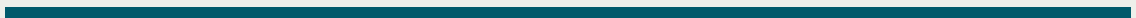
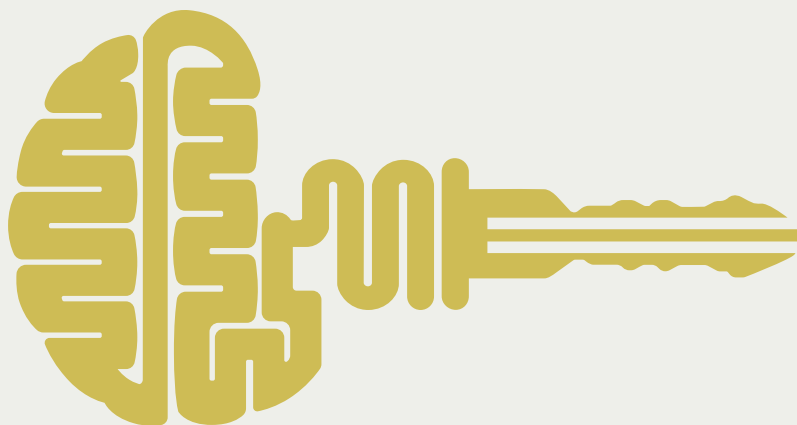


---

Andrzej Grzebieniak

WIEDZA W PROCESIE ZARZĄDZANIA  
ZAKŁADEM UBEZPIECZEŃ

W KONTEKŚCIE BUDOWANIA WARTOŚCI  
KONSUMENCKIEJ ORAZ PLANÓW EMERYTALNYCH  
USŁUGI UBEZPIECZENIOWEJ



Andrzej Grzebieniak

WIEDZA W PROCESIE ZARZĄDZANIA  
ZAKŁADEM UBEZPIECZEŃ  
W KONTEKŚCIE BUDOWANIA WARTOŚCI  
KONSUMENCKIEJ ORAZ PLANÓW  
EMERYTALNYCH USŁUGI UBEZPIECZENIOWEJ

Instytut Badań Gospodarczych

Olsztyn 2020

Recenzenci:

dr hab. Anna Bera, prof. US  
prof. zw. dr hab. Eugeniusz Niedzielski

Skład, łamanie i projekt okładki (na podstawie Adobe Stock):

Ilona Pietryka

© Copyright by Instytut Badań Gospodarczych

ISBN 978-83-65605-23-8

DOI: 10.24136/eep.mon.2020.6

Instytut Badań Gospodarczych  
ul. ks. Roberta Bilitewskiego, nr 5, lok. 19  
10-693 Olsztyn, Poland

biuro@badania-gospodarcze.pl  
www.badania-gospodarcze.pl

## Spis treści

<b>Wstęp</b>	<b>5</b>
<b>Rozdział 1. Wiedza w procesie zarządzania zakładem ubezpieczeń ze szczególnym uwzględnieniem dystrybucji ubezpieczeń</b>	<b>7</b>
1.1. Wiedza ubezpieczeniowa	7
1.2. Pozyskiwanie wiedzy ubezpieczeniowej	25
1.3. Upowszechnianie wiedzy ubezpieczeniowej	35
1.4. Techniki sprzedaży ubezpieczeń — klucz do wiedzy o znajdowaniu klientów i ustalaniu ich potrzeb ubezpieczeniowych	39
<b>Rozdział 2. Konsument na rynku usług ubezpieczeniowych</b>	<b>47</b>
2.1. Rynek usług ubezpieczeniowych	47
2.2. Wartość konsumencka usługi ubezpieczeniowej	58
2.3. Konsumenty indywidualni i ich potrzeby	63
2.4. Zachowania konsumentów usług ubezpieczeniowych	73
<b>Rozdział 3. Ubezpieczenia na życie i inne rozwiązania emerytalne w ramach trzeciego filaru</b>	<b>97</b>
3.1. Świadomość emerytalna jako instrument indywidualnej zapobiegliwości o przyszłość emerytalną	97
3.2. Dodatkowe plany emerytalne	112
3.3. Warunki podniesienia poziomu przyszłych świadczeń emerytalnych osób młodych	120
3.4. Znaczenie zaufania do instytucji finansowych w dodatkowym zabezpieczeniu emerytalnym	123
3.5. Emerytalne aspekty ubezpieczeń na życie	126

<b>Zakończenie</b>	<b>137</b>
<b>Bibliografia</b>	<b>143</b>
<b>Spis rysunków</b>	<b>149</b>
<b>Spis tabel</b>	<b>151</b>

## Wstęp

W gospodarce rynkowej najważniejszymi podmiotami są konsumenci. Od ich zachowania na rynku zależy w dużej mierze powodzenie zarówno przedsiębiorstw produkcyjnych, jak i usługowych. Ważne więc staje się badanie i poznanie zachowania konsumentów na rynku, czyli m.in. określenie poziomu i struktury konsumpcji oraz oszczędzania, kategorii wydatków, wyboru konkretnych produktów, wzorców zakupowych oraz wzorców użytkowania zakupionych produktów. Te działania wymuszają z kolei na przedsiębiorstwach potrzebę stałego wewnętrznego poprawiania sposobu zarządzania przedsiębiorstwem, gdyż tylko takie działania mogą zapewnić sukces na konkurencyjnym rynku. Dlatego wiedza o potrzebach i postępowaniu konsumentów w procesie zaspokajania ich potrzeb warunkuje sukces w działalności marketingowej przedsiębiorstw.

Celem naukowo-badawczym monografii jest przybliżenie odbiorcom znaczenia wiedzy ubezpieczeniowej w procesie zarządzania zakładem ubezpieczeń, problematyki zachowań konsumentów na rynku usług ubezpieczeniowych, oraz określenie, w jakim stopniu usługi ubezpieczeniowe mogą oferować rozwiązania w zakresie dodatkowych planów emerytalnych realizowanych w ramach trzeciego filaru emerytalnego.

Założeniem rozważań jest zbadanie, jaką rolę odgrywa wiedza ubezpieczeniowa w procesie zarządzania zakładem ubezpieczeń, jak kształtuje się rynek ubezpieczeniowy w kontekście współczesnych uwarunkowań, jak zachowują się konsumenci na rynku usług ubezpieczeniowych, oraz jakie czynniki wpływają na wybór wybranych produktów ubezpieczeniowych zapewniających możliwość realizacji dodatkowych planów emerytalnych. W celu osiągnięcia przyjętych założeń, scharakteryzowano i zdefiniowano wiedzę ubezpieczeniową, jej pozyskiwanie i upowszechnianie przez zakład ubezpieczeń, a także wskazano na skuteczne techniki sprzedaży ubezpieczeń. Ponadto przedstawiono przeobrażenia zachodzące na współczesnym rynku ubezpieczeniowym, wskazano na podstawowe problemy badawcze dotyczące rynku usług ubezpieczeniowych w ujęciu teoretycznym i empirycznym, w tym także z punktu widzenia możliwych dodatkowych planów emerytalnych usługi ubezpieczeniowej, oraz wskazano kierunki rozwoju rynku usług ubezpieczeniowych w kontekście możliwych przyszłych zachowań konsumentów.

Monografia została podzielona na trzy rozdziały. W rozdziale pierwszym scharakteryzowano niezbędną wiedzę, jaką musi posiadać zakład ubezpieczeń, aby sprostać wymaganiom konsumentów usługi ubezpieczeniowej nie tylko w zakresie wartości w postaci zabezpieczenia finansowego na okoliczność zrealizowania się ryzyka ubezpieczeniowego, ale także zaspokojenia ich coraz bardziej zindywidualizowanych oczekiwań i potrzeb, jakości niezależnie od poziomu cenowego produktu, czy też profesjonalnej obsługi. Wymaga to od zakładów ubezpieczeń specyficznej wiedzy związanej z zarządzaniem ryzykami, selekcją i oceną ryzyka ubezpieczeniowego (underwriting), finansami, likwidacją szkód, działalnością inwestycyjną, informacją, reasekuracją. Sprzyja temu działalność na wolnym rynku konkurencyjnym zakładów ubezpieczeń, które aby osiągnąć przewagę konkurencyjną dla uzyskania własnych korzyści muszą starać się wyprzedzać innych we wdrażaniu innowacji, doskonaleniu jakości i różnorodności oferowanych usług, obniżaniu cen, oferowaniu skutecznych kanałów dystrybucji oraz w sposób najlepszy i pełny zaspokajając potrzeby ubezpieczeniowe konsumentów.

W rozdziale drugim przedstawiono potrzeby konsumentów usług ubezpieczeniowych, które koncentrują się przede wszystkim na otrzymaniu usługi wysokiej jakości i spełniającej w pełni ich potrzeby. Oczekiwania te zostaną spełnione, jeśli oferowane usługi ubezpieczeniowe będą wypełniać podstawowe zasady ochrony ubezpieczeniowej, czyli zasadę powszechności, zasadę pełności oraz zasadę realności. W im większym stopniu zasady te zostaną spełnione przez zakłady ubezpieczeń, tym wyższa będzie jakość oferowanych przez nich usług ubezpieczeniowych.

W rozdziale trzecim opisano oferowane przez zakłady ubezpieczeń produkty ubezpieczeniowe, które akumulują i pomnażają oszczędności, czyli produkty, które mogą być wykorzystane w budowaniu dodatkowych planów emerytalnych. Takie emerytalne aspekty wykazują wybrane produkty ubezpieczeń na życie, dlatego przedstawiono ich dokładną charakterystykę.

# Rozdział 1. Wiedza w procesie zarządzania zakładem ubezpieczeń ze szczególnym uwzględnieniem dystrybucji ubezpieczeń

## 1.1. Wiedza ubezpieczeniowa<sup>1</sup>

Zgodnie z definicją J. Łazowskiego „wiedza ubezpieczeniowa to ogół uporządkowanych naukowo wiadomości, służących do poznania istoty i zasad działania ubezpieczeń oraz określających warunki ich dalszego rozwoju. Jest więc wiedza ubezpieczeniowa syntetycznym ujęciem dorobku naukowego zarówno ekonomii i prawa, jak i matematyki, przyrodoznawstwa, o ile dorobek ten służy dla ustalenia natury gospodarczej ubezpieczenia, określenia jego roli, możliwości i granic stworzenie podstaw racjonalnego funkcjonowania w zależności od obiektów podlegających ubezpieczeniu”<sup>2</sup>. W takim ujęciu wiedza ubezpieczeniowa odnosi się zarówno do zakładów i towarzystw (w skrócie zakładów) ubezpieczeń (które zapewniają pokrycie przyszłych potrzeb majątkowych wywołanych u poszczególnych jednostek przez odznaczającą się pewną prawidłowością zdarzenia losowe w drodze rozłożenia ciężaru tego pokrycia na wiele jednostek, którym te same zdarzenia losowe zagrażają), jak i do klientów/konsumentów, czyli ubezpieczających/ubezpieczonych albo poszukujących ochrony ubezpieczeniowej.

Zakłady ubezpieczeń, podobnie jak inne organizacje, posiadają zasoby wiedzy, czyli „jej aktywa intelektualne, będące sumą wiedzy pojedynczych pracowników oraz zespołów pracowników, które organizacja wykorzystuje w swoich działaniach. Zasoby wiedzy obejmują również dane i informacje, na bazie których budowana jest wiedza indywidualna i zbior-

---

<sup>1</sup> Opracowano na podstawie: A. Grzebieniak, *Wiedza ubezpieczeniowa w zakładach ubezpieczeń*, [w:] A. Grzebieniak, W. M. Pacholarz, J. W. Przybytniowski, *Wiedza w procesie zarządzania sektorem ubezpieczeniowym. Wybrane zagadnienia*, IGIOR, Warszawa 2017, s. 50–93.

<sup>2</sup> M. Szcześniak, *Zarys dziejów ubezpieczeń na ziemiach polskich*, WSUiB, Warszawa 2003, s. 309.



rowa<sup>3</sup>. Według Th. Stewarta,<sup>4</sup> zasoby wiedzy można podzielić na trzy kategorie — wiedza w umysłach pracowników (umiejętności, doświadczenie, sposób wykonywania obowiązków), wiedza zapisana w dokumentach (papierowych, komputerowych bazach danych, płytach CD, oprogramowaniu, itp.) oraz wiedza, która może być chroniona przez patenty, prawa własności, znaki towarowe i tajemnice handlowe. Wiedza może też mieć charakter jawny i ukryty.

Wiedza jawna jest możliwa do zobrazowania w postaci zestawień liczbowych i procedur jako efekt przetwarzania informacji, może to więc być m.in. elektroniczna lub papierowa dokumentacja przedsiębiorstwa, informacje o rynkach i konkurencji, historia działalności gospodarczej firmy (sprzedaż, produkcja, finanse), patenty i wyniki prac badawczo-rozwojowych, analizy, raporty zestawienia, procedury organizacyjne i administracyjne. Natomiast wiedza ukryta jest zasobem zbudowanym w oparciu o doświadczenie, umiejętności i intuicję, nie może więc być ona w sposób łatwy i pełny przekazana przez jej posiadacza drugiej osobie, również i dlatego, że jest to proces długotrwały i odbywa się na drodze osobistych kontaktów, podpatrywania oraz naśladowania. Ten rodzaj wiedzy jest trudny, albo wręcz niemożliwy do spisania i podania pod postacią reguł, przepisów czy procedur. Wiedza ukryta jest rodzajem wiedzy o tym, jak robić odpowiednie rzeczy czy też świadczyć usługi, której nie można przekazać w prosty sposób. Wynika to częściowo ze znanej prawdy, że „wiemy więcej, niż jesteśmy w stanie powiedzieć”<sup>5</sup>. Przy kodyfikacji wiedzy ukrytej otrzymuje się wiedzę jawną, która zostaje, jeśli jej twórcy czy posiadacze odejdują z firmy. Wiedza jawna zmienia wcześniejszą naukę w zasady i pojęcia zrozumiałe dla człowieka, ułatwia koordynację przy realizacji różnych projektów i wypełnianiu funkcji w organizacji, korzystanie z wiedzy jawnej potwierdza umiejętności techniczne i racjonalność proceduralną, co pomaga organizacji zaprezentować swoją kompetencję, zgodność z prawem oraz odpowiedzialność.

Nie każda wiedza, którą posiada pracownik, jest zasobem ekonomicznym. Jest nim „tylko ta wiedza, która wpływa na zachowanie się człowieka jako podmiotu w gospodarce”<sup>6</sup>. Nie jest więc zasobem ekonomicznym wiedza niedostępna dla użytkownika w odpowiednim czasie, miejscu i formie (nawet jeśli jest potencjalnie użyteczna). Ponadto, żeby mówić o wiedzy, w tym także wiedzy ekonomicznej, muszą być zrealizowane dwa warunki:

- między zbiorem danych a informacją występuje analiza (warunek konieczny, ale niewystarczający),
- pozyskana informacja zostanie zinterpretowana przez człowieka (warunek konieczny i wystarczający).

W przeciwnym przypadku zbiór danych nie jest informacją, a zbiór informacji nie jest wiedzą. Zakład ubezpieczeń przejawia orientację na wiedzę wówczas, gdy wiedza zarządza

<sup>3</sup> G. Probst, S. Raub, K. Romhardt, *Zarządzanie wiedzą w organizacji*, OE, Kraków 2002, s. 352.

<sup>4</sup> Th. Stewart, *Intellectual Capital: The New Wealth of Organizations*, Nicolas Brealey, London 1997, s. 278.

<sup>5</sup> Strona internetowa SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny Wrocław, [www.swps.pl/wroclaw/aktualności/lęk przed obcymi](http://www.swps.pl/wroclaw/aktualności/lęk przed obcymi), data: 09/10/2019.

