w wysokości 1 j.p. wypłacaną na koniec roku, w którym nastąpiła śmierć. Składka netto obliczona została jako wartość obecna przyszłej płatności w wysokości 1 j.p. zdyskontowanej na moment zawarcia umowy ubezpieczenia i podzielonej przez wartość obecną renty życiowej z tytułu corocznych płatności. Składka netto mężczyzn (kolor czerwony) jest wyższa za to samo świadczenie niż kobiety (kolor niebieski) w tym samym wieku, ze względu na większe prawdopodobieństwo śmierci niż u kobiet w tym samym wieku.

Terminowe ubezpieczenie na życie (*n-year term insurance*)

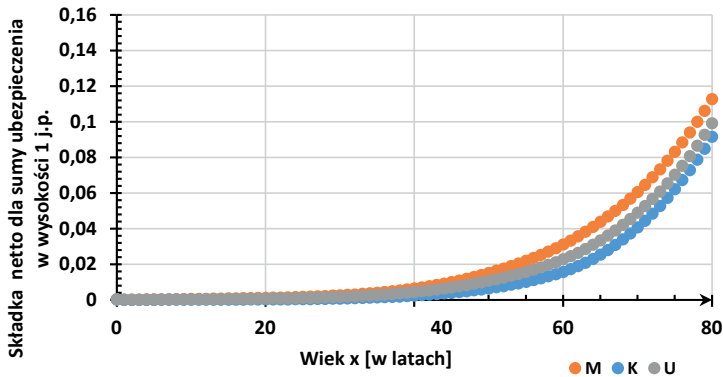
Składka netto dla osoby w wieku x lat płatna z góry, rocznie **przez cały okres ubezpieczenia**:

$$P_{x:\overline{n}|}^1 = \frac{A_{x:\overline{n}|}^1}{\ddot{a}_{x:\overline{n}|}} = \frac{M_x - M_{x+n}}{N_x - N_{x+n}}. \quad (4.8.3)$$

Składka netto dla osoby w wieku x lat płatna z góry rocznie **przez k lat ubezpieczenia**:

$${}^kP_{x:\overline{n}|}^1 = \frac{A_{x:\overline{n}|}^1}{\ddot{a}_{x:\overline{k}|}} = \frac{M_x - M_{x+k}}{N_x - N_{x+k}}. \quad (4.8.4)$$

Ze wzoru (4.8.3) można obliczyć składki dla osoby w dowolnym wieku, korzystając z określonych tablic trwania życia (wykres 4.7).



Legenda: M – mężczyzna, K – kobieta, U – ubezpieczony, tj. osoba, dla której wykonano obliczenia na podstawie łącznych tablic trwania życia 2018.

W obliczeniach przyjęto: suma ubezpieczenia = 1 j.p., techniczna stopa procentowa = 1,98 proc. (to wartość maksymalnej stopy procentowej obowiązującej od 1 maja 2019 r. do 30 kwietnia 2020 r.).

Wykres 4.7. Składka netto w dwudziestoletnim ubezpieczeniu na życie według płci (na podstawie polskich tablic trwania życia z 2018 r.)

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Główny Urząd Statystyczny, *Tablice trwania życia 1990–2018*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-tablice,1,1.html> [dostęp: 21.01.2020].

Wykres 4.7 przedstawia składkę netto w terminowym, dwudziestoletnim ubezpieczeniu na życie z sumą ubezpieczenia w wysokości 1 j.p. wypłacaną na koniec roku, w którym nastąpi śmierć. Składka netto mężczyzn (kolor czerwony) jest wyższa za to samo świadczenie niż kobiety (kolor niebieski) w tym samym wieku, ze względu na większe prawdopodobieństwo śmierci mężczyzn niż u kobiet w tym samym wieku. Składka netto w terminowym, dwudziestoletnim ubezpieczeniu na życie jest niższa niż w dożywotnim ubezpieczeniu na życie (por. wykres 4.6 i 4.7), gdyż w pierwszym z nich wypłata świadczenia nie nastąpi, jeżeli ubezpieczony dożyje końca okresu ochrony. W dożywotnim (bezterminowym) ubezpieczeniu na życie zakład ubezpieczeń na pewno wypłaci świadczenie, o ile nie wystąpią zdarzenia, które spowodują wyłączenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Składka netto w terminowym ubezpieczeniu na życie rośnie wraz z wiekiem ubezpieczonego, gdyż wraz z wiekiem rośnie prawdopodobieństwo zgonu determinujące wysokość składki.

Terminowe ubezpieczenie na dożycie (n-year pure endowment)

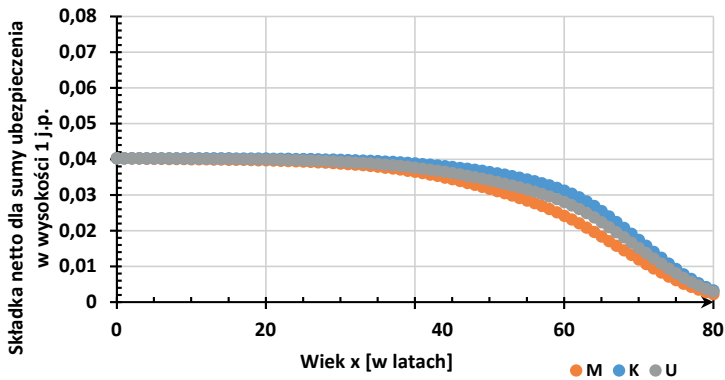
Składka netto dla osoby w wieku x lat płatna z góry, rocznie **przez cały okres ubezpieczenia**:

$$P_{x:\overline{n}|} = \frac{A_{x:\overline{n}|}^1}{\ddot{a}_{x:\overline{n}|}} = \frac{D_{x+n}}{N_x - N_{x+n}}. \quad (4.8.5)$$

Składka netto dla osoby w wieku x lat płatna z góry rocznie **przez k lat ubezpieczenia**:

$${}^kP_{x:\overline{n}|} = \frac{A_{x:\overline{n}|}^1}{\ddot{a}_{x:\overline{k}|}} = \frac{D_{x+n}}{N_x - N_{x+k}}. \quad (4.8.6)$$

Ze wzoru (4.8.5) można obliczyć składki dla osoby w dowolnym wieku, korzystając z określonych tablic trwania życia (wykres 4.8).



Legenda: M – mężczyzna, K – kobieta, U – ubezpieczony, tj. osoba, dla której wykonano obliczenia na podstawie łącznych tablic trwania życia 2018.

W obliczeniach przyjęto: suma ubezpieczenia = 1 j.p., techniczna stopa procentowa = 1,98 proc. (to wartość maksymalnej stopy procentowej obowiązującej od 1 maja 2019 r. do 30 kwietnia 2020 r.).

Wykres 4.8. Składka netto w terminowym ubezpieczeniu na dożycie według płci (na podstawie polskich tablic trwania życia z 2018 r.)

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Główny Urząd Statystyczny, *Tablice trwania życia 1990–2018*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-tablice,1,1.html> [dostęp: 21.01.2020].

Wykres 4.8 przedstawia składkę netto w terminowym ubezpieczeniu na dożycie z sumą ubezpieczenia w wysokości 1 j.p. wypłacaną na koniec roku, w którym nastąpiła śmierć. Mężczyźni (kolor czerwony) powinni płacić mniej za świadczenie niż kobiety (kolor niebieski) w tym samym wieku. Powodem jest wyższe prawdopodobieństwo śmierci u mężczyzn niż u kobiet w tym samym wieku (a tym samym mniejsze prawdopodobieństwo wypłaty świadczenia). Składka netto maleje wraz z wiekiem, gdyż maleje prawdopodobieństwo wypłaty świadczenia.

n-letnie ubezpieczenie na życie i dożycie (*n-year endowment*)

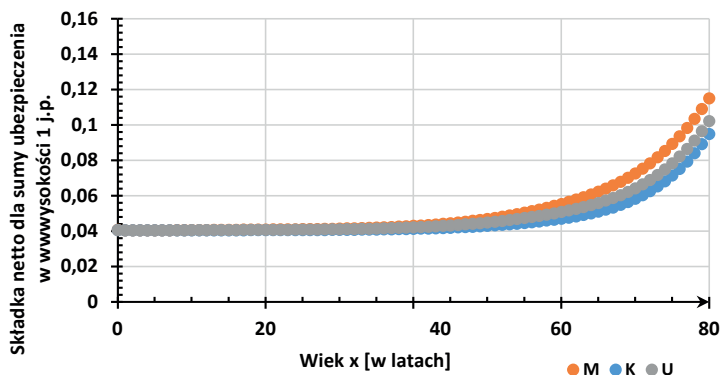
Składka netto dla osoby w wieku x lat płatna z góry, rocznie **przez cały okres ubezpieczenia**:

$$P_{x:\overline{n}|} = \frac{A_{x:\overline{n}|}}{\ddot{a}_{x:\overline{n}|}} = \frac{M_x - M_{x+n} + D_{x+n}}{N_x - N_{x+n}}. \quad (4.8.7)$$

Składka netto dla osoby w wieku x lat płatna z góry rocznie **przez k lat ubezpieczenia**:

$${}^kP_{x:\overline{n}|} = \frac{A_{x:\overline{n}|}}{\ddot{a}_{x:k|}} = \frac{M_x - M_{x+n} + D_{x+n}}{N_x - N_{x+k}}. \quad (4.8.8)$$

Ze wzoru (4.8.7) można obliczyć składki dla osoby w dowolnym wieku, korzystając z wybranych tablic trwania życia (wykres 4.9).



Legenda: M – mężczyzna, K – kobieta, U – ubezpieczony, tj. osoba dla której wykonano obliczenia na podstawie łącznych tablic trwania życia 2018.

W obliczeniach przyjęto: suma ubezpieczenia = 1 j.p., techniczna stopa procentowa = 1,98 proc. (to wartość maksymalnej stopy procentowej obowiązującej od 1 maja 2019 r. do 30 kwietnia 2020 r.).

Wykres 4.9. Składka przypisana netto w terminowym ubezpieczeniu na życie i dożycie według płci (na podstawie polskich tablic trwania życia z 2018 r.)

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Główny Urząd Statystyczny, *Tablice trwania życia 1990–2018*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-tablice,1,1.html> [dostęp: 21.01.2020].

Wykres 4.9 prezentuje składki netto dla kobiety, mężczyzny i ubezpieczonego w dwudziestoletnim ubezpieczeniu na życie i dożycie, które są równe sumie składek w terminowym ubezpieczeniu na życie oraz terminowym ubezpieczeniu na dożycie. Są przez to wyższe niż w przypadku terminowego ubezpieczenia na życie (wykres 4.7).

4.9. Kalkulacja składki netto w ubezpieczeniach majątkowych (krótkoterminowych)

W przypadku obliczeń wykonywanych w odniesieniu do produktów z działu I (ubezpieczeń na życie) można było zauważyć następujące prawidłowości:

- wypłata świadczenia następuje zazwyczaj tylko raz, w ustalonym w umowie momencie (np. w momencie śmierci lub dożycia określonego wieku);
- okres od momentu zawarcia umowy do wypłaty świadczenia jest długi (często kilka, kilkanaście lub nawet kilkadziesiąt lat); po wypłacie świadczenia okres ubezpieczenia zazwyczaj się kończy;
- niezapłacenie kolejnej raty ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy, można to traktować tylko jako wypowiedzenie umowy, ponieważ dopiero brak opłacenia składki w określonym terminie po otrzymaniu wezwania do opłacenia zaległej składki powoduje rozwiązanie umowy ubezpieczenia.

Z kolei w przypadku produktów z działu II (pozostałe osobowe i ubezpieczenia majątkowe) sytuacja jest odmienna, ponieważ:

- w ramach tej samej umowy ubezpieczenia (np. w przypadku ubezpieczenia OC komunikacyjnego ubezpieczony może w ciągu 1 roku zgłosić wiele szkód) świadczenia mogą zostać wypłacone wielokrotnie, a limitem odpowiedzialności ubezpieczyciela jest suma ubezpieczenia lub suma gwarancyjna (maksymalna wartość odszkodowania);
- wypłata świadczenia nie kończy okresu umowy ubezpieczenia, o ile suma ubezpieczenia nie została wyczerpana³²⁵; okres ochrony ubezpieczeniowej określony jest w umowie, przy czym często jest to okres krótszy

³²⁵ Granicą odpowiedzialności jest suma ubezpieczenia (w ubezpieczeniach dobrowolnych) lub suma gwarancyjna (w ubezpieczeniach obowiązkowych). Z zasady każda wypłata świadczenia pomniejsza wysokość sumy ubezpieczenia.

niż w przypadku ubezpieczeń na życie (standardowo rok), dzięki temu zazwyczaj można pominąć dyskontowanie przyszłych świadczeń;

- niezapłacenie kolejnej raty ubezpieczenia powoduje rozwiązanie umowy.

W związku z tym, aby obliczyć wysokość składki netto w przypadku produktów ubezpieczeniowych z działu II ubezpieczeń, należy uwzględnić możliwość wystąpienia wielu szkód o różnych wysokościach i obliczyć sumę ich wysokości (szkody zagregowane, *aggregate claim*). W tym celu należy oszacować:

- rozkład prawdopodobieństwa liczby szkód, na podstawie którego można skalkulować prawdopodobieństwo³²⁶ wystąpienia określonej liczby szkód z tytułu jednej umowy ubezpieczenia (zero, jedna, dwie, trzy itd., teoretycznie liczba szkód może być nieskończona);
- rozkład prawdopodobieństwa indywidualnej wielkości szkody, na podstawie którego można skalkulować prawdopodobieństwo, że pojedyncza zgłoszona szkoda będzie większa lub mniejsza od określonej wysokości.

Na podstawie tych dwóch rozkładów można wyliczyć łączny rozkład prawdopodobieństwa zagregowanej szkody (a więc łącznej wielkości wypłaconych świadczeń) w danym modelu ryzyka³²⁷ i na jego podstawie oszacować prawdopodobieństwo wybranych zdarzeń, np. prawdopodobieństwo zdarzenia wystąpienia szkody większej lub mniejszej od określonej wysokości (np. sumy ubezpieczenia, czy udziału własnego). Do obliczeń przyjmuje się, że liczba szkód oraz ich wysokość są od siebie niezależne. Pozwala to obliczyć wartość oczekiwaną łącznej kwoty szkód i na tej podstawie wyznaczyć składkę netto.

Przykład 4.9.1³²⁸

Zakład ubezpieczeń szacuje, że z tytułu umowy OC dla posiadaczy pojazdów lądowych mogą zostać zgłoszone maksymalnie dwie szkody w ciągu roku objętego umową ubezpieczenia. Prawdopodobieństwo, że nie zostanie zgłoszona żadna szkoda wynosi 0,2, prawdopodobieństwo, że zostanie zgłoszona dokładnie jedna szkoda wynosi 0,5, a prawdopodobieństwo, że zostaną zgłoszone dwie szkody

³²⁶ Prawdopodobieństwo jest kluczowym pojęciem w modelowaniu i rozpoznaniu ryzyka. Prawdopodobieństwo nie jest tożsame z ryzykiem, lecz jest pewną miarą niepewności zdarzeń losowych.

³²⁷ W indywidualnym modelu ryzyka lub kolektywnym modelu ryzyka. Szerzej: W. Ronka-Chmielowiec, *Ryzyko w ubezpieczeniach – metody i oceny*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego we Wrocławiu, Wrocław 1997, s. 47–54.

³²⁸ Por. N.L. Bowers i in., *Actuarial mathematics...*, s. 370.

jest równe 0,3. Każda zgłoszona szkoda może wynosić 100 zł z prawdopodobieństwem 0,6 lub 200 zł z prawdopodobieństwem 0,4. Jaka może być łączna kwota odszkodowania dla takiej polisy w ciągu roku? Jaka jest wartość składki netto?

Dane z treści zadania można przedstawić tabelarycznie. Tablice 4.1 i 4.2 przedstawiają rozkłady prawdopodobieństwa liczby szkód oraz indywidualnej wielkości szkód.

Tablica 4.1. Rozkład prawdopodobieństwa liczby szkód dla ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych

Liczba szkód	0	1	2
Prawdopodobieństwo	0,2	0,5	0,3

Źródło: opracowanie własne.

Tablica 4.2. Rozkład prawdopodobieństwa wartości indywidualnej szkody dla ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych

Wysokość szkody	100	200
Prawdopodobieństwo	0,6	0,4

Źródło: opracowanie własne.

Łączna kwota odszkodowania może przyjąć następujące wartości:

- 0 zł – jeżeli nie zostanie zgłoszona żadna szkoda;
- 100 zł – jeżeli zostanie zgłoszona jedna szkoda w tej wysokości;
- 200 zł – jeżeli zostanie zgłoszona jedna szkoda w wysokości 200 zł lub dwie szkody w wysokości 100 zł każda;
- 300 zł – jeżeli zostaną zgłoszone dwie szkody, jedna w wysokości 100 zł i jedna w wysokości 200 zł;
- 400 zł – jeżeli zostaną zgłoszone dwie szkody w wysokości 200 zł każda.

Chcąc skalkulować prawdopodobieństwo, że łączna wysokość szkód przyjmie daną wartość, należy pomnożyć odpowiednie prawdopodobieństwa³²⁹ z tablic 4.1 i 4.2. Na przykład prawdopodobieństwo, że łączna kwota będzie równa 100 zł, to prawdopodobieństwo wystąpienia jednej szkody (0,5) pomnożone przez

³²⁹ Matematycznie w celu oszacowania rozkładu łącznych (zagregowanych) szkód należy wyznaczyć spłot dwóch rozkładów prawdopodobieństwa. Zob. szerzej: S. Wieteska, *Zbiór zadań z matematycznej teorii ryzyka ubezpieczeniowego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2001, s. 85–89.

4. Finansowe i aktuarialne zasady obliczania składek...

prawdopodobieństwo, że szkoda będzie w wysokości 100 zł (0,6), a więc $0,5 \cdot 0,6 = 0,3$. Rozkład prawdopodobieństwa łącznej kwoty szkód przedstawia tablica 4.3.

Tablica 4.3. Rozkład prawdopodobieństwa łącznej wysokości szkód z umowy ubezpieczenia OC dla posiadaczy pojazdów lądowych

Kwota	Prawdopodobieństwo
0	0,2
100	$0,5 \cdot 0,6 = 0,3$
200	$0,5 \cdot 0,4 + 0,3 \cdot 0,6 \cdot 0,6 = 0,308$
300	$0,3 \cdot 0,6 \cdot 0,4 + 0,3 \cdot 0,4 \cdot 0,6 = 0,144$
400	$0,3 \cdot 0,4 \cdot 0,4 = 0,048$

Źródło: opracowanie własne.

W celu obliczenia wartości oczekiwanej łącznej kwoty szkód należy pomnożyć każdą możliwą wartość przez jej prawdopodobieństwo i zsumować:

$$0 \cdot 0,2 + 100 \cdot 0,3 + 200 \cdot 0,308 + 300 \cdot 0,144 + 400 \cdot 0,048 = 154.$$

Składka netto w ubezpieczeniu OC komunikacyjnym będzie równa 154 zł.

W omówionym przykładzie wykorzystano uproszczony model, w którym dopuszczalne były co najwyżej dwie zgłoszone szkody, w dwóch możliwych wysokościach. W rzeczywistości liczba szkód może być większa, a wysokość każdej szkody może przyjąć dowolną nieujemną wartość. W celu obliczenia składki ubezpieczeniowej netto (liczbowo równej wartości oczekiwanej łącznej kwoty szkód) stosuje się więc odpowiednie rozkłady prawdopodobieństw. Dla liczby szkód są to: rozkład Poissona, dwumianowy, ujemny dwumianowy itp., a dla wysokości indywidualnych szkód są to: rozkład wykładniczy, gamma, logarytmiczno-normalny, beta itp.

Model liczby szkód – rozkład Poissona

Model zakłada, że z tytułu danej umowy ubezpieczenia może nie zostać zgłoszona żadna szkoda lub może zostać zgłoszona jedna szkoda lub dwie i więcej szkód. W modelu tym nie zakłada się maksymalnej liczby szkód. Prawdopodobieństwa wyznacza się ze wzoru:

$$P(X = x) = \frac{e^{-\lambda} \lambda^x}{x!}; \quad (4.9.1)$$

gdzie:

x = liczba szkód ($x = 0, 1, \dots$);

λ = średnia liczba szkód.

Rozkład Poissona nazywany jest rozkładem zdarzeń rzadkich.

Przykład 4.9.2.

Korzystając z rozkładu Poissona oblicz prawdopodobieństwo, że z tytułu danej umowy ubezpieczenia nie zostanie zgłoszona żadna szkoda oraz że zostanie zgłoszona: 1, 2 lub 3 szkody. Zakład ubezpieczeń szacuje, że średnia liczba szkód zgłaszanych z tego rodzaju umów to $\lambda = 0,5$.

Rozwiązanie. Korzystając z wzoru 4.9.1 obliczamy:

$$P(X = 0) = \frac{e^{-0,5} 0,5^0}{0!} = 0,6065;$$

$$P(X = 1) = \frac{e^{-0,5} 0,5^1}{1!} = 0,3033;$$

$$P(X = 2) = \frac{e^{-0,5} 0,5^2}{2!} = 0,0758;$$

$$P(X = 3) = \frac{e^{-0,5} 0,5^3}{3!} = 0,0126.$$

Model wartości indywidualnych szkód – rozkład wykładniczy

Model zakłada, że wysokość każdej indywidualnej szkody może przyjąć dowolną nieujemną wartość (model nie uwzględnia płatności regresowych). W modelu tym nie zakłada się maksymalnej kwoty szkody. Rozkład wykładniczy jest rozkładem ciągłym (jego wartości nie zmieniają się skokowo), a prawdopodobieństwa zdarzenia, że wielkość szkody będzie mniejsza od pewnej konkretnej wielkości x (300 zł), wyznacza się z wzoru:

$$P(X < x) = 1 - e^{-\theta x}; \quad (4.9.2)$$

gdzie:

x = wysokość szkody;

θ = odwrotność średniej wysokości szkody.

Przykład 4.9.3.

Zakłady ubezpieczeń w celu ograniczenia liczby i wielkości szkód określają pewien udział własny ubezpieczonego w szkodzie, poniżej którego następuje brak odpowiedzialności ubezpieczyciela, a szkodę pokrywa ubezpieczony. Jeżeli udział ten jest określony kwotowo, to nazywa się franszyzą (integralną lub redukcyjną), np. 50, 100, 200 zł. Korzystając z rozkładu wykładniczego oblicz prawdopodobieństwo, że z tytułu umowy ubezpieczenia zostanie zgłoszona szkoda mniejsza niż 50 zł, mniejsza niż 100 zł i mniejsza niż 200 zł. Zakład ubezpieczeń szacuje, że średnia wielkość szkód zgłaszanych z tego rodzaju umów ubezpieczenia to 160 zł.

Rozwiązanie. Korzystając z wzoru 4.9.2 obliczamy:

$$\theta = \frac{1}{160} = 0,00625$$

$$P(X < 50) = 1 - e^{-0,00625 \cdot 50} = 0,2684;$$

$$P(X < 100) = 1 - e^{-0,00625 \cdot 100} = 0,4647;$$

$$P(X < 200) = 1 - e^{-0,00625 \cdot 200} = 0,7135.$$

Jak pokazuje przykład 4.9.1, chcąc wyznaczyć składkę netto w ubezpieczeniach zakłada się, że składka P jest funkcją określoną na zmiennej losowej Z opisującej ryzyko ubezpieczeniowe, np. wysokość świadczenia. Do jej obliczenia stosuje się zasadę równoważności (ekwiwalentności), zwaną również zasadą czystego ryzyka (*pure risk premium*). Zakłada się tu równoważność wartości opłaconych składek netto i oczekiwanych wartości (wartości oczekiwanej w przypadku zmiennej losowej) odszkodowań w danym okresie ubezpieczenia, zatem:

$$P = E(Z). \quad (4.9.3)$$

Rozważmy pewien jednorodny portfel ubezpieczeń (np. portfel ubezpieczeń OC posiadaczy pojazdów mechanicznych dla właścicieli pojazdów mających od 20 do 25 lat), w którym liczba szkód nie jest znana, a z jednej umowy może wystąpić więcej niż jedna szkoda (tzw. portfel otwarty). W ten sposób łączna (zagregowana) wartość szkód jest opisywana tzw. kolektywnym modelem ryzyka³³⁰. W modelu tym zagregowana wielkość szkody (Z) jest równa iloczynowi wielkości indywidualnej szkody (X) i liczbie szkód (zmiennnej losowej N), Zakładając, że liczba szkód i wartości indywidualnych szkód są niezależne, to składka netto będzie równa:

$$P = E(Z) = E(X \cdot N) = E(X) \cdot E(N). \quad (4.9.4)$$

Przykład 4.9.4.

Zakład ubezpieczeń chce wyznaczyć składkę dla portfela zawierającego N jednorodnych ubezpieczeń. Zakładamy, że dla każdego z nich w ciągu roku może wystąpić wiele szkód oraz prawdopodobieństwo wypłacenia z jej tytułu odszkodowania p jest jednakowe i jednakowa jest suma ubezpieczenia (wartość indywidualnej szkody) SU . Wartość oczekiwana sumy szkód to iloczyn wartości oczekiwanej liczby szkód (czyli $p \cdot N$) i wartości oczekiwanej wielkości indywidualnej szkody (sumy odszkodowań) SU :

$$E(Z) = SU \cdot p \cdot N.$$

Z kolei suma składek ubezpieczeniowych wyniesie $P = c \cdot N$, gdzie: c to wysokość pojedynczej składki ubezpieczeniowej. Podstawiając do wzoru (4.9.1) można wyliczyć wysokość pojedynczej składki (składki dla jednej umowy ubezpieczenia) c jako³³¹:

$$c \cdot N = SU \cdot p \cdot N;$$

$$c = SU \cdot p.$$

³³⁰ Kolektywny model ryzyka opisuje S. Wieteska, *Zbiór zadań z matematycznej teorii ryzyka ubezpieczeniowego...*, s. 67–85.

³³¹ J. Monkiewicz, *Kalkulacja składki czystej w ubezpieczeniach krótkoterminowych* cyt. za: A. Banasiński, *Ubezpieczenia gospodarcze*, Wydawnictwo Poltex, Warszawa 1993, s. 145 [w:] *Podstawy ubezpieczeń*, red. J. Monkiewicz, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2003, t. I, s. 113.

Zatem wysokość pojedynczej składki z tytułu danego ryzyka jest równa iloczynowi sumy ubezpieczenia SU i prawdopodobieństwa wypłacenia odszkodowania p .

Zakłady ubezpieczeń czasami wyznaczają stopy taryfowe³³² tzw. stopy składki, które odpowiadają wielkości składki ubezpieczenia za pewną określoną wartość sumy ubezpieczenia, np. 100 zł, 1000 zł. Jeżeli stopa składki jest wyrażona w promilach (w procentach), to odpowiada ona składce za sumę ubezpieczenia równą 1000 zł (100 zł), np. stopa składki 2,5 promila to składka w wysokości 2,5 zł za 1000 zł sumy ubezpieczenia. Dzięki temu w bardzo łatwy sposób agenci mogą wyznaczyć wielkość składek ubezpieczeniowych. Jeżeli zakład ubezpieczeń chce wyznaczyć składkę netto jako ułamek (i) sumy ubezpieczenia S , wówczas:

$$i \cdot SU = SU \cdot p;$$
$$i = p.$$

Zatem stopa składki netto za pewną część sumy ubezpieczenia i jest równa prawdopodobieństwu zajścia wypadku ubezpieczeniowego p .

W omówionym przykładzie zastosowano założenie, że zdarzenie losowe spowoduje szkodę całkowitą (odszkodowanie zostanie wypłacone jako pełna suma ubezpieczenia SU). Jednakże może się zdarzyć przypadek, gdy wypłacona zostanie tylko część sumy ubezpieczenia oznaczona jako k (wskaźnik intensywności działania wypadków ubezpieczeniowych). Może się tak zdarzyć w przypadku tzw. niedoubezpieczenia, gdy suma ubezpieczenia przedmiotu ubezpieczonego jest zaniżona w stosunku do jego rzeczywistej wartości. Wówczas:

$$E(Z) = k \cdot SU \cdot p \cdot N.$$

Stosując zasadę równoważności można obliczyć składkę jako ułamek sumy SU :

$$i \cdot SU \cdot N = k \cdot SU \cdot p \cdot N;$$
$$i = k \cdot p.$$

Stopa składki netto równa jest iloczynowi wskaźnika intensywności działania wypadków ubezpieczeniowych oraz prawdopodobieństwa wystąpienia danego wypadku ubezpieczeniowego. Jest to podstawowy wzór do kalkulacji stóp składek w jednorodnych grupach ubezpieczeń majątkowych i, jak podkreśla

³³² Dziś, w XXI w., w dobie rozwoju Internetu to raczej rzadko spotykana forma wyznaczania składek taryfowych.

J. Monkiewicz, „jest to przekształcona forma równania podstawowego warunku zachowania równowagi finansowej ubezpieczyciela”³³³.

Przykład 4.9.5.

Zakład ubezpieczeń posiada portfel pięciuset jednorodnych umów ubezpieczenia, przy czym z każdej umowy może wystąpić więcej niż jedna szkoda w ciągu roku. Prawdopodobieństwo wystąpienia indywidualnej szkody zostało oszacowane jako 0,25 dla każdej z nich. Suma ubezpieczenia dla każdego ubezpieczenia (indywidualna wielkość szkody) wynosi 1000 zł. Zakładając, że szkoda będzie całkowita, wyznacz łączną składkę netto.

Rozwiązanie.

$$E(Z) = 1000 \cdot 0,25 \cdot 500 = 125\ 000;$$

$$P = c \cdot 500 = 500c;$$

składka wyniesie więc:

$$c = \frac{125\ 000}{500} = 250 \text{ zł.}$$

Jeżeli zdarzenie losowe powoduje szkodę nie całkowitą, a o przeciętnej wartości 300 zł wówczas:

$$k = \frac{300}{1000} = 0,3;$$

$$E(Z) = 0,3 \cdot 1000 \cdot 0,25 \cdot 500 = 37\ 500;$$

$$P = c \cdot 500 = 500c;$$

a składka dla pojedynczej umowy równa jest:

$$c = \frac{37\ 500}{500} = 75 \text{ zł.}$$

Do zasady czystego ryzyka zakład ubezpieczeń może wprowadzić pewne dodatkowe czynniki (tak zwane ładunki bezpieczeństwa), pozwalające uwzględnić

³³³ J. Monkiewicz, *Podstawy techniczne działalności ubezpieczeniowej. Kalkulacja składki czystej w ubezpieczeniach krótkoterminowych* [w:] *Podstawy ubezpieczeń*, red. J. Monkiewicz, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2003, t. I, s. 113.

niepewność związaną z wyznaczaniem wysokości składki. Obliczeń dokonuje się zakładając, że wartość odszkodowań Z jest zmienną losową. Możliwe jest zatem, że wartość Z będzie różnić się od wartości oczekiwanej $E(Z)$. Dodatkowo oszacowanie wartości oczekiwanej $E(Z)$ może różnić się od jej prawdziwej wartości ze względu na błąd estymacji. W tym celu kalkulację składki przeprowadza się wykorzystując modyfikację wzoru (4.9.1) i stosując zasadę zwiększenia składki o pewien narzut bezpieczeństwa (*security loading built into the premium*):

$$P = (1 + \beta)E(Z); \quad (4.9.5)$$

gdzie:

$\beta > 0$ to narzut bezpieczeństwa (*security loading*) – parametr charakterystyczny dla danego ryzyka, ustalany przez zakład ubezpieczeń.

Wzór (4.9.1) można także zmodyfikować poprzez uwzględnienie zmienności zmiennej losowej Z . Im większa zmienność Z , tym większy ładunek bezpieczeństwa powinien zostać dodany do składki. Jako miarę zmienności można wykorzystać wariancję $Var(Z)$ lub odchylenie standardowe $\sigma(Z)$.

$$P = E(Z) + \alpha Var(Z); \quad (4.9.6)$$

$$P = E(Z) + \gamma \sigma(Z). \quad (4.9.7)$$

Przykład 4.9.6.

Zakład ubezpieczeń przyjmuje, że wielkość świadczeń Z jest zmienną losową o wartości oczekiwanej równej 350 zł i odchyleniu standardowym równym 100 zł.

Zgodnie z zasadą równoważności składka obliczana jest jako:

$$P = E(Z) = 350 \text{ zł.}$$

Natomiast stosując modyfikację zgodnie ze wzorem (4.9.4) i zakładając, że $\gamma = 0,2$, składka wynosi:

$$P = E(Z) + \gamma \sigma(Z) = 350 + 0,2 \cdot 100 = 370 \text{ zł.}$$

Kolejną zasadą kalkulacji składek jest tak zwana *zasada wiarygodności*³³⁴. Według niej składka obliczana jest na podstawie średniej wysokości szkody dla danego rodzaju ryzyka, jak również wielkości szkód zaobserwowanych w pewnym okresie.

$$P_{n+1} = (1 - \alpha)m + \alpha \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n X_i; \quad (4.9.8)$$

gdzie:

P_{n+1} – składka w $(n+1)$ roku;

m – przeciętna szkoda w portfelu;

X_i – indywidualna szkoda w okresie i ;

α – współczynnik wiarygodności, $0 < \alpha < 1$;

Wyższa wartość współczynnika wiarygodności mówi o większej wiarygodności nadawanej indywidualnemu przebiegowi szkodowości danego ryzyka.

Przykład 4.9.7.

Zakład ubezpieczeń przyjmuje, że przeciętna szkoda z pewnego rodzaju ubezpieczeń to 450 zł (może to być średnie wypłacone odszkodowanie z ostatniego roku). W ostatnich latach zaobserwowano następujące wysokości szkód (w zł): 520, 280, 330, 490, 505. Oblicz składkę korzystając z metody wiarygodności i współczynnika wiarygodności równego 0; 0,2; 0,6; 1.

Średnia wysokość szkód zaobserwowanych w ostatnich latach to:

$$\frac{1}{5}(520 + 280 + 330 + 490 + 505) = 425 \text{ zł.}$$

W zależności od przyjętej wartości α (współczynnika wiarygodności) obliczona składka będzie bliższa przeciętnej szkodzie (450 zł) lub średniej z ostatnich lat (425 zł). Ilustruje to tablica 4.4.

³³⁴ W. Ronka-Chmielowiec, *Metody kalkulacji składki ubezpieczeniowej* [w:] *Ubezpieczenia. Rynek i ryzyko*, red. W. Ronka-Chmielowiec, PWE, Warszawa 2002, s. 207.

Tablica 4.4. Wysokość składki w zależności od współczynnika wiarygodności α

Wartość α	Kalkulacja składki	Wysokość składki
0	$P = (1 - 0) \cdot 450 + 0 \cdot 425 =$	450
0,2	$P = (1 - 0,2) \cdot 450 + 0,2 \cdot 425 =$	445
0,6	$P = (1 - 0,6) \cdot 450 + 0,6 \cdot 425 =$	435
1	$P = (1 - 1) \cdot 450 + 1 \cdot 425 =$	425

Źródło: opracowanie własne.

Reasumując rozważania nad przykładami kalkulacji składek ubezpieczeniowych w ubezpieczeniach działu II warto nadmienić, że ryzyko ubezpieczeniowe może być opisywane przez zmienną losową R . Przyjmuje się, że wartość oczekiwana zmiennej R jest skończona, gdyż ryzyko mające nieskończoną wartość oczekiwaną nie podlega ubezpieczeniu. Wskazane jest, aby wariancja zmiennej R także była skończona. Zmienna losowa R może być analizowana i modelowana dla pojedynczej umowy ubezpieczenia lub dla całego portfela ubezpieczeń. Może ona opisywać różne zmienne, np. liczbę szkód, wartości szkód (indywidualne i łączne).