<sup>6</sup> J. Oleński, *Elementy ekonomiki informacji. Podstawy ekonomiczne informatyki gospodarczej*, Uniwersytet Warszawski, Katedra Informatyki Gospodarczej i Analiz Ekonomicznych, Warszawa 2002, s. 522.

strategią zakładu ubezpieczeń, a strategia zarządza wiedzą w zakładzie ubezpieczeń. Ponadto każde przedsiębiorstwo, w tym i zakład ubezpieczeń, musi przy orientacji na wiedzę zapewniać, że „strategia oraz programy operacyjne zarządzania wiedzą są nie tylko zgodne ze zbiorowymi ambicjami pracowników, ale znajdują również wsparcie w stosowanych technikach i technologiach, odpowiednich zasobach, jasno określonych rolach i umiejętnościach pracowniczych, wyraźnie zdefiniowanej kulturze organizacyjnej, które łącznie wspomagają realizację celów biznesowych firmy”<sup>7</sup>. Tylko takie cechy działającej firmy decydują o powodzeniu podejmowanych przedsięwzięć, gdyż w gospodarce opartej na wiedzy coraz trudniej jest osiągnąć powodzenie bez odpowiedniego zaprojektowania funkcjonowania organizacji w taki sposób, aby sprzyjało ono zarządzaniu wiedzą. Do czynników sprzyjających orientacji przedsiębiorstwa na wiedzę zalicza się<sup>8</sup>:

- opracowanie strategii biznesu zapewniającej kompatybilność ze strategią wiedzy,
- opracowanie polityki przedsiębiorstwa i sformułowanie jej na piśmie, by w ten sposób stała się przewodnikiem dla przedsiębiorstwa,
- opisanie procesów, które służą pracownikom do realizacji misji, wizji i celów przedsiębiorstwa,
- stosowanie technologii informatycznej umożliwiającej identyfikację, kreację i przepływ wiedzy pomiędzy pracownikami różnych komórek organizacyjnych wewnątrz przedsiębiorstwa oraz ułatwiającej kontakt z jego otoczeniem,
- stworzenie odpowiedniej kultury organizacyjnej.

Wymienione czynniki sprzyjające orientacji przedsiębiorstwa na wiedzę muszą być realizowane w kontekście inicjatyw związanych z wiedzą, które w przedsiębiorstwie kreują<sup>9</sup>:

- kierownictwo,
- kultura organizacyjna,
- infrastruktura techniczna,
- strategia,
- edukacja<sup>10</sup>.

Już w latach 50-tych XX wieku P. Drucker pisał, że „firmę tworzą jej ludzie, a konkretnie ich wiedza, umiejętności i łączące ich relacje”<sup>11</sup>. Ponadto P. Drucker stworzył nowy i ważny termin — „pracownik wiedzy” — który odnosi się do pracowników umysłowych, których głównym zadaniem było interpretowanie danych, przekładanie ich na realne działania i rozwiązywanie problemów. Realizacja tego zadania wymaga używania szarych komórek, a nie

---

<sup>7</sup> B. Bate, *Knowledge management: a model approach*, „Managing information” 1999, Vol. 6, No. 8, s. 38–41.

<sup>8</sup> R. Snyman, C. J. Kruger, *The independency between strategic management and strategic knowledge management*, „Journal of Knowledge Management” 2004, Vol. 68, No. 1, s. 10–11.

<sup>9</sup> C. A. Conley, W. Zheng, *Factors critical to knowledge management succes*, „Advances in Developing Human Resource” June 2009, Vol. 11, No. 3, s. 334–335.

<sup>10</sup> A. Manes, *Versicherungs-Wissenschaft auf deutschen Hochschulen*, Mittler & Sohn, Berlin 1903.

<sup>11</sup> E. Haas Edersheim, *Przesłanie Druckera. Zarządzanie oparte na wiedzy*, MT Biznes, Warszawa 2007, s. 170.

siły mięśni. Zauważył też, że wiedza jest mobilna, a jej zastosowanie nie jest ograniczone do wąskich ram specjalności danego przedsiębiorstwa lub branży. Ponadto stwierdził, że pracownicy wiedzy w pewnym sensie bardziej przypominają zewnętrznych podwykonawców niż etatowych funkcjonariuszy organizacji, gdyż nie zostawiają pracy w biurze, lecz zabierają ją ze sobą do domu. W ich przypadku najważniejsza jest efektywność, czyli zdolność wykonywania właściwych zadań, a nie wydajność, czyli ogólna zdolność wykonywania zadań, jak to ma miejsce w przypadku pracy fizycznej.

Edukacja ubezpieczeniowa, która umożliwia rozbudzenie świadomości w podejmowaniu właściwych i odpowiednich decyzji w sprawie inwestowania swoich zasobów finansowych w obecnym zglobalizowanym rynku, to jeden z filarów wiedzy niezbędnej do osiągnięcia osobistej i zawodowej satysfakcji. Zadaniem ogólnie rozumianej edukacji ubezpieczeniowej jest wyposażenie w wiedzę na temat ubezpieczeń, oraz wskazanie możliwości jej teoretycznego i praktycznego wykorzystania. Edukacja ubezpieczeniowa to również edukowanie, czyli wychowanie oraz kształcenie, które prowadzi do pogłębiania świadomości osób podejmujących niejednokrotnie życiowe decyzje. Edukowanie polega na uczeniu się i uczeniu kogoś, ma więc charakter wieloaspektowy i może odbywać się na kilku płaszczyznach. W przypadku edukacji ubezpieczeniowej odbywa się to na trzech płaszczyznach:

- edukacja ubezpieczeniowa ogólna — funkcjonuje poza sektorem ubezpieczeniowym w ramach szeroko rozumianej edukacji na poziomie szkół średnich oraz w zakresie ubezpieczeń gospodarczych na m.in. studiach prawniczych, ekonomicznych,
- edukacja ubezpieczeniowa prowadzona przez podmioty rynku ubezpieczeniowego (KNF, zakłady ubezpieczeń, Stowarzyszenie Polskich Brokerów Ubezpieczeniowych i Reasekuracyjnych, PIU, Ogólnopolskie Towarzystwo Pośredników Ubezpieczeniowych i Finansowych, PBUK, RzF (RzU), UFG, itd.),
- edukacja ubezpieczeniowa prowadzona przez pośredników ubezpieczeniowych (agentów i brokerów) oraz pracowników zakładów ubezpieczeń.

Edukacja ubezpieczeniowa musi zwiększać zakres posiadanej wiedzy ubezpieczeniowej, co w efekcie winno prowadzić do zmiany zachowań klientów dzięki wzrostowi świadomości ubezpieczeniowej, która „jest niezbędną umiejętnością funkcjonowania w nowoczesnym społeczeństwie i staje się coraz ważniejsza w długoterminowej perspektywie godnego życia jednostki i społeczeństwa”<sup>12</sup>. Jak wynika z badań, „wiedza silnie oddziałuje na wzrost świadomości ubezpieczeniowej, a co za tym idzie — posiadanie odpowiedniej ochrony ubezpieczeniowej odpowiadającej potrzebom klientów”<sup>13</sup>. Wiedza ubezpieczeniowa zakładu ubezpieczeń, który cechuje się wysokim stopniem ryzyka swojej działalności oraz szerokim zakresem oferowanej usługi ubezpieczeniowej, wymaga wiedzy nie tylko technicznej (w tym m.in. z zakresu prawa, finansów, medycyny), ale także wiedzy z zakresu działalności inwestycyjnej, która szczególnie ważna jest w przypadku ubezpieczeń na życie, gdzie duże ryzyko wiąże się na przykład z kalkulacjami technicznej stopy oprocentowania w przypadku wie-

---

<sup>12</sup> M. Iwanicz-Drozdowska, *Edukacja i świadomość finansowa. Doświadczenia i perspektywy*, SGH, Warszawa 2011, s. 13.

<sup>13</sup> S. Pienkowska-Kamieniecka, D. Walczak, *Willingness of Polish Households to Save for Retirement*, European Financial Systems, Proceedings of the 13th International Scientific Conferences, June 27–28, Brno 2016, s. 593.

loletnich okresów występujących w ubezpieczeniach na życie bez funduszu inwestycyjnego, gdzie ryzyko inwestycyjne ponosi zakład ubezpieczeń ustalając z góry sumę ubezpieczenia.

Wiedza ubezpieczeniowa klientów zakładów ubezpieczeń wynika z ich zainteresowania związanego z zapewnieniem bezpieczeństwa sobie lub rodzinie przy wykorzystaniu urządzenia gospodarczego jakim jest ubezpieczenie, w sytuacji wystąpienia zdarzenia losowego (które po wykupieniu ubezpieczenia staje się zdarzeniem ubezpieczeniowym) z reguły powodującego negatywne skutki ekonomiczne. Ich zrekompensowanie (naprawienie) bez pomocy zakładu ubezpieczeń mogłoby być trudne, a czasami wręcz niemożliwe.

Aby zakład ubezpieczeń mógł finansować straty związane z zaistniałymi zdarzeniami ubezpieczeniowymi (ale również finansować świadczenia związane z zaistniałymi zdarzeniami ubezpieczeniowymi dotyczącymi na przykład ubezpieczeń na życie), musi gromadzić środki finansowe dzięki wykorzystaniu prawidłowości rynkowej, według której liczba podmiotów zagrożonych niekorzystnymi konsekwencjami podobnych zdarzeń (ryzyk) jest znacznie większa niż liczba podmiotów, u których te zdarzenia (ryzyka) zrealizuje się. Dzięki temu można te finansowanie strat prowadzić ze wspólnego funduszu utworzonego według statystycznej analizy ryzyka. Metody statystyczne pozwalają uzyskać ilościową informację wskazującą na prawdopodobieństwo zaistnienia określonego zdarzenia, co w efekcie prowadzi do możliwości obliczenia wielkości składki ubezpieczeniowej. Takie wyliczenia w zakładzie ubezpieczeń prowadzi aktuariusz, który — jak się często przyjmuje — posiada największą wiedzę ubezpieczeniową w zakładzie ubezpieczeń. Jest to specjalista, który stosując metody rachunku prawdopodobieństwa i statystyki oblicza ryzyko wypadków losowych oraz wysokość związanych z tym składek ubezpieczeniowych, ustala także wysokość rezerw techniczno-finansowych. Są to części składki przypisanej brutto, ustalone w momencie zawierania umowy ubezpieczenia, które przypadają na zobowiązania okresu sprawozdawczego lub obrachunkowego, a także części składki, odszkodowań i świadczeń przypadających na przyszłe okresy sprawozdawcze zakładów ubezpieczeń i wynikających z zawartych umów ubezpieczenia. **Określenie rodzaju tworzonych rezerw techniczno-ubezpieczeniowych oraz ustalenie ich odpowiedniej wysokości stanowi jedno z podstawowych zadań zakładu ubezpieczeń.** Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe stanowią gwarancję wypłaty odszkodowań i świadczeń w przypadku realizacji ryzyka ubezpieczeniowego. Do podstawowych rezerw techniczno-ubezpieczeniowych zalicza się<sup>14</sup>:

- rezerwę składek,
- rezerwę na ryzyka niewygasłe,
- rezerwę na niewypłacone odszkodowania i świadczenia, w tym rezerwa na skapitalizowaną wartość rent,
- rezerwę na wyrównanie szkodowości,
- rezerwę w dziale ubezpieczeń na życie,
- rezerwę w dziale ubezpieczeń na życie, gdy ryzyko lokaty (inwestycyjnej) ponosi ubezpieczający,

---

<sup>14</sup> Wszystkie rodzaje rezerw wynikają z „Zasad gospodarki finansowej zakładów ubezpieczeń” uregulowanych Dyrektywą Rady 91/674/EWG, oraz z *Ustawy o rachunkowości* z dnia 29 września 1994 r. z póź. zm.

- rezerwę na premie i rabaty (bonifikaty) dla ubezpieczonych,
- pozostałe rezerwy określone w statucie zakładu ubezpieczeń (np. ryzyka katastroficzne, ryzyka wyjątkowe).

Logika tworzenia **rezerwy składki** wiąże się z zobowiązaniami zakładu ubezpieczeń, które nie wygasają z upływem bieżącego okresu sprawozdawczego (zawarcia umowy ubezpieczenia), lecz trwają przez następny okres sprawozdawczy i ewentualnie dłużej. **Rezerwa na ryzyka niewygasłe** tworzona jest jako uzupełnienie rezerwy składek i powstaje w sytuacji, gdy składka nie została dopasowana do potrzeb danego typu ubezpieczenia. Rezerwa ta służy pokryciu odszkodowań, świadczeń oraz innych kosztów, jakie mogą powstać z zawartych umów ubezpieczenia i które nie wygasają z ostatnim dniem okresu sprawozdawczego, a wysokość rezerwy składek jest niewystarczająca na pokrycie zobowiązań zakładu ubezpieczeń. Rezerwa na pokrycie ryzyka niewygasłego ma zastosowanie w tych ubezpieczeniach, w których występuje ryzyko wzrastające, na przykład w ubezpieczeniach OC czy też w ubezpieczeniach chorób i inwalidztwa — tu ryzyko wzrasta z wiekiem, natomiast składka jest ustalona na średnim poziomie. **Rezerwa na niewypłacone odszkodowania i świadczenia** związana jest z sytuacją, w której szkody pomimo że zaistniały w okresie sprawozdawczym, to jednak nie zostały w tym okresie wypłacone. Powody niewypłacenia mogą być różne — na przykład szkody zostały zgłoszone, ale posiadane informacje nie pozwalają na wycenę wysokości świadczeń, lub szkody zaszły w okresie sprawozdawczym, ale nie zostały zgłoszone ubezpieczycielowi, itd. **Rezerwa na wyrównanie szkodowości (ryzyka)** tworzona jest w wysokości mającej zapewnić wyrównanie wahań współczynnika szkodowości w przyszłości (współczynnik szkodowości to stosunek odszkodowań i świadczeń, z uwzględnieniem zmiany stanu rezerw na niewypłacone odszkodowania i świadczenia, do składki zarobionej). **Rezerwa ubezpieczeń na życie** stanowi wartość zobowiązań zakładu ubezpieczeń wynikającą z tytułu zawarcia umów ubezpieczenia na życie, oszacowaną przez aktuariusza, uwzględniającą zadeklarowane premie i po odliczeniu wartości aktuarialnej przyszłych składek. **Rezerwę ubezpieczeń na życie, jeżeli ryzyko lokaty ponosi ubezpieczający**, tworzy się dla umów z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym w wysokości wartości lokat środków, które zakład ubezpieczeń utworzył na wniosek ubezpieczających. Wartość lokat ustala się jako iloczyn ceny jednostki danego funduszu w dniu wyceny i sumy zgromadzonych jednostek na indywidualnych rachunkach inwestycyjnych. **Rezerwa na premie i rabaty dla ubezpieczonych** tworzona jest do wysokości kwot, o które mogą być powiększone przeszłe świadczenia lub pomniejszone przeszłe składki zgodnie z zapisami umów ubezpieczenia. W rezerwie tej zawarte są również udziały w zysku zakładu ubezpieczeń, które będą należne ubezpieczonym. **Pozostałe rezerwy techniczne ubezpieczeniowe określone w statucie zakładów ubezpieczeń** mogą dotyczyć na przykład ryzyk katastroficznych lub wyjątkowych. Zakład ubezpieczeń narażony jest na ryzyko katastroficzne, które wynika z realizacji pojedynczej, ale dużej szkody, bądź powstania wielu szkód o niewielkiej wartości każdej z nich. Rezerwę na szkody katastroficzne tworzy się na wypadek wystąpienia szkód, co do których żaden portfel ubezpieczeniowy nie jest odpowiednio duży, aby zrównoważyć ryzyko przez nie niesione w dającym przewidzieć się okresie. Celem tworzenia rezerw katastroficznych nie jest wyrównanie wyniku finansowego na przestrzeni kilku lat, lecz pokrycie strat wynikłych z jednorazowych wydarzeń o szczególnie wysokim

roszczeniu. Rezerwy te chronią zakład ubezpieczeń przed finansowymi skutkami katastrof oraz częściowo przed zagrożeniem niewypłacalnością z powodu niewystarczającego poziomu innych rezerw technicznych. Utworzona rezerwa na szkody katastroficzne stanowi fundusz, który jest w dyspozycji zakładu ubezpieczeń na wypadek powstania szkód o wymiarach katastroficznych. Drugą grupę pozostałych rezerw techniczno-ubezpieczeniowych stanowią rezerwy na ryzyka wyjątkowe. Rezerwa ta wiąże się z gromadzeniem zabezpieczenia na ryzyka, z którymi spotkać można się w sytuacjach szczególnych. Za utworzeniem rezerwy na ryzyko wyjątkowe przemawiają również ustalenia w zakresie wielkości współczynnika szkodowości. Współczynnik szkodowości uwzględniając zmiany stanu rezerwy składki i rezerwy szkód nie bierze pod uwagę pozostałych rezerw techniczno-ubezpieczeniowych. Zatem rezerwa na ryzyka wyjątkowe chroni wysokość współczynnika szkodowości i wysokość rezerw z nim związanych. Zakład ubezpieczeń, który prowadzi działalność w zakresie koasekuracji i występuje w roli koasekuratora, musi tworzyć rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe co najmniej w wysokości proporcjonalnej do przyjętego ryzyka z tytułu umowy koasekuracji.

Reasumując znaczenie wiedzy ubezpieczeniowej na temat rezerw techniczno-ubezpieczeniowych należy stwierdzić, że spełniają one ważną rolę w zakładach ubezpieczeń, gdyż:

- pozwalają zapewnić realną ochronę ubezpieczeniową,
- są konsekwencją stosowania zasady ostrożnej wyceny w rachunkowości,
- mają chronić ubezpieczyciela przed kumulacją ryzyk (np. w przypadku zdarzeń katastroficznych),
- tworzenie i rozwiązywanie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych wpływa bezpośrednio na wynik techniczny, a tym samym na wysokość zobowiązania podatkowego,
- obowiązek pokrycia rezerw techniczno-ubezpieczeniowych lokatami decyduje o polityce inwestycyjnej zakładu ubezpieczeń, a tym samym o strukturze aktywów i zyskach osiągniętych z działalności lokacyjnej,
- wpływają na wypłacalność zakładów ubezpieczeń,
- są gwarantem wypłaty odszkodowań i świadczeń z tytułu realizacji zdarzeń losowych,
- decydują o stabilności finansowej zakładu ubezpieczeń.

Wysokość rezerw techniczno-ubezpieczeniowych ustalają zakłady ubezpieczeń samodzielnie. Wiedza na temat sposobów tworzenia tych rezerw jest bardzo ważna, gdyż zbyt niska skalkulowana wysokość rezerw może zachwiać jego równowagę finansową, zaś zbyt wysokie rezerwy powodują zaniżenie zysku, a tym samym podważają jego wiarygodność wśród akcjonariuszy i klientów. Prawidłowe ustalenie wysokości rezerw jest podstawą zachowania stabilności i płynności finansowej oraz wypłacalności zakładów ubezpieczeń.

Aktuariusz, oprócz ustalania wysokości rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, realizuje też inne cele w zakładzie ubezpieczeń<sup>15</sup>:

1. zapewnia adekwatność metodyki stosowanych modeli, jak również założeń przyjętych do ustalania wartości rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności,

---

<sup>15</sup> Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2015 r., poz. 1844).

2. ocenia, czy dane wykorzystywane do ustalania wartości rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności są wystarczające i czy są odpowiedniej jakości,
3. porównuje najlepsze oszacowania z danymi wynikającymi ze zgromadzonych doświadczeń,
4. informuje zarząd i radę nadzorczą zakładu ubezpieczeń o wiarygodności adekwatności ustalania wartości rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności,
5. wyraża opinię na temat adekwatności rozwiązań w zakresie reasekuracji,
6. współpracuje przy efektywnym wdrażaniu systemu zarządzania ryzykiem, w szczególności w zakresie:
  - a. modelowania ryzyka stanowiącego podstawę obliczeń kapitałowego wymogu wypłacalności i minimalnego wymogu kapitałowego,
  - b. własnej oceny ryzyka i wypłacalności zakładu ubezpieczeń,
7. ustala wartości rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów rachunkowości.

Aktuariusz powinien być zaangażowany we wszystkie fazy operacji ubezpieczeniowych. W przypadku ubezpieczeń na życie analizuje dane statystyczne zagadnień demograficznych (urodzenia, zgony, zawarcie małżeństw, zatrudnienie, emerytury, wypadki), w celu pozyskania wiedzy umożliwiającej ustalenie stawek taryfowych w taki sposób, aby z dużym prawdopodobieństwem można było stwierdzić, że zapewnią one w każdym roku okresu ubezpieczenia, szczególnie dla ubezpieczeń wieloletnich, co najmniej prognozowane dochody z lokat czasowo wolnych środków. Specyfika działalności ubezpieczeniowej i płatność składki z góry wymaga od zakładów ubezpieczeń tworzenia wielu rezerw techniczno-ubezpieczeniowych. Ponadto w ubezpieczeniach życiowych z części składki należy tworzyć tzw. rezerwę matematyczną na przyszłe zobowiązania. Tworzenie jej związane jest bezpośrednio z faktem, iż ryzyko zmienia się wraz ze zmianą wieku osoby ubezpieczonej. Składka ustalana w danym wieku osoby ubezpieczonej jest opierana na prawdopodobieństwie śmierci osoby ubezpieczonej, które wyraża się procentowo. Wielkość tego prawdopodobieństwa stanowi tak zwaną składkę netto. Do tej składki należy jeszcze doliczyć narzuty na koszty działalności ubezpieczeniowej, w tym koszty zawarcia ubezpieczenia, a także zysk zakładu ubezpieczeń. Po uwzględnieniu tych narzutów otrzymuje się składkę brutto, czyli taką, jaka zostaje przedstawiona w ofercie ubezpieczeniowej. Składka zostaje uśredniona, przez co w sposób pośredni uwzględnia ryzyko śmierci w każdym wieku. W efekcie w latach młodszych ubezpieczonego nadpłaca on składkę (a różnica trafia właśnie do rezerwy matematycznej), a w latach późniejszych płaci mniej niż by wynikało z prawdopodobieństwo śmierci w tych latach (a niedobór w składce jest pokrywany ze środków rezerwy matematycznej). Poza tym ustala się też często limit wiekowy, do jakiego uiszczą się składki, ponieważ w pewnym wieku ubezpieczony może już nie dysponować wystarczającymi zasobami finansowymi. Do kolejnych zadań aktuarusza należy badanie stopnia pokrycia aktywami rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, a także określenie marginesu wypłacalności zakładu ubezpieczeń, czyli środków własnych ubezpieczyciela, które nie mogą być niższe od minimalnej wysokości kapitału gwarancyjnego i które potrzebne są do zabezpieczenia płynności ubezpieczyciela. Zależą one od rozmiaru działalności ubezpieczeniowej prowadzonej przez zakład

ubezpieczeń. Z kolei kapitał gwarancyjny to środki własne zakładu ubezpieczeń nieobciążone żadnymi zobowiązaniami i konieczne do prowadzenia działalności ubezpieczeniowej.

Dużą wiedzę ubezpieczeniową w zakładzie ubezpieczeń posiada również jego kadra kierownicza, którą można sklasyfikować według zajmowanego szczebla w organizacji:

- kierownicy najwyższego szczebla,
- kierownicy średniego szczebla,
- kierownicy liniowi.

W małych i średniej wielkości zakładach ubezpieczeń za kierowników najwyższego szczebla uważa się prezesa, członków zarządu oraz dyrektorów generalnych i dyrektorów pionów (jeżeli tacy występują), natomiast do kierowników średniego szczebla zalicza się naczelników wydziałów, referatów, grup, itd. W dużych zakładach ubezpieczeń o bardziej rozwiniętej strukturze układ tych szczebli nieco się zmienia. Oprócz prezesa i członków zarządu, są też dyrektorzy rozbudowanych jednostek departamentalnych, których też można zaliczyć do kierownictwa najwyższego szczebla, ponadto występują jednostki wydziałowe, których kierowników zalicza się do średniego szczebla zarządzania zakładem ubezpieczeń. W zależności od szczebla kierowniczego zmieniają się pewne akcenty i hierarchia ważności różnych zadań i ról, a stąd również wymagania odnośnie umiejętności kierowniczych, które oprócz wiadomości tworzą wiedzę niezbędną do efektywnego zarządzania zakładem ubezpieczeń. Te umiejętności można podzielić na trzy grupy, a ich stopień występowanie na poszczególnych szczeblach kierowniczych różni się ich zakresem. Na umiejętności kierownicze składają się umiejętności<sup>16</sup>:

- koncepcyjne,
- społeczne,
- techniczne.

Na szczeblu najwyższym kierownicy powinni posiadać przede wszystkim umiejętności koncepcyjne, czyli umysłowe zdolności do koordynacji oraz integracji wszystkich interesów i działalności organizacji. Ponadto powinni rozumieć, w jaki sposób zmiana w dowolnej części organizacji wpłynie na całość, a także dostrzegać wzajemne związki między różnymi czynnikami danej sytuacji tak, aby podjęte przez niego działania najlepiej służyły całej organizacji. Na szczeblu najniższym kierownicy powinni posiadać przede wszystkim umiejętności techniczne, czyli zdolności do posługiwania się narzędziami technicznymi lub innymi w zależności od swojej dziedziny. Niezależnie natomiast od szczebla zarządzania kierownicy powinni posiadać duże umiejętności społeczne, czyli zdolności do współdziałania m.in. z pracownikami, rozumienia ich i motywowania, zarówno poszczególnych osób, jak i grup. W przypadku kierowników średniego szczebla ważne są w mniej więcej równym stopniu umiejętności techniczne i koncepcyjne. W zakładzie ubezpieczeń kierownicy najwyższego szczebla rozstrzygają m.in. problemy rozlokowania środków finansowych na poszczególne zadania, kierownicy średniego i najniższego szczebla dokonują wyboru co do akceptacji lub odrzucenia oferty o ubezpieczenie, przyznania lub odmowy ubezpieczenia, sposobu zaksięgowania, kolejności wykonania prac, wyboru pomiędzy zatrudnieniem nowego pracownika a zleceniem niektórych prac do wykonania na akord., itp.

---

<sup>16</sup> J. A. Stoner, Ch. Wankel, *Kierowanie*, PWE, Warszawa 1994, s. 36.



Zarządzanie zakładem ubezpieczeń wymaga wiedzy specyficznej. Wynika to przede wszystkim z faktu, iż zakład ubezpieczeń przejmuje ryzyka od poszczególnych podmiotów i musi nimi tak zarządzać, aby w razie wystąpienia straty/potrzeby u któregośkolwiek podmiotu był w stanie im to zrekompensować. Ochrona ubezpieczeniowa wymaga więc gromadzenia znacznych środków na przyszłe wypłaty odszkodowań i świadczeń w formie tzw. rezerw techniczno-ubezpieczeniowych. Środki te są gromadzone przez zakład ubezpieczeń dzięki składkom ubezpieczeniowym, przez co realizuje się funkcja akumulacji kapitałowej ubezpieczeń. Inną funkcją ubezpieczeń jest funkcja ochrony ubezpieczeniowej, która polega na gotowości przejścia przez zakład ubezpieczeń materialnych skutków zdarzeń losowych, czyli realizacji ryzyk objętych umową ubezpieczeniową. Zakład ubezpieczeń roztacza nad ubezpieczonymi podmiotami ochronę finansową, przez co uwalnia ich od ewentualnego kłopotu szybkiego zgromadzenia znacznych czasami środków finansowych niezbędnych do naprawienia powstałego uszczerbku majątkowego lub zaspokojenia określonych potrzeb majątkowych (na przykład w związku z urodzeniem się dziecka). Przy realizacji tej funkcji następuje przenoszenie środków finansowych od podmiotów, którym grozi wystąpienie jakiejś straty/potrzeby, na rzecz podmiotów, u których straty/potrzeby wystąpiły, czyli u których to ryzyko zrealizowało się. Za tę finansową ochronę ubezpieczeniową ubezpieczający płacą zakładowi ubezpieczeń z góry określoną cenę (składkę ubezpieczeniową), która jest niewspółmiernie niska w porównaniu z otrzymanym odszkodowaniem lub świadczeniem po zrealizowaniu się ryzyk objętych ochroną ubezpieczeniową. Ubezpieczenia w przypadku nawet ryzyk niezrealizowanych, czyli w sytuacji braku wystąpienia straty/potrzeby, również spełniają swą funkcję ochronną, gdyż dają podmiotowi ubezpieczonemu poczucie bezpieczeństwa i spokoju.

Informatycy są kolejną grupą pracowników posiadającą największą wiedzę ubezpieczeniową w zakładach ubezpieczeń, gdyż odpowiadają za zabezpieczenie skutecznego systemu informatycznego pozwalającego podejmować optymalne decyzje w związku z dużą liczbą przetwarzanych informacji oraz z administrowaniem wielką liczbą polis. Skuteczny system informatyczny oznacza też możliwość wykonywania różnych obliczeń statystycznych, które wspomagają procesy informacyjno-decyzyjne. Systemy informatyczne zakładów ubezpieczeń, zarządzane od strony technicznej przez informatyków, obsługują następujące m.in. procesy informacyjno-decyzyjne<sup>17</sup>:

- ustalania składek ubezpieczeniowych,
- obsługi sprzedaży polis ubezpieczeniowych,
- likwidacji szkód,
- napływu składek,
- obsługi pośredników,
- obsługi underwritingu,
- obsługi działalności inwestycyjnej,
- zarządzania pracą i obiegiem dokumentów,
- zarządzania przedsięwzięciami rozwojowymi.

---

<sup>17</sup> J. Monkiewicz, *Podstawy...*, op. cit., s. 438.

Wyróżnione procesy informacyjno-decyzyjne w zakładach ubezpieczeń pozwalają budować różne typy rozwiązań służących do budowy systemu zarządzania wiedzą<sup>18</sup>:

- business intelligence — systemy analizują dane ilościowe w celu identyfikacji trendów oraz ułatwienia podejmowania decyzji biznesowych,
- systemy pracy grupowej — tworzą platformę dla komunikacji i koordynacji pracy grup roboczych, umożliwiają wymianę informacji i dokumentów między pracownikami niezależnie od miejsca i czasu pracy,
- systemy obiegu pracy — automatyzują codzienną pracę biurową przez przydzielanie pracownikom indywidualnych zadań oraz gwarantowanie równomiernego rozkładu pracy,
- systemy zarządzania relacjami z klientami — nakierowane są na koordynację relacji między firmą a jej klientami, w których w skład wchodzić mogą: obsługa centrum zgłoszeń telefonicznych, zarządzanie procesem sprzedaży i świadczenia usług posprzedażowych, koordynacja procesów serwisowych oraz analiza danych klientów,
- systemy zarządzania dokumentami i treściami — systemy gromadzące, udostępniające i zarządzające dokumentami oraz ich opisami,
- portale korporacyjne — technologie internetowe zapewniające pracownikom i klientom firmy dostosowany do indywidualnych potrzeb dostęp do informacji pochodzących z wielu źródeł,
- mechanizmy wyszukiwania — rozwiązania indeksujące zbiory informacji (głównie dokumenty) i umożliwiające wyszukiwanie na podstawie zadanych kryteriów, w tym występujących w dokumentach słów i zwrotów.

Wszystkie trzy wymienione grupy pracowników zakładów ubezpieczeń, czyli aktuariusze (szerzej — pracownicy działu aktuarialnego), naczelne i średnie kierownictwo oraz informatycy zarządzający systemami informatycznymi, tworzą grupę pracowników o największej wiedzy ubezpieczeniowej. W zależności od zajmowanych stanowisk i biorąc pod uwagę specyfikę działalności zakładów ubezpieczeń, wymaga się od zatrudnionych pracowników w większym lub mniejszym stopniu wiedzy z zakresu zarządzania dotyczącej ryzyk przekazywanych nie tylko przez klientów, ale także ryzyk występujących w samych zakładach ubezpieczeń w związku z prowadzoną przez nich działalnością gospodarczą. Oczywiście ryzyka te mają różny charakter, ale sposób zarządzania nimi jest w wielu miejscach taki sam. Tymi ryzykami i działaniami są:

- ryzyka ubezpieczeniowe przyjmowanymi od klientów,
- ryzyka w zakładzie ubezpieczeń, czyli ryzyka wynikające z samego funkcjonowania i działalności zakładu ubezpieczeń jako szczególnego podmiotu gospodarczego na rynku,
- selekcja i ocena ryzyka ubezpieczeniowego,
- finanse zakładu ubezpieczeń,
- likwidacja szkód,

---

<sup>18</sup> K. Klincewicz, *Knowledge Management. Development, Diffusion and Rejection*, Wydział Zarządzania UW w Warszawie, Warszawa 2004, s. 116.

- działalność inwestycyjna zakładu ubezpieczeń,
- zarządzanie informacją w zakładzie ubezpieczeń,
- zarządzanie reasekuracją w zakładzie ubezpieczeń.