Rozważmy przypadek, gdy ryzykiem ubezpieczeniowym R jest liczba szkód K , która może pochodzić z pojedynczej umowy lub z portfela umów. Niech portfel umów składa się z N jednorodnych rodzajów ryzyka, a prawdopodobieństwo wystąpienia szkody w każdym z nich w ciągu roku jest takie samo i równe p . Zmienna losowa K jest zmienną losową dyskretną, w której rozkładzie może wystąpić trend, wahania cykliczne lub krótkookresowe, a także losowe. Zmienna losowa K jest najczęściej opisywana przez następujące rozkłady prawdopodobieństwa:

- rozkład dwumianowy (Bernoulliego, binominalny);
- rozkład Poissona;
- rozkład ujemny dwumianowy;
- rozkład geometryczny;
- rozkład logarytmiczny.

Rozważmy przypadek, gdy ryzykiem ubezpieczeniowym R jest X – **wartość indywidualnej szkody (odszkodowania lub świadczenia)**. X to zmienna losowa ciągła, o wartościach nieujemnych i rozkładzie prawdopodobieństwa, w którym głównie dominują szkody małe i średnie, a szkody katastroficzne występują rzadko (rozkład o asymetrii dodatniej). Zakłada się, że wartość oczekiwana zmiennej X jest skończona (aby ryzyko było ubezpieczalne) oraz że wariancja

również jest skończona. Zmienna losowa X jest najczęściej opisywana przez następujące rozkłady prawdopodobieństwa:

- rozkład gamma;
- rozkład wykładniczy;
- rozkład logarytmiczno-normalny;
- rozkład Pareto;
- rozkład beta (w tym rozkład jednostajny);
- rozkład Weibulla (dla bardzo dużych szkód).

Podsumowanie rozdziału 4

W rozdziale czwartym przedstawiono i usystematyzowano finansowe oraz aktuarialne zasady konstrukcji produktów ubezpieczeniowych. W szczególności rozważano sposoby szacowania składek ubezpieczeniowych netto zarówno dla ubezpieczeń życiowych, jak i majątkowych. Zgodnie ze swoją naturą i charakterem ubezpieczenia na życie zaliczane są do ubezpieczeń długoterminowych, a ubezpieczenia majątkowe do krótkoterminowych. Podstawą kalkulacji składek w ubezpieczeniach życiowych jest prawdopodobieństwo zgonu i przeżycia ubezpieczonego, które szacuje się na podstawie tablic umieralności nazywanych tablicami trwania życia. Na ich podstawie wyznacza się funkcje komutacyjne, za pomocą których kalkuluje się życiowe składki ubezpieczeniowe. Podstawą kalkulacji składek w ubezpieczeniach majątkowych są rozkłady prawdopodobieństwa szkód, które wyznacza się na podstawie danych historycznych (m.in. poprzez aproksymację rozkładów empirycznych rozkładami teoretycznymi). Na ich podstawie wyznacza się odpowiednie modele ryzyka (np. indywidualne, kolektywne, zagregowane), na podstawie których szacuje się pewne charakterystyki (czyli parametry rozkładów, np. średnią, odchylenie standardowe itp.) i oblicza składki w ubezpieczeniach majątkowych.

W pierwszej części rozdziału opisano zasady konstrukcji tablic trwania życia oraz ich rolę w ubezpieczeniach. W kolejnych podrozdziałach przedstawiono zasady kalkulacji jednorazowych składek netto oraz wariancji jednorazowych składek netto w następujących rodzajach ubezpieczeń życiowych:

- bezterminowych ubezpieczeniach na życie;
- terminowych ubezpieczeniach na życie;

4. Finansowe i aktuarialne zasady obliczania składek...

- terminowych ubezpieczeniach na dożycie;
- terminowych ubezpieczeniach na wypadek śmierci i dożycia.

W kolejnej części rozdziału zaprezentowano podstawy kalkulacji rent finansowych oraz reguły kalkulacji rent życiowych. Następnie przedstawiono zasady kalkulacji składek netto w ubezpieczeniach na życie płatnych okresowo wg podstawowych typów ubezpieczeń. Na koniec uwagę skupiono na zasadach szacowania składek w ubezpieczeniach majątkowych. Korzystając z przykładów praktycznych zaprezentowano i usystematyzowano zasady kalkulacji składek w ubezpieczeniach niezyciowych. Należy podkreślić, że wszystkie prezentowane przykłady dobrano tak, aby osoby bez znajomości rachunku prawdopodobieństwa, statystyki matematycznej, czy nauk aktuarialnych mogły zrozumieć ideę szacowania składek w ubezpieczeniach.

Zagadnienia badawcze

1. Wyjaśnij zwrot kohorta osób?
2. Scharakteryzuj i wyjaśnij czym są tablice trwania życia?
3. Co oznacza i jak się oblicza ${}_t p_x$?
4. Wyjaśnij i podaj przykłady dla funkcji komutacyjnych?
5. Jak funkcje komutacyjne są wykorzystywane do kalkulacji składek w ubezpieczeniach na życie?
6. Czy funkcje komutacyjne są wykorzystywane do kalkulacji składek w ubezpieczeniach majątkowych?
7. Na czym polega zasada ekwiwalentności – równoważności składek i świadczeń?
8. Wymień zasady kalkulacji składek.
9. Jakie rozkłady prawdopodobieństwa mogą być wykorzystywane do opisu liczby szkód?
10. Jakie rozkłady prawdopodobieństwa mogą być wykorzystywane do opisu wartości indywidualnej szkody?

Tablica 4.5. Tablica trwania życia dla obu płci łącznie w 2018 r.

Wiek	Liczba dożywających	Prawdopodobieństwo zgonu	Liczba zmarłych	Ludność stacjonarna <i>Stationary population</i>		Przeciętne dalsze trwanie życia
<i>Age</i>	<i>Number living</i>	<i>Probability of dying</i>	Number dying	w wieku <i>x at age x</i>	skumulowana <i>cumulated</i>	<i>Life expectancy</i>
x	l_x	q_x	d_x	L_x	T_x	e_x
0	100000	0,00388	388	99664	7763898	77,64
1	99612	0,00023	23	99601	7664234	76,94
2	99589	0,00018	18	99580	7564634	75,96
3	99571	0,00013	13	99565	7465054	74,97
4	99558	0,00009	9	99554	7365489	73,98
5	99549	0,00008	8	99545	7265936	72,99
6	99541	0,00009	9	99537	7166391	71,99
7	99532	0,00009	9	99528	7066854	71,00
8	99523	0,00008	8	99519	6967327	70,01
9	99515	0,00010	10	99510	6867808	69,01
10	99505	0,00010	10	99500	6768298	68,02
11	99495	0,00011	11	99490	6668798	67,03
12	99484	0,00013	13	99478	6569308	66,03
13	99471	0,00016	16	99463	6469831	65,04
14	99455	0,00018	18	99446	6370368	64,05
15	99437	0,00022	22	99426	6270922	63,06
16	99415	0,00029	29	99401	6171496	62,08
17	99386	0,00035	35	99369	6072095	61,10
18	99351	0,00045	45	99329	5972727	60,12
19	99306	0,00051	51	99281	5873398	59,14
20	99255	0,00055	55	99228	5774118	58,17
21	99200	0,00058	58	99171	5674890	57,21
22	99142	0,00057	57	99114	5575719	56,24
23	99085	0,00059	58	99056	5476606	55,27
24	99027	0,00060	59	98998	5377550	54,30
25	98968	0,00061	60	98938	5278552	53,34
26	98908	0,00065	64	98876	5179614	52,37

4. Finansowe i aktuarialne zasady obliczania składek...

Wiek	Liczba dożywających	Prawdopodobieństwo zgonu	Liczba zmarłych	Ludność stacjonarna <i>Stationary population</i>		Przeciętne dalsze trwanie życia
<i>Age</i>	<i>Number living</i>	<i>Probability of dying</i>	Number dying	w wieku <i>x</i> at age <i>x</i>	skumulowana <i>cumulated</i>	<i>Life expectancy</i>
<i>x</i>	l_x	q_x	d_x	L_x	T_x	e_x
27	98844	0,00068	67	98811	5080738	51,40
28	98777	0,00072	71	98742	4981928	50,44
29	98706	0,00076	75	98669	4883186	49,47
30	98631	0,00081	80	98591	4784518	48,51
31	98551	0,00084	83	98510	4685927	47,55
32	98468	0,00092	91	98423	4587417	46,59
33	98377	0,00097	95	98330	4488995	45,63
34	98282	0,00102	100	98232	4390665	44,67
35	98182	0,00110	108	98128	4292433	43,72
36	98074	0,00120	118	98015	4194305	42,77
37	97956	0,00131	128	97892	4096290	41,82
38	97828	0,00145	142	97757	3998398	40,87
39	97686	0,00161	157	97608	3900641	39,93
40	97529	0,00176	172	97443	3803034	38,99
41	97357	0,00192	187	97264	3705591	38,06
42	97170	0,00209	203	97069	3608327	37,13
43	96967	0,00230	223	96856	3511259	36,21
44	96744	0,00251	243	96623	3414403	35,29
45	96501	0,00278	268	96367	3317781	34,38
46	96233	0,00307	295	96086	3221414	33,48
47	95938	0,00337	323	95777	3125328	32,58
48	95615	0,00372	356	95437	3029552	31,68
49	95259	0,00405	386	95066	2934115	30,80
50	94873	0,00447	424	94661	2839049	29,92
51	94449	0,00487	460	94219	2744388	29,06
52	93989	0,00536	504	93737	2650169	28,20
53	93485	0,00590	552	93209	2556432	27,35
54	92933	0,00653	607	92630	2463223	26,51

Wiek	Liczba dożywających	Prawdopodobieństwo zgonu	Liczba zmarłych	Ludność stacjonarna <i>Stationary population</i>		Przeciętne dalsze trwanie życia
<i>Age</i>	<i>Number living</i>	<i>Probability of dying</i>	Number dying	w wieku <i>x</i> at age <i>x</i>	skumulowana <i>cumulated</i>	<i>Life expectancy</i>
<i>x</i>	l_x	q_x	d_x	L_x	T_x	e_x
55	92326	0,00722	667	91993	2370593	25,68
56	91659	0,00801	734	91292	2278601	24,86
57	90925	0,00884	804	90523	2187309	24,06
58	90121	0,00972	876	89683	2096786	23,27
59	89245	0,01063	949	88771	2007103	22,49
60	88296	0,01157	1022	87785	1918332	21,73
61	87274	0,01257	1097	86726	1830547	20,97
62	86177	0,01361	1173	85591	1743822	20,24
63	85004	0,01476	1255	84377	1658231	19,51
64	83749	0,01598	1338	83080	1573855	18,79
65	82411	0,01725	1422	81700	1490775	18,09
66	80989	0,01856	1503	80238	1409075	17,40
67	79486	0,01993	1584	78694	1328837	16,72
68	77902	0,02132	1661	77072	1250143	16,05
69	76241	0,02280	1738	75372	1173072	15,39
70	74503	0,02433	1813	73597	1097700	14,73
71	72690	0,02604	1893	71744	1024103	14,09
72	70797	0,02797	1980	69807	952360	13,45
73	68817	0,03012	2073	67781	882553	12,82
74	66744	0,03253	2171	65659	814772	12,21
75	64573	0,03517	2271	63438	749114	11,60
76	62302	0,03815	2377	61114	685676	11,01
77	59925	0,04149	2486	58682	624563	10,42
78	57439	0,04537	2606	56136	565881	9,85
79	54833	0,04997	2740	53463	509745	9,30
80	52093	0,05538	2885	50651	456282	8,76
81	49208	0,06178	3040	47688	405631	8,24
82	46168	0,06907	3189	44574	357943	7,75

4. Finansowe i aktuarialne zasady obliczania składek...

Wiek	Liczba dożywających	Prawdopodobieństwo zgonu	Liczba zmarłych	Ludność stacjonarna <i>Stationary population</i>		Przeciętne dalsze trwanie życia
<i>Age</i>	<i>Number living</i>	<i>Probability of dying</i>	Number dying	w wieku <i>x</i> at age <i>x</i>	skumulowana <i>cumulated</i>	<i>Life expectancy</i>
<i>x</i>	l_x	q_x	d_x	L_x	T_x	e_x
83	42979	0,07697	3308	41325	313370	7,29
84	39671	0,08523	3381	37981	272045	6,86
85	36290	0,09361	3397	34592	234064	6,45
86	32893	0,10221	3362	31212	199473	6,06
87	29531	0,11110	3281	27891	168261	5,70
88	26250	0,12065	3167	24667	140370	5,35
89	23083	0,13118	3028	21569	115704	5,01
90	20055	0,14266	2861	18625	94135	4,69
91	17194	0,15534	2671	15859	75510	4,39
92	14523	0,16890	2453	13297	59652	4,11
93	12070	0,18326	2212	10964	46355	3,84
94	9858	0,19862	1958	8879	35391	3,59
95	7900	0,21468	1696	7052	26512	3,36
96	6204	0,23162	1437	5486	19460	3,14
97	4767	0,24963	1190	4172	13975	2,93
98	3577	0,26838	960	3097	9803	2,74
99	2617	0,28773	753	2241	6706	2,56
100	1864	0,30848	575	1577	4465	2,40

Źródło: Główny Urząd Statystyczny, *Tablice trwania życia 1990–2018*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-tablice,1,1.html> [dostęp: 21.01.2020].

Rozdział 5

Proces tworzenia i zarządzania produktami ubezpieczeniowymi

5.1. Zagadnienia wprowadzające

Proces tworzenia i zarządzania produktami ubezpieczeniowymi na ogół jest bardzo złożony, a jego elementy zależą od wielu czynników, takich jak:

- specyfika rynku;
- uwarunkowania formalnoprawne;
- rodzaj produktów i ubezpieczanych ryzyk;
- procedury wewnętrzne;
- indywidualne decyzje kadry zarządzającej itp.

Ujęcie ich w jednolite i wystandardyzowane ramy nie jest zatem możliwe, niemniej do celów niniejszego opracowania przyjęto autorski podział tego procesu. Chcąc w bardziej przejrzysty sposób opisać niezbędne działania mające na celu tworzenie produktów, cały proces podzielono na trzy podstawowe **fazy**, w ramach których realizowane są szczegółowe **etapy** oraz **zadania** na poziomie poszczególnych **obszarów** produktu. W opinii autorów podział ten w dużym przybliżeniu oddaje istniejące mechanizmy stosowane przez ubezpieczycieli na rynku finansowym. Należy mieć jednak na względzie, że każdy zakład ubezpieczeń może mieć nieco inne podejście do tego procesu, a tym samym zakres oraz stosowana nomenklatura może w niektórych przypadkach odbiegać od wskazanej w poniższym zestawieniu.

Faza 1 – proces opracowania koncepcji i studium wykonalności produktu.

♦ **Etap 1:**

- ustalenie składu zespołu projektowego oraz harmonogramu prac – na początkowym etapie prac bardzo istotne jest wyznaczenie osoby odpowiedzialnej za projekt (np. *project manager*), jak i członków zespołu roboczego (na ogół są to reprezentanci kluczowych jednostek organizacyjnych);
- opracowanie harmonogramu prac oraz obszarów projektu wraz z terminami i osobami odpowiedzialnymi za ich realizację (po skompletowaniu zespołu roboczego).

♦ **Etap 2:**

- opracowanie idei oraz koncepcji produktu – idee oraz pomysły na nowe produkty sprawdzane są w celu wyłonienia spośród nich propozycji do dalszej formalnej analizy – następuje ustalenie założeń ubezpieczeniowych, finansowych i sprzedażowych – przyjmowane są założenia odnośnie do zakresu ochrony ubezpieczeniowej i szczegółowej specyfikacji produktu (ryzyko podstawowe, ryzyka dodatkowe itp.) oraz zakładanych rezultatów finansowych i sprzedażowych; zwińczeniem prac jest przygotowanie szczegółowej koncepcji, która zostaje poddana analizie;
- analiza i studium wykonalności produktu – dla każdej propozycji nowego produktu przygotowywane są analizy biznesowe oraz studia wykonalności;
- decyzja dotycząca podjęcia prac nad tworzeniem nowego produktu – podejmowana na podstawie analiz i studium wykonalności.

Faza 2 – proces tworzenia nowego produktu.

♦ **Etap 1:**

- obszar dokumentacji formalnoprawnej – obejmuje wszystkie dokumenty formalne produktu; dotyczy zarówno opracowania dokumentacji bezpośrednio, jak i pośrednio związanej z zawieraniem umów ubezpieczenia; jego istotnym elementem jest obszar procedur wewnętrznych, kluczowych dla sprawnego funkcjonowania produktu, znajdują się w nim bowiem procedury opisujące wewnętrzne procesy i operacje dotyczące każdego z kolejnych obszarów produktu;
- obszar aktuarialny – wycena, szacowanie ryzyka i rentowności produktu – kalkulowanie podstawowych parametrów aktuarialnych

i finansowych (m.in. poziom składek, rezerw, odszkodowań, świadczeń itp.), a także testowanie alternatywnych wariantów i założeń pod kątem rentowności produktu oraz oczekiwanych poziomów sprzedaży (np. *profit testing*);

- obszar oceny ryzyka ubezpieczeniowego (*underwriting*) – ocena ryzyka w zależności od specyfiki danego produktu;
 - obszar reasekuracji – kalkulacje i ustalenie zasad reasekuracji z partnerami rynkowymi;
 - obszar finansów i księgowości – przygotowanie obsługi finansowej (numery kont i rachunków bankowych, ewidencja księgowa dotycząca składek, wypłaty świadczeń itp.);
 - obszar inwestycji – realizacja procesu inwestycyjnego (środki własne ubezpieczyciela, środki klientów);
 - obszar systemów obsługi informatycznej oraz nowych technologii – przygotowanie nowych programów lub aktualizacja dotychczasowych funkcjonalności systemów IT do wymagań nowego produktu;
 - obszar sprzedaży i dystrybucji – opracowanie planu i strategii sprzedaży oraz przygotowanie kanałów i sieci dystrybucji;
 - obszar obsługi klienta i likwidacji szkód – opracowanie procedur i mechanizmów obsługi klientów oraz obsługi posprzedażowej – w tym likwidacji szkód;
 - obszar reklamy i marketingu – tworzenie planów marketingowych oraz materiałów i kampanii reklamowych;
 - obszar wsparcia administracyjnego – wydruk dokumentów produkcyjnych (np. o.w.u., formularze, druki, dokumenty dla sieci sprzedaży, materiały reklamowe), logistyka dystrybucji dokumentów i materiałów reklamowych, zarządzanie majątkiem trwałym, flotą samochodową itp.
- **Etap 2:**
- scalenie przez managera produktu i zespół projektowy wszystkich elementów przygotowanych w obszarach etapu 1, fazy 2;
 - testowanie produktu – rozpoczęcie testowania funkcjonalności produktu i systemów związanych z jego obsługą (np. programy IT, infolinie, itd.);
 - przygotowanie materiałów i rekomendacji dla Zarządu.

5. Proces tworzenia i zarządzania produktami...

- **Etap 3:**

- decyzja Zarządu o wprowadzeniu produktu do sprzedaży lub rezygnacja z planowanego przedsięwzięcia.

Faza 3 – rozpoczęcie dystrybucji i zarządzanie produktem.

- obszar dystrybucji i bieżącej obsługi produktu;
- obszar badania satysfakcji klientów, monitoring i ocena produktu.

Fazy oraz etapy na ogół realizowane są w kolejności, w jakiej zostały przedstawione w niniejszym rozdziale. Natomiast obszary wskazane w fazie 2 mogą być realizowane równolegle, aż do ściśle określonego momentu lub w sposób ciągły, jak w fazie 3. Poszczególne elementy ujęte w zestawieniu zostaną rozwinięte w kolejnych podrozdziałach. Bardzo ważny w procesie tworzenia produktów jest czas potrzebny na realizację danego projektu. Może on być różny w zależności od rodzaju produktu (ubezpieczenie na życie, ubezpieczenie majątkowe), procedur wewnętrznych, sprawności zespołu projektowego, potrzeb rynkowych oraz innych czynników wynikających ze specyfiki danej firmy. Badania przeprowadzane na rynkach zagranicznych wykazały, że cały proces tworzenia produktu poczynawszy od wygenerowania idei, aż do rozpoczęcia sprzedaży, różnił się od siebie w zależności od podmiotu. Przykładowe średnie przedziały czasowe dla wybranych rodzajów ubezpieczeń na życie wskazane zostały poniżej:

- terminowe ubezpieczenia na życie – tworzenie nowego produktu: 39 tygodni (najszybciej 28 tygodnie);
- terminowe ubezpieczenia na życie – modyfikacja istniejącego produktu: 29 tygodni (najszybciej 15 tygodni);
- ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym – tworzenie nowego produktu: 48 tygodni (najszybciej 32 tygodnie);
- ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym – modyfikacja istniejącego produktu: 32 tygodnie (najszybciej 18 tygodni)³³⁵.

Wskazane terminy są jedynie przykładami, a czas realizacji prac może znacząco odbiegać od przyjętych harmonogramów w zależności od specyfiki produktów, podmiotów oraz rynków. Z doświadczeń autorów wynika, że na rynku polskim okres tworzenia nowego produktu w ubezpieczeniach na życie z komponentem inwestycyjnym może być krótszy i wynosić na przykład od 20 do 24 tygodni. Dla mniej skomplikowanych produktów, które nie wymagają systemów obsługujących

³³⁵ Society of Actuaries, *Understanding the Product Development Process...*, s. 136–137.

złożonych transakcji inwestycyjnych, proces ten może przebiegać jeszcze szybciej. Odrębną kategorią mogą być natomiast produkty dla klientów korporacyjnych (w szczególności w złożonych ubezpieczeniach majątkowych), w wypadku których harmonogramy powstawania są bardzo zindywidualizowane, lecz niestety nie są dostępne kompleksowe badania rynkowe w tym zakresie. Podsumowując, czas od przygotowania produktu do momentu sprzedaży pierwszych umów ubezpieczenia jest zróżnicowany dla poszczególnych produktów, co tłumaczy dużą złożoność procesów omówionych w kolejnych podrozdziałach.

5.2. Faza 1 – opracowanie koncepcji i studium wykonalności produktu

Opracowanie koncepcji produktu i studium jego wykonalności jest fazą wstępną (przygotowawczą), obejmującą okres od powstania koncepcji i pomysłu, poprzez analizy, aż do decyzji o rozpoczęciu właściwych prac nad opracowaniem i tworzeniem nowego produktu. W kolejnych podrozdziałach zostały przedstawione etapy i zadania szczegółowe, składające się na fazę 1.

5.2.1. Etap 1 – ustalenie składu zespołu projektowego oraz harmonogramu prac

Kluczowym elementem decydującym o sukcesie każdego przedsięwzięcia jest wybranie zespołu projektowego oraz osoby odpowiedzialnej za jego realizację. W zależności od nomenklatury funkcjonującej w danym podmiocie może to być na przykład manager produktu lub manager projektu (*product manager, project manager*). Z reguły osobę odpowiedzialną za tworzenie produktu wskazuje zarząd, chyba że wybór wynika bezpośrednio ze struktury organizacyjnej ubezpieczyciela, w której funkcjonuje na przykład Departament Produktów Ubezpieczeniowych lub inna jednostka mająca w swoich obowiązkach tworzenie lub rozwój produktów³³⁶. Pozostali członkowie zespołu z reguły są reprezentantami kluczowych jednostek organizacyjnych ubezpieczyciela. Po skompletowaniu

³³⁶ W zależności od struktury organizacyjnej i przyjętego nazewnictwa w danym zakładzie ubezpieczeń, jednostki organizacyjne mogą przyjmować różne nazwy, np.: departament, biuro itp. Dla uproszczenia w niniejszym opracowaniu użyto pierwszego z powyższych sformułowań.

zespołu następuje wspólne opracowanie harmonogramu prac oraz obszarów projektu wraz z terminami, osobami i jednostkami odpowiedzialnymi za ich realizację³³⁷. Elementy te zazwyczaj ustalane są wspólnie w trakcie zebrania zespołu projektowego, tak by móc uwzględnić wszystkie możliwe scenariusze i terminy oraz nie powodować konfliktów w zakresie zadań wcześniej podjętych przez jednostki oraz osoby uczestniczące w procesie tworzenia nowego produktu.

W związku z tym, że w zakładach ubezpieczeń nazewnictwo poszczególnych jednostek organizacyjnych jest zróżnicowane, w opracowaniu przyjęto jedynie poglądowe i przykładowe nazwy, niemniej jednak oddające ich merytoryczne funkcje i zadania. W hierarchii struktury organizacyjnej i decyzyjnej są to:

- walne zgromadzenie akcjonariuszy;
- rada nadzorcza;
- zarząd;
- pion;
- departamenty;
- pracownicy.

Przykładowy skład zespołu uczestniczącego w tworzeniu produktu ubezpieczeniowego mógłby wyglądać więc następująco:

- lider (manager produktu/manager projektu) – osoba zazwyczaj wyznaczona przez zarząd zakładu ubezpieczeń do realizacji określonego zadania; zadanie to najczęściej rozpoczyna się na etapie prac koncepcyjnych, a kończy w momencie zamknięcia procesu tworzenia produktu oraz rozpoczęcia sprzedaży; liderem może być szef lub pracownik departamentu, który zajmuje się rozwojem produktów (rozwojem biznesu), a w przypadku, gdy w strukturze organizacyjnej nie funkcjonuje taka jednostka, może to być osoba z innego departamentu lub nowo zatrudniony pracownik;
- w zależności od specyfiki tworzonego produktu oraz struktury organizacyjnej danego podmiotu w zespole projektowym na ogół reprezentowani są przedstawiciele następujących jednostek:
 - Departamentu Obsługi Prawnej;
 - Departamentu Aktuarialnego;
 - Departamentu Oceny Ryzyka Ubezpieczeniowego (*underwriting*);
 - Departamentu Reasekuracji;

³³⁷ M. Brand, *The MBP Guide to New Product Development*, ACCION International, U.S. Agency for International Development, [b.m.] 2001, s. 54–59.

- Departamentu Finansów i Księgowości;
- Departamentu Inwestycji;
- Departamentu Sprzedaży (klient detaliczny, klient korporacyjny w zależności od specyfiki nowego produktu);
- Departamentu Marketingu i Komunikacji;
- Departamentu Informatyki;
- Departamentu Obsługi Klienta;
- Departamentu Likwidacji Szkód (obsługi świadczeń);
- Departamentu Administracji;
- Departamentu Compliance;
- Departamentu Audytu Wewnętrznego;

Obok składu zespołu istotny jest także sposób jego funkcjonowania. Sprawne zarządzanie zespołem przez lidera projektu nie jest zadaniem łatwym. Na ogół bowiem nie ma on kompetencji zarządczych, koniecznych choćby do wydawania bezpośrednich służbowych poleceń innym pracownikom, a zdyscyplinowanie oraz zebranie wszystkich członków zespołu w jednym miejscu i o określonym czasie często związane jest z pokonaniem wielu trudności. Każdy członek zespołu ma bieżące zadania oraz obowiązki i niejednokrotnie równolegle uczestniczy w innych przedsięwzięciach. Zebrania zespołu powinny być więc organizowane w sposób uwzględniający indywidualne harmonogramy jego członków. W praktyce nawet precyzyjne planowanie może niestety okazać się mało skuteczne. W trakcie trwania zebrań może na przykład wystąpić konieczność załatwienia pilnych i nieplanowanych wcześniej spraw, co będzie skutkowało koniecznością opuszczenia spotkania przez poszczególnych pracowników, dezorganizacją pracy, a co za tym idzie zmianą czasu realizacji projektu oraz pogorszeniem jego jakości. W trakcie spotkań realizowanych w siedzibie ubezpieczyciela tego typu przypadki zdarzają się bardzo często. Jednym ze sposobów minimalizujących prawdopodobieństwo zaistnienia takiego problemu jest organizacja spotkań poza siedzibą ubezpieczyciela, np. w trakcie sesji wyjazdowych. Na kluczowych etapach projektu, gdy należy podjąć decyzje dotyczące kształtu produktu lub jego strategicznych elementów, taka formuła może być konieczna, aby ostatecznie zamknąć proces tworzenia produktu. Niejednokrotnie za zgodą zarządu zespół projektowy wyjeżdża w miejsce, które zapewnia komfort pracy i umożliwia skupienie wyłącznie na realizowanym zadaniu. W tym celu najczęściej wybierane są miejsca usytuowane na tyle daleko od centrali, by nie było możliwe nagłe odwołanie danego pracownika i jego powrót do bieżących obowiązków.

W trakcie spotkań zespołów projektowych praktykuje się również zakaz używania i wnoszenia na salę spotkań telefonów komórkowych, między innymi po to, by nie rozpraszać członków zespołu.

Jak widać, do zadań lidera projektu należy nie tylko nadzór nad zespołem i działaniami merytorycznymi – nie mniej istotnym elementem jest optymalizacja logistyki i harmonogramu prac. Należy także zaznaczyć, że poszczególni członkowie zespołu angażowani są do prac nad projektem z różną częstotliwością, zależną od potrzeb związanych z realizacją danej fazy lub etapu. Można założyć, że największe zaangażowanie wszystkich członków zespołu dotyczy fazy 2, gdy po pozytywnej decyzji zarządu następuje właściwy etap tworzenia produktu we wszystkich jego obszarach.

5.2.2. Etap 2 – opracowanie idei oraz koncepcji produktu

5.2.2.1. Opracowanie idei nowych produktów

Znając powody i motywacje skłaniające zakłady ubezpieczeń do podejmowania działań w zakresie tworzenia nowych produktów, które zostały wskazane w rozdziale pierwszym, należy określić, kto te działania realizuje w praktyce. Historyczne badania pokazują, że osoby lub podmioty będące twórcami idei produktów można podzielić na dwa rodzaje źródeł: wewnętrzne i zewnętrzne (tablica 5.1). Wśród źródeł wewnętrznych przede wszystkim należy wyróżnić kadrę zarządzającą wyższego szczebla (89,69%) oraz pracowników odpowiedzialnych za marketing (78,35%), wśród których najczęściej powstają pomysły na nowe produkty. Istotnym źródłem nowych idei bywają także pracownicy pionów sprzedaży, którzy będąc najbliżej klientów jako pierwsi dowiadują się o ich potrzebach i oczekiwaniach (58,76%). Również Departamenty Analiz Rynkowych generują nowe pomysły, lecz w znacznie mniejszym stopniu niż wcześniej wspomniane jednostki organizacyjne (26,80%). Bardzo interesujące są także źródła zewnętrzne wpływające na powstawanie nowych projektów. Do najistotniejszych należy konkurencja (65,97%). Pomocne w kreowaniu pomysłów bywają także agencje reklamowe (48,45%), klienci (43,29%) oraz zewnętrzne agencje marketingowe (31,95%). Czynniki przyczyniającymi się do rozwoju nowej klasy produktów mogą być także zmiany otoczenia formalno-prawnego (30,92%). Produkty powstałe w skutek zmian prawnych można znaleźć

również w Polsce. Należą do nich Pracownicze Plany Emerytalne, Indywidualne Konta Emerytalne oraz Indywidualne Konta Zabezpieczenia Emerytalnego³³⁸. Najmniej istotnymi źródłami zewnętrznymi są natomiast agencje specjalizujące się w tworzeniu nowych produktów oraz inspiracje z rynków zagranicznych (odpowiednio: 8,24% oraz 6,18%).

Tablica 5.1. Źródła idei i ich udział w tworzeniu nowych produktów ubezpieczeniowych

Rodzaj podmiotów wprowadzających nowe produkty	Udział poszczególnych podmiotów (w %)*
Źródła wewnętrzne	
Kadra zarządzająca wyższego szczebla (<i>Top Management</i>)	89,69
Departament Marketingu (<i>Marketing Department</i>)	78,35
Sprzedaż (<i>Sales Staff</i>)	58,76
Departament Analiz Rynkowych (<i>Market Research Department</i>)	26,80
Pozostałe jednostki (np. grupy robocze, <i>Venture Groups</i> itp.)	4,12
Źródła zewnętrzne	
Konkurencja (<i>Competitors</i>)	65,97
Agencja reklamowa (<i>Advertising Agency</i>)	48,45
Klienci (<i>Customers</i>)	43,29
Agencja marketingowa (<i>Marketing Research Agency</i>)	31,95
Zmiany otoczenia formalno-prawnego (<i>Changes in Government Policy</i>)	30,92
Agencja produktowa (<i>New Product Agency</i>)	8,24
Rynki zagraniczne (<i>Overseas Markets</i>)	6,18

* wyniki na podstawie badanej grupy 97 podmiotów – możliwe odpowiedzi wielokrotne.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: H. Davison, *The development of new products in the personal financial services sector*, Dorset Institute, Poole 1990, s. 91.

³³⁸ Ustawa z dnia 22 sierpnia 1997 r. o pracowniczych programach emerytalnych (Dz. U. Nr 139, poz. 932); ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o indywidualnych kontach emerytalnych oraz indywidualnych kontach zabezpieczenia emerytalnego (Dz. U. Nr 116, poz. 1205); Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 12 października 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o indywidualnych kontach emerytalnych oraz indywidualnych kontach zabezpieczenia emerytalnego (Dz. U., poz. 1776; z 2018 r. poz. 2215).

5.2.2.2. Opracowanie koncepcji produktu

Trudno jest poddać analizie sam pomysł czy ideę, dlatego na początkowym etapie prac nad nowym produktem należy przygotować jego bardziej precyzyjną koncepcję. Koncepcja powinna zawierać możliwie jak najbardziej precyzyjne założenia związane z cechami i konstrukcją produktu, do których przede wszystkim należy zaliczyć: rdzeń produktu (określający najważniejsze elementy dotyczące zakresu ochrony ubezpieczeniowej), rodzaje ryzyka, parametry finansowe itp. Kolejnymi elementami koncepcji cechującymi produkt powinny być szeroko rozumiane korzyści dla klientów, związane z: podmiotem go oferującym, warunkami płatności, procedurami, dostępnością, kanałami dystrybucji itp. Należy także wziąć pod uwagę oczekiwania rynkowe klientów, które mogą być kluczowe dla sukcesu rynkowego nowego produktu. Bardzo istotne mogą być również indywidualne cechy produktu, które wyróżnią go spośród obecnych na rynku konkurencyjnych ofert. Szczególnie cenne są tutaj szeroko rozumiane innowacje produktowe, mogące zwiększyć przewagę konkurencyjną wprowadzającego je podmiotu³³⁹. Marketingowa struktura produktu obejmująca elementy, które powinny znaleźć się w przygotowanej koncepcji została przedstawiona w tabelicy 5.2.

Tablica 5.2. Marketingowa struktura produktu ubezpieczeniowego

Element struktury	Definicja i przykłady
Rdzeń	Cecha stanowiąca o istotnej funkcji produktu (ochrona ubezpieczeniowa)
Produkt podstawowy	Zestaw podstawowych korzyści dla nabywcy (marka firmy, warunki płatności, procedury, dostępność, komunikacja, kanały dystrybucji, gwarancja itp.)
Produkt oczekiwany	Zbiór oczekiwań aktualnych i potencjalnych nabywców (zróżnicowane, zależne od preferencji poszczególnych grup docelowych)
Produkt ulepszony	Dodatkowe cechy produktu tworzące wartość dodaną dla nabywców, decydujące o jego przewadze konkurencyjnej na rynkach docelowych (np. sprzedaż ubezpieczenia wraz z pakietem kredytowym w banku, możliwość negocjacji ceny)
Produkt potencjalny	Wizja produktu przyszłego, uwzględniającego oczekiwania nabywców (grup docelowych)

Źródło: M. Płonka, *Organizacja i regulacja prawna rynku ubezpieczeń* [w:] *Ubezpieczenia*, red. W. Ronka-Chmielowiec, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2016, s. 80.

³³⁹ Na podstawie: M. Płonka, *Organizacja i regulacja prawna rynku ubezpieczeń...*, s. 80.