Zarządzanie ryzykami ubezpieczeniowymi przyjmowanymi od klientów w zakładzie ubezpieczeń wiąże się z koniecznością posiadania wiedzy ubezpieczeniowej dotyczącej *underwritingu*, czyli procesu selekcji i klasyfikacji wniosków o zawarcie ubezpieczenia<sup>19</sup>. Jest on podstawowym elementem składowym działalności ubezpieczeniowej<sup>20</sup>. Celem *underwritingu* jest zapobieżenie bądź ograniczenie antyselekcji, czyli sytuacji, w której osoby charakteryzujące się niższym poziomem ryzyka od przeciętnego rezygnują z ubezpieczenia uznając je za nieopłacalne, natomiast osoby z wyższym poziomem ryzyka ubezpieczają się. To powoduje, że szkodowość dla wspólnoty ryzyka staje się wyższa niż dla całej populacji i istnieje potrzeba podwyższenia składki. Po podwyższeniu również może okazać się, że są osoby, których ryzyko jest także niższe od przeciętnego dla wspólnoty ryzyka i dlatego rezygnują z ubezpieczenia uznając je za nieopłacalne, natomiast osoby z wyższym poziomem ryzyka pozostają. Jeśli więc wnioski osób wnoszące ponadprzeciętne ryzyko zostaną zaakceptowane ze stawką przeciętną, wtedy zakład ubezpieczeń poniesie negatywne skutki antyselekcji, gdyż ubezpieczający nie zapłaci składki wyższej, która rzeczywiście odzwierciedla jego ryzyko. Prowadzi to wówczas do większych niż oczekiwano szkód, jeśli *underwriter* jej nie zidentyfikuje. Niebezpieczeństwo antyselekcji wynika więc z możliwości złego zaklasyfikowania ryzyka i w efekcie występuje wtedy tzw. asymetryczna informacja między potencjalnym ubezpieczającym a *underwriterem* w zakresie stopnia zagrożenia ryzykiem<sup>21</sup>. *Underwriter* powinien wybierać (wyselekcjonować) przede wszystkim takie ryzyka do ubezpieczenia, których szkodowość nie będzie wyższa niż przyjęta w podstawach kalkulacyjnych taryfa składek, tzn. szkody faktyczne nie powinny być wyższe od oczekiwanych. Nie wyklucza to przyjęcia do ubezpieczenia ryzyk o wyższym poziomie, jednakże należy je przede wszystkim także wyselekcjonować i wówczas zakwalifikować do wyższej klasy taryfowej oraz ewentualnie dodać do umowy ubezpieczenia dodatkowe warunki zabezpieczające, np. franszyzę redukcyjną. W danym roku mogą oczywiście wystąpić odchylenia wartości rzeczywistych od wartości oczekiwanych, jednak w długim okresie wielkości te powinny być do siebie zbliżone. Innym celem *underwritingu* jest zapewnienie właściwego wolumenu ryzyk w każdej klasie taryfowej, tak, aby można było uzyskać zgodnie z prawem wielkich liczb, wystarczająca dokładność przewidywania liczby i wielkości szkód<sup>22</sup>.

Podsumowując, z biznesowego punktu widzenia podstawowym celem *underwritingu* jest zapewnienie opłacalności działalności ubezpieczeniowej, tj. generowania dodatniego wyniku technicznego (na działalności operacyjnej). Proces *underwritingu* powinni prowadzić osoby, które posiadają dużą wiedzę z zakresu analizy ryzyka ubezpieczeniowego, analizy

---

<sup>19</sup> J.W. Przybytniowski, *Konkurencyjność rynku usług pośrednictwa ubezpieczeniowego w Polsce*, Wydawnictwo Menedżerskie PTM, Warszawa 2013, s. 59.

<sup>20</sup> E. J. Vaughan, T. Vaughan, *Fundamentals of Risk and Insurance*, wyd. 8, John Wiley and Sons, New York 1999, s. 126.

<sup>21</sup> J. F. Outreville, *Theory and Practice of Insurance*, Kluwer Academic Publishers, Boston 1998, s. 150–152.

<sup>22</sup> J.W. Przybytniowski, *Konkurencyjność...*, s. 59.

kondycji finansowo-ekonomicznej klientów oraz potencjalnych klientów, analizy wyników technicznych poszczególnych klientów oraz całego portfela ubezpieczeniowego, ochrony zakładu ubezpieczeń przed zagrożeniami, które mogą wynikać z niedoszacowania ryzyka, obowiązujących przepisów prawa i ogólnych warunków ubezpieczeń dla sieci sprzedaży, a także doświadczenie w obszarze likwidacji szkód oraz sprzedaży. Underwriter powinien posiadać umiejętności i doświadczenie w ocenie informacji dostarczonej przez klienta we wnioskach-kwestionariuszach w zakresie wielkości badanego ryzyka oraz możliwości przyjęcia go do ubezpieczenia, następnie przyporządkowania tego ryzyka do bazowej klasy taryfowej i wyznaczenia indywidualnej stawki taryfowej. W ubezpieczeniach na życie musi zastosować metody aktuarialne (np. wycenę produktów ubezpieczeniowych, ustalenie metod tworzenia rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, wyznaczenie wysokości marginesu wypłacalności ZU, kalkulację ryzyka ubezpieczeniowego, rynkowego, kredytowego, oraz operacyjnego), uwzględniając przebieg wymieralności dla grup wiekowych na podstawie wybranych tablic trwania życia oraz zasad matematyki finansowej. Ponadto winien posiadać umiejętność dokonania indywidualnego ustalenia taryfy gdy występuje brak wiarygodnych statystyk, lub duże zróżnicowanie portfela uniemożliwiające stworzenie homogenicznych klas ryzyk. Od underwritera wymaga się także wiedzy z zakresu metod ustalania tzw. maksymalnej prawdopodobnej szkody, czyli wartości dobra, które może ulec zniszczeniu w jednym zdarzeniu w ramach zdefiniowanej strefy zagrożenia gdzie się znajduje (przyjmuje się założenie, że szkoda całkowita nie wystąpi i stąd wielkość maksymalnej prawdopodobnej szkody jest mniejsza niż wartość dobra). Problem ten jest charakterystyczny dla ubezpieczeń majątkowych podlegających reasekuracji, czyli procesowi pozwalającemu zakładowi ubezpieczeń zabezpieczyć się na wypadek m.in. wystąpienia ryzyka katastrofy w operacjach ubezpieczeniowych, tj. wystąpienia względnie dużej pojedynczej szkody, albo dużej liczby małych szkód. Reasekuracja zwiększa pojemność *underwritingową* zakładu ubezpieczeń, czyli umożliwia zawieranie ubezpieczeń powyżej ustalonego (dla danej grupy ubezpieczeń) limitu, czyli tzw. zachowka własnego. Bez reasekuracji ubezpieczenia o dużej wartości mogłyby być zawierane albo w ramach koasekuracji z innymi zakładami ubezpieczeń, albo nie ubezpieczałoby się ich w ogóle. Dzięki reasekuracji zakład ubezpieczeń może ubezpieczać duże (powyżej zachowka własnego) pojedyncze ryzyka w pełnej wysokości. Ostatnim etapem procesu *underwritingu* jest kwotacja składki i zawarcie umowy ubezpieczenia. Underwriter w celu wyznaczenia końcowej kwoty składki musi określić zakres pokrycia ryzyka, okres ubezpieczenia, sumę ubezpieczenia, franszyzę (ograniczenie), stawkę taryfową, rodzaj reasekuracji, wyłączenia oraz inne ograniczenia, itd. Dopiero wykonanie przez underwritera tych wszystkich prac daje podstawę do zawarcia umowy ubezpieczenia.

Zarządzanie ryzykami w zakładzie ubezpieczeń, czyli ryzykami wynikającymi z samego funkcjonowania i działalności zakładu ubezpieczeń jako szczególnego podmiotu gospodarczego na rynku, wymaga wiedzy z zakresu sposobów oddziaływania zagrożeń zarówno o charakterze zewnętrznym (otoczenie), jak i wewnętrznym. Otoczenie zakładu ubezpieczeń może być badane jako otoczenie ogólne, otoczenie konkurencyjne i otoczenie własne

(operacyjne)<sup>23</sup>. Otoczenie ogólne tworzy zagrożenia dla działalności zakładu ubezpieczeń w postaci zmian politycznych i prawnych, a także poprzez stan i dynamikę gospodarki, co wyraża się m.in. stopą wzrostu gospodarczego, wielkością zwrotu kapitału, stopą procentową, kursem walutowym, stopą inflacji, zamożnością społeczeństwa czy wielkością bezrobocia. Sytuacja demograficzna jest jednym z istotnych czynników popytu na rynku ubezpieczeniowym, w tym zwłaszcza w segmencie ubezpieczeń na życie. Zagrożeniem zewnętrznym dla zakładu ubezpieczeń mogą być też zmiany w otoczeniu międzynarodowym w postaci akwizycji i przejęcia zakładów ubezpieczeń, zmiany strategii, czy też zmiany wiedzy typu „know-how” („wiedzieć-jak”, czyli wiedzy odnoszącej się do umiejętności ludzi i zespołów, to znaczy do zdolności robienia czegoś). Otoczenie konkurencyjne zakładów ubezpieczeń dotyczy zagrożeń wynikających nie tylko z działalności najważniejszych konkurentów rynkowych, ale także zagrożeń wynikających z tendencji rozwojowych w zakresie sprzedaży i kanałów sprzedaży, siły oddziaływania dostawców (pośredników i innych) ubezpieczeń na zakłady ubezpieczeń, siły oddziaływania przede wszystkim głównych nabywców ubezpieczeń, natężenie walki konkurencyjnej, możliwości pojawienia się nowych produktów czy towarzyszących im usług. Otoczenie własne z kolei określa głównie te jego elementy, które bezpośrednio lub pośrednio oddziałują na zakłady ubezpieczeń. Dotyczyć to może zagrożeń wynikających z otoczenia operacyjnego, które obejmują na przykład stopień rentowności produktów, stadium życia produktów, stopień dostosowania produktów do wymagań klientów i kanałów dystrybucji, zmiany w liczbie klientów, zmiany wielkości sprzedaży na jednego klienta, poziom oceny segmentów rynkowych według ich rentowności i wielkości, poziom cen, kosztów zdobycia klientów, udziału rynkowego.

Wiedza związana z zagrożeniami wewnętrznymi dotyczy procesów zachodzących w zakładzie ubezpieczeń w obszarze strategii zarządzania, działalności ubezpieczeniowej i z nią związanej oraz zasobów. Zagrożenia na poziomie strategii zarządzania dotyczą głównie braku pełnej zdolności do zmian, braku w pełni właściwych zasobów, braku właściwych systemów ostrzegania, braku scenariuszy rozwojowych, z błędami w kształtowaniu kultury organizacyjnej, nieuwzględnianiu aspiracji grup zatrudnionych pracowników, itp. Zagrożenia dotyczące działalności ubezpieczeniowej i z nią związanej obejmują na przykład zagrożenia wynikające z niewłaściwie prowadzonego procesu *underwritingowego*, czyli selekcją i oceną ryzyka, niewłaściwie prowadzoną dystrybucją i sprzedażą usług ubezpieczeniowych, likwidacją szkód, a także niewłaściwym zarządzaniem aktywami. W zarządzaniu aktywami typowymi zagrożeniami są<sup>24</sup>:

- brak dostatecznej wiedzy i umiejętności,
- zmiany stop procentowych,

<sup>23</sup> J. Pelc, *Strategia zarządzania*, AW Placet, Warszawa 1999, s. 25.; B. Hadyniak, *Ryzyko w przedsiębiorstwie*, [w:] B. Hadyniak, J. Monkiewicz, (red.), *Ubezpieczenia w zarządzaniu ryzykiem przedsiębiorstwa*, tom 1. *Podstawy*, Poltext, Warszawa 2010, s. 161–181; K. Ortyński, *Ubezpieczenia a wzrost gospodarczy*, [w:] S. W. Bukowski, (red.), *Globalizacja i integracja regionalna a wzrost gospodarczy*, CeDeWu, Warszawa 2010, s. 163–179; J.W. Przybytniowski, *Współczesne funkcje i mechanizmy transmisji między sektorem ubezpieczeniowym a sferą realną gospodarki*. Teoria i Praktyka, CeDeWu, Warszawa 2016, s. 129–139.

<sup>24</sup> T. Mendel, J. Przeniczka, *Badanie i ocena wiarygodności partnera gospodarczego*, WAE Poznań, Poznań 2000, s. 127.

- zmiany kursu walutowego,
- zbyt duża koncentracja na danych instrumentach finansowych,
- niebezpieczeństwo niespłacenia przez dłużnika wierzytelności z tytułu realizowanych operacji na instrumentach finansowych,
- niewłaściwa wycena instrumentów finansowych,
- brak odpowiedniego zabezpieczenia wierzytelności.

Pracownicy zakładów ubezpieczeń powinni też posiadać wiedzę z zakresu zarządzania finansami, gdzie do głównych zagrożeń zalicza się<sup>25</sup>:

- nieadekwatność (niedostateczna wysokość) utworzonych rezerw techniczno-ubezpieczeniowych,
- zbyt optymistyczny budżet (plan),
- brak dostosowania cen do szkodowości,
- brak właściwego wsparcia systemów technologicznych,
- niewłaściwy system motywacyjny,
- fluktuacja kluczowego personelu,
- brak specjalistów z zakresu podatków.

Zrealizowanie się zagrożeń w zarządzaniu finansowym obniża jakość zarządzania, sprzyja podejmowaniu niewłaściwych decyzji finansowych, wpływa na wynik finansowy, utrudnia pozyskiwanie kapitału, sprzyja ograniczaniu możliwości rozwojowych. Wiedza związana z zagrożeniami dotyczącymi zasobów koncentruje się głównie na sposobach i metodach zarządzania zasobami ludzkimi oraz zarządzania informacją we wszystkich obszarach działalności zakładu ubezpieczeń. Najważniejszymi zagrożeniami są<sup>26</sup>:

- niska produktywność pracowników,
- niewłaściwy system motywacyjny,
- niskie umiejętności zarządzania,
- brak personelu z wymaganymi umiejętnościami,
- niska motywacja, brak motywacji, demotywacja,
- wysoka fluktuacja personelu.

Zrealizowanie się ryzyk w sferze zarządzania zasobami ludzkimi może być przyczyną niezrealizowania bieżących zadań i celów oraz barierą przyszłego rozwoju. W przypadku zarządzania informacją zagrożenia wynikają głównie ze stosowania technologii informatycznych, które charakteryzują się niedostateczną elastycznością, brakiem niezawodności i integralności, niedostarczaniem na czas użytecznych informacji, itp. Może to prowadzić do nieosiągnięcia celów zakładu ubezpieczeń oraz jego sprawnego funkcjonowania. Wiedza dotycząca wydatków związanych z zaspokajaniem roszczeń ubezpieczeniowych jest podstawą procesu zarządzania likwidacją szkód. Waga tego procesu wynika z dwóch faktów, po pierwsze wydatki roszczeniowe stanowią z reguły około 60–70% części pozyskiwanej

---

<sup>25</sup> T. Lambert, *Problemy zarządzania*, DW ABC, Warszawa 1999, s. 208–209.

<sup>26</sup> Strategor, *Zarządzanie firmą. Strategie. Struktury. Decyzje. Tożsamość*, PWE, Warszawa 1999, s. 507.

składki w ubezpieczeniach majątkowych oraz blisko 50% składki w ubezpieczeniach życiowych<sup>27</sup>, czyli wiedza związana z zarządzaniem tymi środkami ma fundamentalne znaczenie dla rentowności działalności ubezpieczeniowej, po drugie sposób obsługi roszczeń ma ogromne znaczenie marketingowe z uwagi na relacje ubezpieczyciela z konsumentami których ostateczny kształt przesądza często o przyszłym postrzeganiu ubezpieczyciela przez rynek. Z tego względu wiedza związana z tym procesem, który z natury rzeczy jest konfliktogenny, musi zapewniać optymalne rozwiązania w zakresie godzenia dwóch przeciwstawnych tendencji — dążenia zakładu ubezpieczeń do minimalizacji wypłacanych odszkodowań i świadczeń, oraz dążenia ubezpieczonych, uposażonych, czy też poszkodowanych dla maksymalnej satysfakcji finansowej. Zarządzanie likwidacją szkód jest procesem złożonym i wymagającym wysokiej wiedzy o naturze samych szkód, a także kwalifikacji technicznych i prawnych. W procesie postępowania likwidacyjnego należy wyjaśnić sześć podstawowych kwestii<sup>28</sup>:

- przyczyny wypadku ubezpieczeniowego,
- okoliczności wypadku,
- istnienie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń za skutki wypadku,
- rozmiar odszkodowania i świadczenia,
- istnienie odpowiedzialności osób trzecich.

Pozyskanie tych informacji oraz posiadane umiejętności pracowników zakładu ubezpieczeń w zakresie likwidacji szkód tworzą łącznie wiedzę ubezpieczeniową dotyczącą procesu likwidacji szkód. Wiedza ta pozwala na ustalenie obowiązku i wysokości wypłaty odszkodowania i świadczenia. W szczególności chodzi o to, aby wyeliminować wypłaty nienależne, a zwłaszcza te, które są skutkiem przestępczości ubezpieczeniowej. Niezwykle ważna jest wówczas jakość pozyskanych informacji i dlatego zakład ubezpieczeń może żądać na przykład dodatkowych wyjaśnień w formie oświadczeń, sporządzania kopii niektórych dokumentów, jak też dokumentów niezbędnych do uwiarygodnienia okoliczności zdarzenia i rozmiaru szkody.

Kolejna kategoria wiedzy związana jest z zarządzaniem działalnością inwestycyjną zakładu ubezpieczeń i dotyczy metod i sposobów zarządzania lokatami, czyli środkami zgromadzonymi z zebranej składki i zapisanymi jako rezerwa techniczno-ubezpieczeniowa, stanowiącymi bieżącą wartość przyszłych świadczeń wynikających z opłaconych składek. Polityka inwestycyjna jest integralną częścią strategii działania towarzystwa ubezpieczeniowego, dlatego powinna być zgodna głównie z jego długoterminowymi celami. Dlatego powinno ono dokładnie znać swoje silne i słabe strony, oraz swoją pozycję rynkową i inne elementy otoczenia rynkowego. Wymaga to w pierwszym przypadku stałego aktualizowania wiedzy poprzez wewnętrzną analizę wnętrza firmy, w drugim zaś wiedzy m.in. z zakresu sytuacji makroekonomicznej kraju, szczegółowych regulacji dotyczących sektora ubezpieczeniowego, siły konkurencji, itd. W efekcie regulacje wewnętrzne polityki lokacyjnej zakładu ubezpieczeń powinny opierać się o wiedzę dotyczącą<sup>29</sup>:

---

<sup>27</sup> Polska Izba Ubezpieczeń, [www.piu.org.pl/raporty\\_roczne/statystyki](http://www.piu.org.pl/raporty_roczne/statystyki), data: 17/11/2020.

<sup>28</sup> J. Monkiewicz, *Podstawy...*, s. 229.

<sup>29</sup> J. Monkiewicz, *Podstawy...*, s. 332.

- rodzajów instrumentów, które mogą być wykorzystywane w konstruowaniu portfela inwestycyjnego,
- dopuszczalnych limitów poszczególnych kategorii instrumentów w portfelu inwestycyjnym,
- dopuszczalnych limitów udziału papierów jednego emitenta w danej kategorii instrumentów,
- dopuszczalnych poziomów ryzyka instrumentów,
- oczekiwanych stóp zwrotu w założonym okresie,
- sposobów ograniczenia ryzyka inwestycyjnego,
- limitów inwestycyjnych, tzn. kwot, do których dopuszcza się samodzielnie podejmowanie decyzji na danym poziomie zarządzania.

Ponadto, w celu ograniczenia ryzyka inwestycyjnego, pracownicy zakładu ubezpieczeń powinni posiadać wiedzę z zakresu oczekiwanej stopy zwrotu, czyli wynagrodzenia, jakie spodziewa się zakład ubezpieczeń uzyskać za rezygnację z bieżącej konsumpcji na rzecz niepewnych przyszłych korzyści, a także z zakresu ryzyka lokaty, czyli ryzyka zmiany parametrów lokaty w trakcie jej trwania (np. ryzyka stopy procentowej, ryzyka kursu walutowego, ryzyka inflacji, ryzyka rynku, ryzyka niedotrzymania warunków (np. niewypłacanie odsetek przez emitenta), z zakresu ryzyka zmiany ceny przy odsprzedaży przed terminem wykupu, z zakresu ryzyka reinwestowania (środki z zakończonej lokaty są reinwestowane po stopie innej niż stopa lokaty), z zakresu ryzyka politycznego (działania rządów lub innych organizacji państwowych mających wpływ na kształtowanie się stóp zwrotu), z zakresu ryzyka zdarzeń (ryzyko wystąpienia zdarzeń nieoczekiwanych mających wpływ na cenę danego instrumentu), z zakresu stopnia dywersyfikacji lokat, to jest ich różnicowania na wybrane rodzaje instrumentów oraz na różne instrumenty w ramach jednego rodzaju tak, aby udział jednego instrumentu w portfelu inwestycyjnym nie był wyższy od założonego progu procentowego, oraz z zakresu ryzyka stopnia płynności lokat, czyli możliwości ich szybkiej zamiany na gotówkę poprzez ich sprzedaż.

Wiedza dotycząca zasad zarządzania informacją w zakładzie ubezpieczeń obejmuje znajomość całości struktur i procesów biznesowych wraz z zasadami działania procesów dotyczących przetwarzania danych oraz procesów informacyjno-decyzyjnych opartych na danych. Zadaniem takiego systemu informacyjnego jest realizacja procesów przetwarzania danych i dokonywanie na tej podstawie analiz i syntez o charakterze odpowiadającym prognozom informacyjnym o różnym okresie obowiązywania. Model systemu informacyjnego powinien ujmować wszystkie aspekty instytucji ubezpieczeniowej zawarte w jej systemie informacyjnym i występującymi w cyklu informacyjnym, tj.<sup>30</sup>:

- przetwarzanie danych,
- przetwarzanie wiedzy,
- proces informacyjno-decyzyjny.

Model ten powinien być ciągle utrzymywany w stanie aktualnym tak, aby poprawnie odzwierciedlał wszystkie elementy cyklu informacyjnego w każdym fragmencie struktury

---

<sup>30</sup> J. Monkiewicz, *Podstawy...*, s. 460.



i procesu biznesowego całej instytucji ubezpieczeniowej. Przetwarzanie wiedzy w tym cyklu informacyjnym jest możliwe pod warunkiem zastosowania sformalizowanych „reguł wiedzy” podobnych do tych, jakie określa się na potrzeby systemów eksperckich. Dlatego sam model systemu informacyjnego powinien integrować różne procesy zachodzące w zakładzie ubezpieczeń, na przykład procesy obsługi klienta, obsługi polis, obsługi sieci sprzedaży, ewidencji polis, ewidencji zdarzeń, obsługi rezerw, obsługi szkód, rozliczenia składek, rozliczenia prowizji, ewidencji umów reasekuracji. Ta integracja różnych procesów pozwala zarządzać informacją, a podstawowe elementy całego systemu zarządzania informacją to<sup>31</sup>:

- bazy danych,
- hurtownie danych (analiza potrzeb w zakresie pozyskiwania i przetwarzania informacji sprawozdawczej i analitycznej, tworzenie aplikacji biznesowych),
- informacja operacyjna (kontrola i gromadzenie danych bieżących napływających z aplikacji biznesowych),
- informacja sprawozdawcza (m.in. zbieranie danych sprawozdawczych i statystycznych, dystrybucja informacji zarządczej),
- informacja analityczna (m.in. zbieranie i kontrola danych z rejestrów statystycznych, analiza na potrzeby centrali i instytucji zewnętrznych),
- statystyka (m.in. określenie potrzeb w zakresie informacji statystycznej o działalności ubezpieczeniowej, projekty zarządzeń wewnętrznych w zakresie statystyki ubezpieczeniowej, wzory i instrukcje ewidencji statystycznej),
- modelowanie systemu informacyjnego (m.in. analiza procesów biznesowych, analiza potrzeb informacyjnych, standaryzacja pojęć informacyjnych).

Ważną kategorią wiedzy niezbędną pracownikom zakładu ubezpieczeń są zasady zarządzania reasekuracją. Wiedza ta obejmuje ogół wiadomości i umiejętności związanych z procesem zabezpieczenia wypłacalności zakładu ubezpieczeń w części dotyczącej działalności ubezpieczeniowej i polega na zakupieniu przez ten zakład własnej ochrony ubezpieczeniowej. Jest to więc przeniesienie zasady ochrony przed ryzykiem, jaki proponują klientom zakłady ubezpieczeń, na ochronę przed niewypłacalnością, jaką proponują zakładom ubezpieczeń reasekuratorzy. Wiedza pracowników zakładów ubezpieczeń musi dotyczyć umiejętności wyboru rodzaju działalności reasekuracyjnej dla danego ryzyka, czy też grupy ryzyk związanych z kryterium stosunku prawnego pomiędzy partnerami reasekuracyjnymi, czyli reasekuracji biernej lub czynnej, metody plasowania reasekuracji, czyli reasekuracji fakultatywnej lub obligatorycznej, a także formy reasekuracji, czyli reasekuracji proporcjonalnej lub nieproporcjonalnej. Każdy wybór rodzaju działalności reasekuracyjnej wiąże się z innym zakresem odpowiedzialności między zakładem ubezpieczeń a reasekuratorem, oraz z innym podziałem składki ubezpieczeniowej. Celem reasekuracji jest osiągnięcie przez zakład ubezpieczeń m.in. stabilizacji wyniku finansowego na działalności ubezpieczeniowej, czyli zabezpieczenie uzyskiwania pozytywnych wyników finansowych w krótkim i długim okresie. Umowa reasekuracyjna jest zawierana na wypadek wystąpienia zdarzenia losowego. Jeśli ono nastąpi, reasekurator przekazuje zakładowi ubezpieczeń środki finansowe stanowiące

---

<sup>31</sup> J. Monkiewicz, *Podstawy...*, s. 463.

równowartość udziału reasekuratora w szkodzie tylko wtedy, gdy zakład ubezpieczeń uregułuje swoje zobowiązania wobec poszkodowanego ubezpieczonego/ubezpieczającego.

## 1.2. Pozyskiwanie wiedzy ubezpieczeniowej

Pozyskiwanie wiedzy ubezpieczeniowej stanowi fundament sprawnego systemu zarządzania zakładem ubezpieczeń. Bez umiejętności pozyskiwania informacji i analizowania źródeł oraz łączenia tego z własnym doświadczeniem nie można budować sprawnego systemu zdobywania wiedzy. Aktualna i dobrze dopasowana do potrzeb zakładu ubezpieczeń wiedza jest jednym z kluczowych czynników sukcesu na rynku ubezpieczeń. Źródłem wiedzy dla pracowników jest zarówno otoczenie, jak i działania wewnątrz zakładu ubezpieczeń.

Umiejętne pozyskiwanie wiedzy z otoczenia może znacznie usprawnić funkcjonowanie organizacji i zmniejszyć koszty codziennej działalności, gdyż dobra orientacja w otoczeniu, wśród konkurentów, w branży, czy też w branżach kooperujących, pozwala skorzystać z wiedzy wypracowanej w innym miejscu. Zdaniem L. Fulda niezależnie od sektora czy rodzaju działalności, pozyskiwanie informacji z otoczenia rządzą te same, proste reguły<sup>32</sup>:

- regionalizm — łatwiej jest zdobyć informacje na temat przedsiębiorstw (konkurentów) działających w skali lokalnej; im mniejszy obszar działalności przedsiębiorstwa, tym dostępne są informacje na jej temat, informacji można poszukiwać wówczas nie tylko w ogólnie dostępnych, publikowanych źródłach, lecz także na przykład u dziennikarzy lokalnej gazety, pracowników, kooperantów, w urzędzie pracy, czy u pracowników lokalnego samorządu,
- dynamika — im bardziej niespokojnie i dynamicznie rozwija się dany sektor, tym łatwiej uzyskiwać informacje, jednocześnie należy mieć na uwadze, że wiadomości i dane, które docierają do firmy, mogą być pełne plotek i pomyłek bądź też mogą być zwyczajnie nieaktualne ze względu na szybko zmieniającą się sytuację,
- regulacje — im łatwiej regulowany jest sektor, tym łatwiej uzyskiwać informacje na temat wyników branży i działalności poszczególnych przedsiębiorstw; w silnie kontrolowanym przez państwo i jego agencje sektorach przedsiębiorstwa mają obowiązek sprawozdawczy i przedstawiane raporty są zwykle bez problemów udostępniane zainteresowanym,
- koncentracja — im bardziej skoncentrowany jest rynek, tzn. im mniej podmiotów jest na nim obecnych, tym łatwiej pozyskiwać informacje o przedsiębiorstwach od ich konkurentów,
- integracja — w przemysłach, w których firmy kontrolują wszystkie ogniwa w łańcuchu wartości, trudniej jest pozyskiwać informacje; chociaż potencjalne punkty przechwytywania informacji i ewentualne możliwości kontaktu są kontrolowane przez przedsiębiorstwo, to jednak integracja nigdy nie jest całkowita, ponadto regułą jest, że informacje w takich branżach trudniej jest pozyskiwać niż na liczniejszych i bardziej różnorodnych rynkach.

---

<sup>32</sup> L. Fuld, *The New Competitor Intelligence*, John Wiley & Sons, Inc., New York 1995, s. 31.

W dobrze funkcjonujących zakładach ubezpieczeń pozyskiwanie informacji z otoczenia jest działalnością codzienną i rutynową. Dotyczy to nie tylko informacji na temat aktualnych trendów rynkowych oraz posunięć konkurentów, ale także informacji publikowanych przez same zakłady ubezpieczeń w formie sprawozdań finansowych lub raportów rocznych oraz przez inne instytucje rynku ubezpieczeniowego. Do najczęściej wykorzystywanych źródeł należą:

- sprawozdania roczne zakładów ubezpieczeń — jednolite międzynarodowe standardy rachunkowości zapewniają adekwatność podawanych danych i informacji, które są przekazywane do takich instytucji jak np. GUS, KNF, PIU, UFG; dane finansowe zawierają zapisy dotyczące działalności techniczno-ubezpieczeniowej, pozostałej działalności operacyjnej (okołoubezpieczeniowej), gospodarki majątkiem przedsiębiorstwa, problematyki kadrowo płacowej, itp.,
- raporty roczne zakładów ubezpieczeń publikowane na ich stronach internetowych,
- opracowania Komisji Nadzoru Finansowego (KNF) — biuletyny kwartalne rynku ubezpieczeń — informacje o zakładach ubezpieczeń, zagregowane raporty finansowe, zagregowane wskaźniki efektywności, sprawozdania statystyczne, itp.,
- opracowania Polskiej Izby Ubezpieczeń (PIU) — Raporty Roczne PIU dotyczące polskiego rynku ubezpieczeń, zawierające analizę i statystykę danych, oraz bazę wiedzy,
- opracowania Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (PBUK) — głównie w zakresie roli jako organu odszkodowawczego, który podejmuje działania m.in. w przypadku, jeżeli zakład ubezpieczeń nie wypełnia obowiązków określonych normami Dyrektyw UE, ponadto w zakresie roli ośrodka informacji, gdyż gromadzi i udostępnia informacje dotyczące umów obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych, także w zakresie informacji dotyczących reprezentantów ds. roszczeń ustanowionych przez zakłady ubezpieczeń w krajach UE, oraz w zakresie redystrybucji informacji w ramach centralnego biura o wypadkach z ofiarami w ludziach,
- opracowania Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego (UFG) — w zakresie np. funkcji Ośrodka Informacji (OI), który jest odpowiedzialny za zbieranie i udostępnianie uprawnionym podmiotom, przewidzianych ustawowo, danych ubezpieczeniowych; działalność OI ma na celu ułatwienie poszkodowanym w kolizjach i wypadkach drogowych dochodzenia roszczeń oraz likwidacji szkody. W ramach OI gromadzone są dane dotyczące zawartych polis ubezpieczenia komunikacyjnego OC i AC, zdarzeń drogowych skutkujących odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń, odszkodowań, wypłatonych i zawartych polis ubezpieczeniowych,
- opracowania Rzecznika Finansowego (RzF) — jest on powołany w celu wspierania klientów w sporach z podmiotami rynku finansowego i który pomaga w różny sposób — od poradnictwa, przez interwencje i postępowania polubowne, aż po wsparcie w trakcie postępowania sądowego — publikuje także regularnie informacje o problemach do niego zgłaszanych i dotyczących m.in. realizacji wypłat z tytułu polis ubezpieczeniowych, itd.,

- opracowania Głównego Urzędu Statystycznego w zakresie danych i informacji o rynku ubezpieczeniowym,
- opracowania Stowarzyszenia Polskich Brokerów Ubezpieczeniowych i Reasekuracyjnych (SPBUiR) – m.in. w zakresie opinii dotyczących aktów prawnych dotyczących rynku ubezpieczeniowego w Polsce i UE, lub sposobów podnoszenia świadomości ubezpieczeniowej w społeczeństwie,
- opracowania Polskiej Izby Pośredników Ubezpieczeniowych i Finansowych (PI-PUiF) – m.in. w zakresie propozycji dotyczących rozwiązań w tworzonych aktach prawnych związanych z działalnością ubezpieczeniową i finansową na rynku polskim, w zakresie postulowanej współpracy między różnymi instytucjami i organizacjami rynku ubezpieczeniowego i finansowego, w zakresie podnoszenia świadomości ubezpieczeniowej i finansowej społeczeństwa, oraz w zakresie podnoszenia kwalifikacji zawodowych pośredników.