Istotnym elementem na tym etapie prac jest przygotowanie w formie pisemnej wszystkich założeń nowego produktu, które następnie poddawane są szczegółowym analizom³⁴⁰. Produkt powinien odpowiadać na potrzeby i wyzwania rynku oraz w jak największym stopniu być do nich dostosowany³⁴¹. Obecnie szczególną wagę przywiązuje się do oferowania i dystrybucji ubezpieczeniowych produktów inwestycyjnych, które powinny zapewniać mechanizmy zabezpieczające interesy klientów. Produkty te nie mogą stanowić zagrożenia dla prawidłowego funkcjonowania i integralności rynków finansowych, jak też stabilności systemu finansowego. Chcąc osiągnąć powyższe cele, już na etapie projektowania i przygotowywania koncepcji produktu, należy uwzględnić następujące elementy:

- stopień złożoności danego produktu, a w tym:
 - rodzaj i transparentność;
 - złożoność kalkulacji wyniku z inwestycji (w przypadku produktów z komponentem inwestycyjnym);
 - rodzaj i skalę ryzyka;
 - powiązanie z innymi produktami;
- docelową grupę klientów, a w tym:
 - typ klienta (indywidualny lub grupowy);
 - charakterystykę potencjalnego klienta grupy docelowej w zakresie wiedzy oraz doświadczenia i znajomości danego produktu;
 - charakterystykę sytuacji finansowej potencjalnego klienta grupy docelowej i jego zdolności do ponoszenia kosztów związanych z produktem w okresie jego wykorzystywania;
 - cel finansowy potencjalnego klienta grupy docelowej (np. oszczędności emerytalne);
- możliwą wielkość straty środków klienta, a w tym:
 - liczbę zaangażowanych klientów;
 - wartość zainwestowanej przez klienta kwoty;
 - prawdopodobieństwo, skala, charakter możliwych strat;
 - poziom wszelkich kosztów/opłat;
 - poziom gwarancji;
 - objęcie systemem Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego;

³⁴⁰ M. Brand, *The MBP Guide...*, s. 45–49.

³⁴¹ C. Falconer, R. Williams, *Designing Life Insurance Products – A Broad Overview*, Working Paper AIO Life Seminar, Mangochi 2003, s. 2.

5. Proces tworzenia i zarządzania produktami...

- stopień innowacyjności produktu, w tym:
 - stopień innowacyjności struktury produktu;
 - stopień innowacyjności struktury kanału dystrybucji;
 - dźwignie finansowe;
- istnienie rynku wtórnego dla produktu, w tym możliwości zbycia/zamiany/umorzenia/wypowiedzenia produktu (wszelkie bariery/limity/progi wyjścia z inwestycji);
- praktykę sprzedażową, w tym:
 - kanały komunikacji i dystrybucji;
 - dostępność i jakość informacji, materiałów reklamowych i promocyjnych;
 - powiązania z innymi produktami;
- sytuację finansową emitenta i ubezpieczyciela³⁴².

Jest to jeden z możliwych przykładów pokazujący złożoność prowadzonych działań już na ich wstępnym etapie. Pozostałe klasy produktów ubezpieczeniowych bez komponentu inwestycyjnego na ogół nie wymagają uwzględnienia tak wielu czynników, lecz muszą być przygotowane z równie wysoką starannością.

5.2.3. Etap 3 – analiza i studium wykonalności produktu

Po opracowaniu szczegółowej koncepcji produktu materiał powinien zostać poddany szczegółowej analizie. Produkty ubezpieczeniowe zanim trafią do sieci dystrybucji muszą przejść proces wewnętrznej ewaluacji oraz walidacji³⁴³. Działania te realizowane są w sposób mniej lub bardziej złożony, co zależy od rodzaju produktu, strategii, procedur oraz kultury korporacyjnej danej firmy. Można jednak zaryzykować twierdzenie, że im bardziej będzie rozbudowany i dokładniej przeprowadzony ten etap, tym większe będą szanse, że produkt odniesie oczekiwany sukces rynkowy. Jest to czas, w którym dokładnym analizom poddawane są poszczególne idee oraz pomysły na produkt, które powstały wcześniej w formie szczegółowo opisanej koncepcji. Przed rozpoczęciem prac i wprowadzeniem

³⁴² Komisja Nadzoru Finansowego, *Rekomendacje dla zakładów ubezpieczeń dotyczące systemu zarządzania produktem*, Warszawa 2016, rekomendacja 22.

³⁴³ J. Monkiewicz, M. Monkiewicz, W. Pazio, *Nowe podejście do ochrony konsumenta na jednolitym rynku ubezpieczeniowym UE* [w:] *Polski rynek ubezpieczeń na tle kryzysów społeczno-gospodarczych*, red. S. Nowak, A.Z. Nowak, A. Sopoćko, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2016, s. 72–73.

produktów do dystrybucji zakłady ubezpieczeń powinny przeprowadzać analizy jakościowe danego produktu oraz testy i analizy scenariuszy w celu ustalenia, jak dany produkt będzie reagował na określone czynniki zewnętrzne. Wyniki analiz powinny umożliwić ocenę, czy i jak mogą być spełnione oczekiwania docelowej grupy klientów w zakresie każdego okresu cyklu życia badanego produktu. Takie same procedury powinny być stosowane w przypadku zmiany docelowej grupy klientów lub wprowadzenia innych, istotnych zmian w produktach. Analizy jakościowe produktów powinny obejmować w szczególności:

- ocenę zgodności z obowiązującymi przepisami prawa, wytycznymi i rekomendacjami organu nadzoru oraz przyjętymi przez ubezpieczyciela regulacjami wewnętrznymi;
- analizę w zakresie występowania w produktach postanowień, które zostały uznane za niedozwolone postanowienia umowne lub postanowienia o treści analogicznej;
- analizę potencjalnych ryzyk związanych z produktem, w tym dotyczących nieadekwatności składki oferowanej przez ubezpieczyciela³⁴⁴.

W przeprowadzenie analiz i badań najczęściej angażowani są pracownicy z wyznaczonych jednostek organizacyjnych. Dokonują oni badań i kalkulacji rentowności nowego produktu, uwzględniając szereg czynników zewnętrznych oraz wewnętrznych, bowiem żadna firma nie jest samotną wyspą i nawet najlepiej opracowane plany korporacyjne mogą być zaburzone przez zewnętrzne czynniki otoczenia, w którym firma planuje działać. Badanie funkcjonowania branży oraz barier wejścia na nowy rynek powinny zatem stanowić istotną część każdego procesu planowania. Zwykle, w codziennym działaniu, nie ma ani czasu, ani zasobów na wyczerpującą analizę, chociaż solidność i sukces założonego planu będzie w dużej mierze zależeć od jakości analizy czynników zewnętrznych i wewnętrznych. W kolejnych podrozdziałach wskazane zostały kluczowe elementy, które należy poddać badaniu, aby nowe produkty miały szansę na sukces rynkowy³⁴⁵.

³⁴⁴ Komisja Nadzoru Finansowego, *Rekomendacje dla zakładów ubezpieczeń dotyczące systemu zarządzania produktem*, Warszawa 2016, rekomendacja 11.

³⁴⁵ Należy zastrzec, że w zależności od specyfiki nowego produktu, grupy docelowej klientów oraz innych parametrów zakres analiz wykonywanych w praktyce przez poszczególne zakłady ubezpieczeń może odbiegać od wskazanego w niniejszym opracowaniu i obejmować selektywnie wybrane elementy niezbędne do jego oceny.

5.2.3.1. Analiza otoczenia zewnętrznego

Przede wszystkim istotna jest tutaj analiza otoczenia ekonomicznego i finansowego, w ramach których należy oszacować oraz ocenić:

- perspektywy wzrostu i rozwoju ekonomicznego danego rynku;
- sektory gospodarki z największą perspektywą rozwoju (np. obszar geograficzny itp.);
- prognozowany poziom stóp procentowych (wyższe stopy procentowe skutkują podwyższeniem stopy zwrotu z inwestycji i *vice-versa*);
- prognozowane poziomy inflacji (wysoka inflacja skutkuje niepewnością poziomu przypisu składki);
- przewidywane notowania walut obcych;
- prognozowane stawki podatków.

Kolejnym obszarem wymagającym szczegółowej analizy jest oszacowanie perspektyw wzrostu rynku, na którym dany produkt będzie oferowany. W związku z tym, że w gospodarkach bardziej rozwiniętych (np. w USA) w okresie wzrostu ekonomicznego sektor ubezpieczeń ma tendencję do większego tempa rozwoju niż tempo wzrostu PKB³⁴⁶, należy ustalić odpowiedzi na sformułowane poniżej pytania:

- Czy wzrost popytu będzie hamowany przez tworzenie branżowych spółek typu *captive*? W Polsce ich odpowiednikiem są Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych, a przykładem wyżej wzmiankowanego mechanizmu może być powstanie w 2015 r. Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych Polskiego Zakładu Ubezpieczeń Wzajemnych (TUW PZUW), którego rozpoczęcie działalności wywołało na rynku spore zamieszanie, ponieważ do TUW zaczęły przystępować duże przedsiębiorstwa (w tym z udziałem skarbu Państwa), obsługiwane do tej pory przez podmioty komercyjne. Tym samym oferta TUW PZUW spowodowała zmniejszenie popytu na usługi wielu konkurencyjnych podmiotów.
- W jaki sposób zmiany w środowisku operacyjnym i brak reakcji na rozwój usług w innych branżach mogą wpłynąć na istniejącą strukturę rynku ubezpieczeń? Element ten wymaga szerokich i specjalistycznych badań rynkowych na szczeblu międzynarodowym, które w praktyce

³⁴⁶ The General Insurance Study Group of the Institute of Actuaries, *Corporate Planning in General Insurance...*, s. 10.

często wspierane są przez jednostki z rynków zagranicznych, o ile dany ubezpieczyciel funkcjonuje dzięki swoim akcjonariuszom w ramach międzynarodowej grupy kapitałowej.

Bardzo istotna jest również analiza otoczenia formalnoprawnego i regulacyjnego, w ramach której należy oszacować:

- nieprzewidywalność w zakresie tworzenia i zmian prawa oraz orzecznictwa sądowego;
- ewentualne bariery i systemy kontroli umów i/lub kontroli składek;
- stabilność i uciążliwość danego systemu podatkowego;
- łatwość w dostępie do zgody lub licencji koniecznych do rozpoczęcia sprzedaży (o ile jest wymagana w zakresie określonej grupy produktów – vs. wymogi ustawowe);
- wpływ trendów w postawach społecznych na przyszłe decyzje regulacyjne (vs. ochrona klientów itp.);
- prawdopodobieństwo wpływu na nowy produkt przyszłych regulacji dotyczących pośredników ubezpieczeniowych i finansowych;

Z kolei analiza popytu i otoczenia konsumenckiego powinna odpowiadać na następujące pytania:

- Jak lojalni są klienci wobec swoich ubezpieczycieli (vs. poziom *lapse*)?
- Jaka jest wrażliwość klientów na zmiany cen?
- Jak mogą zmienić się postawy klientów w przypadku sporów sądowych i zasądzenia wysokich odszkodowań?

Chcąc należycie oszacować możliwości sprzedaży, konieczna jest również ocena systemu dystrybucji, która powinna dać odpowiedzi na takie pytania, jak:

- Czy są formalne bariery wejścia na dany rynek (np. zakazy regulacyjne)?
- Czy dany system dystrybucji jest efektywny kosztowo (vs. poziomy oczekiwanych stawek prowizyjnych)?
- Czy może być utworzony alternatywny system dystrybucji w stosunku do już istniejących?
- Czy są możliwe oszczędności kosztów w stosunku do konkurencji, np. przez sprzedaż bezpośrednią lub niższe koszty zarządzania siecią sprzedaży?
- Czy jest możliwa lepsza analiza danych w zakresie segmentacji klientów na danym rynku oraz jej optymalizacja?
- Czy duże firmy mogą osiągnąć niższe koszty funkcjonowania dzięki korzyściom wynikającym ze skali działania, rozbudowanych sieci dystrybucji

lub lepszej rozpoznawalność marki oraz reputacji (mogą być one ukryte, ograniczone lub nieelastyczne)?

Oceniając szanse na sukces rynkowy, należy przeprowadzić analizę produktów już występujących w otoczeniu rynkowym. Powinna ona uwzględniać następujące elementy:

- produkty o zbliżonym charakterze do obecnie planowanego;
- obszary i nisze na danym rynku pozwalające na ich wykorzystanie;
- brak ochrony prawnej i patentowej na rynku ubezpieczeń, ułatwiający „replikację” pomysłów i idei realizowanych przez konkurencyjne podmioty.

W celu dopełnienia powyższych analiz, należy także poddać badaniu rynek, branżę ubezpieczeniową oraz cykle koniunkturalne i odpowiedzieć na pytania:

- Jak kształtuje się dany rynek i czy są na nim ubezpieczyciele o dominującej pozycji rynkowej?
- W jakim stopniu nadzór rynkowy współpracuje i wspiera zakłady ubezpieczeń?
- Czy dany rynek (obszar rynku) jest rentowny?
- Czy wyniki finansowe są zmienne wg określonych cykli koniunkturalnych³⁴⁷?

5.2.3.2. Analiza otoczenia wewnętrznego

Przed podjęciem decyzji o rozszerzeniu oferty produktowej, należy bardzo dokładnie oszacować własny potencjał oraz możliwości i przeanalizować takie elementy, jak:

- zgodność nowego produktu ze strategią i polityką produktową zakładu ubezpieczeń;
- koszty związane z przygotowaniem i wdrożeniem nowego produktu; niektóre rodzaje produktów na każdym etapie obsługi wymagają bardzo rozbudowanych i kosztownych systemów; przykładem są ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, gdzie obok klasycznych funkcjonalności ubezpieczeniowych systemy informatyczne muszą na bieżąco realizować bardzo złożone operacje finansowe, związane z wpływem składek, nabywaniem oraz wyceną

³⁴⁷ *Ibidem*, s. 9–12.

jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, obsługą i wypłatą świadczeń itp.;

- oczekiwana rentowność produktu w kontekście uchwalonych uprzednio planów spółki;
- przygotowanie systemowe i logistyczne wszystkich jednostek organizacyjnych pod kątem możliwości obsługi nowego produktu.

Wymienione obszary analiz są grupowane i przedstawiane najczęściej w formie studium wykonalności wraz z rekomendacją dotyczącą dalszych działań. Jednym z elementów przedkładanego władzom zakładu ubezpieczeń materiału może być analiza SWOT, która zawiera zestawienie oraz ocenę mocnych i słabych stron, okazji, a także trudności związanych z procesem wdrażania i wprowadzania do sprzedaży nowego produktu.

5.2.4. Etap 4 – decyzja o podjęciu prac w zakresie tworzenia nowego produktu

Na podstawie przeprowadzonych analiz i studium wykonalności przygotowywany jest materiał wyjściowy, pomocny w podjęciu decyzji o rozpoczęciu prac lub rezygnacji z danego pomysłu. Ze względu na koszty związane z przygotowaniem i wprowadzeniem nowego produktu, decyzje tego typu najczęściej podejmowane są na szczeblu zarządu spółki, który może postanowić o:

- rozpoczęciu prac nad rekomendowanym przez managera projektu lub właściwą jednostkę organizacyjną kształcie produktu;
- odłożeniu decyzji w czasie, aż do wprowadzenia rekomendowanych przez zarząd korekt, jeśli władze ubezpieczyciela uznają je za stosowne;
- rezygnacji z planowanego przedsięwzięcia i zaniechaniu dalszych prac nad produktem.

W kolejnych podrozdziałach opisane zostały czynności realizowane po podjęciu decyzji o rozpoczęciu prac nad tworzeniem i wdrożeniem nowego produktu.

5.3. Faza 2 – proces tworzenia nowego produktu

5.3.1. Etap 1 – tworzenie nowego produktu w zakresie poszczególnych obszarów

Po wydaniu przez zarząd pozytywnej decyzji o kontynuacji prac, następuje faza właściwego tworzenia produktu, w którą zaangażowani są wszyscy członkowie zespołu projektowego. Prace, w zależności od przyjętego harmonogramu projektu, mogą być realizowane równolegle w wielu opisanych w kolejnych podrozdziałach obszarach, których kolejność w niniejszej publikacji wymuszona jest przede wszystkim względami edytorskimi.

5.3.1.1. Obszar dokumentacji formalnoprawnej

Dokumentacja formalnoprawna tworzona jest równolegle niemal dla wszystkich obszarów wskazanych w kolejnych podrozdziałach. Większość kluczowych dokumentów powstaje w formie wstępnej propozycji już na początku tej fazy tworzenia produktu. W miarę upływu czasu podlegają one modyfikacjom wynikającym z prac i dyskusji zespołu projektowego. Bardzo dobrym przykładem jest tutaj treść ogólnych warunków ubezpieczenia, która w trakcie trwania procesu powstawania produktu może zmieniać się bardzo często. W tworzenie dokumentacji formalnoprawnej zaangażowany jest opiniujący wszystkie dokumenty departament prawny oraz manager projektu, a także w mniejszym lub większym stopniu wszystkie jednostki organizacyjne przygotowujące nowy produkt. Szczególną rolę pełni tutaj departament *compliance*, czyli jednostka badająca zgodność z przepisami obowiązującego prawa. Wielość nowych regulacji skutkuje koniecznością ciągłego kontrolowania działalności pod kątem zgodności z aktami prawnymi, które niejednokrotnie komplikują cały proces zarządzania, a także zwiększają jego koszty. Zakłady ubezpieczeń przygotowujące nowe produkty muszą przestrzegać wszystkich reguł prawa i zasad obowiązujących na rynku. W szczególności należy do nich zaliczyć wskazane poniżej akty prawne, które bezpośrednio lub pośrednio wpływają na konstrukcję produktów ubezpieczeniowych:

- ustawa z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń;
- ustawa z dnia 21 lipca 2006 r. o nadzorze nad rynkiem finansowym;

- ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej;
- ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym;
- ustawa z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym;
- ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych;
- ustawa z dnia 15 kwietnia 2005 r. o nadzorze uzupełniającym nad instytucjami kredytowymi, zakładami ubezpieczeń i firmami inwestycyjnymi wchodzącymi w skład konglomeratu finansowego;
- ustawa z dnia 10 lipca 2015 r. o zmianie ustawy – Kodeks cywilny, ustawy – Kodeks postępowania cywilnego oraz niektórych innych ustaw;
- ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny Księga Trzecia, Tytuł XXVII Umowa ubezpieczenia, art. 805–834;
- ustawa z dnia 18 września 2001 r. – Kodeks morski art. 79 par. 1 pkt 1, art. 94 par. 2, art. 157 par. 2, art. 182, Tytuł VIII Ubezpieczenie morskie art. 292–338;
- ustawa z dnia 7 lipca 1994 r. o gwarantowanych przez Skarb Państwa ubezpieczeniach kontraktów eksportowych;
- rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2015 r. w sprawie informacji zamieszczanych we wzorcach umów stosowanych przez zakład ubezpieczeń;
- rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 18 marca 2016 r. w sprawie danych gromadzonych przez Polską Izbę Ubezpieczeń w zakresie statystyki ubezpieczeniowej;
- rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 2 lutego 2016 r. w sprawie minimalnego zakresu danych zamieszczanych w ankiecie dotyczącej potrzeb ubezpieczającego lub ubezpieczonego;
- rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2015 r. w sprawie szczegółowego sposobu obliczania podstawowego kapitałowego wymogu wypłacalności według formuły standardowej;
- rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2015 r. w sprawie szczegółowego sposobu wyliczenia wysokości marginesu wypłacalności oraz minimalnej wysokości kapitału gwarancyjnego;

5. Proces tworzenia i zarządzania produktami...

- rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 lutego 2016 r. w sprawie formy oraz sposobu sporządzenia przez zakłady ubezpieczeń i zakłady reasekuracji danych i informacji do celów nadzoru;
- rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 12 kwietnia 2016 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji;
- rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2016 r. w sprawie dodatkowych sprawozdań finansowych i statystycznych zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji;
- rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 25 maja 2016 r. w sprawie rocznych i półrocznych sprawozdań ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego³⁴⁸.

Powyższe regulacje nie są jednak jedynymi przepisami, do których zakłady ubezpieczeń muszą dostosować swoją działalność, co pokazuje złożoność omawianych zagadnień. Przykładem dodatkowych regulacji są chociażby rekomendacje i wytyczne Komisji Nadzoru Finansowego (KNF), których celem jest:

- zapewnienie zgodności działania z przepisami prawa;
- zapobieżenie naruszaniu interesów ubezpieczających, ubezpieczonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia;
- ograniczenie ryzyka działalności zakładów ubezpieczeń.

Rekomendacje wydawane są na podstawie przepisów ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej³⁴⁹ i powinny być stosowane w zależności od charakteru, skali i złożoności działania danego zakładu ubezpieczeń oraz według reguły „zastosuj lub wyjaśnij”, co oznacza, że ubezpieczyciele, którzy nie będą się do nich stosować, zobowiązani są do poinformowania o tym KNF. W takim przypadku muszą podać powód oraz wyjaśnić organowi nadzoru, w jaki sposób zamierzają osiągnąć cele wskazane w rekomendacjach³⁵⁰. W praktyce rynkowej jednak niemal wszystkie zakłady

³⁴⁸ Teksty przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych oraz ogólnych wytycznych w dziedzinie regulacji działalności ubezpieczeniowej, transponujących prawo Unii lub opartych na prawie Unii, bądź też w inny sposób obowiązujących w państwie członkowskim siedziby, https://www.knf.gov.pl/dla_rynku/regulacje_i_praktyka/regulacje_prawne/akty_prawne_rynku_ubezpieczen [dostęp: 23.09.2019].

³⁴⁹ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), art. 365 ust. 1 pkt 2 lit. a-c.

³⁵⁰ Komisja Nadzoru Finansowego, *Rekomendacje dla zakładów ubezpieczeń dotyczące systemu zarządzania produktem*, Warszawa 2016, s. 2.

ubezpieczeń stosują reguły zdefiniowane w rekomendacjach, nie chcąc ryzykować ewentualnych sporów lub konfliktów z organem nadzoru.

Niektóre z wymienionych wcześniej regulacji dotyczą każdego z nowo tworzonych produktów, jak ma to miejsce w przypadku ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Inne tylko produktów ściśle określonych, na przykład w zakresie ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest to Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 25 maja 2016 r. w sprawie rocznych i półrocznych sprawozdań ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Tworząc produkty ubezpieczeniowe należy więc przygotować, zgodne z obowiązującymi przepisami prawa, dwa rodzaje dokumentów:

- bezpośrednio związane z zawieraniem i wykonywaniem umów ubezpieczenia;
- pośrednio związane z zawieraniem i wykonywaniem umów ubezpieczenia.

Opracowanie dokumentacji bezpośrednio związanej z zawieraniem i wykonywaniem umów ubezpieczenia, którą otrzymują klienci oraz dystrybutorzy, w szczególności obejmuje ogólne warunki ubezpieczenia, a także wnioski, regulaminy, tabele opłat itp., o ile są one niezbędne dla danego produktu. W przeciwieństwie do rzeczywistości lat 90. XX w. dokumenty tego typu nie muszą mieć już formy drukowanej, lecz mogą być sporządzane w postaci elektronicznej, o ile będą w sposób należyty utworzone, utrwalone, przechowywane i zabezpieczone. Na dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (umowa ubezpieczenia, polisa) podpisy osób reprezentujących zakład ubezpieczeń, którymi najczęściej są członkowie zarządu, mogą być kopiowane i odtwarzane mechanicznie³⁵¹.

Drugim istotnym elementem w omawianym obszarze jest dokumentacja pośrednio związana z zawieraniem i wykonywaniem umów ubezpieczenia, do której można zaliczyć m.in.: druki, dokumenty dla sieci sprzedaży, regulaminy wewnętrzne, procedury, manuale, umowy z kontrahentami (np. bankami, reasekuratorami, dostawcami usług IT) i wiele innych. Jednym z ważniejszych elementów, na które warto zwrócić uwagę, są procedury wewnętrzne, będące kluczowym elementem sprawnego funkcjonowania produktu. Procedury opisują wewnętrzne procesy i operacje w niemal każdym z obszarów i etapów obsługi produktu. Jest to nie tylko wymóg logistyczny konieczny do sprawnego

³⁵¹ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), art. 43 ust. 2.

zarządzania produktami, lecz często także wymóg stawiany przez ustawodawcę i Komisję Nadzoru Finansowego, która w formie wytycznych i rekomendacji formułuje szczegółowe oczekiwania wobec ubezpieczycieli. Organ nadzoru definiuje procedury wewnętrzne jako „dokument wewnętrzny regulujący sposób postępowania, przyjęty przez właściwy organ zakładu ubezpieczeń, zapewniający jednoznaczne ustalenie zakresu i okresu jego obowiązywania, dystrybuowany w sposób ustalony w zakładzie ubezpieczeń”³⁵².

W kolejnych podrozdziałach opisane zostały najważniejsze rodzaje dokumentów w obu wskazanych uprzednio kategoriach.

5.3.1.1.1. Dokumentacja bezpośrednio związana z zawieraniem i wykonywaniem umów ubezpieczenia

Podstawowym dokumentem umożliwiającym zakładowi ubezpieczeń rozpoczęcie relacji formalnych i udzielenie ochrony ubezpieczeniowej jest **umowa ubezpieczenia** zawarta z ubezpieczającym. Może mieć ona charakter dobrowolny lub obowiązkowy w zależności od charakteru danego produktu. Dokumenty przekazywane ubezpieczającemu, czyli umowa ubezpieczenia, ogólne warunki ubezpieczenia (o.w.u.) oraz inne wzorce umowy muszą być formułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały dla klienta. Ponadto o.w.u. muszą być zamieszczane na stronie internetowej ubezpieczyciela. Z punktu widzenia klienta ważną zasadą jest, że wszystkie postanowienia sformułowane w dokumentacji niejednoznacznie, interpretowane są na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia³⁵³. Zasada ta stawia przed zakładami ubezpieczeń bardzo wysokie wymagania co do jakości tworzenia nowych produktów, głównie ze względu na to, że przygotowane z właściwą starannością dokumenty, mogą w przyszłości zabezpieczyć je przed ryzykiem utraty reputacji, roszczeniami i niekorzystnymi wyrokami sądowymi w przypadku wystąpienia formalnych sporów z klientami.

³⁵² Komisja Nadzoru Finansowego, *Rekomendacje dotyczące procesu ustalania i wypłaty zadośćuczynienia z tytułu szkody niemajątkowej z umów ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych*, Warszawa 2016, s. 6

³⁵³ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), art. 15.

Kluczowym dokumentem w przypadku każdego produktu są **ogólne warunki ubezpieczenia** (o.w.u.), zawierające wszystkie zasady funkcjonowania produktu ubezpieczeniowego. Ustawodawca wskazał niezbędny zakres informacji, które o.w.u. powinny określać. Są to:

- „rodzaj ubezpieczenia i jego przedmiot,
- warunki zmiany sumy ubezpieczenia lub sumy gwarancyjnej, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia taką zmianę przewidują,
- prawa i obowiązki stron umowy ubezpieczenia,
- zakres odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń,
- sposób ustalania rozmiaru szkody – przy ubezpieczeniach majątkowych,
- sposób określania sumy odszkodowania lub innego świadczenia, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia przewidują odstępstwa od zasad przewidzianych w przepisach prawa,
- sposób ustalania i opłacania składki ubezpieczeniowej,
- metodę i sposób indeksacji składek ubezpieczeniowych, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia przewidują indeksację składek,
- tryb i warunki dokonania zmiany umowy ubezpieczenia zawartej na czas nieokreślony,
- przesłanki, sposób oraz termin wypowiedzenia umowy ubezpieczenia, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia przewidują taką możliwość, a także przesłanki, sposób oraz termin wystąpienia z umowy ubezpieczenia grupowego,
- termin i sposób odstąpienia od umowy ubezpieczenia”³⁵⁴.

W treści umów i ogólnych warunków ubezpieczenia powinny ponadto znajdować się szczegółowe zasady wypłaty odszkodowań i innych świadczeń oraz wartości wykupu ubezpieczenia (o ile produkt je przewiduje). Nie mniej istotne są, często kwestionowane przez klientów, którzy nie zapoznali się dokładnie z ich treścią, ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń w zakresie odmowy wypłaty lub obniżania odszkodowania i innych świadczeń. W dokumentach przekazywanych klientom należy także precyzyjnie wskazać wszystkie koszty potrącane ze składek ubezpieczeniowych. W przypadku ubezpieczeń z komponentem inwestycyjnym dotyczy to także kosztów potrącanych bezpośrednio z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych

³⁵⁴ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), art. 16.

lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa (np. opłaty dystrybucyjne, opłaty za zarządzanie itp.). W tego typu produktach należy również określić zasady wyliczania i wypłaty wartości wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony oraz okresy, w których roszczenia o wypłatę wartości wykupu nie przysługują. Gdy umowy ubezpieczenia zawierane są na cudzy rachunek (np. w ubezpieczeniach grupowych), zakład ubezpieczeń powinien przekazywać ubezpieczonym wszystkie informacje o produkcie za pośrednictwem ubezpieczającego³⁵⁵.

Szczególne wymagania co do treści dokumentacji produktu stawiane są ubezpieczeniom na życie, które najczęściej mają charakter średnio lub długoterminowy. Ze względu na to, że często są to bardzo skomplikowane produkty ubezpieczeniowe, ich o.w.u. muszą precyzyjnie określać zarówno definicje poszczególnych świadczeń, jak i wysokości składek w zakresie poszczególnych świadczeń podstawowych i dodatkowych (o ile występują). Dodatkowymi elementami muszą być także zasady ustalania świadczeń należnych z tytułu umów, np.:

- premie;
- rabaty;
- udziały w zyskach ubezpieczonego;
- określenie stopy technicznej;
- wartości wykupu oraz wysokości sumy ubezpieczenia w przypadku zmiany umowy ubezpieczenia na bezskładkową;
- koszty pobierane przy wypłacie świadczeń itp.

Dodatkowo zakłady ubezpieczeń muszą wskazać przepisy regulujące opodatkowanie świadczeń zakładu ubezpieczeń oraz miejsce ujawniania swoich sprawozdań o wypłacalności i kondycji finansowej³⁵⁶.

Jeszcze większe wymagania formalne stawiane są ubezpieczeniom, o których mowa w dziale I w grupie 3 załącznika do ustawy, czyli ubezpieczeniom na życie, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, a także ubezpieczeniom na życie, w których świadczenie zakładu ubezpieczeń ustalane jest w oparciu o określone indeksy lub inne wartości bazowe. Jest to spowodowane sporami sądowymi i reklamacjami niektórych klientów, którzy poczynszy od

³⁵⁵ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), art. 17 ust. 1–2.

³⁵⁶ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), art. 20 ust. 1.

lat 90. XX w. nabywali ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Wysoki stopień złożoności, skomplikowana nomenklatura o.w.u. oraz niska przejrzystość pozycji kosztowych i komponentów inwestycyjnych spowodowały wiele sporów i nieporozumień, które miały swój finał w sądzie.

Chcąc wyeliminować te zjawiska ustawodawca w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z 2015 r. zawarł szereg zapisów minimalizujących prawdopodobieństwo ich występowania (np. ograniczenia w zakresie kosztów). W ramach swoich uprawnień, działania w tym zakresie podjęły także: Komisja Nadzoru Finansowego, Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów oraz Rzecznik Finansowy. Istotny problem w omawianym zakresie stanowiło niedopasowanie produktów do rzeczywistych potrzeb klientów. Obecnie zakłady ubezpieczeń muszą uzyskać od ubezpieczających informacje dotyczące ich potrzeb, wiedzy, doświadczenia, sytuacji finansowej itp., aby móc ocenić, jaka umowa ubezpieczenia będzie odpowiednia dla danego klienta. Proces ten najczęściej przeprowadzany jest w formie ankiety³⁵⁷. Na zawartość merytoryczną ankiety szczególnie wpływ mają: Rozporządzenie Ministra Finansów w sprawie minimalnego zakresu danych zamieszczanych w ankiecie dotyczącej potrzeb ubezpieczającego lub ubezpieczonego oraz opracowane przez KNF Rekomendacje dla zakładów ubezpieczeń dotyczące badania adekwatności produktu. Wspomniane dokumenty zawierają wskazania i oczekiwania nadzorca odnośnie do całego procesu badania, który powinien skutkować zaoferowaniem klientowi produktu odpowiadającego jego potrzebom oraz możliwościom. Minimalny zakres zawartości merytorycznej pytań w ankietach badających potrzeby klienta jest następujący:

- cel zawarcia lub przystąpienia do umowy ubezpieczenia;
- poziom ryzyka inwestycyjnego, jaki klient jest w stanie zaakceptować w ramach realizacji wskazanego celu;
- preferowana częstotliwość opłacania składki ubezpieczeniowej;
- preferowany okres obowiązywania umowy ubezpieczenia na życie;
- wiek klienta;
- wiedza oraz jej źródła w zakresie ubezpieczeń na życie i produktów inwestycyjnych;

³⁵⁷ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), art. 21.

5. Proces tworzenia i zarządzania produktami...

- rodzaje dokonanych inwestycji w zakresie ubezpieczeń na życie oraz produktów inwestycyjnych w ciągu ostatnich 5 lat;
- bieżąca sytuacja finansowa ubezpieczającego lub ubezpieczonego³⁵⁸.

Gdy w wyniku analizy okaże się, że dany produkt jest nieadekwatny do potrzeb, doświadczenia, wiedzy lub sytuacji finansowej klienta, zakład ubezpieczeń ma obowiązek przekazania ubezpieczającemu tej informacji, wskazując jednocześnie, że oferta zakładu ubezpieczeń uniemożliwia zaproponowanie odpowiedniego ubezpieczenia. Ubezpieczający z kolei musi pisemnie potwierdzić otrzymanie tej informacji oraz oświadczyć, że się z nią zapoznał. Jeśli mimo wszystko ubezpieczający będzie nalegał na zakup produktu, umowa ubezpieczenia może zostać zawarta, lecz wyłącznie na podstawie pisemnego żądania ubezpieczającego³⁵⁹. Ankieta jest zatem niezbędnym elementem każdego produktu z tej grupy ubezpieczeń, który trzeba przygotować już na etapie prac projektowych.

Oprócz wymienionych już elementów, zakłady ubezpieczeń na życie mają obowiązek przed zawarciem umowy, jeżeli jest związana z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, przekazać potencjalnemu klientowi na piśmie lub na innym trwałym nośniku (jeżeli ubezpieczający wyrazi na to zgodę) podstawowe informacje dotyczące umowy. Informacje te powinny być sformułowane w sposób zrozumiały i niewprowadzający w błąd, a ich zakres oprócz celu, charakteru umowy i wykazu wszystkich świadczeń, powinien także obejmować:

- wykaz oferowanych ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych;
- tytuły oraz wysokość opłat pobieranych przez zakład ubezpieczeń;
- określenie profilu ryzyka ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych;
- rekomendowany minimalny okres trwania umowy wraz z uzasadnieniem rekomendacji uwzględniającym horyzont inwestycyjny ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego;
- informację o ryzyku inwestycyjnym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, o ile takie ryzyko występuje³⁶⁰.

³⁵⁸ Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 2 lutego 2016 r. w sprawie minimalnego zakresu danych zamieszczanych w ankiecie dotyczącej potrzeb ubezpieczającego lub ubezpieczonego (Dz. U., poz. 167, § 2.1); Komisja Nadzoru Finansowego, *Rekomendacje dla zakładów ubezpieczeń dotyczące badania adekwatności produktu*, Warszawa 2016, s. 5.

³⁵⁹ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), art. 21 ust. 4.

³⁶⁰ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), art. 22 ust. 2.

Ponadto w umowie ubezpieczenia na życie, jeżeli jest związana z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (czyli gdy klient nabył już produkt), zakład ubezpieczeń powinien zawrzeć:

- wykaz oferowanych w ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych;
- zasady ustalania wartości świadczeń z umowy ubezpieczenia z tytułu śmierci i dożycia ubezpieczonego do końca okresu ochrony ubezpieczeniowej, a także zasady ustalania wartości całkowitego i częściowego wykupu ubezpieczenia;
- regulamin lokowania środków ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych;
- zasady i terminy wyceny jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych;
- tytuły i wysokość opłat pobieranych ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub przez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych;
- zasady alokacji środków pochodzących ze składek ubezpieczeniowych w jednostki uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, terminy zamiany składek ubezpieczeniowych na jednostki uczestnictwa oraz zasady umorzenia jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych i ich zamiany na środki pieniężne;
- terminy alokacji składek w jednostki uczestnictwa ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego po dokonaniu ich wpłaty;
- terminy umorzenia jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych po złożeniu wniosku o wypłatę świadczenia z umowy ubezpieczenia i terminy wypłaty świadczeń;
- terminy złożenia wniosku o wypłatę wartości całkowitego lub częściowego wykupu ubezpieczenia i wypłaty wartości całkowitego lub częściowego wykupu ubezpieczenia³⁶¹.