Źródłem wiedzy dla pracowników zakładów ubezpieczeń są także ich działania wewnętrzne, związane z publikowanymi raportami, szkoleniami i kursami, itd.

W szczególności pozyskiwanie wiedzy z działalności wewnętrznej dotyczy:

- raportów systematycznych o charakterze strategicznym (przeznaczonych głównie dla naczelnego kierownictwa),
- raportów systematycznych o charakterze operacyjnym (przeznaczonych głównie dla kierownictwa niższego szczebla i pracowników operacyjnych),
- raportów niestandardowych kierowanych do naczelnego kierownictwa,
- raportów niestandardowych kierowanych do pracowników operacyjnych,
- kursów i szkoleń dla pracowników organizowanych przez zakład ubezpieczeń oraz zewnętrzne firmy szkoleniowe,
- własnych doświadczeń pracowników zdobywanych dzięki rozmowom z innymi pracownikami, obserwacji, lekturze książek i czasopism fachowych, metodzie prób i błędów (czyli z własnej praktyki), telewizji, radiu, prasie, internetowi.

Raporty systematyczne o charakterze strategicznym przeznaczone głównie dla naczelnego kierownictwa pozwalają na<sup>33</sup>:

- bieżący monitoring realizacji planów strategicznych poprzez obserwację łącznych efektów działań podejmowanych na szczeblu operacyjnym,
- kontrole podstawowych relacji finansowych ubezpieczyciela,
- określenie globalnych tendencji kształtujących się w przedsiębiorstwie.

W raportach systematycznych prezentowane są m.in. następujące wskaźniki:

- wielkość sprzedaży i osiągniętych przychodów,
- wielkość ponoszonych kosztów,
- przewidywany wynik finansowy przyszłych okresów,
- struktura posiadanego portfela.

---

<sup>33</sup> J. Monkiewicz, *Podstawy...*, s. 274–278.

Typowe raporty wewnętrzne, umożliwiające obserwację wielkości sprzedaży i osiągniętych wyników, obejmują dane dotyczące liczby umów ubezpieczenia zawartych w analizowanym okresie i wysokości składek należnych z tytułu zawartych umów. Analizie podlega również liczba objętych ochroną ubezpieczeniową podmiotów i przyjętych ryzyk. W przypadku ponoszonych kosztów, obserwacji podlegają wysokości wypłaconych świadczeń wraz z bezpośrednimi kosztami likwidacji, a także koszty pośrednie pozyskania i obsługi portfela oraz wysokość kosztów stałych funkcjonowania zakładu ubezpieczeń. Analiza składek przypisanych i odszkodowań oraz świadczeń wypłaconych pozwala ocenić wartość bieżących zdarzeń zachodzących w zakładzie ubezpieczeń. Nie jest jednak miarodajna w zakresie oceny poziomu przychodów i kosztów danego okresu, gdyż to wymaga uzupełnienia rachunku o koszty związane z rezerwami techniczno-ubezpieczeniowymi i dotyczących danego okresu, a także o przychody finansowe z działalności lokacyjnej w danym okresie. Ponadto dla naczelnego kierownictwa zakładu ubezpieczeń ważna jest wiedza o pozycji swojego zakładu na rynku ubezpieczeń. Określenie tej pozycji może być wyrażone udziałem wybranej wielkości w ogólnej wartości wszystkich zakładów. Za wielkości porównawcze przyjmuje się najczęściej wysokość składek przypisanych brutto, liczbę umów, liczbę ubezpieczonych osób, łączną wysokość sum ubezpieczenia. Wskazaną wiedzę można pozyskać na podstawie bardziej szczegółowych danych i informacji zawartych w raportach wewnętrznych. Wiedza ta dotyczy m.in. oceny<sup>34</sup>:

- poziomu sprzedaży — wskaźnikami są składki przypisane brutto, liczba umów, liczba podmiotów ubezpieczenia; źródłem danych — rejestr umów; interpretacja wskaźników dotyczy m.in. oceny efektywności różnych kanałów dystrybucji umów ubezpieczenia, terytorialnego rozłożenia się tych umów, oceny struktury tych umów pod względem rodzaju klientów czy też ryzyk przyjmowanych do ubezpieczenia,
- dochodowości portfela — wskaźnikami są m.in. koszty wypłaconych świadczeń i odszkodowań, koszty akwizycji, wynik na lokatach, regresy, koszty obsługi portfela, składki przypisane brutto; źródłem danych — rejestr umów, roszczeń, aktuarialny, działalność inwestycyjna, działalność pośredników ubezpieczeniowych, ewidencja księgowa; interpretacja wskaźników dotyczy m.in. stopnia dochodowości portfela w ujęciu procentowym (jaka część składki stanowi dochód techniczny z ubezpieczeń) i kwotowym (dochód w jednostkach pieniężnych), oceny dochodowości różnych kanałów dystrybucji umów ubezpieczenia (w tym również dochodowości grupy klientów, dochodowości portfela według rozłożenia terytorialnego pozyskanych umów ubezpieczenia, dochodowości każdego z rodzaju produktów ubezpieczeniowych),
- zaangażowania zakładu ubezpieczeń w określony segment rynku — wskaźnikami są np. liczba umów, łączna wysokość składek, łączna wysokość sum ubezpieczenia które odnoszą się do danego segmentu i całego rynku dla danego ubezpieczyciela oraz wszystkich ubezpieczycieli w ramach analizowanego segmentu i całego rynku; źródłem danych jest rejestr umów, opracowania KNE, PIU, UFG; interpretacja wskaźników dotyczy zaangażowania ubezpieczyciela w dany segment rynku.

Raporty systematyczne o charakterze operacyjnym kierowane do kierownictwa niższego szczebla i pracowników operacyjnych dotyczą szczegółowego podziału wielkości

<sup>34</sup> J. Monkiewicz, *Podstawy...*, s. 276–278.

przychodowych i kosztowych na jednostki terenowe, oferowane produkty i ryzyka, typy pośredników, kategorie lokat, oraz na poszczególne umowy ubezpieczeń czy agentów. Ponadto dostarczają wiedzę dotyczącą działań operacyjnych w zakresie<sup>35</sup>:

- aktywności agentów,
- skuteczności programów szkoleniowych,
- zyskowności poszczególnych grup klientów,
- dochodowości prowadzonych linii produktowych,
- jakości portfela,
- przebiegu procesu windykacji,
- jakości obsługi świadczeń,
- porównywalności wysokości wypłaconych świadczeń w stosunku do zakresu ubezpieczenia przez poszczególne jednostki obsługi roszczeń klientów,
- efektywności gospodarki środkami pieniężnymi ubezpieczyciela.

Wiedza zawarta w raportach systematycznych służących do monitorowania działalności operacyjnej dotyczy m.in.<sup>36</sup>:

- oceny jakości portfela umów zawartych w określonym czasie — wskaźnikami są liczba umów czynnych na koniec n-tego roku polisowego oraz liczba zawartych umów; źródłem danych — rejestr umów; interpretacja wskaźników dotyczy stopnia rezygnacji z umów ubezpieczenia w pierwszych dwóch latach trwania umowy, w którym zakłady ubezpieczeń ponoszą największą część kosztów związanych z zawarciem umowy,
- oceny aktywności agentów — wskaźnikami są liczba umów zawartych w danym okresie w stosunku do wzorcowej liczby umów, liczba umów obsługiwanych na określony dzień w stosunku do wzorcowej liczby umów, suma rocznych składek z tytułu umów obsługiwanych przez agenta w danym dniu w stosunku do wzorcowej składki z umów jednego agenta w ciągu jednego roku; źródłem danych jest rejestr umów; interpretacja wskaźników dotyczy stopnia efektywności działalności agenta ubezpieczeniowego w porównaniu do wzorca stworzonego przez zakład ubezpieczeń według ustalonych wskaźników, wartość pożądana to ponad 100%.
- analizy penetracji (zaspokojenia potrzeb klienta) — wskaźnikiem jest liczba czynnych umów zawartych z jednym klientem; źródłem danych — rejestr umów; interpretacja dotyczy stopnia pozyskiwania stałych klientów, tzn. takich, którzy posiadają kilka umów zawartych z danym ubezpieczycielem, co świadczy o stopniu zaspokojenia klienta w ochronę ubezpieczeniową; wartość pożądana — co najmniej 3–4 umowy ubezpieczenia,
- analizy wyludzeń ubezpieczeniowych — wskaźnikami są liczba zdarzeń ubezpieczeniowych, w których dana osoba wystąpiła w charakterze ubezpieczonego, ubezpieczającego, poszkodowanego, beneficjenta, sprawcy, świadka; źródło danych — rejestr umów, rejestr roszczeń; interpretacja dotyczy odnajdywania osób uczestniczących w zda-

---

<sup>35</sup> J. Monkiewicz, *Podstawy...*, s. 279.

<sup>36</sup> J. Monkiewicz, *Podstawy...*, s. 280–285.

rzeniach skutkujących wypłatą świadczenia lub odszkodowania z ponadprzeciętną częstotliwością,

- oceny jakości portfela — wskaźnikami są m.in. koszty wypłaconych świadczeń i odszkodowań, koszty obsługi świadczeń, regresy, składki przypisane brutto, wynik na lokatach, koszty akwizycji; źródło danych — rejestr umów, rejestr roszczeń, rejestr aktuarialny, rejestr działalności inwestycyjnej; interpretacja dotyczy stopnia pokrycia zobowiązań świadczeniowych z założeniami i jeśli są wyższe to oznacza, że zobowiązania są wyższe niż przyjęto podczas kalkulacji ceny produktu i należy wyeliminować niekorzystne czynniki bądź zjawiska wpływające na ten stan,
- oceny skali nienależnych wypłat — wskaźnikami są liczba lub wartość nienależnie wypłaconych świadczeń i odszkodowań w danym okresie w stosunku odpowiednio do łącznej liczby lub wartości wypłaconych świadczeń i odszkodowań w danym okresie, liczba lub wartość nienależnie wypłaconych prowizji w danym okresie w stosunku odpowiednio do łącznej liczby lub wartości wypłaconych prowizji; źródło danych — rejestr roszczeń, rejestr pośredników ubezpieczeniowych; interpretacja dotyczy weryfikacji pracy służb odpowiedzialnych za obsługę roszczeń oraz prowizji pośredników i ustalenia, czy nieprawidłowości mieszczą się w dopuszczalnym poziomie błędów, czy są wynikiem wadliwych procedur, zaniedbania, czy też wynikiem świadomego działania pracowników.

Wiedza zawarta w raportach niestandardowych przeznaczona jest dla naczelnego kierownictwa zakładów ubezpieczeń i dotyczy zjawisk nietypowych, sondowania, weryfikacji oraz analizy zagrożeń. Przykładem takiego raportu może być raport prognozujący przyszłe przychody z umów zawartych w analizowanym okresie, gdzie wskaźnikiem jest suma rocznych składek z umów czynnych na koniec danego roku w stosunku do przewidywanej sumy rocznych składek z zawartych umów w tym roku. Źródłem danych jest rejestr umów, a interpretacja dotyczy wielkości procentowej wymienionej relacji, której wartość pożądana wynosi 100%, a wartość oczekiwana to wartość założona w planach finansowych. Jeżeli więc uzyskana w danym roku wartość tej relacji wynosi mniej niż 100%, to wówczas szuka się przyczyny powstałej różnicy.

Wiedza zawarta w raportach niestandardowych kierowanych do pracowników operacyjnych dotyczy zwykle pogłębionej analizy i interpretacji danych zawartych w raportach standardowych bądź też w raportach niestandardowych przeznaczonych dla naczelnego kierownictwa zakładu ubezpieczeń. Pracownicy operacyjni dzięki tym niestandardowym raportom otrzymują wiedzę na temat na przykład oceny<sup>37</sup>:

- zwiększenia sprzedaży w okresie akcji promocyjnej — wskaźnikiem jest liczba umów zawartych w danym okresie do liczby umów zawartych w okresie poprzednim; źródłem danych — rejestr umów; interpretacja odnosi się do wielkości procentowej tego wskaźnika, a jego wartość pożądana to ponad 100%,
- efektów finansowych akcji promocyjnej — wskaźnikiem jest suma rocznych składek z umów zawartych w danym roku do sumy rocznych składek z umów zawartych w roku poprzednim; źródło danych — rejestr umów; interpretacja odnosi się do wielkości procentowej tego wskaźnika, a jego wartość pożądana to ponad 100%,

---

<sup>37</sup> J. Monkiewicz, *Podstawy...*, s. 286–287.

- obciążenia stanowisk pracy — wskaźnikiem jest liczba obsługiwanych umów ubezpieczenia razy (x) waga czasochłonności typu umowy w stosunku do liczby przydzielonych etatów, liczba obsługiwanych roszczeń razy (x) waga czasochłonności typu roszczenia w stosunku do liczby przydzielonych etatów, oraz liczba obsługiwanych pośredników razy (x) waga czasochłonności kategorii pośrednika w stosunku do liczby przydzielonych etatów; źródło danych — rejestr umów, rejestr roszczeń, rejestr pośredników ubezpieczeniowych, ewidencja działu personalnego; interpretacja odnosi się do określenia stanowisk, na których nastąpiło już całkowite wykorzystanie czasu pracy oraz tych, na których pozostały rezerwy. Porównanie wskaźników pracowników bądź działów różnych jednostek terenowych umożliwia ocenę personelu.

Kolejnym źródłem wiedzy dla pracowników zakładów ubezpieczeń są kursy i szkolenia organizowane przez same zakłady, lub przez zewnętrzne firmy szkoleniowe. Stałe podnoszenie kwalifikacji pracowników oraz agentów ubezpieczeniowych jest w interesie zakładów ubezpieczeń w związku z nie tylko dążeniem do maksymalnego zaspokajania potrzeb klientów i ciągłego poprawiania funkcjonowania samych tych zakładów, ale również z dążeniem do zacieśniania wzajemnych kontaktów z tą grupą pracowników. Szkolenia organizowane przez zewnętrzne firmy szkoleniowe na koszt zakładów ubezpieczeń lub za częściowo odpłatnością są szansą na podnoszenie poziomu wiedzy ubezpieczeniowej, w tym również na doskonalenie umiejętności i wymianę doświadczeń. Podstawą szkolenia jest gruntowna analiza potrzeb pracowników w zakresie wiedzy ubezpieczeniowej, co pozwala na właściwe dostosowanie szkolenia do poszczególnych osób i grup pracowniczych. Najprostszym rodzajem szkolenia jest szkolenie na stanowisku pracy. Uważa się powszechnie, że daje to najlepsze efekty, tym bardziej, gdy odbywa się przy zastosowaniu rotowania stanowisk dla zdobycia większej wiedzy oraz większego doświadczenia i zapoznania się z różnymi aspektami działalności zakładu. Poza tym, efekty szkolenia można podnieść poprzez przydzielanie szkolonym pracownikom ważnych zadań bezpośrednio nadzorowanych przez kierowników, którzy sami będą przygotowani do szkolenia, a więc gdy sami nauczą się odpowiednich umiejętności szkoleniowych. Ponadto szkolenia mogą odbywać się z oderwaniem od pracy w postaci kursów. Może to być nauczanie w formie wykładów i ćwiczeń prowadzony przez personel wewnętrzny lub zewnętrzny. Często są to kursy i konferencje organizowane przez specjalistów z danej branży, czyli kursy dla księgowych, pracowników pionów personalnych, likwidatorów szkód, *underwriterów*, sprzedawców, pracowników biur obsługi klienta, itp. Najdalej idącą formą szkolenia z oderwaniem od pracy jest delegowanie pracowników na studia uniwersyteckie lub podyplomowe, czasami specjalnie organizowane przez uczelnie wyższe w odpowiedzi na potrzebę danego zakładu ubezpieczeń i z zapewnieniem przez niego odpowiedniej liczby studentów/pracowników. Szczególną rolę odgrywają szkolenia sprzedawców, w tym agentów wyłącznych, czyli związanych tylko z danym zakładem ubezpieczeń. Szkolenia te mają charakter szkoleń podstawowych dla osób, które nigdy wcześniej nie pracowały w tym zawodzie i dotyczą przepisów ogólnych związanych z funkcjonowaniem rynku ubezpieczeniowego, miejsca pośredników na tym rynku, ich roli, odpowiedzialności i etyki zawodowej, zasad ubezpieczeń ze szczególnym uwzględnieniem produktów oferowanych przez zakład ubezpieczeń, technik sprzedaży prowadzących do sukcesów w tym zawodzie, czynności administracyjnych, w tym także obsługi komputera dla dokonywania prezentacji. W szkoleniu podstawowym agentów



szczególną rolę odgrywa trening praktyczny, pozwalający na wdrożenie pewnych nawyków i automatycznych reakcji w sytuacjach powtarzalnych. Dotyczy to na przykład gruntownej wiedzy na temat rodzajów ubezpieczeń (produktów), ich zakresów, warunków, ograniczeń i wyłączeń, obowiązków ubezpieczonego, czyli m.in.:

- zakresów ochrony ubezpieczeniowej,
- warunków zawarcia umowy ubezpieczenia,
- ograniczeń i wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń,
- obowiązków ubezpieczonego — przed zawarciem umowy, w trakcie jej trwania i na wypadek szkody,
- zasad ustalania świadczeń i odszkodowań, sposobów ustalania i wysokości sum ubezpieczenia,
- umiejętności posługiwania się taryfą składek,
- sposobów wystawiania dokumentów ubezpieczenia i potwierdzenia przyjęcia składek.

Przyjmuje się, że szkolenia podstawowe zapewniają minimalną wymaganą wiedzę agentowi ubezpieczeń, dlatego musi on w trakcie swojej kariery zawodowej odbywać wiele specjalistycznych szkoleń, aby na bieżąco uzupełniać i doskonalić swoją wiedzę na temat ubezpieczeń oferowanych klientom, śledzić zmiany i uczyć się nowości. Na spotkaniach z klientami powinien swobodnie posługiwać się specjalistycznymi terminami, skupiać się tylko na potrzebach klienta i wyszukiwaniu najlepszych rozwiązań<sup>38</sup>. Uzupełnieniem wiedzy ze szkolenia podstawowego i szkoleń specjalistycznych jest wiedza z zakresu znajomości zagadnień całego rynku ubezpieczeniowego, czyli instytucji działających na tym rynku, konkurencyjnych zakładów ubezpieczeń oraz ich oferty. Tym bardziej, że agenci ubezpieczeniowi coraz częściej spotykają się z sytuacją, w której klient pyta o różnicę w stosunku do oferty konkurencyjnego zakładu ubezpieczeń i na czym polega korzyść oferty zakładu ubezpieczeń reprezentowanego przez danego agenta. Okazuje się, że tylko 14% klientów wybiera produkty konkurencji tylko dlatego, że produkty te lepiej spełniają oczekiwania klienta, ale aż 65% klientów kieruje się do konkurencji z powodu złej obsługi<sup>39</sup>.

Ważnym źródłem wiedzy dla pracowników i agentów zakładów ubezpieczeń są ich własne doświadczenia zdobywane dzięki rozmowom z innymi pracownikami, obserwacji, lekturze książek i czasopism fachowych, metodzie prób i błędów, (czyli własnej praktyce), telewizji, radiu, prasie, internetowi. Warunkiem skutecznego pozyskiwania wiedzy tą drogą jest tu ich wewnętrzna motywacja do stałego poszerzania swojej wiedzy ubezpieczeniowej. Dla pracowników szczególnie przydatnym jest wewnętrzny internet (intranet), do którego tylko oni mają dostęp i gdzie mogą łatwo i szybko pozyskać wiedzę na interesujący ich temat związany z ubezpieczeniami. Ponadto Intranet zapewnia wielokierunkową komunikację wewnętrzną, co zwiększa nie tylko zaangażowanie się pracowników w działalność firmy, ale także stwarza możliwość wzajemnej wymiany i pozyskiwania wiedzy wśród pracowników. Jest to ważne i dlatego, że firma rośnie wtedy, kiedy rozwijają się jej pracownicy. Z kolei możliwość tworzenia grup społecznościowych zapewnia szansę na zabieranie głosu w ważnych sprawach firmowych oraz dyskusowania ze współpracownikami w sprawach

---

<sup>38</sup> K. Szymańska, *Poradnik agenta ubezpieczeń*, Poltext, Warszawa 2002, s. 119.

<sup>39</sup> K. Szymańska, *Poradnik...*, s. 119.

projektów. Wszystkie te działania łącznie budują wiedzę ubezpieczeniową pracowników, a w przypadku pojedynczego pracownika — zależnie od jego indywidualnego zaangażowania się i chęci zdobywania wiadomości oraz poszerzania umiejętności, a także w połączeniu z jego własnym doświadczeniem — wpływa na podnoszenie poziomu jego indywidualnej wiedzy ubezpieczeniowej.

Pracownicy zakładów ubezpieczeń pozyskują wiedzę o potrzebach ubezpieczeniowych klientów dzięki m.in. agentom ubezpieczeniowym, dla których właśnie klienci są najważniejsi. W ostatecznym rachunku to właśnie klienci płacą agentom prowizję (oczywiście w sposób pośredni poprzez zakład ubezpieczeń) i decydują o tym, gdzie rozpoczyna się i kończy ich biznes. Dlatego sprawą najważniejszą dla agentów jest poznanie potencjalnych klientów, ich potrzeb i motywów wydawania pieniędzy na ubezpieczenia. Według J.W. Przybytniowskiego korzystanie przez zakład ubezpieczeń w realizacji jej oferty z usług sieci pośredników — agentów sprawia, że pełnią oni ważne i istotne funkcje w promocji usług ubezpieczeniowych. Środkiem tej promocji jest przede wszystkim sprzedaż osobista. W czasie bezpośredniej rozmowy z klientem pośrednik ma możliwość przekazania dokładnych informacji o rodzaju ubezpieczenia, może on także pomóc w wyborze ubezpieczenia<sup>40</sup>. Decyzje klientów są bowiem uwarunkowane wieloma czynnikami:

- demograficzno-ekonomicznymi — wiek, płeć, miejsce zamieszkania, status rodzinny, zawód, wykształcenie, dochody i wydatki,
- społecznymi — kultura, warstwy społeczne, grupy odniesienia, liderzy opinii, fazy cyklu życia rodziny,
- psychologicznymi — osobowość, postawy i opinie, motywacje, przezorność i dostrzeganie ryzyka.

Zachowanie klientów na rynku ubezpieczeniowym składa się z pięciu faz — powstanie potrzeby zakupu, poszukiwanie informacji, podejmowanie decyzji o zakupie, wybór najlepszego lub najbardziej odpowiadającego produktu, oraz sam zakup i ocena postdecyzyjna<sup>41</sup>. Pierwsza faza w przypadku ubezpieczeń związana jest z uświadomieniem potrzeby zakupu usługi ubezpieczeniowej, określeniem zakresu tej potrzeby oraz oceną możliwości jej zaspokojenia. Następnie klient rozpoczyna szukanie informacji na temat produktu ubezpieczeniowego spełniającego jego oczekiwania i dlatego w tym celu korzysta najczęściej z usług agentów ubezpieczeniowych. To korzystanie z informacji agenta ubezpieczeniowego kończy się bardzo często zawarciem umowy ubezpieczenia, co potwierdzają również niektóre badania<sup>42</sup>. W przypadku działu I (na życie) u agentów ubezpieczeniowych zakupuje usługę ubezpieczeniową aż 57,9% klientów, drugie miejsce pod względem miejsca zakupu zajmują banki — 23,3% klientów, a trzecie oddziały zakładów ubezpieczeń — 11,9% klientów, natomiast w przypadku działu II (pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz majątkowe) u agentów ubezpieczeniowych zakupuje usługę ubezpieczeniową aż 65,5% klientów, w oddziałach zakładów ubezpieczeń 19,7% klientów, a u brokerów 4,8% klientów. Uzyskane informacje w tych miejscach zakupu usługi ubezpieczeniowej pomagają klientom podjąć decyzje o za-

<sup>40</sup> J.W. Przybytniowski, *Współczesne...*, s. 29.

<sup>41</sup> D. Maison, *Utajnione postawy konsumenckie*, GWP, Gdańsk 2004, s. 38.

<sup>42</sup> B. Nowatorska-Romaniuk, *Zachowania klientów indywidualnych w procesie zakupu usługi ubezpieczeniowej*, Oficyna Wolters Kluwer business, Warszawa 2013, s. 148.

kupie tej usługi, dzięki czemu przechodzą oni do wyboru produktu ubezpieczeniowego oferowanego przez wybrany zakład ubezpieczeń, który będzie najlepiej spełniał ich potrzeby. Sam zakup związany jest nieodłącznie z bardzo ważnym elementem procesu decyzyjnego, czyli z zachowaniem klienta po dokonaniu zakupu, ponieważ od niego w dużej mierze zależy postępowanie klienta w przyszłości<sup>43</sup>. To zachowanie dotyczy przede wszystkim jego wzajemnych relacji z zakładem ubezpieczeń w procesie likwidacji szkód, lub kontaktów z agentem, brokerem, czy też z *call center* w procesie pełnienia ochrony ubezpieczeniowej przez zakład ubezpieczeń.

Wśród wielu różnorodnych uwarunkowań wpływających na zachowania klientów szczególnie miejsce zajmuje poziomem świadomości ubezpieczeniowej klientów, czyli wiedzy jaką posiadają oni o rynku ubezpieczeń, jego produktach i uwarunkowaniach. Według M. Płonki „świadomość ubezpieczeniowa utożsamiana może też być z wiedzą i umiejętnościami, które pozwalają na racjonalne korzystanie klienta z ochrony ubezpieczeniowej”<sup>44</sup>. Prezentowane definicje podkreślają znaczenie wiedzy klienta jako podstawowy warunek jego świadomości ubezpieczeniowej, co oznacza, że nie jest ona możliwa bez ogółu jego wiadomości na temat ubezpieczeń, a także jego umiejętności, które pozwalają mu rozwiązywać problemy związane z zabezpieczaniem swojego majątku oraz innych interesów finansowych za pomocą urządzenia gospodarczego zwanego ubezpieczeniem. Agent ubezpieczeń, jako podstawowe źródło informacji dla klientów zakładu ubezpieczeń o produktach ubezpieczeniowych, stara się w czasie rozmowy ustalić przede wszystkim potrzeby klienta, aby znaleźć rozwiązanie jego problemów. Poza tym wyjaśnia wszelkie jego wątpliwości i obawy, wskazuje na korzyści skorzystania z usługi ubezpieczeniowej, w tym również w kontekście jego planów i perspektyw rozwojowych na przyszłość. Poza tym zaproponowane rozwiązanie musi się też mieścić w możliwościach finansowych klienta, zarówno w czasie obecnym jak i przyszłym, które odnoszą się do skalkulowanej składki ubezpieczeniowej z uwzględnieniem obniżek, opustów i opcji dodatkowych. Winien on pomagać klientowi w zrozumieniu, w jaki sposób wybrane ubezpieczenie spełnia jego potrzeby. W tym celu powtarza najistotniejsze informacje, zarówno uzyskanie od klienta, jak i na temat wybranego przez niego produktu ubezpieczeniowego, oraz podkreśla zalety tego produktu z punktu widzenia potrzeb klienta.

Również banki jako pośrednicy ubezpieczeniowi w ramach procesu *bancassurance*<sup>45</sup> pozyskują wiedzę o potrzebach ubezpieczeniowych swoich klientów i dzięki temu przekazują ją zakładom ubezpieczeń. System ten, wygodny dla klientów otrzymujących w jednym

<sup>43</sup> L. Rudnicki, *Zachowania konsumentów na rynku*, Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne, Warszawa 2012, s. 46.

<sup>44</sup> T. Szumlisz, *Atrybuty świadomości przezorności ubezpieczeniowej*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe” z. 1, Warszawa 2006, s. 21–26.

<sup>45</sup> Szerzej na temat *bancassurance* [w:] A. Messyas-Handschke, *Bancassurance — współpraca czy konkurencja?*, Bank i Kredyt, kwiecień, Warszawa 2002, s. 46–63; M. Śliperski, *Bancassurance. Związki bankowo-ubezpieczeniowe*, Difin, Warszawa 2002, s. 15–40; I. D. Czechowska, *Procesy integracji sektora bankowego i ubezpieczeniowego*, UŁ w Łodzi, Łódź 2004, s. 162–174; M. Sawach-Lech, *Sprzedaż produktów bankowo-ubezpieczeniowych*, CeDeWu, Warszawa 2008, s. 7–40; C. Orłowski, *Konsumenci bancassurance*, Gazeta Bankowa, Nr 12/1128, Warszawa 2011, s. 41–44; J.W. Przybytniowski, *Współczesne...*, s. 72–89.

miejscu zestaw produktów bankowych i ubezpieczeniowych, w tym głównie ubezpieczeń życiowych związanych z zabezpieczeniem kredytów hipotecznych, opłaca się bankom, zakładom ubezpieczeń, oraz samym klientom. Banki mają przez to bogatszą ofertę i zwiększają swoją konkurencyjność na rynku, zarabiając przy tym na pośrednictwie ubezpieczeniowym i zmniejszając własne ryzyko biznesowe, z kolei zakłady ubezpieczeń dzięki sieci banków mają większe możliwości dotarcia do klientów. Klienci natomiast przy zakupie usługi bankowej mogą pozyskać wiedzę na temat produktów ubezpieczeniowych, czyli na przykład ich zakresów, sum ubezpieczenia, warunków stosowania, korzyści dla ubezpieczonych/uposażonych, itd. Nie muszą więc w tym przypadku korzystać z innych źródeł informacji, gdyż od razu mogą ją uzyskać na miejscu w banku. Pracownicy zakładów ubezpieczeń pozyskują też wiedzę o produktach ubezpieczeniowych konkurentów. Wszystkie bowiem zakłady ubezpieczeń posiadają strony internetowe, które prezentują pełny zestaw oferowanych produktów ubezpieczeniowych wraz z ogólnymi warunkami ubezpieczenia, co pozwala porównywać wzajemnie oferty wielu ubezpieczycieli. Można też w internecie skorzystać z porównywarek i kalkulatorów ubezpieczeń, które szybko i w miarę obiektywnie wskazują na najlepsze i najtańsze rozwiązania związane z wyborem produktu ubezpieczeniowego. Jednocześnie pozwala to na zapoznanie się ze szczegółowymi rozwiązaniami proponowanymi przez dany produkt ubezpieczeniowy, gdyż porównywarki lub kalkulatory ubezpieczeń wymagają podania lub wyboru wiele sugerowanych opcji ubezpieczenia, co pozwala poznać nie tylko zakres oferowanego ubezpieczenia, ale także sum ubezpieczenia, ogólnych warunków ubezpieczenia, czy też zdarzeń nie objętych ubezpieczeniem. Istnieje też możliwość poznania definicji wielu pojęć ubezpieczeniowych, ważnych również i dlatego, że zakłady ubezpieczeń stosują różne definicje lub zakresy dla tych samych pojęć ubezpieczeniowych, co może prowadzić do wielu nieporozumień w przypadku zrealizowania się ryzyka i korzystania z takich samych ubezpieczeń u kilku różnych ubezpieczycieli, gdyż każdy z nich może wypłacać różne sumy odszkodowań czy świadczeń.

### 1.3. Upowszechnianie wiedzy ubezpieczeniowej

Przyjmuje się, że wiedza pozostawiona samej sobie nie przynosi wielu korzyści. Prawdziwej wartości nabiera dopiero wtedy, gdy staje się szeroko dostępna i tym samym może być łatwo stosowana. Według M. Przybyły, „pozytywnych doświadczeń z określonej wiedzy nie można zatrzymać w miejscach, w których one powstały. Niezbędny jest szybki przepływ informacji we wszystkich kierunkach, pomiędzy wszystkimi jednostkami organizacyjnymi różnych pionów i poziomów”<sup>46</sup>. Upowszechnianie wiedzy w zakładach ubezpieczeń wymaga przede wszystkim stosowania najnowszych narzędzi technologii informacyjnej, czyli poczty elektronicznej, telekonferencji internetowych, intranetu (wewnętrzna sieć komputerowa łącząca komputery w organizacji, gdzie po zamontowaniu serwera możliwe jest korzystanie tylko przez pracowników w ramach sieci LAN (sieci lokalnej) z takich usług jak strony www, wewnętrzna poczta elektroniczna, itp.). Coraz częściej do zasobów firmy zawartych

---

<sup>46</sup> M. Przybyła, *Organizacja oparta na wiedzy*, [w:] M. Przybyła (red.), *Organizacja i zarządzanie. Podstawy wiedzy menedżerskiej*, AEW, Wrocław 2001, s. 427.

w intranecie pracownicy firmy mogą się logować z ogólnie dostępnego internetu poprzez podanie hasła i loginu, czy też z elektronicznych baz wiedzy.

Upowszechnianie wiedzy w zakładach ubezpieczeń odbywa się, podobnie jak w innych organizacjach, poprzez wykorzystywanie dwóch strategii<sup>47</sup>:

- strategii kodyfikacji wiedzy,
- strategii personalizacji wiedzy.