Jak widać, ustawodawca nałożył na ubezpieczycieli obowiązek tworzenia dodatkowego dokumentu, a mianowicie regulaminu lokowania środków ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, który również musi spełnić określone wymogi formalnoprawne, zgodnie z którymi powinien zawierać następujące informacje:

³⁶¹ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), art. 23 ust. 1 i 3.

5. Proces tworzenia i zarządzania produktami...

- cel inwestycyjny ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego;
- typy i rodzaje papierów wartościowych i innych praw majątkowych będących przedmiotem lokat ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego;
- charakterystykę aktywów wchodzących w skład ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, kryteria doboru aktywów oraz zasady ich dywersyfikacji i inne ograniczenia inwestycyjne;
- informację o ryzyku inwestycyjnym ubezpieczającego lub ubezpieczonego³⁶².

Kolejnym wymogiem formalnym w zakresie omawianych produktów jest określenie terminów wyceny jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, która nie powinna być przeprowadzana rzadziej niż raz w miesiącu. Ponadto ubezpieczyciele mają obowiązek sporządzania i publikowania rocznych i półrocznych sprawozdań ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych³⁶³.

Jeśli oferta zakładu ubezpieczeń na życie obejmuje produkty, w których wysokość świadczeń ustalana jest na podstawie określonych indeksów lub innych wartości bazowych (dział I grupa 3 załącznika do ustawy – czyli nie tworzone na bazie ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych), winien on informować klientów o:

- aktywach, w które jest lub będzie inwestowana składka ubezpieczeniowa oraz proporcji, w jakiej części składki są lub będą inwestowane w poszczególne aktywa;
- indeksach lub innych wartościach bazowych, na podstawie których ustalana jest wysokość świadczeń, w sposób pozwalający na ich identyfikację;
- zasadach ustalania wartości świadczeń z umowy ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego i dożycia ubezpieczonego do końca okresu ochrony ubezpieczeniowej, a także zasadach ustalania wartości całkowitego i częściowego wykupu ubezpieczenia;
- gwarantowanej wysokości świadczeń z umowy ubezpieczenia, jeżeli warunki umowy ubezpieczenia przewidują gwarantowaną wysokość świadczeń;

³⁶² Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), art. 23 ust. 2.

³⁶³ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), art. 23 ust. 1 i 4; Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 25 maja 2016 r. w sprawie rocznych i półrocznych sprawozdań ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego (Dz. U., poz. 789).

- terminach, w których ustalane są wartości indeksów lub inne wartości bazowe stosowane do ustalania wartości świadczeń z umowy ubezpieczenia;
- źródłach informacji o wartościach indeksów lub innych wartościach bazowych stosowanych do ustalania wartości świadczeń z umowy ubezpieczenia;
- tytułach oraz wysokości opłat pobieranych przez zakład ubezpieczeń;
- sposobie rozliczania się stron umowy ubezpieczenia, w przypadku gdy:
 - ustalenie wartości świadczenia nie jest możliwe z powodu niemożliwości ustalenia w czasie trwania umowy ubezpieczenia wartości indeksu lub innej wartości bazowej, albo
 - w ocenie zakładu ubezpieczeń w czasie trwania umowy ubezpieczenia istotnie została zmieniona metoda ustalania wartości indeksu lub innej wartości bazowej,
- terminach i sposobie udostępniania informacji o wartościach indeksów lub innych wartościach bazowych, w oparciu o które jest ustalana wysokość świadczeń³⁶⁴.

Przedstawione rozważania pokazują, jak bardzo złożoną pod względem operacyjnym i formalnym jest klasa produktów o charakterze ubezpieczeniowo-inwestycyjnym. W przypadku pozostałych produktów w ubezpieczeniach osobowych i majątkowych występują znacznie mniejsze wymogi formalne, choć nie zmienia to faktu, że objętość i zawartość wymaganej przepisami prawa dokumentacji bezpośrednio związanej z zawieraniem i wykonywaniem umów ubezpieczenia jest bardzo obszerna. Należy także zaznaczyć, że opracowanie dokumentacji jest obszarem o szczególnym znaczeniu, ponieważ ewentualne błędy, uchybienia lub niejasności w niej zawarte mogą być dla ubezpieczycieli bardzo kosztowne. Jak uprzednio wskazano, błędne lub niejasne zapisy o.w.u. i innych dokumentów będą, zgodnie z przepisami prawa, zawsze interpretowane na korzyść klientów, co ostatecznie, poza konsekwencjami finansowymi, może mieć również negatywny efekt wizerunkowy (vs. kary i odszkodowania, utrata reputacji w przypadku niekorzystnych wyroków sądowych itp.).

³⁶⁴ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), art. 24 ust. 1.

5.3.1.1.2. Dokumentacja pośrednio związana z zawieraniem i wykonywaniem umów ubezpieczenia

Jak wspomniano nieco wcześniej, kolejnym elementem w obszarze dokumentacji formalnoprawnej jest dokumentacja wewnętrzna, która nie jest dostępna dla klientów, ale stanowi podstawę sprawnego funkcjonowania produktów w strukturach danego podmiotu. Zaliczyć do niej można:

- Dokumenty dotyczące kontrahentów i dostawców usług zewnętrznych, którzy w zależności od specyfiki danego produktu mogą być niezbędni do jego przygotowania oraz zarządzania nim. Dotyczy to zwłaszcza porozumień i umów z następującymi podmiotami:
 - bankami obsługującymi bieżące rozliczenia finansowe (np. z tytułu składek, wynagrodzeń dla pośredników itp.);
 - bankami, towarzystwami funduszy inwestycyjnych i/lub domami maklerskimi pośredniczącymi lub realizującymi transakcje inwestycyjne w zakresie środków własnych ubezpieczycieli oraz klientów; ten drugi obszar dotyczy głównie działu I w grupie 3 załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej czyli ubezpieczeń na życie, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, a także ubezpieczeń na życie, w których świadczenie zakładu ubezpieczeń jest ustalane w oparciu o określone indeksy lub inne wartości bazowe;
 - dostawcami usług informatycznych, którzy mogą wspierać procesy obsługi w poszczególnych obszarach funkcjonowania produktów (np. rozliczenia finansowo-księgowe, działalność inwestycyjna, obsługa klienta, infolinie, strony internetowe itp.); niemal każdy zakład ubezpieczeń (poza swoimi zasobami IT) wspiera się zewnętrznymi dostawcami oferującymi programy i aplikacje;
 - pośrednikami ubezpieczeniowymi (agenci, brokerzy) realizującymi sprzedaż danego produktu;
 - agencjami: PR, marketingowymi, reklamowymi itp., o ile własne zasoby ubezpieczyciela nie są wystarczające do realizacji zadań z tego zakresu;
 - dostawcami pozostałych usług, jak np. firmy doradcze w obszarach, które wymagają specjalistycznego wsparcia na poszczególnych etapach tworzenia i zarządzania produktami.

- Dokumenty dotyczące poszczególnych procesów obsługi produktu, do których zaliczane są wszelkiego rodzaju procedury. Procedury opisują wewnętrzne procesy i operacje w każdym z obszarów i etapów obsługi produktu co, jak wcześniej wspomniano, jest nie tylko wymogiem logistycznym, ale często także wymogiem formalnym³⁶⁵. Procedury wewnętrzne mogą obejmować następujące obszary funkcjonowania produktów:
 - tworzenie produktów;
 - aktuariat;
 - finanse i księgowość;
 - inwestycje;
 - reasekurację;
 - obsługę prawną i obieg dokumentów;
 - *compliance*;
 - audyt wewnętrzny;
 - sprzedaż (klient detaliczny, klient korporacyjny w zależności od specyfiki nowego produktu);
 - marketing i komunikację;
 - informatykę;
 - obsługę klienta;
 - likwidację szkód (obsługę świadczeń);
 - administrację;
 - pozostałe obszary nie wskazane powyżej, które mogą być istotne w zależności od specyfiki danego produktu i struktury organizacyjnej ubezpieczyciela.

W myśl obowiązujących przepisów zakłady ubezpieczeń zobowiązane są do opracowania oraz wdrożenia zasad i procedur przyjętych w ramach całego systemu zarządzania produktem (powinny one zostać sporządzone w języku polskim i w formie pisemnej). Procedury stanowiące oddzielne dokumenty lub też będące częścią większych dokumentów, powinny zawierać szczegółowo określone czynności, realizowane w ramach poszczególnych elementów systemu zarządzania produktem i określać co najmniej:

- opis i cel systemu zarządzania produktem;
- elementy systemu zarządzania produktem;

³⁶⁵ Komisja Nadzoru Finansowego, *Rekomendacje dotyczące procesu ustalania i wypłaty zadośćuczynienia z tytułu szkody niemajątkowej z umów ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych*, Warszawa 2016, s. 6.

5. Proces tworzenia i zarządzania produktami...

- zadania do wykonania i jednostki lub stanowiska odpowiedzialne za ich wykonanie w ramach poszczególnych elementów systemu zarządzania produktem;
- proces projektowania i tworzenia produktu;
- sposób i tryb identyfikowania produktów strategicznych;
- sposób postępowania w zakresie zarządzania konfliktem interesów w procesie projektowania i tworzenia oraz dystrybucji i obsługi produktów;
- zakres, częstotliwość i sposób raportowania do zarządu i rady nadzorczej;
- sposób postępowania w zakresie zarządzania wadami w procesie projektowania i tworzenia, dystrybucji oraz obsługi produktów;
- zakres, częstotliwość i sposób badania satysfakcji klientów³⁶⁶.

Istotny ze względu na długoterminową strategię ubezpieczycieli jest wspomniany wyżej system oraz procedury zarządzania wadami. Zakłady ubezpieczeń zobligowane są do implementacji procedur wewnętrznych mających na celu identyfikację przyczyn wystąpienia wad na etapie projektowania, tworzenia, dystrybucji oraz obsługi produktów. Ich zadaniem jest również ustalenie, czy wady mają charakter jednorazowy, czy też systemowy. W treści przyjętych procedur należy określać czynności następujące po identyfikacji określonych rodzajów wad oraz zakres odpowiedzialności poszczególnych komórek organizacyjnych. Efektem prawidłowej realizacji procedur powinna być identyfikacja wady oraz podjęcie działań korygujących i zapobiegawczych, także w odniesieniu do innych produktów³⁶⁷.

Wyraźnie widać, że zakres obowiązków formalnych również w tym przypadku jest bardzo duży. Wymagania odnośnie do procedur wewnętrznych i ich specyfikę bardziej szczegółowo przedstawiono w podrozdziałach opisujących poszczególne obszary tworzenia produktów.

³⁶⁶ Komisja Nadzoru Finansowego, *Rekomendacje dla zakładów ubezpieczeń dotyczące systemu zarządzania produktem*, Warszawa 2016, rekomendacja 3–5.

³⁶⁷ Komisja Nadzoru Finansowego, *Rekomendacje dla zakładów ubezpieczeń dotyczące systemu zarządzania produktem*, Warszawa 2016, rekomendacja 26.

5.3.1.2. Obszar aktuarialny

W obszarze aktuarialnym przeprowadzana jest szczegółowa wycena oraz szacowanie ryzyka i długoterminowej rentowności produktu. Kalkulowane są podstawowe parametry aktuarialne i finansowe, m.in. poziom składek, rezerw, odszkodowań, świadczeń itp. Następuje także testowanie alternatywnych wariantów i założeń pod kątem rentowności produktu oraz oczekiwanych poziomów sprzedaży (np. *profit testing*)³⁶⁸. Przed wprowadzeniem nowego produktu ubezpieczyciele muszą oszacować wymogi kapitałowe związane z produktem oraz zapewnić środki własne na pokrycie ewentualnych dodatkowych wymogów kapitałowych. Muszą także zapewnić właściwą taryfikację tworzonego produktu, zgodną z obowiązującymi przepisami prawa, wytycznymi, rekomendacjami KNF oraz regulacjami wewnętrznymi. Wysokość składek powinna być ustalana po przeprowadzeniu dokładnej oceny ryzyka ubezpieczeniowego i z uwzględnieniem danych historycznych, prognozowanych trendów dotyczących ubezpieczanego ryzyka oraz wiarygodnie oszacowanej przyszłej skali sprzedaży, co powinno zapewnić należyte zbilansowanie wpływów ze składek z kosztami związanymi z realizacją świadczeń i kosztami działalności. Przy oferowaniu pakietów łączących co najmniej dwa produkty, kalkulacja składek powinna uwzględniać wszystkie ryzyka występujące w połączonych w pakiet produktach, a także koszty z nimi związane³⁶⁹. Proces ten jest kluczowy dla dalszego kształtu oraz funkcjonowania produktu i z tego względu został szczegółowo opisany w odrębnym rozdziale niniejszego opracowania.

5.3.1.3. Obszar oceny ryzyka ubezpieczeniowego (*underwriting*)

Istotnym elementem procedur poprzedzających zawarcie umów ubezpieczenia są czynności związane z oceną ryzyka w ubezpieczeniach osobowych i majątkowych oraz w umowach gwarancji ubezpieczeniowych³⁷⁰. Sposób ich przeprowadzenia powinien być dla klientów możliwie jak najbardziej przyjazny i przejrzysty.

³⁶⁸ R. Stein, *The Actuary As Product Manager In A Dynamic Product Analysis Environment*, „Working Paper” 1993, s. 3–10.

³⁶⁹ Komisja Nadzoru Finansowego, *Rekomendacje dla zakładów ubezpieczeń dotyczące systemu zarządzania produktem*, Warszawa 2016, rekomendacja 11–12.

³⁷⁰ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), art. 4 ust. 8 pkt 1.

Każda z wymienionych klas produktów wymaga odmiennego podejścia do oceny ryzyka, które w praktyce może obejmować:

- w indywidualnych ubezpieczeniach na życie – przeprowadzenie ankiet medycznych i badań lekarskich;
- w indywidualnych ubezpieczeniach majątkowych – ustalenie wartości przedmiotu ubezpieczenia i jego weryfikację;
- w przypadku ubezpieczeń korporacyjnych – szczegółową ocenę ryzyk i wycenę przedmiotu ubezpieczenia.

Obszar oceny ryzyka ubezpieczeniowego jest jednym z bardziej istotnych elementów zarządzania produktami, który decyduje o długoterminowej stabilności finansowej ubezpieczycieli. Jego głównym celem jest zapewnienie rentownej działalności, czyli generowanie tak zwanego dodatniego wyniku technicznego, co sprowadza się do przygotowania następujących procedur:

- selekcji i klasyfikacji rodzajów ryzyka oraz warunków ubezpieczenia;
- oszacowania ryzyka ubezpieczeniowego, zaakceptowania go na odpowiednich warunkach lub odrzucenia danego ryzyka³⁷¹.

Ocena ryzyka w przypadku każdego produktu ubezpieczeniowego może znacząco się od siebie różnić. Inaczej badane są rodzaje ryzyka w ubezpieczeniach osobowych, a inaczej w ubezpieczeniach komunikacyjnych, przemysłowych czy katastroficznych. Każda grupa ryzyka ubezpieczeniowego ma własną specyfikę, więc prawidłowe procedury i procesy ich oceny (nazywane *underwritingiem*) są kluczowe dla rentowności i wypłacalności każdego zakładu ubezpieczeń. *Underwriting* najczęściej ma swoje odzwierciedlenie w strukturach organizacyjnych ubezpieczycieli, w których funkcjonują specjalizujące się w nim jednostki. Obejmuje on dwie ważne czynności:

- selekcję, w ramach której następuje ocena wniosków w celu określenia stopnia niebezpieczeństwa (zagrożenia) ryzyka zgłoszonego do ubezpieczenia;
- klasyfikację, która jest procesem przydziału ubezpieczonego (a także przedmiotu ubezpieczenia) do grupy jednostek w przybliżeniu o tych samych prawdopodobieństwach oczekiwanej szkody³⁷².

Ich głównym celem jest prawidłowa identyfikacja oraz precyzyjna wycena ryzyk ubezpieczeniowych, co pozwala uniknąć nieproporcjonalnej liczby dużych

³⁷¹ T. Zapart, *Rola underwritingu w ubezpieczeniach komunikacyjnych floty pojazdów – aspekty praktyczne*, „Studia Oeconomica Posnaniensia” 2015, vol. 3, No. 11, s. 168.

³⁷² *Ibidem*, s. 169.

ryzyk i wyrównać w ten sposób rzeczywiste straty w stosunku do wcześniej oczekiwanych³⁷³. Przy taryfowaniu wysokości składek ubezpieczeniowych zakłada się, że przyszły przebieg szkodowości dla danej grupy ryzyka ubezpieczeniowego będzie zbliżony do historycznych parametrów, na podstawie których wyznaczono daną stawkę taryfową³⁷⁴.

Innym strategicznym zadaniem tego procesu jest uniknięcie zjawiska antyselekcji³⁷⁵. Jedną z nadrzędnych zasad ubezpieczeń jest to, by każdy ubezpieczający zapłacił składkę proporcjonalną do ryzyka, które wnosi do funduszu ubezpieczeniowego. W największym uproszczeniu antyselekcję można określić jako świadome lub nieświadome przeniesienie przez klienta na zakład ubezpieczeń nadmiernego ryzyka, które nie ma swojego odzwierciedlenia w wysokości opłacanej składki ubezpieczeniowej. W niektórych przypadkach mogą to być działania podejmowane w celu uzyskania bezpośrednich lub pośrednich korzyści finansowych z systemu klasyfikacji ryzyka ubezpieczeniowego (np. klient próbuje ubezpieczyć dom znajdujący się na terenach zalewowych lub obiekt o łatwopalnej konstrukcji). Może to prowadzić do większych niż zakładano wcześniej szkód, o ile *underwriter* już na etapie złożenia wniosku takiego ryzyka nie zidentyfikuje³⁷⁶. Innymi słowy, klient może uzyskać nienależne mu świadczenie, gdy zatai lub pominie istotne fakty dotyczące skali ryzyka, a ubezpieczyciel ich w porę nie zidentyfikuje (vs. asymetria informacji)³⁷⁷. Receptą na zjawisko antyselekcji jest wprowadzenie ubezpieczeń obowiązkowych, czego najlepszym przykładem mogą być ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej dla posiadaczy pojazdów mechanicznych. Oczywiście nie jest możliwe wprowadzanie obowiązku ubezpieczania we wszystkich obszarach rynku, a jedynie w tych o największej skali ryzyka. Zakłady ubezpieczeń zdają sobie sprawę z istnienia zjawiska antyselekcji i w mniejszym lub większym stopniu uwzględniają je w wycenie składki ubezpieczeniowej.

Underwriter w przypadku identyfikacji podwyższonego ryzyka klienta ma możliwość zakwalifikowania go do wyższej klasy taryfowej, co w praktyce będzie oznaczać wyższą składkę ubezpieczeniową. Zadaniem *underwritingu* jest

³⁷³ E.J. Vaughan, T.M. Vaughan, *Fundamental of Risk and Insurance*, John Wiley & Sons, Hoboken, NJ 2008, s. 135.

³⁷⁴ T. Zapart, *Rola underwritingu w ubezpieczeniach...*, s. 166.

³⁷⁵ E.J. Vaughan, T.M. Vaughan, *Fundamental of Risk...*, s. 135.

³⁷⁶ M. Fedor, *Ubezpieczenia a asymetria informacji*, „Gazeta Ubezpieczeniowa” 2003, nr 25, s. 25.

³⁷⁷ P. Donnelly, *How Life Insurers Combat Anti-Selection*, Munich Re, Munich 2011, s. 3.

więc selekcja wniosków ubezpieczeniowych, która zapewni ubezpieczycielowi możliwie najwyższą zyskowność. W umowach ubezpieczenia i treści o.w.u. stosuje się również zapisy zabezpieczające przed zjawiskiem antyselekcji, gdyby na etapie oceny wniosku ubezpieczeniowego pewne informacje były nieznane lub zatajone. Istnieją cztery główne źródła, z których ubezpieczyciel uzyskuje informacje dotyczące zagrożeń i ekspozycji na ryzyko:

- Wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia – zawiera on oświadczenia ubezpieczającego (ubezpieczonego) odnośnie do przedmiotu ubezpieczenia. W przypadku ubezpieczeń majątkowych mogą to być na przykład szczegółowe informacje na temat nieruchomości lub pojazdu, który klient chce ubezpieczyć. W przypadku indywidualnych ubezpieczeń na życie są to informacje wskazane w ankietach medycznych, zawierające pytania odnośnie do stylu życia, wykonywanego zawodu, stanu zdrowia itp.
- Informacje od agenta lub brokera – dodatkowe uzupełnienie danych wskazanych we wniosku o zawarcie umowy. Niejednokrotnie pośrednicy ubezpieczeniowi nie mają dostępu do danych o kliencie lub nie są zainteresowani odrzuceniem wniosku ubezpieczeniowego (vs. prowizja). Częściej ubezpieczyciele współpracują w tym zakresie z brokerami, którzy reprezentując klientów korporacyjnych w sposób kompleksowy realizują zarządzanie portfelem ryzyk i skłonni są do przekazywania nawet negatywnych informacji o kliencie.
- Informacje ze źródeł i agencji zewnętrznych – mogą one dotyczyć informacji na temat szkodowości klientów w ubezpieczeniach komunikacyjnych (vs. baza CEPIK – Centralna Ewidencja Pojazdów i Kierowców), wypłacalności kredytowej w przypadku ubezpieczeń kredytu (vs. Biuro Informacji Kredytowej) lub innych specjalistycznych źródeł właściwych dla danego rodzaju ryzyka.
- Badania lub inspekcje indywidualne – ich przykładem w indywidualnych ubezpieczeniach na życie mogą być badania realizowane przez lekarzy specjalistów, które mają za zadanie weryfikację informacji wskazanych w ankietach medycznych. Natomiast przykładem bezpośrednich działań w ubezpieczeniach majątkowych mogą być inspekcje specjalistów w zakładach przemysłowych, które pragną nabyć rozbudowane programy ubezpieczeniowe. W zależności od specyfiki klienta mogą to być specjaliści różnych dziedzin, począwszy od pożarnictwa, poprzez górnictwo,

przemysł petrochemiczny, stoczniowy aż do branży morskiej, lotniczej i wielu innych³⁷⁸.

Należy także zaznaczyć, że po zawarciu umowy ubezpieczenia niekiedy może wystąpić konieczność kontroli przestrzegania przez ubezpieczających lub ubezpieczonych zastrzeżonych w umowie lub w o.w.u. obowiązków i zasad bezpieczeństwa, odnoszących się do przedmiotów objętych ochroną ubezpieczeniową³⁷⁹. Innymi słowy ubezpieczyciele mają prawo sprawdzić, czy przedmiot ubezpieczenia w ogóle istnieje i czy jest w stanie wskazanym przez ubezpieczającego. Ma to na celu zmniejszenie skali nadużyć, które dosyć często występowały np. w ubezpieczeniach komunikacyjnych. W wielu przypadkach może być to uciążliwe, a dla niektórych klientów nawet zaskakujące, dlatego procedury z tym związane powinny być jak najbardziej przejrzyste.

Wskazane elementy i procedury oceny ryzyka w przypadku tworzenia nowych produktów ubezpieczeniowych muszą być odpowiednio zaplanowane i przygotowane przed dniem rozpoczęcia sprzedaży pierwszych polis. Jak już wspomniano, odrębne procedury stosowane są do ubezpieczeń osobowych (w tym ubezpieczeń na życie o charakterze średnio i długoterminowym), a inne do ubezpieczeń majątkowych mających na ogół charakter krótkoterminowy (do 1 roku). Każda z grup ryzyka ubezpieczeniowego ma swoją specyfikę, która powinna znaleźć precyzyjne odzwierciedlenie w prowadzonych przez *underwriterów* procedurach oceny ryzyka. Należy także pamiętać, że odrębne procedury stosuje się w przypadku ubezpieczeń dla klientów indywidualnych, a odrębne dla klientów korporacyjnych, ponieważ niejednokrotnie wymagają one specjalistycznych kompetencji niezbędnych do ekspertyz oceny ryzyka w danej branży, np. górnictwie, przemyśle naftowym, gazownictwie czy handlu.

5.3.1.4. Obszar reasekuracji

Reasekuracja to obszar, który w praktyce rynkowej realizowany jest na szczeblu strategicznym każdego ubezpieczyciela. Reasekuracja i inne techniki przeniesienia ryzyka ubezpieczeniowego są elementami szeroko rozumianego systemu

³⁷⁸ Na pods.: E.J. Vaughan, T.M. Vaughan, *Fundamental of Risk...*, s. 137.

³⁷⁹ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), art. 4 ust. 8 pkt 1.

zarządzania ryzykiem zakładów ubezpieczeń³⁸⁰, który powinny posiadać, ponieważ pozwala on na określenie, pomiar, monitorowanie i raportowanie ryzyka, na które dany podmiot jest lub może być narażony. Zgodnie z wymaganiami Komisji Nadzoru Finansowego system zarządzania ryzykiem w obszarze reasekuracji powinien być skuteczny i dobrze zintegrowany ze strukturą organizacyjną, z procesami decyzyjnymi oraz z efektywnie działającym systemem kontroli wewnętrznej. Ponadto, wszystkie procesy powinny być udokumentowane w formie szczegółowych procedur zatwierdzanych przez zarząd³⁸¹. Nieprawidłowo skonstruowany program reasekuracji może mieć negatywne skutki dla wypłacalności zakładów ubezpieczeń, dlatego obszar ten musi zajmować szczególne miejsce w procesie planowania i przygotowywania produktów. Jego zakres oraz stopień skomplikowania (w zależności od specyfiki produktu) warunkowany jest wieloma czynnikami, wśród których szczególnie ważny jest charakter pokrywanego ryzyka. Inaczej reasekurowane będą produkty pokrywające ryzyko katastroficzne, które występują z coraz większą intensywnością, a inaczej ubezpieczenia na życie, których szkodowość jest relatywnie przewidywalna. W myśl obowiązujących przepisów pod względem operacyjnym można wyróżnić dwa rodzaje reasekuracji:

- reasekurację ubezpieczeń na życie, o których mowa w dziale I załącznika do ustawy;
- reasekurację pozostałych ubezpieczeń osobowych oraz ubezpieczeń majątkowych, o których mowa w dziale II załącznika do ustawy³⁸².

Zakład ubezpieczeń występuje w tym obszarze w roli tzw. cedenta, który ceduje (czyli przekazuje) ryzyko na zakład reasekuracji lub zakład ubezpieczeń wykonujący działalność reasekuracyjną³⁸³. Rolą reasekuratora jest natomiast przyjmowanie cedowanego ryzyka³⁸⁴. Na rynku polskim zakład reasekuracji może wykonywać działalność reasekuracyjną, funkcjonując wyłącznie w formie spółki akcyjnej, towarzystwa reasekuracji wzajemnej albo spółki europejskiej

³⁸⁰ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), art. 57 ust. 2.

³⁸¹ Komisja Nadzoru Finansowego, *Wytyczne dotyczące reasekuracji biernej/retrocesji*, Warszawa 2014, wytyczna 3 i 7.

³⁸² Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), art. 3 ust. 1 pkt 3.

³⁸³ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), art. 3 ust. 1 pkt 37.

³⁸⁴ Komisja Nadzoru Finansowego, *Wytyczne dotyczące reasekuracji biernej/retrocesji*, Warszawa 2014, s. 5.

określonej w rozporządzeniu Rady (WE) nr 2157/2001 z dnia 8 października 2001 r. w sprawie statutu spółki europejskiej (SE)³⁸⁵. W myśl przepisów ustawowych przez działalność reasekuracyjną rozumie się wykonywanie czynności związanych z przyjmowaniem ryzyka cedowanego przez zakład ubezpieczeń lub przez zakład reasekuracji oraz dalsze cedowanie przyjętego ryzyka. W szczególności dotyczyć to może:

- zawierania i wykonywania umów reasekuracji czynnej i umów retrocesji lub zlecania zawierania umów retrocesji brokerom reasekuracyjnym w rozumieniu ustawy z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r. poz. 1881 ze zm.), a także wykonywanie tych umów;
- składania oświadczeń woli w sprawach roszczeń o odszkodowania lub inne świadczenia należne z tytułu umów, o których mowa w poprzednim podpunkcie;
- ustalania składek i prowizji należnych z tytułu umów, o których mowa w pierwszym podpunkcie;
- prowadzenia kontroli przestrzegania przez cedentów warunków umów, o których mowa w pierwszym podpunkcie.

Ponadto czynnościami bezpośrednio związanymi z działalnością reasekuracyjną są:

- doradztwo statystyczne i aktuarialne;
- analizy ryzyka i badania na rzecz klientów;
- lokowanie środków zakładu reasekuracji;
- czynności zapobiegania powstawaniu lub zmniejszenia skutków wypadków ubezpieczeniowych lub finansowanie tych działań z funduszu prewencyjnego³⁸⁶.

W zależności od specyfiki produktu oraz polityki zakładu ubezpieczeń można wyróżnić kilka typów reasekuracji:

- a) „Reasekuracja fakultatywna – umowa zawierana i negocjowana indywidualnie dla danej umowy ubezpieczenia lub danego ryzyka, w której ubezpieczyciel każdorazowo podejmuje decyzję o ewentualnym scedowaniu

³⁸⁵ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), art. 6 ust. 2.

³⁸⁶ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), art. 4 ust. 2, 5.

5. Proces tworzenia i zarządzania produktami...

ryzyka, w tym jego wysokości, a reasekurator każdorazowo podejmuje decyzję o przyjęciu tego ryzyka.

- b) Reasekuracja finansowa (ograniczona) – umowa reasekuracji, której charakterystyczną cechą jest ograniczony transfer ryzyka ubezpieczeniowego. Ponadto cechami charakterystycznymi dla reasekuracji finansowej są:
- transfer ryzyk innych niż ryzyko ubezpieczeniowe (np. ryzyko inwestycyjne, ryzyko kredytowe, ryzyko stopy procentowej) lub połączenie w umowie transferu ryzyka i elementu finansowania,
 - uwzględnianie wartości pieniądza w czasie oraz zysków inwestycyjnych,
 - wieloletni charakter umów.
- c) Reasekuracja katastroficzna – umowa chroniąca ubezpieczyciela przed gwałtownym wzrostem wielkości wypłacanych odszkodowań i świadczeń, związanych z wystąpieniem katastrofy naturalnej (np. powodzi, huraganu, trzęsienia ziemi) lub katastrofy spowodowanej przez człowieka (np. katastrofy komunikacyjnej, katastrofy budowlanej) wywołującej szkody wielkiej wartości lub kumulację szkód.
- d) Reasekuracja nieproporcjonalna – umowa, w której pokrywana przez reasekuratora część szkody nie pozostaje w takiej samej relacji do całości szkody, jak przyjęta składka reasekuracyjna, a reasekurator, ustalając składkę, kieruje się prawdopodobieństwem i wielkością spodziewanej szkody.
- e) Reasekuracja obligatoryjna – umowa mająca charakter obowiązkowy zarówno dla ubezpieczyciela, jak i dla reasekuratora, w której reasekurator jest zobowiązany do automatycznej akceptacji wszystkich ryzyk objętych umową, a ubezpieczyciel musi scedować objęte umową ryzyka.
- f) Reasekuracja proporcjonalna – umowa, w której ubezpieczyciel i reasekurator uczestniczą w danym ryzyku, składce oraz szkodach w takiej samej proporcji według ustalonego współczynnika³⁸⁷.

Dla każdej z umów ustala się składkę reasekuracyjną w wysokości zapewniającej co najmniej wykonanie wszystkich zobowiązań z tytułu zawartych umów reasekuracji i pokrycie kosztów wykonywania działalności reasekuracyjnej. Nie mniej istotny jest wybór reasekuratora, każdorazowo uwzględniający jego:

- stabilność finansową;

³⁸⁷ Komisja Nadzoru Finansowego, *Wytyczne dotyczące reasekuracji biernej/retrocesji*, Warszawa 2014, s. 4.

- reputację;
- adekwatność profilu działalności biznesowej do charakteru cedowanego ryzyka;
- sposób i terminy dokonywania rozliczeń;
- powiązania w grupie kapitałowej, jeśli takie występują (vs. tzw. ryzyko zarażenia);
- relację cedowanego portfela do skali działalności reasekuratora³⁸⁸.

Każdy zakład reasekuracji działający na rynku polskim ma obowiązek gromadzenia danych statystycznych w celu ustalania na ich podstawie wysokości składek reasekuracyjnych oraz rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności i rachunkowości³⁸⁹. W przypadku tworzenia nowych produktów ubezpieczeniowych wszystkie elementy dotyczące reasekuracji muszą być odpowiednio zaplanowane i przygotowane przed dniem rozpoczęcia sprzedaży pierwszych polis.

5.3.1.5. Obszar finansów i księgowości

Każdy produkt ubezpieczeniowy w zależności od jego specyfiki wymaga sprawnej obsługi w zakresie finansów i księgowości. Poszczególne produkty nakładają zatem na ubezpieczycieli określone wymagania, które należy spełnić już na początkowym etapie przygotowań. Kolejność czynności w tym obszarze, która umożliwia jego sprawne przygotowanie, na ogół jest następująca:

- Opracowanie schematu, rodzajów, kolejności oraz wstępnych procedur przepływów operacji finansowych właściwych danemu produktowi.
- Przygotowanie umów i porozumień z podmiotami zewnętrznymi umożliwiającymi prawidłową realizację wszystkich operacji i zadań. Zakłady ubezpieczeń podpisują z nimi formalne porozumienia zawierające stosowne warunki współpracy. Głównymi dostawcami usług są:
 - banki realizujące obsługę przepływów finansowych: składek, świadczeń itp.;
 - banki, domy maklerskie, towarzystwa funduszy inwestycyjnych, z którymi przeprowadzane są transakcje inwestycyjne w zakresie:

³⁸⁸ *Ibidem*, wytyczna 9.4.

³⁸⁹ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), art. 33 ust. 6–7.

5. Proces tworzenia i zarządzania produktami...

- » środków własnych ubezpieczyciela;
- » aktywów klienta – głównie w produktach o charakterze inwestycyjnym.
- Opracowanie wewnętrznych procedur przepływów finansowych, które mogą być bardziej lub mniej rozbudowane w zależności od tego, czy dotyczą prostego produktu o charakterze ochronnym, czy też skomplikowanego, wymagającego wieloszczeblowej obsługi przepływów finansowych. Jednak niezależnie od skomplikowania procedur ich istotnymi elementami są konta (plan kont) do ewidencji księgowej danego produktu oraz opracowanie systemu obsługi od strony informatycznej. Zwłaszcza ten drugi element może być bardzo kłopotliwy i kosztowny, o ile nowy produkt nie może być obsługiwany na istniejących już platformach IT.
- Zebranie wszystkich elementów i spisanie ich w formie szczegółowych procedur wewnętrznych (*manuali*), które umożliwią wszystkim jednostkom organizacyjnym oraz pracownikom zaangażowanym w obsługę produktu sprawną realizację powierzonych im zadań.

W obszarze ewidencji księgowej szczególną rolę pełni Rozporządzenie Ministra Finansów w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji, które doprecyzowuje przepisy określone w ustawie o rachunkowości³⁹⁰. W rozporządzeniu zdefiniowano szczególne zasady rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji, a wśród nich:

- zasady prowadzenia ksiąg rachunkowych;
- zakres dokumentacji ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej;
- zasady rachunkowości w zakresie lokat;
- zasady tworzenia rezerw techniczno-ubezpieczeniowych;
- zasady sporządzania sprawozdań;
- skonsolidowane sprawozdania finansowe grupy kapitałowej.

Ponadto w załącznikach do rozporządzenia zamieszczono:

- noty objaśniające do pozycji bilansu;
- noty objaśniające do technicznego rachunku ubezpieczeń na życie, technicznego rachunku ubezpieczeń majątkowych i osobowych oraz ogólnego rachunku zysków i strat;
- noty objaśniające do rachunku przepływów pieniężnych;

³⁹⁰ Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 12 kwietnia 2016 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji (Dz. U., poz. 562).

- zakres informacji dodatkowej do sprawozdania finansowego;
- zakres informacji dodatkowej do skonsolidowanego sprawozdania finansowego grupy kapitałowej;
- zakres informacji do sprawozdania z działalności;
- metody tworzenia rezerwy na wyrównanie szkodowości w ubezpieczeniach grupy 14 działu II (ubezpieczenia kredytu);
- metoda obliczania wysokości średniej ważonej stopy zwrotu z lokat stanowiących pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych w ostatnich 3 latach obrotowych;
- sposób ustalania wysokości maksymalnej stopy technicznej³⁹¹.

Każdy produkt ubezpieczeniowy wprowadzany do oferty ubezpieczyciela musi spełniać wszystkie zasady rachunkowości wskazane zarówno w ustawie, jak i we wspomnianym rozporządzeniu, co jest szczegółowo analizowane i realizowane już na etapie tworzenia produktu.

5.3.1.6. Obszar inwestycji

Na etapie przygotowywania produktu odrębną kategorię stanowią mechanizmy obejmujące proces inwestycyjny, w którym działalność ubezpieczycieli można podzielić na:

- lokaty w zakresie środków własnych ubezpieczycieli na pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych – realizowane zgodnie z wymogami wypłacalności (vs. Solvency II);
- lokaty środków klienta – realizowane w ubezpieczeniach na życie z komponentem inwestycyjnym (Dział I grupa 3 załącznika do Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Zakłady ubezpieczeń zobowiązane są do lokowania wszystkich rodzajów środków finansowych zgodnie z zasadą ostrożnego inwestora, która zdefiniowana jest przez ustawodawcę według ściśle określonych kryteriów³⁹². Pierwsze z nich to wymóg lokowania środków wyłącznie w aktywa i instrumenty finansowe, których ryzyko zakłady mogą właściwie określić, mierzyć, monitorować, kontrolować

³⁹¹ Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 12 kwietnia 2016 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji (Dz. U., poz. 562).

³⁹² Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), art. 276 ust. 1.

i nim zarządzać. Istotnym elementem jest również wymóg prowadzenia sprawozdawczości w zakresie ryzyka, a także właściwe ujęcie parametrów przy ocenie ogólnych potrzeb związanych z wypłacalnością i przy uwzględnieniu:

- specyficznego profilu ryzyka;
- zatwierdzonych limitów tolerancji ryzyka;
- strategii działalności³⁹³.

Drugim wymogiem ustawodawcy jest lokowanie aktywów stanowiących pokrycie kapitałowego wymogu wypłacalności i aktywów stanowiących pokrycie minimalnego wymogu kapitałowego w taki sposób, aby osiągnąć jak największy stopień bezpieczeństwa, jakości i rentowności, przy jednoczesnym zachowaniu płynności środków. Umieszczenie aktywów na rynku finansowym powinno także zapewnić ich dostępność³⁹⁴. Aktywa należy więc lokować zgodnie z następującymi zasadami:

- Aktywa stanowiące pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności powinny uwzględniać rodzaj działalności wykonywanej przez zakład ubezpieczeń lub zakład reasekuracji, w szczególności charakter i czas trwania zobowiązań z tytułu zawartych umów ubezpieczenia lub umów reasekuracji.
- Aktywa stanowiące pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności należy lokować w sposób zgodny z interesami ubezpieczających, ubezpieczonych i uprawnionych z umów ubezpieczenia oraz z uwzględnieniem ujawnionych celów prowadzonej polityki lokacyjnej. Jednak w przypadku wystąpienia konfliktu interesów zakład ubezpieczeń lub podmiot zarządzający portfelem aktywów powinien zapewnić realizację lokaty w najlepszym interesie ubezpieczających, ubezpieczonych i uprawnionych z umów ubezpieczenia.
- Aktywa winny być zróżnicowane i odpowiednio rozproszone, tak aby umożliwiały właściwe reagowanie zakładu ubezpieczeń lub zakładu reasekuracji na zmiany w otoczeniu gospodarczym, w szczególności na rozwój sytuacji na rynkach finansowych i rynkach nieruchomości lub na wystąpienie zdarzeń katastroficznych.

³⁹³ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), art. 276 ust. 2.

³⁹⁴ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), art. 276 ust. 3.

- Lokaty w aktywa, które nie są dopuszczone do obrotu na rynku regulowanym, zakład ubezpieczeń powinien utrzymywać na ostrożnym poziomie.
- Ubezpieczyciel może lokować aktywa w instrumenty pochodne, pod warunkiem, że przyczyniają się one do zmniejszenia ryzyka lub ułatwiają efektywne zarządzanie portfelem.
- Zakład ubezpieczeń powinien różnicować aktywa w taki sposób, aby uniknąć nadmiernego uzależnienia od jednego, określonego składnika aktywów, emitenta lub grupy emitentów powiązanych ze sobą lub określonego obszaru geograficznego oraz nadmiernej akumulacji ryzyka w całym portfelu. Lokaty w aktywach wyemitowanych przez tego samego emitenta lub grupę emitentów powiązanych ze sobą nie mogą narażać na nadmierną koncentrację ryzyka. Wymogu tego nie stosuje się jednak do papierów wartościowych emitowanych, gwarantowanych lub poręczonych przez Skarb Państwa lub podmioty, wobec zobowiązań lub działalności których zobowiązania Skarbu Państwa, udzielone na podstawie odrębnych przepisów, spełniają wymogi ochrony kredytowej w rozumieniu art. 213–215 rozporządzenia nr 575/2013³⁹⁵.

W obszarze inwestycji odrębną kategorią są produkty z komponentem inwestycyjnym (Dział I gr. 3 załącznika do Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej), a w szczególności ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Dotyczy to wszystkich obszarów produktu, w których dokonywane są operacje finansowe zarówno na poziomie obsługi składek ubezpieczeniowych, lokowania składek na rynku finansowym, jak i rozliczeń wewnętrznych. Wymagają one opracowania bardzo złożonych mechanizmów obsługi składek, a także przygotowania operacji na kolejnych etapach, np.: realizacji opłat, zakupu jednostek uczestnictwa funduszy kapitałowych, możliwości konwersji jednostek w czasie, limitów inwestycyjnych itp. Polityka inwestycyjna dotycząca środków klienta nie jest ograniczona żadnymi limitami, ponieważ są to produkty ubezpieczeniowe na ryzyko ubezpieczającego³⁹⁶. Klienci mogą zatem dowolnie wybierać alokację składek w ramach części inwestycyjnej,

³⁹⁵ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), art. 276 ust. 4–6.

³⁹⁶ Aktywa tego typu produktów ubezpieczeniowych ewidencjonowane są w bilansie w pozycji C. aktywów: *Aktywa netto ubezpieczeń na życie, gdy ryzyko lokaty (inwestycyjne) ponosi ubezpieczający*, która koresponduje z pozycją pasywów: *VIII. Rezerwa ubezpieczeń na życie, gdy ryzyko lokaty (inwestycyjne) ponosi ubezpieczający*.

a zakład ubezpieczeń ma obowiązek realizacji wszystkich transakcji. Ograniczenia inwestycyjne są jednak praktykowane na poziomie funkcjonowania ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, które w swoich regulaminach mają mniej lub bardziej złożone limity inwestycyjne, ograniczające ryzyko zgodnie z zasadą dywersyfikacji oraz ograniczania koncentracji.

W ubezpieczeniach na życie, gdy ryzyko lokaty ponosi ubezpieczający, w tym w umowach, w których świadczenie ustalane jest w oparciu o określone indeksy, rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe dla celów wypłacalności powinny znaleźć możliwie najdokładniejsze odzwierciedlenie w jednostkach uczestnictwa lub w odpowiednich aktywach. Szczegółowych przepisów ustawy odnośnie do ograniczeń lokowania środków się nie stosuje³⁹⁷. O ile jednak warunki umów ubezpieczenia przewidują wypłatę świadczeń gwarantowanych związanych z wynikiem lokat lub innych świadczeń gwarantowanych, aktywa stanowiące pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności, związanych z tymi świadczeniami, winny być lokowane zgodnie z wcześniej wskazanymi wymogami³⁹⁸.

Wymogiem dodatkowym, który ma za zadanie zwiększenie bezpieczeństwa środków lokowanych w zakresie ubezpieczeń, o których mowa w dziale I w grupie 3 załącznika do ustawy, jest obowiązek zatrudnienia doradcy inwestycyjnego do zarządzania ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi lub do zawarcia umowy z podmiotem uprawnionym (na podstawie odrębnych przepisów) do zarządzania aktywami na zlecenie³⁹⁹. W praktyce może to być posiadający stosowne uprawnienia dom maklerski lub towarzystwo funduszy inwestycyjnych.

Wszystkie elementy związane z polityką inwestycyjną powinny być wskazane w odpowiednich dokumentach, np. regulaminach ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, które zostały wcześniej opisane w obszarze dokumentacji związanej bezpośrednio z zawieraniem i wykonywaniem umów ubezpieczenia. Nie mniej istotne są również wszelkiego rodzaju procedury wewnętrzne zwiększające bezpieczeństwo i usprawniające procesy oraz transakcje inwestycyjne.

³⁹⁷ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), art. 276 ust. 7; nie stosuje się zapisów wskazanych w art. 276. ust. 4 pkt 3–6 i ust. 6.

³⁹⁸ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), art. 276 ust. 8; w tym przypadku stosuje się jednak zapisy wskazane w art. 276 ust. 4 pkt 3–6 i ust. 6.

³⁹⁹ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), art. 276 ust. 9.

5.3.1.7. Obszar systemów obsługi informatycznej oraz nowych technologii

W funkcjonowaniu instytucji finansowych szczególną rolę odgrywa obecnie obszar systemów obsługi informatycznej. Środowisko informatyczne, czy też ujmując nieco szerzej środowisko teleinformatyczne, obejmuje całość infrastruktury systemów wspierających działalność zakładu ubezpieczeń, bazującą na infrastrukturze zapewnianej przez podmioty zewnętrzne. Obszar ten to wszelkiego rodzaju systemy informatyczne, czyli aplikacje komputerowe lub zbiory powiązanych ze sobą aplikacji komputerowych, których celem jest przetwarzanie danych. Szczególnie istotnym zadaniem tego obszaru jest zapewnienie poufności danych, między innymi poprzez wprowadzenie procedur i mechanizmów zabezpieczających je przed dostępem nieuprawnionych osób lub podmiotów. Procesy przetwarzania danych (ich zbierania, utrwalania, przechowywania, opracowywania, zmieniania, udostępniania i usuwania) muszą być przygotowane zgodnie z najwyższymi standardami. Pozwala to uniknąć negatywnych skutków wynikających z ryzyka operacyjnego, rozumianego w tym przypadku jako wystąpienie straty będącej następstwem niewłaściwych lub błędnych procesów wewnętrznych, działań personelu lub systemów, a także zdarzeń zewnętrznych. Każdy zakład ubezpieczeń i reasekuracji musi wdrożyć wewnętrzny system zarządzania środowiskiem teleinformatycznym, zapewniający odpowiedni poziom bezpieczeństwa⁴⁰⁰.

W omawianym obszarze niezbędny zakres wymagań dotyczących systemów obsługi informatycznej definiuje specyfika danego produktu. Według takiego kryterium produkty ubezpieczeniowe można zakwalifikować do następujących kategorii:

- wymagające nowych systemów obsługi informatycznej;
- nie wymagające nowych systemów obsługi informatycznej, ponieważ mogą być obsługiwane na dotychczas funkcjonujących platformach IT;
- wymagające złożonych i skomplikowanych systemów obsługi informatycznej, np. ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym;
- nie stawiające wysokich wymagań pod względem obsługi informatycznej, np. proste ubezpieczenia ochronne.

⁴⁰⁰ Na podst.: Komisja Nadzoru Finansowego, *Wytyczne dotyczące zarządzania obszarami technologii informacyjnej i bezpieczeństwa środowiska teleinformatycznego w zakładach ubezpieczeń i zakładach reasekuracji*, Warszawa 2014, s. 6.

Z wymienionych kategorii zazwyczaj pierwsza i trzecia wymagają poniesienia znacznych nakładów czasowych i finansowych koniecznych do ich utworzenia i utrzymania.

Należy także podkreślić współczesne trendy związane z rozwojem nowych technologii i aplikacji mobilnych, które zwiększają atrakcyjność produktów. Z przeprowadzonych badań wynika, że aż 61% ankietowanych klientów mając do wyboru dwie takie same oferty ubezpieczenia komunikacyjnego, wybierze tę, która dodatkowo umożliwia jej zakup i pełną obsługę przez aplikację mobilną. Można zatem założyć, że obecnie wartość dodana w postaci aplikacji mobilnej ceniona jest jeszcze bardziej i wynik pozytywnych wskazań w badaniu wyniósłby ponad 61%, ponieważ przytoczone wcześniej wyniki badania opublikowano w 2016 roku. W ostatnich czasach aplikacje mobilne stały się ważną alternatywą dla korzystania z Internetu za pomocą komputerów. Nie są one jeszcze wprawdzie najczęściej wybieranym kanałem kontaktu, lecz dla grupy tzw. klientów cyfrowych mają coraz większą wartość, stanowiąc ułatwienie i uzupełnienie dotychczas oferowanych opcji i możliwości. Łatwo zauważyć, że znaczna część klientów oczekuje dostępu do różnych funkcjonalności i aplikacji ubezpieczeniowych⁴⁰¹, co stanowi ogromne wyzwanie dla zespołów tworzących nowe produkty ubezpieczeniowe.

Wdrożenie nowego systemu informatycznego, jak również zmiany w już istniejącym systemie, powinna poprzedzać analiza ryzyka oraz ocena wpływu wprowadzanych zmian na środowisko teleinformatyczne i procesy biznesowe, ze szczególnym uwzględnieniem aspektów bezpieczeństwa⁴⁰². Gdy dany zakład ubezpieczeń rozwija oprogramowanie bez wsparcia podmiotów zewnętrznych, powinien określić co najmniej następujące elementy:

- metodykę rozwoju oprogramowania, określającą przebieg danego procesu;
- standardy w zakresie rozwoju oprogramowania, w tym:
 - infrastrukturę teleinformatyczną;
 - wykorzystywane narzędzia programistyczne oraz repozytoria kodów;

⁴⁰¹ KPMG Poland, *Ubezpieczenia w zasięgu ręki – czy aplikacje mobilne otworzą nowe możliwości przed ubezpieczycielami w Polsce?*, Raport, Warszawa 2016, s. 17.

⁴⁰² Na podst.: Komisja Nadzoru Finansowego, *Wytyczne dotyczące zarządzania obszarami technologii informacyjnej i bezpieczeństwa środowiska teleinformatycznego w zakładach ubezpieczeń i zakładach reasekuracji*, Warszawa 2014, wytyczna 7.4.

- standardy w zakresie kodów źródłowych, w tym preferowane języki programowania i zapytań stosowanych notacji oraz sposobów komentowania;
- zasady wykonywania bieżących testów i przeglądów kodu, zapewniających odpowiedni stopień niezależności tych przeglądów;
- kryteria jakości oprogramowania, np. w zakresie łatwości utrzymania, przenośności itp.;
- standardy w zakresie tworzonej dokumentacji technicznej;
- zasady tzw. wersjonowania, czyli wprowadzania kolejnych wersji i aktualizacji oprogramowania⁴⁰³.

Nie należy jednak wprowadzać do użytku nowych aplikacji, komponentów i systemów, jeżeli pracownicy nie mają wiedzy i kompetencji, które umożliwiają im ich właściwe użytkowanie i zarządzanie ryzykiem. W takim przypadku pomocne mogą być szkolenia pracowników, zatrudnienie nowych lub współpraca z zewnętrznymi dostawcami usług⁴⁰⁴. Należy podkreślić, że obecnie niemal każdy obszar tworzenia, obsługi oraz zarządzania produktami ubezpieczeniowymi wymaga wsparcia informatycznego. Instytucje finansowe muszą zatem przykładać szczególną wagę do tego aspektu działalności, który może okazać się krytyczny w przypadku wystąpienia problemów na jakimkolwiek etapie funkcjonowania. Jako przykład niech posłuży zestawienie funkcjonalności stosowanych w praktyce w poszczególnych obszarach:

- tworzenie produktów, np. analiz rynkowych, produktowych, finansowych itp. – niezbędnych do podjęcia decyzji o wprowadzeniu produktu na rynek;
- aktuariat – w zakresie kalkulacji aktuarialnych;
- finanse i księgowość – procesy obsługi i rozliczenia składek ubezpieczeniowych, rozliczenia z kontrahentami, ewidencja księgowa itp.;
- inwestycje – transakcje zakupu, sprzedaży i ewidencji aktywów, analizy inwestycyjne itp.;
- reasekuracja – procesy i kalkulacje dotyczące obszaru reasekuracji;

⁴⁰³ Na podst.: Komisja Nadzoru Finansowego, *Wytyczne dotyczące zarządzania obszarami technologii informacyjnej i bezpieczeństwa środowiska teleinformatycznego w zakładach ubezpieczeń i zakładach reasekuracji*, Warszawa 2014, wytyczna 7.5.

⁴⁰⁴ Na podst.: Komisja Nadzoru Finansowego, *Wytyczne dotyczące zarządzania obszarami technologii informacyjnej i bezpieczeństwa środowiska teleinformatycznego w zakładach ubezpieczeń i zakładach reasekuracji*, Warszawa 2014, wytyczna 5.7.

5. Proces tworzenia i zarządzania produktami...

- obsługa prawna – zewnętrzne bazy aktów prawnych, bazy danych dokumentów wewnętrznych itp.;
- sprzedaż – systemy prowizyjne, obsługa agentów i brokerów, baza danych klientów itp.;
- marketing i komunikacja – systemy wsparcia marketingu i komunikacji z klientami, kontrahentami i mediami;
- obsługa klienta – strony internetowe, infolinie itp.;
- likwidacja szkód (obsługa świadczeń) – zgłoszenia szkód, obsługa szkód, wypłaty odszkodowań i świadczeń;
- administracja – archiwa umów i polis, ewidencja druków, obsługa sieci dystrybucji itp.
- inne niewyszczególnione w zestawieniu obszary, które mogą być istotne w zależności od specyfiki danego produktu⁴⁰⁵.

Wytyczne Komisji Nadzoru Finansowego w zakresie projektów teleinformatycznych są bardzo szczegółowe. W początkowej fazie przygotowania systemów dotyczą one oczekiwań nadzorca co do sformalizowanych zasad prowadzenia projektów teleinformatycznych, adekwatnych do ich skali i specyfiki. Zasady te powinny w szczególności:

- wprowadzać definicję danego projektu;
- obejmować wszystkie etapy projektu, od inicjacji i podjęcia decyzji o jego rozpoczęciu, do formalnego zamknięcia;
- określać sposób wskazywania interesariuszy projektu;
- określać sposób doboru uczestników projektu oraz wskazywać ich role, uprawnienia i zakres odpowiedzialności;
- uwzględniać sposób dokumentowania realizacji projektu;
- określać zasady współpracy i komunikacji stron biorących udział w realizacji projektu;
- określać zasady zarządzania harmonogramem, budżetem, zakresem i jakością w projekcie;
- określać zasady zarządzania ryzykiem w projekcie;
- określać zasady zarządzania zmianą w projekcie;
- określać zasady, role oraz odpowiedzialności w zakresie odbioru i wprowadzania do eksploatacji produktów prac projektu;

⁴⁰⁵ Opracowanie własne.

- określać zasady podejmowania decyzji o zaniechaniu realizacji projektu⁴⁰⁶.

Projekty tego typu powinny być prowadzone zgodnie ze standardami i dobrymi praktykami w obszarze zarządzania projektami, do których zaliczyć można zasady proponowane przez PMI (*Project Management Institute*), w szczególności standard PMBoK (*Project Management Body of Knowledge*) lub metodyka PRINCE2 (*PRojects IN Controlled Environments*)⁴⁰⁷. Szczegółowe standardy odnośnie do obszarów danego systemu obsługi informatycznej również są bardzo rozbudowane. Obejmują one wymagania dotyczące:

- poszczególnych funkcjonalności systemu;
- zakresu, ilości oraz formy danych przetwarzanych w systemie, z uwzględnieniem oceny możliwości migracji danych z aktualnie użytkowanych systemów informatycznych;
- możliwości komunikacji z innymi wykorzystywanymi przez towarzystwo systemami informatycznymi, w szczególności zasad i zakresu wymiany danych;
- oczekiwanej wydajności i dostępności systemu, z uwzględnieniem sytuacji znacznego obciążenia;
- odporności systemu na zdarzenia awaryjne, w tym wymagania dotyczące czasu odtworzenia po awarii oraz dopuszczalnej utraty danych;
- środowiska działania systemu;
- bezpieczeństwa systemu i przetwarzanych w nim danych, w tym w zakresie mechanizmów kryptograficznych, mechanizmów kontroli dostępu oraz rejestracji zdarzeń zachodzących w systemie;
- regulacji wewnętrznych (wynikających z przepisów prawa) oraz standardów obowiązujących w danym zakładzie ubezpieczeń⁴⁰⁸.

Istotnym elementem każdego obszaru działalności instytucji finansowych są również, a może przede wszystkim, ludzie. W związku z tym, w celu zminimalizowania ryzyka błędów i nadużyć, każdy ubezpieczyciel powinien zdefiniować

⁴⁰⁶ Komisja Nadzoru Finansowego, *Wytyczne dotyczące zarządzania obszarami technologii informacyjnej i bezpieczeństwa środowiska teleinformatycznego w zakładach ubezpieczeń i zakładach reasekuracji*, Warszawa 2014, wytyczna 6.1.

⁴⁰⁷ Komisja Nadzoru Finansowego, *Wytyczne dotyczące zarządzania obszarami technologii informacyjnej i bezpieczeństwa środowiska teleinformatycznego w zakładach ubezpieczeń i zakładach reasekuracji*, Warszawa 2014, wytyczna 6.2.

⁴⁰⁸ Komisja Nadzoru Finansowego, *Wytyczne dotyczące zarządzania obszarami technologii informacyjnej i bezpieczeństwa środowiska teleinformatycznego w zakładach ubezpieczeń i zakładach reasekuracji*, Warszawa 2014, wytyczna 7.2.

(w formie pisemnej) obowiązki i uprawnienia pracowników w obszarze technologii informacyjnej oraz bezpieczeństwa informacji. Rozdzielenie kompetencji poszczególnych pracowników może być tutaj niezbędne, co w szczególności dotyczy oddzielenia funkcji:

- tworzenia lub modyfikowania systemów informatycznych od ich testowania (poza testami realizowanymi przez programistów w ramach wytwarzania oprogramowania), administracji i użytkowania;
- administrowania danym komponentem środowiska teleinformatycznego od projektowania związanych z nim mechanizmów kontrolnych w zakresie bezpieczeństwa;
- administrowania danym systemem informatycznym od monitorowania działań jego administratorów;
- audytu od pozostałych funkcji w obszarach technologii informacyjnej i bezpieczeństwa środowiska teleinformatycznego⁴⁰⁹.

Każdy zakład ubezpieczeń dysponuje danymi o wysokim stopniu poufności, z tego względu musi przykładać szczególną wagę do doboru personelu, który ma do nich dostęp. Dlatego też konieczne jest by podejmował działania, które powinny obejmować:

- identyfikację kluczowych pracowników, których odejście może wiązać się ze znacznym ryzykiem dla działalności ubezpieczyciela;
- zapewnienie pracownikom dostępu do aktualnej i precyzyjnej dokumentacji środowiska teleinformatycznego;
- zapewnienie by czynności przypisane do kluczowych pracowników mogły być okresowo realizowane przez inne osoby (np. w trakcie urlopów itp.);
- opracowanie programów sukcesji na stanowiskach zajmowanych przez wybranych, kluczowych pracowników;
- promowanie dzielenia się wiedzą między pracownikami;
- objęcie informacją zarządczą istotnych zdarzeń dotyczących kluczowych pracowników (np. o odejściach z pracy lub długotrwałych nieobecnościach)⁴¹⁰.

⁴⁰⁹ Komisja Nadzoru Finansowego, *Wytyczne dotyczące zarządzania obszarami technologii informacyjnej i bezpieczeństwa środowiska teleinformatycznego w zakładach ubezpieczeń i zakładach reasekuracji*, Warszawa 2014, wytyczna 5.2.

⁴¹⁰ Komisja Nadzoru Finansowego, *Wytyczne dotyczące zarządzania obszarami technologii informacyjnej i bezpieczeństwa środowiska teleinformatycznego w zakładach ubezpieczeń i zakładach reasekuracji*, Warszawa 2014, wytyczna 5.9.

Wymienione działania mogą zminimalizować ryzyko operacyjne związane zarówno ze świadomymi działaniami pracowników na szkodę firmy, jak i wynikające z przypadków losowych.

5.3.1.8. Obszar sprzedaży i dystrybucji

Nawet najlepiej zaprojektowany produkt sam się nie sprzeda, więc opracowanie odpowiedniego planu i strategii sprzedaży oraz przygotowanie kanałów i sieci dystrybucji jest w tym obszarze kluczowe. W branży ubezpieczeniowej od lat krąży pewna z pozoru sprzeczna sentencja: „ubezpieczeń się nie kupuje – ubezpieczenia się sprzedaje”⁴¹¹. Oznacza to ni mniej, ni więcej tylko, że aby uplasować produkt na rynku, należy stosować aktywny model sprzedaży, ponieważ klienci w większości przypadków nie zdecydują się na jego samodzielny zakup. Oczywiście są od tego odstępstwa, np. w ubezpieczeniach obowiązkowych, ubezpieczeniach domów czy też ubezpieczeniach turystycznych. Jednak powyższa sentencja oddaje charakter modelu obowiązującego w przypadku większości produktów. Przy pozyskiwaniu klientów i oferowaniu produktu ubezpieczyciele muszą dokonać wyboru właściwych kanałów dystrybucji oraz zapewnić ich należyte funkcjonowanie. Jest to jeden z najistotniejszych elementów tworzenia produktów i ich potencjalnego sukcesu rynkowego⁴¹². Zarządy zakładów ubezpieczeń mają obowiązek opracowania i zatwierdzenia w formie pisemnej, a także wprowadzenia w życie zasad dotyczących dystrybucji ubezpieczeń, wynikających z zatwierdzonych przez rady nadzorcze strategii prowadzenia działalności⁴¹³. Powinny być one adekwatne do specyfiki danego produktu oraz docelowej grupy klientów, a ponadto zgodne z przepisami prawa, wytycznymi i rekomendacjami organu nadzoru oraz regulacjami wewnętrznymi. Selekcja kanałów dystrybucji powinna z kolei zapewnić zarówno prawidłowe wprowadzenie produktu na rynek, jak i przekazanie klientom właściwych i wyczerpujących informacji o produkcie. Istotnym elementem jest także zagwarantowanie wysokiej jakości wsparcia (wynikającego z przyjętego modelu sprzedaży) przy wyborze odpowiednich

⁴¹¹ P. Donnelly, *How Life Insurers...*, s. 5.

⁴¹² C. Falconer, R. Williams, *Designing Life Insurance Products...*, s. 3.

⁴¹³ Komisja Nadzoru Finansowego, *Wytyczne dla zakładów ubezpieczeń dotyczące dystrybucji ubezpieczeń*, Warszawa 2014, wytyczna I.

dla danego klienta produktów⁴¹⁴. W największym skrócie można stwierdzić, że w zależności od specyfiki produktu, na tym etapie prac ustala się:

- Kto będzie dystrybutorem?
- Jakie otrzyma za to wynagrodzenie (vs. prowizja)?
- Jak będzie przebiegał proces szkoleń i jakie materiały informacyjne będzie miał do dyspozycji?
- Jak będzie skonstruowany proces zarządzania siecią dystrybucji?

Sprzedającym polisy, czyli w myśl obowiązujących przepisów dystrybutorem ubezpieczeń, może być jeden z następujących podmiotów:

- zakład ubezpieczeń;
- agent ubezpieczeniowy;
- agent oferujący ubezpieczenia uzupełniające;
- broker ubezpieczeniowy⁴¹⁵.

Zakład ubezpieczeń może wykonywać czynności bezpośrednio związane z dystrybucją ubezpieczeń wyłącznie przez uprawnionych do tego pracowników. Agentem ubezpieczeniowym jest przedsiębiorca wykonujący działalność agencyjną na podstawie umowy agencyjnej zawartej z zakładem ubezpieczeń i wpisany do rejestru agentów (nie jest on jednak agentem oferującym ubezpieczenia uzupełniające)⁴¹⁶. Zarówno agent ubezpieczeniowy, jak i agent oferujący ubezpieczenia uzupełniające wykonują czynności w zakresie dystrybucji ubezpieczeń w imieniu lub na rzecz zakładu ubezpieczeń⁴¹⁷. Jednak agent oferujący ubezpieczenia uzupełniające to przedsiębiorca wykonujący działalność agencyjną na podstawie umowy agencyjnej zawartej z zakładem ubezpieczeń, wpisany do rejestru agentów, niebędący instytucją kredytową ani firmą inwestycyjną, który za wynagrodzenie wykonuje dystrybucję ubezpieczeń jako działalność uboczną. Chcąc uzyskać status agenta uzupełniającego, należy spełnić łącznie następujące warunki:

- podstawową działalnością przedsiębiorcy nie może być działalność w zakresie dystrybucji ubezpieczeń;

⁴¹⁴ Komisja Nadzoru Finansowego, *Rekomendacje dla zakładów ubezpieczeń dotyczące systemu zarządzania produktem*, Warszawa 2016, rekomendacja 14.

⁴¹⁵ Ustawa z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r., poz. 1881 ze zm.), art. 3 ust. 1 pkt 8.

⁴¹⁶ Ustawa z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r., poz. 1881 ze zm.), art. 3 ust. 1 pkt 2.

⁴¹⁷ Ustawa z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r., poz. 1881 ze zm.), art. 4 ust. 3.

- przedsiębiorca może dystrybuować wyłącznie ubezpieczenia uzupełniające dostarczane towary lub świadczone usługi;
- dystrybucja ubezpieczeń nie może odnosić się do umowy ubezpieczenia na życie lub umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, chyba że taka umowa jest uzupełnieniem dostarczanych towarów lub świadczonych usług w ramach podstawowej działalności przedsiębiorcy⁴¹⁸.

W zakresie działalności agencyjnej można wyróżnić:

- agentów działających na wyłączność (tzw. agentów wyłącznych) – sprzedających produkty jednego zakładu ubezpieczeń;
- multiagentów – oferujących produkty wielu ubezpieczycieli.

Odrębną kategorię pośredników, współpracujących głównie z klientami korporacyjnymi, stanowią brokerzy ubezpieczeniowi. Brokerem może być osoba fizyczna albo prawna, posiadająca wydane przez organ nadzoru (KNF) zezwolenie na wykonywanie działalności brokerskiej w zakresie ubezpieczeń i wpisana do rejestru brokerów⁴¹⁹. Broker wykonuje czynności związane z dystrybucją ubezpieczeń w imieniu lub na rzecz klienta, prowadząc głównie dystrybucję produktów ubezpieczeniowych dla przedsiębiorców i będąc istotnym elementem wsparcia dystrybucji ubezpieczeń korporacyjnych. Na etapie przygotowania produktów ubezpieczeniowych, w zależności od ich specyfiki, dokonuje się stosownych przygotowań sieci sprzedaży właściwych dla danego produktu. Innymi słowy, produkty indywidualne przeznaczone do sprzedaży detalicznej najczęściej dystrybuje się poprzez sieci agencyjne, natomiast produkty korporacyjne głównie za pośrednictwem brokerów. W obu przypadkach sprzedającym może być również zakład ubezpieczeń, choć jego efektywność będzie zależna od klasy danego produktu oraz relacji biznesowych danego ubezpieczyciela.

Już na etapie tworzenia produktu oraz szkoleń sieci dystrybucji zakłady ubezpieczeń muszą zadbać o to, aby dystrybutorzy ubezpieczeń postępowali uczciwie, rzetelnie i profesjonalnie, zgodnie z najlepiej pojętym interesem klientów. Obok samej wiedzy o produkcie dystrybutorzy muszą zostać wyposażeni w profesjonalnie przygotowane materiały o charakterze informacyjnym, marketingowym i reklamowym, których szczegółowe wymogi wskazane są również stosownymi

⁴¹⁸ Ustawa z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r., poz. 1881 ze zm.), art. 3 ust. 1 pkt 1.

⁴¹⁹ Ustawa z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r., poz. 1881 ze zm.), art. 3 ust. 1 pkt 5.

przepisami prawa⁴²⁰. Powinny one zawierać dokładne i aktualne informacje na temat oferowanych produktów, sformułowane w sposób jasny, rzetelny i precyzyjny. Dokumenty i materiały dla sieci dystrybucji powinny również umożliwić:

- prawidłowe zidentyfikowanie docelowej grupy klientów oraz tzw. anty-grupy;
- zrozumienie i właściwe zaoferowanie produktu dla docelowej grupy klientów;
- przestrzeganie określonych przez zarząd limitów akceptacji istotnych elementów warunków umowy ubezpieczenia;
- spełnienie innych obowiązków wynikających z przepisów prawa, a zwłaszcza odpowiednich informacji, które powinny zostać przekazane docelowej grupie klientów⁴²¹.

Istotnym założeniem prawidłowego procesu dystrybucji jest prowadzenie działalności przez podmioty za nią odpowiedzialne, w sposób nie powodujący wystąpienia konfliktu interesów. Dotyczy to w szczególności unikania sytuacji polegającej na jednoczesnym występowaniu w roli ubezpieczającego i pośrednika ubezpieczeniowego (konflikt interesów). W takim wypadku zakład ubezpieczeń nie powinien wypłacać wynagrodzenia ubezpieczającemu, a także ekwiwalentu (w szczególności pieniężnego) za czynności związane z obsługą umowy ubezpieczenia⁴²². Szczególną rolę spełnia tu skierowana do banków Rekomendacja U⁴²³. Zapisy w niej zawarte wychodzą naprzeciw oczekiwaniom rynku oraz klientów, które wynikają z nieprawidłowości występujących w procesie sprzedaży produktów ubezpieczeniowych w bankowych sieciach dystrybucji (tzw. bancassurance)⁴²⁴. Rekomendacja uregulowała wiele obszarów współpracy między ubezpieczycielami a bankami, takich jak procedury

⁴²⁰ Ustawa z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r., poz. 1881 ze zm.), art. 7–9.

⁴²¹ Komisja Nadzoru Finansowego, *Rekomendacje dla zakładów ubezpieczeń dotyczące systemu zarządzania produktem*, Warszawa 2016, rekomendacja 16.

⁴²² Komisja Nadzoru Finansowego, *Wytyczne dla zakładów ubezpieczeń dotyczące dystrybucji ubezpieczeń*, Warszawa 2014, wytyczna II. 5, wytyczna II. 6.2.

⁴²³ P. Pisarewicz, *Analiza kryteriów zasady proporcjonalności w kontekście projektu Rekomendacji U*, „Miesięcznik Finansowy Bank” 2014, nr 6, s. 182–185; P. Pisarewicz, *Międzynarodowe modele bancassurance w kontekście planowanych zmian regulacji na rynku polskim*, „Zarządzanie i Finanse” 2013, Wydział Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego, vol. 11, nr 4, cz. 4, s. 157–171.

⁴²⁴ Komisja Nadzoru Finansowego, *Rekomendacja U dotycząca dobrych praktyk w zakresie bancassurance*, Warszawa 2014.

sprzedaży oraz sposoby ustalania wynagrodzeń⁴²⁵. Banki są bardzo atrakcyjnym kanałem dystrybucji produktów ubezpieczeniowych i z tego względu w ostatnich dekadach skala ich działania w tym zakresie była duża⁴²⁶. Obecność produktów ubezpieczeniowych w bankowych sieciach dystrybucji znacząco zwiększała konkurencyjność ubezpieczycieli⁴²⁷.

Już na etapie przygotowania produktu należy negocjować z wybranymi dystrybutorami umowy zawierające szczegółowe zasady i warunki współpracy, ponieważ tylko dobrze zmotywowana sieć dystrybucji może przyczynić się do zadowalających wyników sprzedaży. Jednym z kluczowych elementów decydujących o przyszłym zaangażowaniu w proces sprzedaży jest wysokość wynagrodzeń. To kluczowy, ale nie jedyny element wpływający na budowanie dobrych relacjach z agentami i brokerami. W praktyce stosuje się wiele dodatkowych mechanizmów, do których należą wszelkiego rodzaju programy motywacyjne, konkursy, nagrody, dodatkowe szkolenia itp.

Co do zasady wysokość wynagrodzenia agentów ubezpieczeniowych nie może podważać zaufania klientów do rynku finansowego. Jest to wymóg niełatwy do zastosowania w praktyce, ponieważ wynagrodzenie powinno być ustalane przy uwzględnieniu ponoszonych przez agentów kosztów oraz kosztów ochrony ubezpieczeniowej związanej z danym produktem⁴²⁸. Ubezpieczyciele powinni zatem stworzyć taki system wynagradzania sieci dystrybucji, który będzie zgodny z przepisami prawa, wytycznymi i rekomendacjami KNF, a przede wszystkim będzie zapobiegał powstawaniu konfliktów interesów. Dla pośredników, których prowizja uzależniona jest wyłącznie od poziomu sprzedaży, ubezpieczyciele muszą stworzyć taki sposób jej ustalania, aby uwzględniał najlepiej pojęty interes klientów⁴²⁹.

⁴²⁵ E. Biel, A. Burz, *Czy Rekomendacja U rozwiązuje problemy na rynku bancassurance? [w:] Współczesne problemy ubezpieczeń, Przegląd Ubezpieczeń*, red. M. Cycoń, T. Jedynak, G. Strupczewski, Fundacja Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2016, s. 81–85.

⁴²⁶ P. Pisarewicz, *Wynagrodzenia z tytułu sprzedaży ubezpieczeń jako wyznacznik strategii rozwoju banków opartych na modelu współpracy z zakładami ubezpieczeń*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2016, nr 415, s. 182–193; P. Pisarewicz, *Analiza zmian struktury przychodów banków notowanych na GPW w Warszawie w kontekście wdrażania przez Komisję Nadzoru Finansowego Rekomendacji U*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2014, vol. 67, nr 1, s. 105–121.

⁴²⁷ E. Ratowska-Dziobiak, *Struktura popytu na usługi ubezpieczeniowe...*, s. 69–92.

⁴²⁸ Komisja Nadzoru Finansowego, *Wytyczne dla zakładów ubezpieczeń dotyczące dystrybucji ubezpieczeń*, Warszawa 2014, wytyczna III.10.

⁴²⁹ Komisja Nadzoru Finansowego, *Rekomendacje dla zakładów ubezpieczeń dotyczące systemu zarządzania produktem*, Warszawa 2016, rekomendacja 8–9.

Najbardziej precyzyjne wymagania dotyczące wynagrodzeń formułowane są przez ustawodawcę w zakresie ubezpieczeń z komponentem inwestycyjnym. W umowach ubezpieczenia na życie, zawartych na okres nie dłuższy niż 5 lat (jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym), zakłady ubezpieczeń w zakresie wynagrodzeń pośredników ubezpieczeniowych powinny kierować się zasadą równomiernego rozłożenia w czasie wydatków z tytułu prowizji w okresie ubezpieczenia określonym w umowie. W umowach zawartych na okres dłuższy niż 5 lat lub na czas nieokreślony zakłady ubezpieczeń winny kierować się zasadą równomiernego rozłożenia w czasie wydatków z tytułu prowizji pośrednika ubezpieczeniowego w okresie nie krótszym niż 5 lat. Zasad powyższych nie stosuje się jednak do umów, w których gwarantowana wysokość świadczeń z tytułu śmierci ubezpieczonego przekracza dziesięciokrotność rocznej składki należnej z tytułu umowy w każdym z pierwszych 5 lat trwania umowy ubezpieczenia⁴³⁰.

Podobne zasady stosuje się w umowach ubezpieczenia na życie, w których wysokość świadczeń ustalana jest na podstawie określonych indeksów lub innych wartości bazowych, zawartych na okres nie dłuższy niż 5 lat. W tym przypadku zakłady ubezpieczeń w zakresie wynagrodzeń pośredników ubezpieczeniowych również winny kierować się zasadą równomiernego rozłożenia w czasie wydatków z tytułu prowizji pośredników ubezpieczeniowych w okresie ubezpieczenia określonych w umowach ubezpieczenia. W umowach tego typu zawartych na okres dłuższy niż 5 lat lub na czas nieokreślony, zakłady ubezpieczeń w zakresie wynagrodzeń pośredników ubezpieczeniowego kierują się zasadą równomiernego rozłożenia w czasie wydatków z tytułu prowizji w okresie nie krótszym niż 5 lat⁴³¹.

Podsumowując należy podkreślić, że prawidłowo zaplanowany obszar dystrybucji, obejmujący odpowiednio dobraną, wyszkoloną, wynagradzaną oraz zarządzaną sieć sprzedaży, stanowi klucz do sukcesu sprzedaży produktu ubezpieczeniowego.

⁴³⁰ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), art. 23 ust. 5, art. 23 ust. 6, art. 23 ust. 7.

⁴³¹ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), art. 24 ust. 3, art. 24 ust. 4.

5.3.1.9. Obszar obsługi klienta oraz likwidacji szkód

Obszar ten obejmuje opracowanie kompleksowych procedur i mechanizmów obsługi klientów na etapach:

- przedsprzedażowym;
- posprzedażowym, gdzie jednym z kluczowych elementów jest wypłacanie odszkodowań i innych świadczeń należnych z tytułu umów ubezpieczenia⁴³².

Każdy z tych elementów jest bardzo istotny. Pierwszy decyduje o skali poziomu sprzedaży danego produktu, a zakres narzędzi uzależniony jest od specyfiki oferowanych programów ubezpieczeniowych. Innego rodzaju obsługi wymagają produkty dla klienta indywidualnego oraz grupowego, a innego produkty dla klienta korporacyjnego, a to decyduje o kształcie i zakresie przyjętych rozwiązań. Elementy, które zakłady ubezpieczeń muszą przygotować już na etapie tworzenia produktu obejmują:

- materiały i dokumenty w formie drukowanej oraz elektronicznej – opisane szerzej w podrozdziale dotyczącym dokumentacji produktu;
- strony, narzędzia oraz media internetowe – opisane szerzej w podrozdziale dotyczącym obszaru reklamy i marketingu;
- infolinie oraz pozostałe kanały bezpośredniej komunikacji – również opisane szerzej w podrozdziale dotyczącym obszaru reklamy i marketingu;
- prawidłowo przygotowaną sieć dystrybucji zapewniającą najwyższej jakości obsługę i przekazywanie informacji – opisaną szczegółowo w podrozdziale dotyczącym sprzedaży i dystrybucji.

Etap obsługi posprzedażowej uzależniony jest również od specyfiki danego produktu. Szczególną rolę odgrywają tu procedury likwidacji szkód, które są pewnego rodzaju sprawdzianem decydującym o ostatecznej satysfakcji ubezpieczonych, ubezpieczających i/lub beneficjentów. W wielu przypadkach jest to najważniejszy element, który musi być przygotowany z najwyższą starannością, ponieważ skomplikowane i długie procedury negatywnie oddziałują na odbiór produktów oraz reputację oferujących je podmiotów. W przypadku wystąpienia zdarzeń losowych, czynnościami, które muszą zostać wykonane przez zakłady ubezpieczeń są:

⁴³² Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), art. 4 ust. 8 pkt 2.

5. Proces tworzenia i zarządzania produktami...

- ustalenie przyczyn i okoliczności zdarzeń losowych;
- ustalenie wysokości szkód oraz rozmiaru odszkodowań i innych świadczeń należnych uprawnionym z umów ubezpieczenia lub umów gwarancji ubezpieczeniowych⁴³³;
- terminowa wypłata należnych odszkodowań lub innych świadczeń.

Powyższy obszar w praktyce nazywany jest likwidacją szkód, a jego zakres i szczegółowe procedury uzależnione są od specyfiki danego produktu. Likwidacja szkód obejmuje wszystkie czynności od zgłoszenia roszczenia do wypłaty świadczenia lub odmowy jego wypłaty, polegające na podejmowaniu przez zakład ubezpieczeń czynności zmierzających do ustalenia jego odpowiedzialności oraz wysokości należnych świadczeń dla klientów⁴³⁴. Przykładowo, w ubezpieczeniach na życie w przypadku śmierci ubezpieczonego przeprowadzana jest szczegółowa procedura identyfikacji przyczyn zgonu i na tej podstawie zapada decyzja o wypłacie świadczenia, która warunkowana jest zgodnością z zapisami o.w.u. Zakłady ubezpieczeń wypłacają odszkodowania lub świadczenia na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z umowy ubezpieczenia na podstawie ustaleń dokonanych w przeprowadzonym przez siebie postępowaniu, bądź też w przypadku kwestii spornych na podstawie zawartej ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu⁴³⁵. Wysokości świadczeń również są ściśle zdefiniowane literą prawa. Na przykład w obowiązkowych ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej odszkodowanie wypłacane jest w granicach odpowiedzialności cywilnej podmiotów objętych ubezpieczeniem, nie wyżej jednak niż do wysokości ustalonej sumy gwarancyjnej. Natomiast w obowiązkowych ubezpieczeniach mienia odszkodowanie wypłacane jest w kwocie odpowiadającej wysokości szkody, nie większej jednak niż suma ubezpieczenia wskazana w umowie⁴³⁶.

Elementem procedur w omawianym obszarze są również terminy wykonania poszczególnych czynności. Zakład ubezpieczeń w ciągu 7 dni od dnia

⁴³³ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), art. 4 ust. 9.

⁴³⁴ Komisja Nadzoru Finansowego, *Rekomendacje dla zakładów ubezpieczeń dotyczące systemu zarządzania produktem*, Warszawa 2016, s. 4.

⁴³⁵ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), art. 28.

⁴³⁶ Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r., poz. 2214), art. 13 ust. 2–3.

otrzymania zawiadomienia o wystąpieniu zdarzenia losowego objętego ochroną ma obowiązek:

- poinformowania o zdarzeniu ubezpieczającego lub ubezpieczonego, w wypadku gdy nie są to osoby występujące z tym zawiadomieniem;
- rozpoczęcia postępowania w celu ustalenia stanu faktycznego zdarzenia losowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia;
- przekazania informacji osobie występującej z roszczeniem, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania⁴³⁷.

Jeśli w terminach określonych w umowie lub przepisach prawa zakład ubezpieczeń nie wypłaci należnych środków, musi zawiadomić na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie oraz ubezpieczonego o przyczynach zaistniałego opóźnienia (w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek). Ponadto zakłady ubezpieczeń mają obowiązek wypłaty bezspornej części świadczenia i w podobny sposób muszą przekazać informację, jeżeli odszkodowanie lub świadczenie stronie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu. W takim przypadku ubezpieczyciele mają obowiązek wskazać na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Dodatkowo informacja musi zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej⁴³⁸. Precyzyjne terminy wskazane są w przepisach regulujących ubezpieczenia obowiązkowe, na mocy których zakłady ubezpieczeń mają obowiązek wypłaty odszkodowania w terminie 30 dni, licząc od dnia złożenia przez poszkodowanego lub uprawnionego zawiadomienia o szkodzie. W bardziej złożonych przypadkach terminowe wyjaśnienie wszystkich okoliczności konieczne do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela lub wysokości odszkodowania może być niemożliwe. W takiej sytuacji ustawodawca określił termin odszkodowania na 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie wszystkich okoliczności było możliwe, nie później jednak niż w terminie 90 dni od dnia złożenia zawiadomienia o szkodzie. Wskazany wcześniej termin nie obowiązuje w przypadkach, gdy ustalenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń

⁴³⁷ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), art. 29 ust. 1.

⁴³⁸ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243), art. 29 ust. 4–5.

albo wysokości odszkodowania uzależnione jest od toczącego się postępowania karnego lub cywilnego. Istotnym motywatorem do prawidłowego przygotowania terminowych procedur likwidacji szkód w tym obszarze rynku jest możliwość zastosowania przez Komisję Nadzoru Finansowego środków nadzorczych, a wśród nich kar pieniężnych⁴³⁹. Organ nadzoru podjął także dodatkowe kroki dotyczące uregulowania likwidacji szkód w ubezpieczeniach komunikacyjnych, co ma związek z licznymi nieprawidłowościami polegającymi na:

- nieterminowym wypłacaniu świadczeń;
- wypłacaniu świadczeń z uchybieniem zasady pełnego odszkodowania;
- uchybieniach w wypełnianiu obowiązków informacyjnych w toku likwidacji szkód;
- wadliwej organizacji procesu likwidacji szkód, w szczególności jego niedostatecznej transparentności;
- niejasnych, niepełnych, nieaktualnych procedur wewnętrznych zakładów ubezpieczeń regulujących postępowanie likwidacyjne;
- niedostatecznej kontroli wewnętrznej w procesie likwidacji szkód;
- niedostatecznym nadzorze i kontroli zakładów ubezpieczeń nad podmiotami zewnętrznymi wykonującymi na rzecz tych zakładów czynności z zakresu likwidacji szkód;
- niedostatecznym nadzorze i kontroli ze strony organów zakładu ubezpieczeń nad procesem likwidacji szkód⁴⁴⁰.

KNE, wprowadzając w życie Wytyczne dotyczące likwidacji szkód z ubezpieczeń komunikacyjnych, uregulowała w sposób szczegółowy swoje oczekiwania odnośnie do prawidłowych procedur w tym zakresie, odnosząc je do trzech obszarów:

- organizacji, zarządzania, nadzoru i kontroli nad procesem likwidacji szkód;
- sposobów prowadzenia postępowań likwidacyjnych;
- sposobów ustalania wysokości świadczeń⁴⁴¹.

⁴³⁹ Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r., poz. 2214), art. 14 ust. 1, 2, 3a.

⁴⁴⁰ Komisja Nadzoru Finansowego, *Wytyczne dotyczące likwidacji szkód z ubezpieczeń komunikacyjnych*, Warszawa 2014, s. 3.

⁴⁴¹ *Ibidem*, s. 5.

Przytoczony przykład ubezpieczeń komunikacyjnych jest jednym z wzorcowych schematów postępowania, którego elementy mogą być implementowane również w innych rodzajach produktów ubezpieczeniowych.

Podsumowując, jeszcze raz należy podkreślić rolę procesu obsługi klienta, a w szczególności rolę procedur likwidacji szkód, które są bodaj najtrudniejszym elementem funkcjonowania produktów ubezpieczeniowych, będąc jednocześnie głównym sprawdzianem tego, czy oczekiwania klientów były zbieżne z rzeczywistym kształtem konstrukcji produktu.

5.3.1.10. Obszar reklamy i marketingu

Produkty ubezpieczeniowe mają charakter niematerialny i z perspektywy klienta są do siebie bardzo podobne, przez co trudne do odróżnienia. Z tego względu bardzo istotną rolę odgrywają działania marketingowe ubezpieczycieli, mające na celu odróżnienie produktów danego ubezpieczyciela od ofert konkurencji. W ramach tych działań niekiedy podejmowane są czynności zmierzające do nadania niematerialnym usługom cech wyróżniających, co często związane jest bardziej ze zwróceniem uwagi na opakowanie usługi niż na samą usługę⁴⁴². Zakłady ubezpieczeń powinny zatem tworzyć właściwy przekaz reklamowy, który będzie adekwatny do produktu. Treść reklam musi być jasna, uczciwa, rzetelna i nie może wprowadzać klienta w błąd, powinna też być zgodna z przepisami obowiązującego prawa, wytycznymi i rekomendacjami KNF oraz regulacjami wewnętrznymi ubezpieczycieli. Zawarte w przekazie reklamowym ewentualne porównania powinny być przedstawione w sposób zrównoważony, uczciwy oraz zawierać sprawdzone i rzetelne informacje, jak również uzasadnione założenia. Reklamy muszą uwzględniać informacje na temat dodatkowych kosztów, opłacania dodatkowych składek lub potencjalnych ryzyk związanych z poniesieniem możliwych strat. W reklamach nie można używać skrótów literowych lub sformułowań niezrozumiałych dla klienta czy wprowadzających go w błąd⁴⁴³. Narzędzia reklamowe i marketingowe w procesie sprzedaży dobiera

⁴⁴² B. Nowotarska-Romaniak, *Zachowania klientów indywidualnych w procesie zakupu usługi ubezpieczeniowej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2013, s. 13.

⁴⁴³ Komisja Nadzoru Finansowego, *Rekomendacje dla zakładów ubezpieczeń dotyczące systemu zarządzania produktem*, Warszawa 2016, rekomendacja 3, 4, 5, 8.

się w zależności od specyfiki danego produktu, a w ich ramach można realizować działania nakierowane na wsparcie:

- identyfikacji brandu zakładu ubezpieczeń;
- identyfikacji produktu lub danej klasy produktów;
- jednoczesnej identyfikacji brandu zakładu ubezpieczeń i produktu (lub danej klasy produktów).

Interesujące wydają się wyniki wybranych badań w zakresie skuteczności narzędzi reklamowych, według których na rynku występuje zjawisko przesylenia reklamami. Około 56% ankietowanych klientów stwierdziło, że nie zwraca uwagi na reklamy, a dla 21% są one denerwujące. Nieliczni ankietowani stwierdzili natomiast, że lubią reklamy (ok. 9%)⁴⁴⁴.

Produkty przeznaczone dla klienta korporacyjnego nie wymagają większego wsparcia, ponieważ na ogół przygotowywane są na indywidualne zamówienie. W ich przypadku bardzo dużą wagę zakłady ubezpieczeń przykładają do utrzymania dobrych relacji z klientami korporacyjnymi oraz pośrednikami (głównie brokerami), którzy przygotowują dla nich programy ubezpieczeniowe. Szersze pole działań dają natomiast produkty przeznaczone dla klienta indywidualnego, w których skala i zakres narzędzi uzależnione są od strategii danego ubezpieczyciela oraz zasobów kapitałowych. Większe kampanie reklamowe w użyciem środków masowego przekazu (np. radio, TV) wykorzystywane są głównie przez największe podmioty, które i tak dosyć ostrożnie podchodzą do tego typu działań. Najczęściej można zaobserwować kampanie reklamowe dotyczące produktów masowych, zapewniających ubezpieczycielom najwyższe przychody (np. ubezpieczenia na życie, ubezpieczenia komunikacyjne, ubezpieczenia majątkowe).

Zakres podejmowanych działań zależy od wielu czynników, w tym od tzw. otoczenia marketingowego, w którym można wyróżnić:

- uwarunkowania wewnętrzne danego podmiotu (*internal environment*);
- otoczenie rynkowe i branżowe (*the market environment*);
- otoczenie w skali makro (*the macro-environment*), do którego zaliczamy uwarunkowania polityczne, ekonomiczne, technologiczne oraz socjalne i kulturowe⁴⁴⁵.

⁴⁴⁴ T. Nowogródzka, W. Rembisz, *Analiza marketingu usług...*, s. 150.

⁴⁴⁵ C.T. Ennew, N. Waite, *Financial Services Marketing...*, s. 71.

Szczegółowy dobór narzędzi wynika natomiast z prawidłowo określonych interakcji pomiędzy trzema czynnikami, które można nazwać marketingowym trójkątem wsparcia usług finansowych. Występują w nim zależność między:

- klientami (*customers*);
- personelem (*staff*);
- podmiotem oferującym dany produkt – w naszym przypadku jest to zakład ubezpieczeń (*insurance company*)⁴⁴⁶.

W relacjach i komunikacji wewnętrznej między ubezpieczycielem a personelem istotny jest marketing wewnętrzny (tzw. *internal marketing*), który umożliwia prawidłowy przepływ informacji pomiędzy poszczególnymi szczeblami zarządzania i administrowania produktami. Relacje między personelem, a klientami mogą być wsparte narzędziami marketingu interaktywnego (*interactive marketing*) z użyciem nowoczesnych technologii teleinformatycznych, do których między innymi zaliczamy: infolinie, chaty, komunikatory, strony internetowe itp. Relacje między ubezpieczycielem, a klientami wspierane są narzędziami marketingu konwencjonalnego (*conventional marketing*), do których można zaliczyć kampanie informacyjne, materiały reklamowe, programy lojalnościowe i wiele innych⁴⁴⁷. Jednym z narzędzi wspierających proces tworzenia produktów może być analiza SWOT, zawierająca wewnętrzne i zewnętrzne uwarunkowania, mające wpływ na potencjalny sukces lub porażkę nowego produktu. Kluczowy w tym obszarze jest jednak dokładnie przygotowany strategiczny plan marketingowy, który winien uwzględniać następujące elementy i uwarunkowania związane z nowym produktem:

- misję i cele zakładu ubezpieczeń (*company mission and objectives*);
- analizę sytuacyjną w skali mikro oraz makro (*situation analysis*);
- cele marketingowe (*marketing objectives*);
- strategię marketingową – segmentacja rynku i klientów, prawidłowe pozycjonowanie (*segmentation, targeting and position*);
- marketing mix – produkt, cena, promocja, dystrybucja (*product, price, promotion, place*);
- wydatki i budżet marketingowy (*marketing expenditure*);
- wdrożenie (*implementation*), w trakcie którego weryfikowane są w praktyce wszystkie wcześniejsze założenia⁴⁴⁸.

⁴⁴⁶ Na podstawie: C.T. Ennew, N. Waite, *Financial Services Marketing...*, s. 65.

⁴⁴⁷ C.T. Ennew, N. Waite, *Financial Services Marketing...*, s. 86.

⁴⁴⁸ Na podstawie: C.T. Ennew, N. Waite, *Financial Services Marketing...*, s. 66, 95.

5. Proces tworzenia i zarządzania produktami...

Rodzaje mediów oraz środków przekazu marketingowego i reklamowego, które mogą być używane przez zakłady ubezpieczeń w procesie wsparcia sprzedaży zawiera tablica 5.3. Prawidłowo dobrany zestaw narzędzi zwiększa prawdopodobieństwo sukcesu nowego produktu. Obecnie coraz większą wagę przywiązuje się do wszelkiego rodzaju mediów elektronicznych i wirtualnych, z których wiodącą rolę zaczynają odgrywać media społecznościowe. Niemniej jednak ze względu na specyfikę produktów ubezpieczeniowych równie istotne są tradycyjne narzędzia wsparcia sprzedaży, do których przede wszystkim należy zaliczyć bezpośrednie spotkania z klientami oraz pośrednikami. Tego typu działania mają szczególne znaczenie w obszarze ubezpieczeń na życie, gdzie pośrednicy ubezpieczeniowi na ogół muszą spotykać się z klientami, aby rzetelnie przekazać wszystkie informacje oraz nakłonić do zakupu polis.

Uzupełnieniem omówionych kwestii mogą być wyniki badań rynku krajowego wskazujące ocenę poszczególnych środków przekazu. Dla 38% ankietowanych klientów najłatwiejsze do zapamiętania były reklamy zamieszczane w Internecie, natomiast dla 26% najbardziej odpowiednia była reklama telewizyjna. Najmniejsze zainteresowanie respondentów uzyskały reklamy zamieszczone w: radiu, prasie, ulotkach oraz na plakatach (po około 5%)⁴⁴⁹.

Tablica 5.3. Rodzaje mediów oraz środków przekazu marketingowego i reklamowego

Media tradycyjne (<i>traditional media</i>)	Media elektroniczne i wirtualne (<i>online media</i>)
Materiały reklamowe w formie drukowanej (<i>print advertising</i>)	Reklama on-line (<i>online advertising</i>)
Materiały i informacje prasowe (<i>press kit</i>)	Informacje prasowe (<i>news release</i>)
Artykuły prasowe w formie drukowanej (<i>print article</i>)	Zestawienia i informacje o produktach (<i>white paper</i>)
Mailing pocztowy (<i>direct mail</i>)	Marketing realizowany mailingowo (<i>email marketing</i>)
Rozmowy sprzedażowe (<i>trade speech</i>)	Prezentacje on-line (<i>online presentation</i>)
Spotkania i pokazy sprzedażowe (<i>trade show</i>)	Media społecznościowe (<i>social media</i>)
Cykle spotkań z klientami lub pośrednikami (<i>road show</i>)	Spotkania i seminaria za pośrednictwem łączy internetowych (<i>webinar</i>)

⁴⁴⁹ T. Nowogródzka, W. Rembisz, *Analiza marketingu usług ubezpieczeniowych...*, s. 150.

Media tradycyjne (<i>traditional media</i>)	Media elektroniczne i wirtualne (<i>online media</i>)
Seminaria i konferencje dla klientów (<i>customer seminar</i>)	Strony internetowe dla grup zamkniętych (<i>web microsite</i>)
Wizyty sprzedażowe (<i>sales visit</i>)	Pozycjonowanie stron internetowych (<i>search marketing</i>)

Źródło: J. Mahmutllari, *Developing a new product development & launch process. Case: Company X*, Haaga Helia – University of Applied Sciences Publishing, Helsinki 2014, s. 21.

5.3.1.11. Obszar wsparcia administracyjnego

Obszar administracji jest jednym z najmniej zauważanych i docenianych elementów w tworzeniu nowych produktów. W zespołach projektowych obszar ten zazwyczaj reprezentowany jest przez przedstawiciela Departamentu Administracji lub, w zależności od nomenklatury danego zakładu ubezpieczeń, innej jednostki organizacyjnej zajmującej się obszarem administracyjnego *back office*. Z racji pełnionej funkcji oddelegowany do opieki nad omawianym obszarem członek zespołu projektowego nie ma na ogół zbyt wielu zadań kreatywnych, niemniej jednak zakres wyznaczonych mu zadań oraz jakość ich realizacji mają kluczowe znaczenie dla sprawnego funkcjonowania i zarządzania produktami. Zadania w tym obszarze mogą obejmować:

- koordynację procesu przygotowania i wydruku dokumentów związanych z nowym produktem (np. o.w.u., regulaminy, tabele opłat, formularze dla agentów, inne druki oraz dokumenty dla sieci sprzedaży, materiały reklamowe itp.);
- magazynowanie i ewidencja wymienionych materiałów;
- koordynację dystrybucji wymienionych dokumentów oraz materiałów reklamowych w sieci dystrybucji;
- zarządzanie i administrowanie jednostkami organizacyjnymi znajdującymi się poza centralą zakładu ubezpieczeń (np. oddziały regionalne);
- zarządzanie i administrowanie flotą samochodową (głównie dla kadry managerskiej i sieci sprzedaży);
- inne zadania wspierające sprawne funkcjonowanie zakładu ubezpieczeń, sieci dystrybucji oraz oferowanych produktów.

5. Proces tworzenia i zarządzania produktami...

Umiejętne i profesjonalne koordynowanie wszystkich elementów administracyjnych umożliwia poprawne funkcjonowanie procesu sprzedaży i zarządzania produktami ubezpieczeniowymi, co ma istotne znaczenie dla sukcesu każdego projektu i przedsięwzięcia.

5.3.2. Etap 2 – scalenie i testowanie produktu

Kluczowym elementem przygotowania produktu jest scalenie wszystkich wcześniej przygotowanych obszarów i ich przetestowanie, czego dokonują członkowie zespołu projektowego pod nadzorem managera produktu. Najistotniejszą kwestią jest sprawdzenie funkcjonalności produktu i systemów związanych z jego obsługą. Błędnie przeprowadzony proces testowania może mieć bardzo poważne konsekwencje po rozpoczęciu dystrybucji⁴⁵⁰. Do szczególnie istotnych elementów należą wszelkiego rodzaju programy informatyczne, transakcje finansowe, procedury obsługi klienta i infolinie. W produktach o charakterze inwestycyjnym dokonywane są testowe transakcje wewnątrzsystemowe, polegające na przykład na wpływie składek, przydziale jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, pobieraniu opłat, konwersji funduszy itp. Po przeprowadzeniu wszystkich testów i wdrożeniu ewentualnych korekt, dokonywana jest ostateczna weryfikacja i ocena wszystkich materiałów oraz elementów produktu. Dopiero po niej produkt można uznać za gotowy do przedstawienia i rekomendowania zarządowi zakładu ubezpieczeń, co jest zwieńczeniem tego etapu. Manager produktu, przy wsparciu zespołu projektowego, formułuje rekomendację na podstawie efektów dotychczasowych prac, załączając wszystkie materiały i pełną dokumentację, która powinna zostać poddana ostatecznej ocenie przez władze ubezpieczyciela.

5.3.3. Etap 3 – decyzja zarządu

Po przygotowaniu całej dokumentacji przez zespół projektowy i managera produktu, wszystkie jej elementy są sprawdzane pod względem formalnym, najczęściej przez pracowników Biura Zarządu, którzy weryfikują zgodność i kompletność dokumentacji z obowiązującymi procedurami wewnętrznymi oraz

⁴⁵⁰ M. Brand, *The MBP Guide...*, s. 77.

wymogami prawa. Następnie dokumentacja wraz z rekomendacją poddawana jest pod dyskusję i głosowanie na posiedzeniu zarządu. Rezultatem dyskusji mogą być następujące decyzje:

- wprowadzenie produktu do sprzedaży w rekomendowanym kształcie wraz z wyznaczeniem daty rozpoczęcia sprzedaży;
- odłożenie decyzji w czasie aż do wprowadzenia rekomendowanych przez zarząd korekt produktu, jeśli władze ubezpieczyciela uznają je za stosowne;
- rezygnacja z planowanego przedsięwzięcia i decyzja o nie wprowadzaniu produktu do sprzedaży.

5.4. Faza 3 – rozpoczęcie dystrybucji i zarządzanie produktem

5.4.1. Dystrybucja i bieżąca obsługa produktu

Trzecia faza procesu zarządzania produktem ubezpieczeniowym rozpoczyna się w dniu sprzedaży pierwszej umowy ubezpieczenia i trwa do momentu wycofania produktu z rynku oraz rozliczenia wszystkich zobowiązań. Istotne są w niej trzy obszary:

- prawidłowo realizowana sprzedaż oraz bieżąca obsługa produktu (*back office*);
- relacje z dystrybutorami;
- relacje z klientami.

Początek dystrybucji rozpoczyna więc właściwy cykl życia produktu, o którym wspomniano na początku niniejszego opracowania. Wszystkie procesy i czynności wykonywane od tego momentu muszą przebiegać zgodnie z założeniami i procedurami przygotowanymi oraz opisanymi wcześniej w fazie 2. Jednym z istotniejszych elementów postrzegania produktu przez klientów jest jakość procesu sprzedaży, w którym szczególną rolę odgrywają struktury odpowiedzialne za dystrybucję produktów, ponieważ to na nich ciąży największa odpowiedzialność za sukces rynkowy. Do ich najważniejszych zadań należy nawiązywanie i podtrzymywanie dobrych relacji z dystrybutorami oraz klientami, których lojalność często jest gwarantem długoterminowych i stabilnych przychodów. W związku z tym ubezpieczyciele powinni dokonywać cyklicznego monitoringu pośredników, szczególnie oceniając ich pod kątem:

- dynamiki wzrostu składki;

5. Proces tworzenia i zarządzania produktami...

- wypowiedzianych przez klientów umów (tzw. lapsów);
- poziomu szkodowości oraz satysfakcji klienta;
- sposobu wynagradzania i związanej z tym efektywności sprzedaży⁴⁵¹.

Gdy na podstawie przeprowadzonych badań ubezpieczyciel uzna, że dany kanał dystrybucji nie spełnia celów określonych w systemie zarządzania produktem, powinien niezwłocznie podjąć odpowiednie działania korygujące lub zapobiegawcze w tym zakresie⁴⁵².

Reklama i marketing stanowiące wsparcie procesu sprzedaży oraz relacji z dystrybutorami i klientami odgrywają również istotną rolę w całym procesie zarządzania, choć zależną od specyfiki danego produktu. Nie mniej ważny jest obszar oceny ryzyka ubezpieczeniowego (*underwriting*), który z jednej strony musi być jak najbardziej szczelny i restrykcyjny, a z drugiej akceptowalny dla klientów, którzy w przypadku zbyt skomplikowanych procedur nie będą skłonni do zakupu danego produktu. W praktyce pogodzenie tych dwóch racji niekiedy jest bardzo trudne. Ze względu na bezpieczeństwo finansowe i wypłacalność istotny jest także obszar reasekuracji, który musi być skoordynowany z bieżącą skalą sprzedaży i ekspozycji na ryzyko właściwe bieżącej ofercie produktowej. Obszar finansów i księgowości oraz inwestycji również winien działać sprawnie, aby realizować wszystkie przepływy i transakcje finansowe zgodnie z przyjętymi procedurami. W ostatnich latach coraz większą rolę odgrywają systemy obsługi informatycznej oraz nowe technologie, które wymagają stałego nadzoru i przestrzegania zasad bezpieczeństwa danych. Obszar wsparcia administracyjnego, choć niewidoczny dla klienta, również odgrywa bardzo ważną rolę w bieżącym zarządzaniu zakładami ubezpieczeń. Szczególnie istotna dla pozytywnej oceny produktu, jak i całego zakładu ubezpieczeń jest procedura likwidacji szkód, która obejmuje wszystkie czynności począwszy od zgłoszenia roszczenia do wypłaty świadczenia albo odmowy jego wypłaty. Polega ona na podejmowaniu przez zakład ubezpieczeń niezbędnych czynności zmierzających do ustalenia jego odpowiedzialności oraz wysokości należnych świadczeń dla klientów⁴⁵³. Cały proces związany z likwidacją szkód powinien rozpocząć się jak najszybciej,

⁴⁵¹ Komisja Nadzoru Finansowego, *Rekomendacje dla zakładów ubezpieczeń dotyczące systemu zarządzania produktem*, Warszawa 2016, rekomendacja 19.

⁴⁵² Komisja Nadzoru Finansowego, *Rekomendacje dla zakładów ubezpieczeń dotyczące systemu zarządzania produktem*, 2016 Warszawa, rekomendacja 17.

⁴⁵³ Komisja Nadzoru Finansowego, *Rekomendacje dla zakładów ubezpieczeń dotyczące systemu zarządzania produktem*, Warszawa 2016, s. 4.

jeśli to możliwe niezwłocznie po zgłoszeniu roszczenia przez klienta. Istotny jest także sprawny i skuteczny system komunikacji z pośrednikami w zakresie przekazywania i obsługi roszczeń⁴⁵⁴, który również zależy od specyfiki konkretnego produktu. Ponadto proces likwidacji szkód jest obszarem, na podstawie którego generowane są informacje ważne nie tylko do zarządzania produktem i jego obsługi, ale także do projektowania i tworzenia kolejnych produktów ubezpieczeniowych. Doświadczenia płynące z analizy systemu likwidacji szkód mogą być tutaj bardzo cenne, a nawet kluczowe. Kolejny element sprawnego zarządzania produktami to obsługa klienta realizowana na wszystkich szczeblach zarządzania – począwszy od polityki informacyjnej, przez sprawne systemy IT, aż po strony internetowe, płatności, infolinie itp.

Niemal każdy produkt finansowy, a także jakość jego obsługi, może generować niezadowolenie wśród klientów, czego przykładem również są produkty ubezpieczeniowe. Dlatego sprawne procedury rozpatrywania skarg i reklamacji to jedne z istotniejszych elementów wizerunkowych ubezpieczycieli, które powinny cechować się przejrzystością i obiektywizmem, a także krótkim czasem realizacji. Nawet wówczas, gdy spory z klientami przeradzają się w spory sądowe, ubezpieczyciele winni dążyć do osiągnięcia kompromisu z klientami oraz do zawierania ugód⁴⁵⁵.

Niezwykle ważnym elementem wspierającym zarządzanie zakładem ubezpieczeń i poszczególnymi produktami jest sprawny system kontroli wewnętrznej, który pozwala identyfikować wszystkie nieprawidłowości zarówno na poziomie struktur wewnętrznych i współpracy z kontrahentami, jak i relacji z klientami. Procedury i mechanizmy kontroli wewnętrznej powinny pozwalać na identyfikację wszelkich nieprawidłowości także w systemie zarządzania produktem⁴⁵⁶.

Koordinowanie wymienionych działań leży w gestii zarządu oraz poszczególnych jednostek organizacyjnych odpowiedzialnych za ich realizację. Jakość działań determinuje, czy osiągnięty zostanie sukces rynkowy, czy też oczekiwania wobec nowego produktu nie zostaną spełnione.

⁴⁵⁴ Komisja Nadzoru Finansowego, *Rekomendacje dla zakładów ubezpieczeń dotyczące systemu zarządzania produktem*, Warszawa 2016, rekomendacja 23.

⁴⁵⁵ Komisja Nadzoru Finansowego, *Rekomendacje dla zakładów ubezpieczeń dotyczące systemu zarządzania produktem*, Warszawa 2016, rekomendacja 24–25.

⁴⁵⁶ Komisja Nadzoru Finansowego, *Rekomendacje dla zakładów ubezpieczeń dotyczące systemu zarządzania produktem*, Warszawa 2016, rekomendacja 31.

5.4.2. Badanie satysfakcji klientów, monitoring i ocena produktu

Na etapie posprzedażowym bardzo ważne jest badanie satysfakcji klientów, które ubezpieczycielom daje możliwość oceny zgodności produktu z oczekiwaniami grupy docelowej oraz oceny samego procesu dystrybucji i obsługi produktu we wszystkich jej aspektach. Badania takie powinny obejmować cały cykl życia produktu i w zależności od jego specyfiki należałoby je przeprowadzać z różną częstotliwością, np.:

- w ubezpieczeniach o charakterze średnio lub długoterminowym (ubezpieczenia na życie) – po zawarciu umowy, w rocznicę polisy oraz po wypłacie świadczeń lub rozpatrzeniu reklamacji;
- w umowach krótkoterminowych – głównie po wypłacie świadczeń lub rozpatrzeniu reklamacji⁴⁵⁷.

Ubezpieczyciele zobligowani są do regularnych (minimum raz na rok) przeglądów systemu zarządzania produktem pod kątem jego jakości i adekwatności, a także wprowadzania koniecznych zmian. Za procesy z tym związane odpowiedzialne są zarządy zakładów ubezpieczeń, zatwierdzające formalnie wszystkie procedury, a efektywność ich działań oceniają rady nadzorcze. W procesie projektowania i tworzenia, a także dystrybucji i obsługi produktów, zakłady ubezpieczeń powinny stosować rozwiązania organizacyjne i administracyjne, mające na celu zapobieganie konfliktom interesów, aby nie miały one negatywnego wpływu na klientów⁴⁵⁸. Po rozpoczęciu sprzedaży nowego produktu zakłady ubezpieczeń zobowiązane są do prowadzenia i dokumentowania monitoringu, mającego za zadanie udzielenie odpowiedzi na pytania:

- Czy produkt realizuje oczekiwania i interesy docelowej grupy klientów?
- Czy wysokość składek ustalana jest po dokonaniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego i zapewnia co najmniej wykonanie wszystkich zobowiązań z umów ubezpieczenia i pokrycie kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej?

⁴⁵⁷ Komisja Nadzoru Finansowego, *Rekomendacje dla zakładów ubezpieczeń dotyczące systemu zarządzania produktem*, Warszawa 2016, rekomendacja 30.

⁴⁵⁸ Komisja Nadzoru Finansowego, *Rekomendacje dla zakładów ubezpieczeń dotyczące systemu zarządzania produktem*, Warszawa 2016, rekomendacja 3, 4, 5, 8.

- Czy jakość procesu projektowania, tworzenia, dystrybucji i obsługi jest na właściwym poziomie⁴⁵⁹?

Jednym z celów powyższych działań jest identyfikacja wad produktu, czyli nieprawidłowości występujących na którymkolwiek etapie jego cyklu życiowego, w tym tzw. wad systemowych powodujących istotne naruszenie interesu klientów, np. poprzez określenie zakresu ochrony w sposób nieadekwatny do potrzeb grupy docelowej⁴⁶⁰. Ubezpieczyciele przeprowadzają więc analizy jakościowe, a w uzasadnionych przypadkach także analizy ilościowe. Elementami analiz jakościowych produktu są następujące kwestie:

- ocena zgodności z obowiązującymi przepisami prawa, wytycznymi i rekomendacjami KNF oraz regulacjami wewnętrznymi;
- analiza w zakresie występowania w oferowanych produktach postanowień, które zostały uznane za niedozwolone postanowienia umowne lub postanowienia o treści analogicznej;
- analiza potencjalnych ryzyk związanych z produktem, w tym dotyczących nieadekwatności składek⁴⁶¹.

Analiza ilościowa jest przeprowadzana, gdy przyjęte wcześniej założenia odnośnie do produktu były błędne lub ulegną zmianie. W szczególności obejmuje ona:

- w odniesieniu do ubezpieczeniowych produktów inwestycyjnych:
 - liczbę i charakter skarg (w tym reklamacji);
 - zmianę wartości lub płynności instrumentu finansowego;
 - zmianę struktury kosztów/opłat;
 - zmianę przepisów podatkowych;
 - zmianę ryzyka kredytowego kontrahenta;
 - zmianę ryzyka tzw. lapsów;
 - skalę i prawdopodobieństwo osiągnięcia zysków przez docelową grupę klientów;
- w odniesieniu do ochronnych produktów ubezpieczeń na życie:
 - liczbę i charakter skarg (w tym reklamacji);
 - zmianę ryzyka śmiertelności/długowieczności;

⁴⁵⁹ Komisja Nadzoru Finansowego, *Rekomendacje dla zakładów ubezpieczeń dotyczące systemu zarządzania produktem*, Warszawa 2016, rekomendacja 20.

⁴⁶⁰ Komisja Nadzoru Finansowego, *Rekomendacje dla zakładów ubezpieczeń dotyczące systemu zarządzania produktem*, Warszawa 2016, s. 4.

⁴⁶¹ Komisja Nadzoru Finansowego, *Rekomendacje dla zakładów ubezpieczeń dotyczące systemu zarządzania produktem*, Warszawa 2016, rekomendacja 21.

5. Proces tworzenia i zarządzania produktami...

- zachorowalności i niepełnosprawności;
- zmianę wysokości stopy technicznej;
- w odniesieniu do produktów innych niż produkty ubezpieczeń na życie:
 - liczbę i charakter skarg (w tym reklamacji);
 - zmianę wskaźnika szkodowości wraz z oceną korelacji szkodowości dla różnych produktów oraz oceną wpływu wzrostu szkodowości na realizację możliwości wypełniania przez ubezpieczyciela zobowiązań wynikających z zawartych umów ubezpieczenia⁴⁶².

Monitoring i analizy produktu prowadzone po rozpoczęciu dystrybucji umożliwiają identyfikację wszystkich rozbieżności, które występują na styku klient – ubezpieczyciel. Oczekiwania w tym zakresie mogą być bardzo różne, a ocena samego produktu wielopłaszczyznowa, co wskazane jest w tabelicy 5.4. Rozbieżności mogą dotyczyć zarówno samych oczekiwań odnośnie do produktu, jak i percepcji jakości jego wykonania, obsługi oraz komunikacji.

Tablica 5.4. Rozbieżności oczekiwań między stronami kształtującymi popyt i podaż na produkty (usługi) ubezpieczeniowe

Rozbieżności	
Rozbieżność między oczekiwaniem klienta odnośnie do produktu ubezpieczeniowego (usługi ubezpieczeniowej), a percepcją oczekiwań przez zakład ubezpieczeń	Rozbieżność między specyfiką jakości produktu ubezpieczeniowego (usługi ubezpieczeniowej), a jej wykonaniem
Rozbieżność między percepcją oczekiwań klienta przez zakład ubezpieczeń, a specyfiką jakościową produktu ubezpieczeniowego (usługi ubezpieczeniowej)	Rozbieżność między wykonaniem produktu ubezpieczeniowego (usługi ubezpieczeniowej), a zewnętrznym komunikowaniem się zakładu ubezpieczeń z klientem

Źródło: opracowanie własne na podstawie: U.A. Zeihanl, A. Parasumaran, L.L. Berry, *Delivering Quality Service Balancing Customer Perceptions and Expectations*, New York 1990, s. 45.; M. Maliszewska, *Zakład ubezpieczeń jako przedsiębiorstwo; podstawowe elementy prawne i organizacyjno-funkcjonalne*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe” 2009, nr 7, s. 137–153.

⁴⁶² Komisja Nadzoru Finansowego, *Rekomendacje dla zakładów ubezpieczeń dotyczące systemu zarządzania produktem*, Warszawa 2016, rekomendacja 21.

Ubezpieczyciele zobligowani są do prowadzenia tzw. rejestru wad, w którym należy je dokumentować, przy czym gromadzone dane powinny umożliwić uzyskanie co najmniej następujących informacji:

- nazwa komórki organizacyjnej odpowiedzialnej za usunięcie wady;
- nazwy produktu zawierającego wadę wraz z właściwym kodem umożliwiającym jego identyfikację;
- odpowiedź czy jest to produkt strategiczny;
- datę stwierdzenia wady;
- sposób wykrycia wady;
- opis wady wraz z informacją, czy jest to wada systemowa czy nie;
- datę usunięcia wady;
- sposób usunięcia wady;
- datę przekazania informacji do organu nadzoru w przypadku wad systemowych⁴⁶³.

Wady mogą być zidentyfikowane na wiele sposobów, jak choćby w wyniku:

- kontroli (samokontroli) osób zaangażowanych w realizację produktu;
- skargi (w tym reklamacji) klienta;
- kontroli zewnętrznej;
- kontroli wewnętrznej lub audytu wewnętrznego⁴⁶⁴.

Jeżeli zostaną zidentyfikowane jakiegokolwiek wady, ubezpieczyciele zobligowani są do ich skorygowania zarówno w zakresie konstrukcji, jak i obsługi oraz dystrybucji. Ekstremalnym i niezwykle rzadkim rozwiązaniem może być nawet wstrzymanie sprzedaży lub całkowite wycofanie produktu z obrotu. Zanim podjęte zostaną konkretne działania, wady każdorazowo muszą być szczegółowo opisane i przedstawione zarządowi w formie raportów, na podstawie których podejmowane są dalsze decyzje. Wykrycie wad systemowych, naruszających w sposób istotny interes klientów, musi skutkować korzystną zmianą warunków zawartych umów⁴⁶⁵. Raportowanie wad systemowych musi być także przekazywane do KNF wraz ze wskazaniem wpływu stwierdzonych

⁴⁶³ Komisja Nadzoru Finansowego, *Rekomendacje dla zakładów ubezpieczeń dotyczące systemu zarządzania produktem*, Warszawa 2016, rekomendacja 27.

⁴⁶⁴ Komisja Nadzoru Finansowego, *Rekomendacje dla zakładów ubezpieczeń dotyczące systemu zarządzania produktem*, Warszawa 2016, rekomendacja 28.

⁴⁶⁵ Komisja Nadzoru Finansowego, *Rekomendacje dla zakładów ubezpieczeń dotyczące systemu zarządzania produktem*, Warszawa 2016, rekomendacja 28.

wad na działalność danego ubezpieczyciela oraz opisem działań korygujących lub zapobiegawczych⁴⁶⁶.

Na podstawie przepływu informacji z wszystkich obszarów obsługi i zarządzania, zakłady ubezpieczeń dokonują okresowej analizy i oceny nowego produktu. Efektem tych działań może być jedna z wymienionych decyzji zarządu:

- pozostawienie produktu w niezmienionym kształcie;
- dokonanie zmian w wybranych obszarach produktu lub jego obsługi;
- wycofanie produktu ze sprzedaży (najrzadziej spotykane przypadki).

Podsumowanie rozdziału 5

W rozdziale piątym przedstawiono charakterystykę i opis poszczególnych etapów tworzenia oraz zarządzania produktami ubezpieczeniowymi. Proces ten jest bardzo skomplikowany i ściśle związany z praktyką i specyfiką branży ubezpieczeniowej. Trudno poddać go jednoznacznym definicjom oraz ująć w ramy teoretyczne. Złożoność konstrukcji oraz zarządzania produktami ubezpieczeniowymi stwarza pewne bariery, które utrudniają skwantyfikowanie wszystkich elementów składowych. Rozważania przeprowadzone w końcowym rozdziale wskazały, że prawidłowo przygotowany i realizowany proces tworzenia produktu jest czynnikiem decydującym o jego sukcesie. Nie mniej ważny jest jednak proces zarządzania produktem po wprowadzeniu go do sprzedaży, który powinien być dokładnie zaplanowany już na etapie powstawania produktu. W każdym tego typu procesie należy zawrzeć pewien stopień elastyczności, ponieważ założenia sformułowane na etapie projektowym mogą różnić się z rzeczywistością już po jego wprowadzeniu w życie. W trakcie prac nad monografią przyjęto założenie, że system zarządzania produktem obejmuje wszelkie procedury oraz czynności i operacje występujące w całym cyklu życia produktu, który trwa od etapu projektowego, poprzez wdrożenie sprzedaży, aż do momentu wycofania produktu z rynku. W końcowym rozdziale niniejszego opracowania opisano zatem wszystkie czynniki i elementy składające się na proces tworzenia, jak i zarządzania produktami ubezpieczeniowymi. Przyjęto w tym zakresie nowatorski sposób ujęcia omawianych zagadnień, polegający na uporządkowaniu całego procesu wg. faz, etapów i obszarów, które w sposób

⁴⁶⁶ Komisja Nadzoru Finansowego, *Rekomendacje dla zakładów ubezpieczeń dotyczące systemu zarządzania produktem*, Warszawa 2016, rekomendacja 29.

bardziej przejrzyste pozwoliły na przedstawienie bardzo złożonych kwestii. W fazie 1 opisano cały proces opracowania koncepcji i studium wykonalności produktu, ustalenia składu zespołu projektowego i harmonogramu prac, poprzez analizę i studium wykonalności, aż do decyzji o jego wdrożeniu i rozpoczęciu właściwych prac projektowych. Faza 2 obejmowała charakterystykę procesu tworzenia nowego produktu począwszy od dokumentacji formalnoprawnej, założeń aktuarialnych, oceny ryzyka ubezpieczeniowego, reasekuracji, finansów, księgowości, IT, dystrybucji, likwidacji szkód, aż do ostatecznej decyzji o rozpoczęciu sprzedaży. Faza 3 z kolei obejmowała charakterystykę wszystkich elementów związanych z dystrybucją, bieżącą obsługą i monitoringiem produktu. Istotnym założeniem było również scharakteryzowanie wszystkich poruszanych kwestii w sposób, jak najbardziej odzwierciedlający podejście stosowane w praktyce rynku ubezpieczeniowego.

Zagadnienia badawcze

1. Jakie są najważniejsze etapy tworzenia produktów ubezpieczeniowych?
2. Jakie znaczenie ma analiza koncepcji nowego produktu ubezpieczeniowego i jakie elementy powinna ona zawierać?
3. Czym jest docelowa grupa klientów zakładu ubezpieczeń oraz jak można scharakteryzować tzw. antygrupę? Jakie znaczenie mają te pojęcia w procesie tworzenia nowego produktu?
4. Co należy rozumieć pod pojęciem missellingu na rynku finansowym?
5. Czym jest *underwriting* ubezpieczeniowy i jakie ma zadania?
6. Jakie znaczenie dla jakości nowego produktu ubezpieczeniowego ma analiza aktuarialna?
7. Czym jest reasekuracja i jakie ma znaczenie w tworzeniu i zarządzaniu produktami ubezpieczeniowymi?
8. Jakie dokumenty bezpośrednio związane z zawieraniem i wykonywaniem umów ubezpieczenia należy przygotować na etapie tworzenia produktu ubezpieczeniowego?
9. Jakie elementy powinny zawierać ogólne warunki ubezpieczenia?
10. Jakie dokumenty pośrednio związane z zawieraniem i wykonywaniem umów ubezpieczenia należy przygotować na etapie tworzenia produktu ubezpieczeniowego?

Podsumowanie

Usługi ubezpieczeniowe mają charakter niematerialny i polegają na oferowaniu produktów, których charakter zależy od zdefiniowanych w prawie zasad oraz wielu innych uwarunkowań determinujących ich ostateczny kształt. Szczególną rolę na rynku finansowym pełnią produkty ubezpieczeniowe, będące wspólnym mianownikiem i obszarem badawczym wszystkich rozdziałów niniejszej monografii, która podsumowuje i integruje dotychczasowe próby opisanego zagadnienia. Zawarte w niej treści obejmują szeroko rozumiane zagadnienia z teorii oraz praktyki tworzenia i zarządzania produktami ubezpieczeniowymi.

Intencją przyświecającą autorom niniejszego opracowania było ujęcie badanych kwestii w sposób jak najbardziej zrozumiały, przejrzysty, syntetyczny i nowatorski, ze szczególnym uwzględnieniem ich aspektu praktycznego. Aby osiągnąć postawione założenia, sformułowano główny cel polegający na przedstawieniu i usystematyzowaniu dotychczasowej wiedzy oraz dorobku naukowego na temat produktów ubezpieczeniowych, a także na uporządkowaniu spotykanych w praktyce rynkowej narzędzi tworzenia produktów i zarządzania nimi. Cel główny został rozwinięty w czterech celach szczegółowych, które zostały omówione w poszczególnych rozdziałach monografii.

Pierwszy z celów szczegółowych, jakim jest określenie i usystematyzowanie teoretycznych podstaw tworzenia i oferowania produktów ubezpieczeniowych na tle praktyki rynkowej, został omówiony w rozdziale pierwszym, w którego treści skupiono się na istocie, cechach oraz teoretycznych i praktycznych podstawach tworzenia i oferowania produktów ubezpieczeniowych. Dokonany został także przegląd definicji produktów ubezpieczeniowych, przedstawiono podstawowe

elementy konstrukcyjne produktów oraz kluczowe kryteria ich klasyfikacji. Zaprezentowano również uwarunkowania związane z modyfikowaniem oferty produktowej, metodami i narzędziami jej tworzenia oraz aktualne innowacje produktowe stosowane w sektorze ubezpieczeń.

Autorskie ujęcie omawianych tematów pozwoliło na rozwinięcie drugiego z celów szczegółowych, którym było przedstawienie i uporządkowanie rodzajów produktów ubezpieczeniowych według kryterium ich znaczenia dla rynku oraz klientów. Nad tymi zagadnieniami skupiono się w rozdziałach drugim oraz trzecim, obejmujących charakterystykę produktów z działu ubezpieczeń na życie oraz działu pozostałych ubezpieczeń osobowych i ubezpieczeń majątkowych. W odróżnieniu od innych dostępnych opracowań dotyczących sektora ubezpieczeniowego, poszczególne klasy i rodzaje produktów zostały uszeregowane i przedstawione według kryterium wartości przychodów, czyli wysokości składki przypisanej brutto. Z jednej strony pozwoliło to na bardziej syntetyczne i przejrzyste wskazanie omawianej problematyki, z drugiej na identyfikację, które z dostępnych na rynku produktów mają największe znaczenie dla klientów oraz ubezpieczycieli.

Kolejny z celów szczegółowych, czyli przedstawienie i usystematyzowanie finansowych i aktuarialnych zasad konstrukcji produktów ubezpieczeniowych został omówiony w rozdziale czwartym. Zawarto w nim podstawy teoretyczne tworzenia modeli ryzyka na podstawie tablic trwania życia, jak i funkcji komutacyjnych, a także formuły aktuarialne na składki netto, renty finansowe i życiowe oraz pozostałe ważne parametry dotyczące ubezpieczeń na życie. Przedstawione zostały również uwarunkowania związane z kształtowaniem i wyceną składek w ubezpieczeniach majątkowych, które w wielu aspektach różnią się od ubezpieczeń na życie. W rozdziale omówiono także kluczowe, różniące je czynniki, dotyczące m.in.: odmiennego horyzontu czasowego, terminów, na które udzielana jest ochrona, rodzajów, zakresu i wyceny ryzyk, sposobów wypłaty świadczeń itp.

W przypadku zagadnień opisywanych w końcowej części opracowania, a dotyczących tworzenia produktów ubezpieczeniowych i zarządzania nimi, przyjęto innowacyjne i autorskie podejście do poszczególnych elementów składowych całego procesu. Rozdział piąty zawiera bowiem rozwinięcie ostatniego z celów szczegółowych, czyli usystematyzowanie dotychczasowej wiedzy na temat procesu tworzenia i zarządzania produktami ubezpieczeniowymi oraz uzupełnia ją o nowe elementy. Dzięki doświadczeniom wynikającym z praktyki zawodowej autorów, zastosowano nowatorskie ujęcie systematyzujące proces

tworzenia i zarządzania produktami ubezpieczeniowymi i dzielący go na poszczególne fazy, etapy oraz obszary. Umożliwiło to uzupełnienie, doprecyzowanie i uporządkowanie stosowanych dotychczas w literaturze i praktyce rynkowej sposobów ujmowania badanych kwestii.

Podsumowując przeprowadzone w niniejszym opracowaniu rozważania należy stwierdzić, że problematyka produktów ubezpieczeniowych jest ze swojej natury bardzo skomplikowaną i wymagającą materią. Jej specyfika zawierająca szereg złożonych elementów teoretycznych, formalnoprawnych, finansowo-aktuarialnych i operacyjnych powoduje, że do tej pory nie była ona przedmiotem zbyt wielu kompleksowych opracowań naukowych. Autorzy niniejszej monografii wyrażają zatem nadzieję, że wpisuje się ona w oczekiwania i potrzeby szerokiego kręgu odbiorców: studentów i kadry dydaktycznej uczelni wyższych, a także przedstawicieli sektora finansowego, ze szczególnym uwzględnieniem sektora ubezpieczeniowego, dla których praktyczny charakter rozprawy naukowej może być szczególnie cenny i interesujący.

Bibliografia

Publikacje zwarte

- Accenture, *Cyfryzacja sektora ubezpieczeń w Polsce*, Raport przygotowany przez Accenture we współpracy z Polską Izbą Ubezpieczeń, Warszawa 2018.
- Aktualne problemy wybranych ubezpieczeń majątkowych*, red. M. Kaczała, J. Lisowski, M. Ossak, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań 2014.
- Allen J.A., *Scientific innovation and industrial prosperity*, Longman, London 1966.
- Balicki A., *Analiza przeżycia i tablice wymieralności*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2006.
- Bednarczyk T., *Instytucja ubezpieczenia* [w:] *Ubezpieczenia*, red. W. Ronka-Chmielowiec, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2016.
- Bednarczyk T.H., Jańska A., *Innowacje produktowe i procesowe w obszarze ubezpieczeń majątkowych dla osób fizycznych*, „Annales Universitatis Mariae Curie – Skłodowska Lublin – Polonia” 2015, vol. XLIX, 4 Sectio H.
- Biel E., Burz A., *Czy Rekomendacja U rozwiązuje problemy na rynku bancassurance?* [w:] *Współczesne problemy ubezpieczeń, Przegląd Ubezpieczeń*, red. M. Cycoń, T. Jedynek, G. Strupczewski, Fundacja Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2016.
- Błaszczyn B., Rolski T., *Podstawy matematyki ubezpieczeń na życie*, Wydawnictwo Naukowo-Techniczne, Warszawa 2004.
- Bowers N.L. Jr, Gerber H.U., Hickman J.C., Jones D.A., Nesbitt C.J., *Actuarial mathematics*, 2nd ed., The Society of Actuaries, Schaumburg, Illinois 1997.
- Brand M., *The MBP Guide to New Product Development*, ACCION International, U.S. Agency for International Development, [b.m.] 2001.
- Carter C.F., Williams B.R., *Industry and technological process*, Oxford University Press, London 1958.
- Cooper R. G., *Winning at new products*, Persus Publishing, Cambridge, Massachusetts 2001.
- Cycoń M., Jedynek T., Strupczewski G. (red.), *Współczesne problemy ubezpieczeń. Przegląd Ubezpieczeń*, Fundacja Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2016.
- Dankiewicz R., *Determinanty rozwoju rynku ubezpieczeń kredytu kupieckiego w Polsce*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2011, nr 228.

- Davison H., *The development of new products in the personal financial services sector*, Dorset Institute, Poole 1990.
- Długoterminowe oszczędzanie*, red. J. Rutecka-Góra, Oficyna Wydawnicza Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2005.
- Domański C., Jędrzejczak A., *Rozwój Statystyki Łódzkiej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2015.
- Donnelly P., *How Life Insurers Combat Anti-Selection*, Munich Re, Munich 2011.
- Ennew C.T., Waite N., *Financial Services Marketing. An International Guide to Principles and Practice*, Butterworth-Heinemann-Elsevier, Oxford UK 2007.
- Falconer C., Williams R., *Designing Life Insurance Products – A Broad Overview*, Working Paper AIO Life Seminar, Mangochi 2003.
- Fedor M., *Ubezpieczenia a asymetria informacji*, „Gazeta Ubezpieczeniowa” 2003, nr 25.
- Freeman Ch., *The economics of technical change*, „Cambridge Journal of Economic” 1994, vol. 18, No. 5.
- Gerber H. U., *Life Insurance Mathematics*, The Society of Actuaries, Zurich 1990.
- Gobbi U., *Theorie der Versicherung*, „Zeitschrift für Versicherungsrecht und Wissenschaft” 1896, vol 2.
- GUS, *Trwanie Życia w 2010 r., Informacje i opracowania statystyczne*, oprac. L. Rutkowska, Warszawa 2011.
- GUS, *Trwanie Życia w 2018 r., Informacje i opracowania statystyczne*, oprac. M. Potyra, K. Góral-Radziszewska, Warszawa 2019.
- Gwizdała J., Poblócka A., *Rynek Bancassurance w Polsce w latach 2009-2016*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2018, nr 541.
- Hardyniak B., *Funkcje zakładów ubezpieczeń. Ochrona ubezpieczeniowa* [w:] *Podstawy ubezpieczeń*, red. J. Monkiewicz, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2000, t. I.
- Hadyniak B., *Marketing ubezpieczeniowy* [w:] *Podstawy ubezpieczeń*, red. J. Monkiewicz, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2000, t. I.
- Hadyniak B., *Produkty ubezpieczeniowe* [w:] *Ubezpieczenia*, red. J. Handschke, J. Monkiewicz, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2010.
- Hadyniak B., *Ustalenie i wypłata świadczeń lub odszkodowań* [w:] *Ubezpieczenia*, red. J. Handschke, J. Monkiewicz, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2010.
- Haffer M., *Determinanty strategii nowego produktu polskich przedsiębiorstw przemysłowych*, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń 1998.
- Halley E., *An Estimate of the Degrees of the Mortality of Mankind, drawn from curious Tables of the Births and Funerals at the City of Breslaw; with an Attempt to ascertain the Price of Annuities upon Lives*, „Philosophical Transactions”, vol. 17, [b m] 1693.
- Handschke J., Monkiewicz J. (red.), *Ubezpieczenia*, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2010.
- Holly R., *Ubezpieczenia zdrowotne w polskim systemie ochrony zdrowia*, „Polityka zdrowotna” 2012, nr X.
- Inderst R., Ottaviani M., *Misselling through Agents*, „American Economic Review” 2009, vol. 99, No. 3.
- Jackowska B., *Matematyka ubezpieczeń na życie*, wykład na Wydziale Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego w roku akademickim 2009/2010 [komputeropis], Sopot 2010.

- Jackowska B., *Modele dalszego trwania życia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2013.
- Jackowska B., *Wpływ proporcji płci ubezpieczonych na wysokość jednorazowych składek netto w ubezpieczeniach na życie*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2014, nr 342.
- Jackowska B., Wycinka E., *The comparison of the effect of gender equal treatment on insurance in Poland and other selected European Union countries*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2013, No. 4.
- Jackowska B., Wycinka E., *Płeć i wiek jako czynniki ryzyka w ubezpieczeniu komunikacyjnym* [w:] *Aktualne problemy wybranych ubezpieczeń majątkowych*, red. M. Kaczała, J. Lisowski, M. Ossak, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań 2014.
- Jackowska B., Wycinka E., *Znaczenie wyroku Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 1 marca 2011 r. dla wybranych ubezpieczeń życiowych i majątkowych*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2012, nr 3.
- Janik B., *Ubezpieczenia morskie – charakter prawny umowy oraz zakres świadczeń i obowiązków stron na tle umów ubezpieczeń regulowanych przepisami Kodeksu cywilnego*, „Studia z Polityki Publicznej” 2017, nr 3(15).
- Janikowski A., *Ubezpieczenia*, Wydawnictwo Uczelniane Uniwersytetu Technologiczno-Przyrodniczego w Bydgoszczy, Bydgoszcz 2015.
- Jędrzychowska A., *Ubezpieczenia turystyczne* [w:] *Ubezpieczenia*, red. W. Ronka-Chmielowiec, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2016.
- Jędrzychowska A., Poprawska E., *Klasyczne miary efektywności systemu bonus–malus*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2013, nr 2.
- Jubileusz 90-lecia Głównego Urzędu Statystycznego 1918-2008*, red. A. Kula, GUS, Warszawa 2008, t. 59.
- Kamieński W., Kowalczyk-Rólczyńska P., Pisarewicz P., *Formalnoprawny i instytucjonalny wymiar systemu ochrony klientów w zakresie ubezpieczeń na życie, gdy ryzyko lokaty (inwestycyjne) ponosi ubezpieczający*, „Nauki o Finansach” 2017, nr 3 (32).
- Kawiński M., *Nietrafiona sprzedaż a otoczenie regulacyjne pośrednictwa ubezpieczeniowego w Polsce – wybrane rozwiązania*, „Studia Oeconomica Posnaniensia” 2015, vol. 3, No. 12.
- Kiliński R., *Tajniki ubezpieczenia armatora morskiego*, „Miesięcznik Ubezpieczeniowy. Przewodnik po Dużych Ryzykach” 2018, wyd. 2.
- Komisja Europejska, *Podręcznik Oslo. Zasady gromadzenia i interpretacji danych dotyczących innowacji*, OECD, MNiSW, Warszawa 2008.
- Komisja Nadzoru Finansowego, *Bilans dla celów wypłacalności zakładów ubezpieczeń oraz Wskaźniki wypłacalności w skali sektora oraz struktura wymogu SCR* [w:] *Rocznik rynku ubezpieczeń. Zagregowane dane dla celów wypłacalności II krajowych zakładów ubezpieczeń*, Warszawa 2018.
- Komisja Nadzoru Finansowego, *Badanie ilościowe. Specyfikacja techniczna*, Urząd Komisji Nadzoru Finansowego, Warszawa 2013.
- Komisja Nadzoru Finansowego, *Komunikat z 386. posiedzenia Komisji Nadzoru Finansowego w dniu 10 kwietnia 2018 r.*, Warszawa 2018.
- Komisja Nadzoru Finansowego, *Raport. Ubezpieczenia turystyczne*, Warszawa 2018.

- Komisja Nadzoru Finansowego, *Raport Rzecznika Finansowego. Ubezpieczenia turystyczne*, oprac. A. Daszewski, E. Gurac, A. A. Jasiński, M. Kościelak, A. Stalmach-Młynarska, B. Wolińska, Warszawa 2018.
- Komisja Nadzoru Finansowego, *Rekomendacja U dotycząca dobrych praktyk w zakresie bancassurance*, Warszawa 2014.
- Komisja Nadzoru Finansowego, *Rekomendacje dla zakładów ubezpieczeń dotyczące badania adekwatności produktu*, Warszawa 2016.
- Komisja Nadzoru Finansowego, *Rekomendacje dotyczące procesu ustalania i wypłaty zadośćuczynienia z tytułu szkody niemajątkowej z umów ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych*, Warszawa 2016.
- Komisja Nadzoru Finansowego, *Rekomendacje dla zakładów ubezpieczeń dotyczące systemu zarządzania produktem*, Warszawa 2016.
- Komisja Nadzoru Finansowego, *Rocznik rynku ubezpieczeń. Zagregowane dane dla celów wypłacalności II krajowych zakładów ubezpieczeń*, Warszawa 2018.
- Komisja Nadzoru Finansowego, *Wytyczne dla zakładów ubezpieczeń dotyczące dystrybucji ubezpieczeń*, Warszawa 2014.
- Komisja Nadzoru Finansowego, *Wytyczne dotyczące likwidacji szkód z ubezpieczeń komunikacyjnych*, Warszawa 2014.
- Komisja Nadzoru Finansowego, *Wytyczne dotyczące reasekuracji biernej/retrocesji*, Warszawa 2014.
- Komisja Nadzoru Finansowego, *Wytyczne dotyczące zarządzania obszarami technologii informacyjnej i bezpieczeństwa środowiska teleinformatycznego w zakładach ubezpieczeń i zakładach reasekuracji*, Warszawa 2014.
- Kondratowicz P., *Przegląd systemów ubezpieczenia ryzyk katastroficznych w wybranych krajach Unii Europejskiej [w:] Powódź. Infrastruktura. Finansowanie*, red. R. Pajewska-Kwaśny, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2012, nr 1 (numer specjalny).
- Kowalczyk P., *Ubezpieczenie tytułu prawnego nieruchomości (title insurance) – perspektywy rozwoju na rynku polskim*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2010, nr 105.
- Kowalczyk P., Poprawska E., Ronka-Chmielowiec W., *Metody aktuarialne*, PWN, Warszawa 2006.
- Kowalczyk-Rólczyńska P., *Rola produktów ubezpieczeniowych typu mortgage insurance w finansowaniu rynku nieruchomości mieszkaniowych*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2011, nr 175.
- Kowalczyk-Rólczyńska P., *Ubezpieczenie jako instrument transferu ryzyka kredytowego*, „Zarządzanie i Finanse” 2011, vol. 11, nr 2, cz. 5.
- Kowalczyk-Rólczyńska P., Pisarewicz P., *Bilansowe ujęcie aktywów netto i rezerw ubezpieczeń na życie, gdy ryzyko lokaty (inwestycyjne) ponosi ubezpieczający*, Zeszyty naukowe US „Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” 2016, nr 4 (82), cz. 2.
- Kowalczyk-Rólczyńska P., Pisarewicz P., *Unit-linked life insurance in view of the new act on insurance and reinsurance activities*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2015, nr 4.
- KPMG Poland, *Ubezpieczenia w zasięgu ręki – czy aplikacje mobilne otworzą nowe możliwości przed ubezpieczycielami w Polsce? (Raport)*, Warszawa 2016.

- Krzykowski G., Szreder M., *Rachunek prawdopodobieństwa i statystyka matematyczna*. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002, cz. I.
- Kukiełka J., Poniewierka D., *Ubezpieczenia finansowe*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz-Warszawa 2003.
- Kwiecień I., *Ubezpieczenia mienia* [w:] *Ubezpieczenia*, red. W. Ronka-Chmielowiec, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2016.
- Kwiecień I., *Ubezpieczenia transportowe i budowlano-montażowe* [w:] *Ubezpieczenia*, red. W. Ronka-Chmielowiec, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2016.
- Kwiecień I., *Umowa i stosunek ubezpieczenia* [w:] *Ubezpieczenia*, red. W. Ronka-Chmielowiec, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2016.
- Lisowski J., *Ubezpieczenia finansowe* [w:] *Ubezpieczenia*, red. W. Ronka-Chmielowiec, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2016.
- Lisowski J., *Specyfika gospodarki finansowej ubezpieczycieli kredytu kupieckiego w Polsce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań 2010.
- Łukasiewicz J., *Rodowód historyczny statystyki polskiej*, [b.m.r.], s. 61 [w:] *Jubileusz 90-lecia Głównego Urzędu Statystycznego 1918–2008*, red. A. Kula, GUS, Warszawa 2008, t. 59.
- Mahmutllari J., *Developing a new product development & launch process. Case: Company X*, Haaga Helia – University of Applied Sciences Publishing, Helsinki 2014.
- Malinowska K., *Pojęcie zarządzania produktem ubezpieczeniowym w świetle dyrektywy o dystrybucji ubezpieczeń i przepisów implementacyjnych*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2017, nr 1.
- Maśniak D., Malinowska K., *Czynności dystrybucyjne w nowym reżimie zawierania umów ubezpieczenia – wybrane aspekty implementacji dyrektywy nr 2016/97 w sprawie dystrybucji ubezpieczeń*, „Prawo Asekuracyjne” 2017, nr 2 (91).
- Michalak D., *Ubezpieczenia od katastrof naturalnych jako istotny element zrównoważonego rozwoju*, „Ekonomia i Środowisko” 2015, nr 1 (52).
- Michalski T., *Podstawy aktuarialne działalności ubezpieczeniowej* [w:] *Podstawy ubezpieczeń*, red. J. Monkiewicz, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2003.
- Michalski T., Pajewska R., *Ubezpieczenia gospodarcze*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 2001.
- Michalski T., Pajewska-Kwaśny R., Śliwiński A., Tomaszewska I., *Ryzyko katastroficzne*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2016.
- Monkiewicz J., *Kalkulacja składki czystej w ubezpieczeniach krótkoterminowych* za: A. Banaśński, *Ubezpieczenia gospodarcze*, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 1993, s. 145 [w:] *Podstawy ubezpieczeń*, red. J. Monkiewicz, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2003.
- Monkiewicz J., *Podstawy techniczne działalności ubezpieczeniowej. Kalkulacja składki czystej w ubezpieczeniach krótkoterminowych* [w:] *Podstawy ubezpieczeń*, red. J. Monkiewicz, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2003.
- Monkiewicz J., *Podstawy techniczne działalności ubezpieczeniowej. Struktura składki ubezpieczeniowej* [w:] *Podstawy ubezpieczeń*, red. J. Monkiewicz, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2003.
- Monkiewicz J., *Produkty ubezpieczeniowe – istota, cechy, rodzaje* [w:] *Podstawy ubezpieczeń*, red. J. Monkiewicz, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2003, t. II.

- Monkiewicz J., Monkiewicz M., Pazio W., *Nowe podejście do ochrony konsumenta na jednolitym rynku ubezpieczeniowym UE* [w:] red. S. Nowak, A.Z. Nowak, A. Sopoćko, *Polski rynek ubezpieczeń na tle kryzysów społeczno-gospodarczych*, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2016.
- Munsfield E., *Industrial Research and Technology Innovation*, Norton W.W. and Co., New York 1968.
- Nowakowski A., *Ubezpieczenia*, Wydawnictwo Uczelniane Uniwersytetu Technologiczno-Przyrodniczego, Bydgoszcz 2015.
- Nowogródzka T., Rembisz W., *Analiza marketingu usług ubezpieczeniowych*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach” 2015 (seria: Administracja i Zarządzanie), nr 105.
- Nowotarska-Romaniak B., *Zachowania klientów indywidualnych w procesie zakupu usługi ubezpieczeniowej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2013.
- Orlicki M., *Projektowanie typu ubezpieczenia („produktu ubezpieczeniowego”) według rekomendacji KNF dla zakładów ubezpieczeń dotyczących systemu zarządzania produktem*, „Artykuły i Rozprawy, Prawo Asekuracyjne” 2016, nr 3 (88).
- Orlicki M., Pokrzywniak J., *Umowa ubezpieczenia. Komentarz do nowelizacji kodeksu cywilnego*, Wolters Kluwer, Warszawa 2008.
- Ortyński K., *Ubezpieczenia komunikacyjne, istota, grupy ryzyka* [w:] *Ubezpieczenia non-life*, red. E. Wierzbicka, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2011.
- Ostasiewicz S., *Elementy aktuariatu*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego we Wrocławiu, Wrocław 2003.
- Ostrowska D., *Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w Polsce* [w:] *Ubezpieczenia zdrowotne w Polsce i na świecie*, red. D. Ostrowska, A. Warelis, P. Sowa, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2017.
- Ostrowska M., *Ubezpieczenie ochrony prawnej na polskim rynku ubezpieczeniowym*, „Przegląd Prawniczy Uniwersytetu Warszawskiego” 2016, nr 2.
- Pabiś M., *Ubezpieczenie ochrony prawnej – konstrukcja produktu i likwidacja szkód w praktyce ubezpieczeniowej*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2016, nr 1.
- Pisarewicz P., *Analiza kryteriów zasady proporcjonalności w kontekście projektu Rekomendacji U*, „Miesięcznik Finansowy Bank” 2014, nr 6.
- Pisarewicz P., *Analiza zmian struktury przychodów banków notowanych na GPW w Warszawie w kontekście wdrażania przez Komisję Nadzoru Finansowego Rekomendacji U*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2014, vol. 67, nr 1.
- Pisarewicz P., *Międzynarodowe modele bancassurance w kontekście planowanych zmian regulacji na rynku polskim*, „Zarządzanie i Finanse” 2013, nr 4, cz. 4.
- Pisarewicz P., *Modele ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych a obowiązek korzystania z doradztwa inwestycyjnego przez zakłady ubezpieczeń*, „Zeszyty Naukowe” 2009, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu, nr 127.
- Pisarewicz P., *Ochrona klientów kanału bancassurance w produktach ubezpieczeniowo-inwestycyjnych*, „Zarządzanie i Finanse” 2013, nr 2, cz. 5.
- Pisarewicz P., *Wybrane zagadnienia i charakterystyka produktów ubezpieczeniowo-inwestycyjnych (unit-linked life insurance)*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2008, nr 1197.

- Pisarewicz P., *Wynagrodzenia z tytułu sprzedaży ubezpieczeń jako wyznacznik strategii rozwoju banków opartych na modelu współpracy z zakładami ubezpieczeń*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2016, nr 415.
- Płonka M., *Organizacja i regulacja prawna rynku ubezpieczeń* [w:] *Ubezpieczenia*, red. W. Ronka-Chmielowiec, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2016.
- Pobłocka A., *Ubezpieczenia na życie związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym i ubezpieczenia na życie związane z systemem zabezpieczenia społecznego w latach 2002–2015* [w:] *Długoterminowe oszczędzanie*, red. J. Rutecka-Gora, Oficyna Wydawnicza Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2005.
- Podstawy ekonomii*, red. E. Kwiatkowski, R. Milewski, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011.
- Podstawy ubezpieczeń. Mechanizmy i funkcje*, red. J. Monkiewicz, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2000, t. I.
- Podstawy ubezpieczeń. Produkty*, red. J. Monkiewicz, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2003, t. II.
- Polski rynek ubezpieczeń na tle kryzysów społeczno-gospodarczych*, red. S. Nowak, A.Z. Nowak, A. Sopoćko, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2016.
- Powódź. Infrastruktura. Finansowanie*, red. R. Pajewska-Kwaśny, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2012, nr 1 (numer specjalny).
- Przezorność ubezpieczeniowa w zmianie systemu zabezpieczenia społecznego*, red. T. Szumlicz, Fundacja Instytut Zarządzania Ryzykiem Społecznym, Warszawa 2017.
- Ratowska-Dziobiak E., *Struktura popytu na usługi ubezpieczeniowe w Polsce (w oparciu o badania własne)*, „Gospodarka w Praktyce i Teorii” 2014, nr 2 (35).
- Ronka-Chmielowiec W., *Metody kalkulacji składki ubezpieczeniowej* [w:] *Ubezpieczenia. Rynek i ryzyko*, red. W. Ronka-Chmielowiec, PWE, Warszawa 2002.
- Ronka-Chmielowiec W., *Rys historyczny ubezpieczenia* [w:] *Ubezpieczenia*, red. W. Ronka-Chmielowiec, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2016.
- Ronka-Chmielowiec W., *Ryzyko i istotna ubezpieczenia* [w:] *Ubezpieczenia*, red. W. Ronka-Chmielowiec, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2016.
- Ronka-Chmielowiec W., *Ryzyko w ubezpieczeniach – metody i oceny*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego we Wrocławiu, Wrocław 1997.
- Ronka-Chmielowiec W., Kowalczyk-Rolczyńska P., *Ryzyko w ubezpieczeniach komunikacyjnych – wybrane problemy* [w:] *Ubezpieczenia gospodarcze i społeczne. Wybrane zagadnienia ekonomiczne*, red. W. Sułkowska, Wolters Kluwer, Warszawa 2011.
- Schumpeter J.A., *Teoria rozwoju gospodarczego*, PWN, Warszawa 1960.
- Sikora J., Uziębło A., *Innowacja w przedsiębiorstwie – próba zdefiniowania*, „Zarządzanie i Finanse” 2013, Wydział Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego, t. 2, nr 2.
- Skalba M., *Ubezpieczenia na życie*, Wydawnictwa Naukowo – Techniczne, Warszawa 1999.
- Skipper H.D., Kwon W.J., *Risk Management and Insurance. Perspectives in a Global Economy*, New Jersey 2007, s. 24, za: T. Bednarczyk, *Rodzaje ubezpieczeń* [w:] *Ubezpieczenia*, red. W. Ronka-Chmielowiec, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2016.
- Society of Actuaries, *Understanding the Product Development Process of Individual Life Insurance and Annuity Companies*, Schaumburg (Illinois) 2017.

- Sokołowska D., „Produkt ubezpieczeniowy” jako przedmiot prawa autorskiego, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2013, nr 3.
- Sowa K., *Strategie konkurencji korporacji ponadnarodowych*, Difin, Warszawa 2006.
- Spanily S., *Ubezpieczenia życiowe*, wykład VIII, Gdańsk 2002 [komputeroopis].
- Stan prawny ubezpieczeń obowiązkowych w Polsce*, red. E. Kowalewski, Polska Izba Ubezpieczeń, Warszawa [b.r.].
- Stein R., *The Actuary As Product Manager In A Dynamic Product Analysis Environment*, „Working Paper” 1993.
- Stroiński E., *Podstawowe produkty ubezpieczenia jednostkowego* [w:] *Ubezpieczenia na życie*, red. M. Szcześniak, Przedsiębiorstwo Wydawnicze LAM, Warszawa 1996.
- Stroiński E., *Ubezpieczenia na życie – teoria i praktyka*, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2003.
- Swiss Re Institute, *Product Innovation in Non-Life Insurance Markets. Where Little „I” Meets Big „I”*, „Sigma” 2011, No. 4.
- Szczepańska M., *Ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym*, Lex Wolters Kluwer Business, Warszawa 2011.
- Szewieczek D., *Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej* [w:] *Ubezpieczenia*, red. M. Iwanicz-Drozdowska, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2018.
- Szmak S., *Wybór prawnika w ubezpieczeniu ochrony prawnej – regulacje wybranych państw europejskich oraz orzecznictwo Trybunału Sprawiedliwości UE*, „Prawo Asekuracyjne” 2012, nr 2.
- Szreder M., *Wykłady z metod aktuarialnych*, Sopot 2010 [komputeroopis].
- Szumlicz T., *Atrybuty świadomości i przezorności ubezpieczeniowej*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe” 2007, z. 1.
- Szumlicz T., *Ubezpieczenia w polityce społecznej. Teksty i komentarze*, Wydawnictwo Fundacja Instytut Zarządzania Ryzykiem Społecznym, Warszawa 2015.
- Szymańska A., *Systemy bonus–malus jako element procesu taryfikacji w ubezpieczeniach komunikacyjnych OC* [w:] *Ubezpieczenia i finanse, Rozwój i perspektywy*, red. A. Szymańska, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2017.
- Śliwiński A., *Klasyczne typy ubezpieczeń na życie* [w:] *Ubezpieczenia*, red. W. Ronka-Chmielowiec, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2016.
- Śliwiński A., *Przestrzenne zróżnicowanie ryzyka ubezpieczeniowego a efektywność ubezpieczeń na życie. Ryzyko–popyt–zysk*, Oficyna Wydawnicza Szkoła Gówna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2012.
- Śliwiński A., *Ryzyko i kalkulacja składki w ubezpieczeniach na życie* [w:] *Ubezpieczenia*, red. W. Ronka-Chmielowiec, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2016.
- Śliwiński A., *Ryzyko w ubezpieczeniach na życie* [w:] *Ubezpieczenia we współczesnym świecie – problemy i tendencje*, red. I. Kwiecień, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2017.
- Śliwiński A., *Specyfika ubezpieczeń życiowych* [w:] *Ubezpieczenia*, red. W. Ronka-Chmielowiec, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2016.
- The General Insurance Study Group of the Institute of Actuaries, *Corporate Planning in General Insurance, The Report of a Working Party*, Convention in Harrogate, October 1988.
- Ubezpieczenia*, red. W. Ronka-Chmielowiec, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2016.

- Ubezpieczenia*, red. M. Iwanicz-Drozdowska, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2019.
- Ubezpieczenia finansowe i gwarancje ubezpieczeniowe*, red. R. Holly, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2003.
- Ubezpieczenia gospodarcze i społeczne. Wybrane zagadnienia ekonomiczne*, red. W. Sułkowska, Wolters Kluwer, Warszawa 2011.
- Ubezpieczenia i finanse. Rozwój i perspektywy*, red. A. Szymańska, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2017.
- Ubezpieczenia na życie*, red. M. Szcześniak, Przedsiębiorstwo Wydawnicze LAM, Warszawa 1996.
- Ubezpieczenia non-life*, red. E. Wierzbicka, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2011.
- Ubezpieczenia we współczesnym świecie – problemy i tendencje*, red. I. Kwiecień, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2017.
- Ubezpieczenia zdrowotne w Polsce i na świecie*, red. D. Ostrowska, A. Warelis, P. Sowa, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2017.
- Vaughan E.J., Vaughan T.M., *Fundamental of Risk and Insurance*, John Wiley & Sons, Hoboken, NJ 2008.
- Whitfield P.R., *Innowacje w przemyśle*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 1979.
- Wicka A., *Ubezpieczenia finansowe i ich wykorzystanie w zarządzaniu ryzykiem przedsiębiorstw*, „Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” 2012, seria: Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, nr 51 (690).
- Wicka A., *Ubezpieczenia upraw rolnych z dotacją z budżetu Państwa w latach 2008–2015*, „Roczniki Naukowe Stowarzyszenia Ekonomistów Rolnictwa i Agrobiznesu” 2016, t.18, nr 5.
- Wieczorek-Kosmala M., *Ubezpieczenia mienia* [w:] *Ubezpieczenia*, red. M. Iwanicz-Drozdowska, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2018.
- Wieteska S., *Świadomość czy samoświadomość ubezpieczonych*, „Annales: etyka w życiu gospodarczym” 2010, tom 13, nr 1.
- Wieteska S., *Zbiór zadań z matematycznej teorii ryzyka ubezpieczeniowego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2001.
- Wierzbicka E., Wierzbicki Z.R., *Ubezpieczenia finansowe* [w:] *Ubezpieczenia non-life*, red. E. Wierzbicka, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2011.
- Zapart T., *Rola underwritingu w ubezpieczeniach komunikacyjnych floty pojazdów – aspekty praktyczne*, „Studia Oeconomica Posnaniensia” 2015, vol. 3, No. 11.
- Zarządzanie finansami w zakładach ubezpieczeń*, red. W. Ronka-Chmielowiec, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz–Wrocław 2004.
- Zastempowski M., *Uwarunkowania budowy potencjału innowacyjnego polskich małych i średnich przedsiębiorstw*, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń 2010.
- Związek Banków Polskich, *Rekomendacje Komisji Etyki Bankowej przy Związku Banków Polskich dla sektora bankowego w zakresie obsługi seniorów*, Warszawa 2015.

Akty prawne

- Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej, Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej 30.04.2011; sprawa Test Achats (C-236/09, Dz. U. C 130 z 30.04.2011, s. 4).
- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, Księga Trzecia, Tytuł XXVII Umowa ubezpieczenia (tekst jedn. Dz. U. z 2020 r. poz. 1740).
- Ustawa z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej, Dz. U. Nr 59, poz. 344).
- Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2013 r., poz. 330, ze zm.).
- Ustawa z dnia 13 października 1995 r. Prawo łowieckie (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r., poz. 2033 ze zm.).
- Ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 1997 r. Nr 98, poz. 602).
- Ustawa z dnia 22 sierpnia 1997 r. o pracowniczych programach emerytalnych (Dz. U. z 2001 r. poz. 623 oraz z 2002 r. poz. 253 i 1178).
- Ustawa z dnia 18 września 2001 roku Kodeks morski (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r., poz. 2175).
- Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr 124, poz. 1151).
- Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r., poz. 2214).
- Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o indywidualnych kontaktach emerytalnych oraz indywidualnych kontaktach zabezpieczenia emerytalnego (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r., poz. 1808).
- Ustawa z dnia 14 grudnia 2012 r. o zmianie ustawy o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 2013 r., poz. 53).
- Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 999, 1000, 1669, 2215, 2243).
- Ustawa z dnia 12 czerwca 2015 r. o zmianie ustawy o usługach turystycznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 1164).
- Ustawa o dystrybucji ubezpieczeń Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/97 z dnia 20 stycznia 2016 r. w sprawie dystrybucji ubezpieczeń (tzw. Dyrektywa IDD).
- Ustawa z dnia 22 lipca 2016 r. o zmianie ustawy o usługach turystycznych oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczeń Komunikacyjnych (Dz. U., poz. 1334).
- Ustawa z dnia 24 listopada 2017 r. o imprezach turystycznych i powiązanych usługach turystycznych (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r., poz. 548).
- Ustawa z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r. poz. 1881 ze zm.).
- Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 12 października 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o indywidualnych kontaktach emerytalnych oraz indywidualnych kontaktach zabezpieczenia emerytalnego (Dz. U., poz. 1776; z 2018 r. poz. 2215).
- Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 11 grudnia 2003 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej adwokatów (Dz. U. Nr 217, poz. 2134).
- Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 11 grudnia 2003 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej architektów oraz inżynierów budownictwa (Dz. U. Nr 220, poz. 2174).

- Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 19 lutego 2005 r. w sprawie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przedsiębiorcy wykonującego działalność gospodarczą w zakresie łowiectwa (Dz. U. Nr 32, poz. 283).
- Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. Nr 293, poz. 1729).
- Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 27 grudnia 2012 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przewoźników lotniczych, przedsiębiorców wykonujących obsługę naziemną oraz instytucji zapewniających służby żeglugi powietrznej (Dz. U. z 2013 r., poz. 67).
- Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 2 lutego 2016 r. w sprawie minimalnego zakresu danych zamieszczanych w ankiecie dotyczącej potrzeb ubezpieczającego lub ubezpieczonego, (Dz. U., poz. 167 § 2.1).
- Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 12 kwietnia 2016 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji (Dz. U., poz. 562).
- Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 25 maja 2016 r. w sprawie rocznych i półrocznych sprawozdań ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego (Dz. U., poz. 789).
- Rozporządzenie Ministra Rozwoju i Finansów z dnia 27 grudnia 2017 r. w sprawie minimalnej wysokości sumy gwarancji bankowej i ubezpieczeniowej wymaganej w związku z działalnością wykonywaną przez organizatorów turystyki i przedsiębiorców ułatwiających nabywanie powiązanych usług turystycznych (Dz. U., poz. 2507).
- Rozporządzenie Ministra Rozwoju i Finansów z dnia 27 grudnia 2017 r. w sprawie minimalnej wysokości sumy ubezpieczenia na rzecz podróży związanej z działalnością wykonywaną przez organizatorów turystyki i przedsiębiorców ułatwiających nabywanie powiązanych usług turystycznych (Dz. U., poz. 2508).
- Informacje instytucji, organów i jednostek organizacyjnych Unii Europejskiej, Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej, Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej, 30.04.2011 r., sprawa Test Achats (C-236/09, Dz.U. C130 z 30.04.2011, s. 4).

Źródła internetowe

- Aviva. Ogólne Warunki Ubezpieczenia Gwarantowana Renta Kapitałowa, <https://www.aviva.pl/emerytura/gwarantowana-renta-kapitalowa/#m-tabs-3OIj> [dostęp: 27.04.2020].
- Biuro prasowe Link4, *LINK4 z ekopolisą na hulajnogę i nie tylko, Coraz więcej wypadków na e-hulajnogach*, <https://www.link4.pl/biuro-prasowe/aktualnosci-link4/link4-z-ekopolisa-na-hulajnogę-i-nie-tylko> [dostęp: 20.08.2019].
- Durska A., *#niezaklinaj – wiedza, której ciągle nie mamy*, „Dziennik Ubezpieczeniowy” 2019.09.02, nr 167 (4813), <https://piu.org.pl/blogpiu/niezaklinaj-jak-agencji-oceniaja-luke-ubezpieczeniowa-w-majatku/> [dostęp: 29.08.2019].
- Dziennik Ubezpieczeniowy Nr 70 (4466) 2018-04-10, <https://dziennikubezpieczeniowy.pl/2018/04/10> [dostęp: 20.08.2019].
- Dziennik Ubezpieczeniowy Nr 81 (4477) 2018-04-25, <https://dziennikubezpieczeniowy.pl/2018/04/25> [dostęp: 20.08.2019].

Bibliografia

- Dziennik Ubezpieczeniowy Nr 82 (4478) 2018-04-26, <https://dziennikubezpieczeniowy.pl/2018/04/26> [dostęp: 20.08.2019].
- Dziennik Ubezpieczeniowy Nr 159 (4805), 2019-08-21, <https://dziennikubezpieczeniowy.pl/2019/08/21> [dostęp: 21.08.2019].
- Dziennik Ubezpieczeniowy Nr 161 (4807) 2019-08-23, <https://dziennikubezpieczeniowy.pl/2019/08/23> [dostęp: 23.08.2019].
- Dziennik Ubezpieczeniowy Nr 167 (4813) 2019-09-02, <https://dziennikubezpieczeniowy.pl/2019/09/02> [dostęp: 2.09.2019].
- Dziennik Ubezpieczeniowy Nr 169 (4815) 2019-09-04, <https://dziennikubezpieczeniowy.pl/2019/09/04> [dostęp: 4.09.2019].
- Dziennik Ubezpieczeniowy Nr 170 (4816) 2019-09-05, <https://dziennikubezpieczeniowy.pl/2019/09/05> [dostęp: 5.09.2019].
- Dziennik Ubezpieczeniowy Nr 179 (4825) 2019-09-18, <https://dziennikubezpieczeniowy.pl/2019/09/18> [dostęp: 19.09.2019].
- Dziennik Ubezpieczeniowy Nr 180 (4826) 2019-09-19, <https://dziennikubezpieczeniowy.pl/2019/09/19> [dostęp: 19.09.2019].
- Dziennik Ubezpieczeniowy Nr 181 (4827) 2019-09-20, <https://dziennikubezpieczeniowy.pl/2019/09/20> [dostęp: 20.09.2019].
- Dziennik Ubezpieczeniowy Nr 185 (4831) 2019-09-26, <https://dziennikubezpieczeniowy.pl/2019/09/26> [dostęp: 26.09.2019].
- Główny Urząd Statystyczny, *Tablice trwania życia 1990–2018*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-tablice,1,1.html> [dostęp: 2020.01.21].
- Kajzer M., *Polisa w pigułce. Jak wybrać ubezpieczenie turystyczne*, <https://rankomat.pl/turystyka/jak-wybrac-ubezpieczenie-turystyczne> [dostęp: 29.07.2020].
- Kancelaria Brokerska Aspergo sp. z o.o., *Co zabezpiecza ubezpieczenie cargo?*, <https://aspergo.pl/co-zabezpiecza-ubezpieczenie-cargo/> [dostęp: 1.10.2019].
- Komisja Nadzoru Finansowego, https://www.knf.gov.pl/dla_ryнку/regulacje_i_praktyka/regulacje_prawne/akty_prawne_ryнку_ubezpieczen [dostęp: 23.09.2019].
- Kopańko K., *Nowość od Tesli. Firma Muska kusi kierowców tanimi ubezpieczeniami. Normalnie grzech nie skorzystać*, <https://spidersweb.pl/bizblog/ubezpieczenia-samochody-tesla/> [dostęp: 29.08.2019].
- NFZ, 2019, EKUZ, Internet: www.ekuz.nfz.gov.pl [dostęp: 11.09.2019].
- Polska Izba Ubezpieczeń, *Glosariusz*, <https://piu.org.pl/letter/p/> [dostęp: 9.10.2019].
- Polska Izba Ubezpieczeń, 2019, *Historia ubezpieczeń*, https://piu.org.pl/public/upload/ibrowser/historia_ubezpieczen_-_na_swiecie_i_w_polsce.pdf [dostęp 11.09.2019].
- PZU Ogólne warunki ubezpieczenia casco pojazdów szynowych, <https://www.pzu.pl/dla-firm-i-pracownikow/majatek-firmy-i-oc/pojazdy-i-transport/ubezpieczenie-casco-pojazdow-szynowych#dokumenty-do-pobrania> [dostęp: 14.04.2020].
- PZU Ogólne Warunki Ubezpieczenia PZU Ja Plus, https://www.pzu.pl/_files/1513091 [dostęp: 20.01.2020].
- Rzecznik Finansowy, *Raport Rzecznika Finansowego. Ubezpieczenia turystyczne*, oprac. A. Daszewski, E. Gużewska, A. Jasiński, M. Kościelak, A. Stalmach-Młynarska, B. Wolińska, Warszawa 2018, https://rf.gov.pl/pdf/Raport_Ubezpieczenia_turystyczne_czerwiec2018.pdf [dostęp 29.07.2020].

- Signal Iduna Życie S.A., <https://app.signal-iduna.pl>.
- Signal Iduna Życie S.A., https://app.signal-iduna.pl/files/owu_terminowe_ubezpieczenie_na_zycie.pdf [dostęp: 13.03.2020].
- TUiR Warta SA, https://www.warta.pl/documents/10157/6082275/WARTA%20OWU%20lotniczych_C2213_int.pdf [dostęp: 14.04.2020].
- <https://piu.org.pl/blogpiu/niezaklinaj-jak-agenci-oceniaja-luke-ubezpieczeniowa-w-majtku/> [dostęp: 10.10.2019].
- <https://subiektywnieofinansach.pl/ergo-hestia-i-yanosik-maja-pierwsze-w-polsce-ubezpieczenie-pay-as-you-drive/> [dostęp: 10.10.2019].

Pozostałe źródła

- Compensa TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group: Indywidualne Ubezpieczenie Rentowe na Życie Gwarancja Renta, https://www.compensa.pl/fileadmin/user_upload/OWU/Stare_OWU_Gwarancja_Renta.pdf oraz https://www.compensa.pl/fileadmin/user_upload/OWU/RODO/Formularze_i_wnioski/Karty_IDD/Karta_IDD_Gwarancja_Renta_2018.10.10.pdf [dostęp: 13.03.2020].
- Dodatkowe indywidualne ubezpieczenie następstw ciężkich chorób, <https://www.pzu.pl/dla-ciebie-i-rodziny/zycie-i-zdrowie/ochrona-zdrowia/opieka-medyczna-w-ciezkiej-chorobie-pzu-z-milosci-do-zdrowia> [dostęp: 20.01.2020].
- Dodatkowe indywidualne ubezpieczenie rentowe PZU Na Dobry Początek, https://www.pzu.pl/_files/1520211 [dostęp: 13.03.2020].
- Dodatkowe ubezpieczenie indywidualne na wypadek leczenia szpitalnego, https://www.pzu.pl/_files/1513615 [dostęp: 13.03.2020].
- Indywidualne terminowe ubezpieczenie na dożycie z planem edukacyjnym, https://www.allianz.pl/content/dam/onemarketing/cee/azpl/dokumenty/zycie-indywidualne/eda-z-planem-edukacyjnym/archiwum/owu_eda_d.pdf [dostęp: 13.03.2020].
- Indywidualne ubezpieczenie posagowe PZU Na Dobry Początek, https://www.pzu.pl/_files/1520205 [dostęp: 13.03.2020].
- Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia Gwarantowanej Renty na Życie z odroczonym terminem płatności i jednorazową składką ubezpieczeniową „Evensus classic”, [https://www.ergopro.pl/download/owu_eventus_classic\(2\).pdf](https://www.ergopro.pl/download/owu_eventus_classic(2).pdf) [dostęp: 27.04.2020].
- Ogólne warunki ubezpieczenia. Indywidualne ubezpieczenie rentowe na życie. Gwarancja renta, https://www.compensa.pl/fileadmin/user_upload/OWU/RODO/Formularze_i_wnioski/Karty_IDD/Karta_IDD_Gwarancja_Renta_2018.10.10.pdf [dostęp: 13.03.2020].
- Ogólne warunki ubezpieczenia ryzyk lotniczych, https://www.interrisk.pl/fileadmin/user_upload/owu_ryzyka_lotnicze_2017.pdf [dostęp: 14.04.2020].
- Ogólne warunki ubezpieczeń komunikacyjnych, https://axa.pl/files/public/uploads/OWUK_AXA_Ubezpieczenia.pdf [dostęp: 14.04.2020].
- Terminowe Ubezpieczenie na Życie, <https://www.signal-iduna.pl/ubezpieczenia/klienci-indywidualni/na-zycie/> oraz <https://www.signal-iduna.pl/ubezpieczenia/terminowe-ubezpieczenie-na-zycie/> [dostęp: 13.03.2020].

Bibliografia

- PZU Ogólne warunki ubezpieczenia casco pojazdów szynowych, <https://www.pzu.pl/dla-firm-i-pracownikow/majatek-firmy-i-oc/pojazdy-i-transport/ubezpieczenie-casco-pojazdow-szynowych#dokumenty-do-pobrania> [dostęp: 14.04.2020].
- PZU Ogólne warunki ubezpieczenia PZU Dom, https://www.pzu.pl/_files/1513582 [dostęp: 14.04.2020].
- Ubezpieczenia na Życie Ergo Hesita 4, <https://www.ergohestia.pl/znajdz-ubezpieczenie/ubezpieczenie-grupowe-czy-indywidualne/indywidualne-ubezpieczenie-na-zycie/> oraz https://cdn.bsbox.pl/files/hestia/Mzc7MDA_/41176a78dea1ba73849e92a46984f511_documents-1f8c4162-da55-4069-80c0-3a41846b70d6.pdf [dostęp: 13.03.2020].
- Ubezpieczenie na życie Compensa IKZE, https://www.compensa.pl/fileadmin/user_upload/OWU/RODO/OWU_Compensa_IKZE_RODO_2019.09.25.pdf [dostęp: 13.03.2020].
- Ubezpieczenie na życie Gwarancja Ochrona Optima, <https://www.compensa.pl/ubezpieczenie/gwarancja-ochrona-optima/> [dostęp: 13.03.2020].
- Ubezpieczenie ochrona ze zwrotem, <https://www.nn.pl/dla-ciebie/katalog-produktow/dostepne-u-przedstawiciela/ochrona-ze-zwrotem.html> [dostęp: 13.03.2020].
- Ubezpieczenie PZU Ja Plus, https://www.pzu.pl/_files/1513091 [dostęp: 13.03.2020].
- Ubezpieczenie PZU Wsparcie Najbliższych – ochrona na całe życie, https://www.pzu.pl/_files/1516868 [dostęp: 13.03.2020].

Spis tablic

1.1. Klasyfikacja ubezpieczeń i produktów ubezpieczeniowych	25
1.2. Motywy i źródła decyzji o tworzeniu nowego produktu	31
1.3. Czynniki wpływające na decyzje o tworzeniu nowych produktów ubezpieczeniowych	33
2.1. Podstawowe charakterystyki ubezpieczeń na życie o charakterze inwestycyjnym (wg stanu na 31.12.2018 r. oraz za okres od 1.01.2018 do 31.12.2018 r.)	76
2.2. Podstawowe charakterystyki ubezpieczeń na życie w grupie 1 działu I (wg stanu na dzień 31.12.2018 r. oraz za okres od 1.01.2019 do 31.12. 2018 r.)	80
2.3. Metryka ubezpieczeń wypadkowych i chorobowych, jeżeli są uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych w grupach 1–4 (wg stanu na 31.12.2018 r. oraz za okres od 1.01.2018 do 31.12.2018 r.)	85
2.4. Podstawowe charakterystyki ubezpieczeń rentowych (wg stanu na 31.12.2018 r. oraz za okres od 1.01.2018 do 31.12.2018 r.)	93
2.5. Podstawowe charakterystyki ubezpieczeń posagowych, zaopatrzenia dzieci (wg stanu na 31.12.2018 r. oraz za okres od 1.01.2018 do 31.12.2018 r.)	95
3.1. Podstawowe charakterystyki ubezpieczeń pojazdów lądowych (wg stanu na 31.12.2018 r.)	101
3.2. Podstawowe charakterystyki ubezpieczeń statków powietrznych (wg stanu na 31.12.2018 r.)	114
3.3. Podstawowe charakterystyki ubezpieczeń żeglugi morskiej i śródlądowej (wg stanu na 31.12.2018 r.)	117
3.4. Podstawowe charakterystyki ubezpieczeń przedmiotów w transporcie (wg stanu na 31.12.2018 r.)	120

Spis tablic

3.5. Podstawowe charakterystyki ubezpieczeń szkód spowodowanych przez żywioły nieujętych w grupie 3–7 oraz pozostałych szkód rzeczowych (wg stanu na 31.12.2018 r.)	122
3.6. Podstawowe charakterystyki ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej (wg stanu na 31.12.2018 r.)	126
3.7. Podstawowe charakterystyki ubezpieczeń finansowych (wg stanu na 31.12.2018 r.)	132
3.8. Podstawowe charakterystyki ubezpieczeń ochrony prawnej (wg stanu na 31.12.2018 r.)	139
3.9. Podstawowe charakterystyki ubezpieczeń świadczenia pomocy na korzyść osób, które popadły w trudności w czasie podróży lub podczas nieobecności w miejscu zamieszkania (wg stanu na 31.12.2018 r.)	142
4.1. Rozkład prawdopodobieństwa liczby szkód dla ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych	175
4.2. Rozkład prawdopodobieństwa wartości indywidualnej szkody dla ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych	175
4.3. Rozkład prawdopodobieństwa łącznej wysokości szkód z umowy ubezpieczenia OC dla posiadaczy pojazdów lądowych	176
4.4. Wysokość składki w zależności od współczynnika wiarygodności α	184
4.5. Tablica trwania życia dla obu płci łącznie w 2018 r.	187
5.1. Źródła idei i ich udział w tworzeniu nowych produktów ubezpieczeniowych	199
5.2. Marketingowa struktura produktu ubezpieczeniowego	200
5.3. Rodzaje mediów oraz środków przekazu marketingowego i reklamowego	256
5.4. Rozbieżności oczekiwań między stronami kształtującymi popyt i podaż na produkty (usługi) ubezpieczeniowe	264

Spis wykresów

2.1. Prawdopodobieństwo zgonu kobiet i mężczyzn według wieku dla polskich tablic trwania życia z 2018 r.	68
2.2. Prawdopodobieństwo zgonu kobiet i mężczyzn według wieku dla polskich tablic trwania życia z 1990 r.	69
2.3. Liczba osób żyjących i liczba osób umierających według płci dla polskich tablic trwania życia z 2018 r.	71
4.1. Jednorazowa składka netto w dożywotnim ubezpieczeniu na życie według płci (na podstawie polskich tablic trwania życia z 2018 r.)	155
4.2. Jednorazowa składka netto w dwudziestoletnim ubezpieczeniu na życie według płci i polskich tablic trwania życia z 2018 r.	157
4.3. Jednorazowa składka netto w dwudziestoletnim ubezpieczeniu na dożycie według płci (na podstawie polskich tablic trwania życia z 2018 r.)	160
4.4. Wartość początkowa dwudziestoletniej renty życiowej wypłacanej osobie w wieku x na początku każdego roku w wysokości 1 j.p., w podziale według płci (dla polskich tablic trwania życia z 2018 r.)	165
4.5. Wartość początkowa dożywotniej renty życiowej wypłacanej osobie w wieku x na początku każdego roku w wysokości 1 j.p. w podziale według płci (dla polskich tablic trwania życia z 2018 r.)	166
4.6. Składka netto w dożywotnim ubezpieczeniu na życie według płci (na podstawie polskich tablic trwania życia z 2018 r.)	168
4.7. Składka netto w dwudziestoletnim ubezpieczeniu na życie według płci (na podstawie polskich tablic trwania życia z 2018 r.)	169
4.8. Składka netto w terminowym ubezpieczeniu na dożycie według płci (na podstawie polskich tablic trwania życia z 2018 r.)	171
4.9. Składka przypisana netto w terminowym ubezpieczeniu na życie i dożycie według płci (na podstawie polskich tablic trwania życia z 2018 r.)	172

Spis rysunków

1.1	Elementy konstrukcyjne produktu ubezpieczeniowego	20
1.2	Etapy wprowadzania produktu na rynek	40
3.1	Zależności ubezpieczenia kredytu kupieckiego od ryzyka handlowego	134
3.2	Zależności w ubezpieczeniach gwarancji pomiędzy gwarantariuszem a gwarantem	137