Strategia kodyfikacji wiedzy polega na spisywaniu wiedzy w dokumentach, tworzeniu organizacyjnych baz danych i wykorzystywaniu systemów informatycznych do zarządzania takimi archiwami. Z kolei strategia personalizacji wiedzy polega na skoncentrowaniu się na komunikacji i współpracy z ekspertami, stymulującymi przekazywanie wiedzy ukrytej. Oba podejścia do upowszechniania wiedzy wydają się tak samo ważne, gdyż zawsze znajdują się w organizacji pracownicy, którzy preferują jeden lub drugi sposób, albo też wykorzystują obydwa sposoby na poznanie i upowszechnianie wiedzy.

Obszarem wiedzy szczególnie często kodyfikowanym jest wiedza o sposobach pracy — przedsiębiorstwa spisują rekomendowane metody wykonywania określonych zadań, formalizują je w postaci procedur wewnętrznych, a następnie dążą do ich powielania w innych oddziałach. Jedną z takich procedur w zakładzie ubezpieczeń jest procedura likwidacji szkody, która ustala m.in. zasadność wniosku o odszkodowanie, rozmiar szkody, oraz wysokość odszkodowania. Procedura musi się zamknąć w okresie 30 dni (jeśli nie zachodzą przesłanki wskazujące na wątpliwości co do okoliczności wystąpienia szkody, lub też co do zasadności odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń) od dnia otrzymania wniosku o odszkodowanie przez zakład ubezpieczeń i dotyczy części bezspornej odszkodowania. Procedura narzuca też wymogi co do obowiązków poszkodowanego w sytuacji wystąpienia szkody, na przykład zgromadzenia odpowiednich dokumentów, zabezpieczenia miejsca wystąpienia szkody, itd. Zakład ubezpieczeń, po uzyskaniu wszystkich niezbędnych dokumentów oraz wizycie likwidatora w miejsce wystąpienia szkody (jeśli taka wizyta jest niezbędna, choć w tzw. małych szkodach zakłady ubezpieczeń bardzo często rezygnują z wizyty likwidatora na miejscu zdarzenia na rzecz zdjęć ze zdarzenia wysłanych przez poszkodowanego), podejmuje decyzję co do zasadności wypłaty odszkodowania. Może więc ZU przyjąć odpowiedzialność finansową za wystąpienie szkody, może też odmówić wypłaty odszkodowania. Poszkodowany może też nie zgodzić się z decyzją zakładu ubezpieczeń, zarówno co do odmowy wypłaty odszkodowania, jak i co do wysokości odszkodowania, wówczas proces wypłaty odszkodowania wydłuża się w zależności od tego, czy sprawa będzie załatwiona polubownie, czy też poprzez wyrok sądowy. Nie każda szkoda skutkuje wypłaceniem przez zakład ubezpieczeń odszkodowania, gdyż zwykle w ogólnych warunkach ubezpieczeń (o.w.u.) są wymienione zdarzenia/ryzyka, które zwalniają zakład ubezpieczeń od odpowiedzialności. Wielu ubezpieczycieli wprowadziło ostatnio ułatwienia w wypłacie odszkodowania w sytuacji na przykład ubezpieczeń komunikacyjnych, gdzie szkoda mieszcząca się w granicach 3–5 tysięcy złotych jest wypłacana w ciągu kilku dni po zgłoszeniu telefonicznym lub elektronicznym i przesłaniu zdjęcia uszkodzonego samochodu, bez konieczności wizyty likwidatora w miejscu zdarzenia. Jest to skutkiem kolejnego obszaru

---

<sup>47</sup> D. Jemielniak, A. K. Koźmiński, *Zarządzanie wiedzą*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 176.

kodyfikowania wiedzy, który jest wykorzystywany do upowszechniania wiedzy, czyli identyfikacji najlepszych praktyk konkurentów, którzy w celu poprawienia jakości świadczonych usług ubezpieczeniowych nie tylko stale dążą do obniżania kosztów obsługi procesu likwidacji szkód, ale także do usprawniania tego procesu tak, aby w przypadku niewielkich szkód proces wypłaty odszkodowania miał charakter typowy, powielalny i szybki. Technika pozwalająca na identyfikowanie najlepszych praktyk i ich utrwalanie w organizacji jest *benchmarking*, czyli porównanie własnej pracy z pracą innych firm (lub oddziałów firmy), a następnie naśladowanie w przypadku stwierdzenia wyższej efektywności tych praktyk u tych podmiotów gospodarczych.

Kolejnym obszarem kodyfikowania wiedzy w zakładzie ubezpieczeń i wykorzystywanym do upowszechniania wiedzy wśród pracowników jest informatyczny system zarządzania obiegiem zadań, który pozwala na automatyzację procedur oraz standaryzację procesów gospodarczych w całym zakładzie ubezpieczeń. Tworzone są też tzw. mapy wiedzy, czyli systematyzowanie nowych zasobów wiedzy i ich wykorzystywanie w procedurach zarządczo-operacyjnych będących w dyspozycji organizacji. Te nowe zasoby wiedzy są wykorzystywane dla tworzenia lub uaktualniania działań związanych m.in. z:

- raportami,
- rejestrami (klientów, umów, roszczeń, reasekuracji, pośredników ubezpieczeniowych, aktuarialny, działalności inwestycyjnej, itp.),
- wzorcowymi procedurami postępowania dla wszystkich procesów gospodarczych realizowanych w zakładzie ubezpieczeń,
- dokumentami przygotowywanymi na własny użytek (notatki, uwagi, propozycje),
- dokumentami tworzonymi dla innych osób (odwołują się do zasobów wiedzy ukrytej, wspólnych dla wykonujących dany zawód),
- dokumentami tworzonymi dla innych osób, różniących się posiadaną wiedzą (np.: w zakresie definicji podstawowych pojęć i zakresów ich stosowania, opisów podstawowych procesów zachodzących w zakładach ubezpieczeń, itp.).

Posiadanie spisanych i stale aktualizowanych zasobów wiedzy oznacza łatwość dotarcia do nich w każdej chwili i niezależnie od pracowników. Oczywiście dostęp do najcenniejszej wiedzy musi być ograniczony, nawet jeśli wydaje się to pozornie sprzeczne z celem inicjatyw w zakresie upowszechniania wiedzy.

Przyjmuje się, że bardziej skutecznym sposobem upowszechniania wiedzy jest strategia personalizacji wiedzy, czyli strategii skoncentrowanej na komunikacji i współpracy z ekspertami, stymulującej przekazywanie wiedzy ukrytej. Dzielenie się wiadomościami, umiejętnościami i doświadczeniem z innymi pracownikami, pozwala na zespołowe wyciąganie wniosków i wykorzystywanie wiedzy przez wiele osób. W działalności zakładów ubezpieczeń corocznie występuje duża rotacja wśród agentów ubezpieczeń, dlatego też wdrożenie ich do efektywnej wzajemnej współpracy z zakładem ubezpieczeń wymaga odpowiedniego przygotowania. Agent po zdaniu egzaminu i wpisaniu do rejestrów agentów ubezpieczeniowych w KNF przechodzi dodatkowe szkolenie w danym zakładzie ubezpieczeń, gdzie zapoznaje się ze specyfiką pracy i procedurami wewnętrznymi. Zostaje też przydzielony do grupy agentów znajdujących się pod opieką merytoryczną wybranego kierownika, który zapewni mu wszelką pomoc w tym początkowym etapie pracy. Ta komunikacja międzyludzka

jest tradycyjnym, ale często też najbardziej efektywnym sposobem dzielenia się wiedzą i jej upowszechnianiem. Poza tym zakład ubezpieczeń tworzy w swoich strukturach organizacyjnych ekspertów produktowych, zarówno na szczeblu centralnym, regionalnym, jak i na szczeblu oddziałów terenowych, którzy posiadają największą wiedzę w zakresie warunków i wyłączeń związanych ze stosowaniem danych produktów. Ważne jest wówczas stworzenie łatwych sposobów kontaktów z tymi ekspertami wszystkim pracownikom zakładów ubezpieczeń potrzebujących wiedzy specjalistycznej. Tym bardziej, że skomputeryzowane bazy wiedzy nie przechowują wyczerpujących informacji i często nie zapewniają uzyskania odpowiedzi na konkretne pytania związane na przykład ze szczególną sytuacją danego klienta. Czyli współpraca z klientem i merytoryczna nad nim opieka pozwalają skuteczniej przekazywać i upowszechniać wiedzę niż samo jej spisanie, ponadto wiedza ukryta ujawnia się właśnie w działaniu, nawet gdy pracownik nie jest tego świadomy.

Inną formą upowszechniania wiedzy w zakładzie ubezpieczeń są prace wykonywane zespołowo oraz zebrania pracowników, gdzie następuje wymiana informacji i doświadczeń, a także wypracowywane są nowe pomysły. Praca zespołu pozwala na znalezienie rozwiązań, których nie byłoby w stanie samodzielnie wypracować pojedynczy pracownicy — jest to efekt zjawiska synergii, zgodnie z którym zespół to więcej niż tylko suma jednostek. Poza tym nowoczesne technologie informatyczne i telekomunikacyjne dodatkowo ułatwiają organizację zespołów, które nie muszą spotykać się w jednym czasie i miejscu. Wirtualne zebrania i praca na odległość są możliwe dzięki takim narzędziom jak czat, listy dyskusyjne, tele- i wideokonferencje. Z kolei zebrania, w tym także zebrania organizacyjno-operacyjne, które w oddziałach zakładów ubezpieczeń odbywają się co tydzień, pozwalają na odwoływanie się do m.in. unikalnych zasobów wiedzy poszczególnych uczestników. Chociaż każdy z pracowników mógłby samodzielnie opracować opinie i propozycje, a następnie zapisać je w dokumencie i przesłać do innych, spotkania „twarzą w twarz” w czasie zebrania pozwalają na bardziej intensywną wymianę wiedzy. Ponadto, dzieleniu się wiedzą sprzyjają też nieformalne spotkania pracowników po godzinach pracy, a także tzw. wyjazdy integracyjne, gdzie przy braku obowiązku wykonywania czynności służbowych następuje swoboda wymiany myśli, w tym również związanych z wykonywaną pracą.

Jedną z form upowszechniania wiedzy w zakładzie ubezpieczeń jest też tzw. marketing wewnętrzny, który wynika z przekonania, iż decydujący wpływ na efektywne działania organizacji ma wiedza, umiejętności i zachowanie jej pracowników. Marketing wewnętrzny pozwala na dotarcie do pracowników z wiedzą o zakładzie — jego planach, wynikach, procesach wewnętrznych, decyzjach strategicznych i operacyjnych, zmianach wewnętrznych, itp., co w efekcie ma prowadzić do wzrostu zaangażowania pracowników, większego zadowolenia z pracy i lepszej identyfikacji z firmą, dzięki czemu podejmowane przez nich decyzje będą w większym stopniu oparte na wiedzy o aktualnej sytuacji firmy i świadomości dodatkowych uwarunkowań podejmowanych działań. Wiedza ta może dotyczyć też na przykład poszukiwania przez zakład ubezpieczeń pracowników na dane stanowisko pracy w wyniku transferów wewnętrznych, co oznacza możliwość wykorzystania już zdobytej wiedzy oraz poznanie sposobów funkcjonowania innych działów zakładu ubezpieczeń. Transfery wewnętrzne dotyczą zwykle osób z ograniczonym stażem pracy lub najbardziej doświadczonych pracowników. Młodzi pracownicy mogą przez kilka miesięcy gromadzić

wiedzę i doświadczenia w różnych działach zakładu ubezpieczeń i dopiero później wybrać miejsce pracy najbardziej im odpowiadające. Doświadczeni pracownicy mogą z kolei być przekazywani do innych działów, biur lub oddziałów terenowych zakładu po to, aby wspierać ich pracę swoją wiedzą i dotychczasowymi dużymi doświadczeniami zawodowymi.

## 1.4. Techniki sprzedaży ubezpieczeń — klucz do wiedzy o znajdowaniu klientów i ustalaniu ich potrzeb ubezpieczeniowych

Dystrybucja produktów ubezpieczeniowych polega na pozyskiwaniu klientów i odbywa się w ramach procesu zwanego akwizycją. Akwizytorem może być pracownik własny zakładu ubezpieczeń, agent oferujący ubezpieczenia uzupełniające, lub pośrednik ubezpieczeniowy — agent lub broker ubezpieczeniowy<sup>48</sup>. Znajdowanie nowych potencjalnych klientów to niekończący się proces umiejscawiania i zapewniania podaży osób, którym można zaoferować ubezpieczenie. To podstawowy warunek sukcesu pośrednika ubezpieczeniowego, który może osiągnąć tylko przez regularne stosowanie wypróbowanych technik zdobywania nowych potencjalnych klientów. W większości przypadków pośrednicy ubezpieczeniowi docierają bezpośrednio do klienta do jego miejsca zamieszkania, co oznacza, że muszą być oni rozlokowani na całym terenie na którym działają. Teren ten zwany jest obszarem akwizycyjnym, a w jego skład wchodzi biura zakładu ubezpieczeń, jego pracownicy etatowi oraz pozaetatowi, agenci wyłączni, a także multiagenci, którzy w ramach swojej działalności gospodarczej oferują produkty ubezpieczeniowe co najmniej dwóch zakładów ubezpieczeń. Wszyscy razem tworzą system akwizycji. Sposób organizacji systemu akwizycji zależy od wybranych segmentów rynku, oferowanych produktów ubezpieczeniowych i zasobów finansowych zakładu ubezpieczeń. Ich efektem jest wybór sieci akwizycyjnej. Ze względu na typ sieci akwizycję dzieli się na bezpośrednią (własną) i pośrednią. Akwizycja bezpośrednia (własna) prowadzona jest za pomocą etatowych pracowników zakładu ubezpieczeń, pośrednia za pomocą samodzielnych podmiotów gospodarczych będących pośrednikami ubezpieczeniowymi (agenci i brokerzy ubezpieczeniowi). Akwizycję ze względu na sposób sprzedaży dzieli się na osobistą i medialną. Akwizycja osobista polega na bezpośrednim kontakcie sprzedawcy z klientem, medialna na jednokierunkowym przekazie medialnym (za pomocą poczty, telefonu, mediów publicznych (prasy, TV), teleinformatyki) nakłaniającym do kupowania usług ubezpieczeniowych z odpowiedzią klienta skierowaną bezpośrednio do zakładu ubezpieczeń. Akwizycja medialna (zwana sprzedażą bezpośredniej odpowiedzi) wynika z jednej strony z rosnących kosztów sprzedaży pośredniej, z drugiej z rozwoju środków komunikacji na odległość. W tym systemie w obecnych warunkach sprzedaje się proste i standardowe produkty ubezpieczeniowe<sup>49</sup>. Najczęściej w ubezpieczeniach stosowana jest akwizycja pośrednia-osobista, czyli sprzedaż realizowana przez agentów i brokerów ubezpieczeniowych. Należy ją odróżniać od akwizycji osobistej (realizowanej przez pracowników zakładów ubezpieczeń) i akwizycji własnej (polegającej na obsłudze klienta bezpośrednio przez zakład ubezpieczeń podczas wizyty klienta w jego

---

<sup>48</sup> Ustawa o dystrybucji ubezpieczeń z dnia 15 grudnia 2017 r. (Dz. U. 2017, poz. 2486).

<sup>49</sup> J. Monkiewicz, *Podstawy ubezpieczeń* ....., s. 213.



biurze). Złożony cykl sprzedaży ubezpieczeń można podzielić na sześć podstawowych etapów<sup>50</sup>:

- znajdowanie potencjalnych klientów,
- nawiązanie kontaktu,
- zebranie informacji na temat sytuacji, potrzeb i problemów potencjalnego klienta,
- propozycja sposobu zaspokojenia potrzeb i rozwiązania problemów klienta za pomocą odpowiedniej formy ubezpieczenia,
- prezentacja warunków i korzyści zaproponowanej formy ubezpieczenia, oraz sprzedaż ubezpieczenia,
- utrzymywanie kontaktu z klientem, oferowanie innych ubezpieczeń w przyszłości, przedłużanie umowy ubezpieczenia, zapewnianie pomocy przy likwidacji szkody, zdobycie referencji od klienta — nowe referencje prowadzą z powrotem do znajdowania następnych klientów.

Każdy etap cyklu sprzedaży prowadzi w sposób naturalny do następnego. Co ważne, jest to niekończący się proces. Zawsze rozpoczyna się i kończy na znajdowaniu klientów. Bez względu na to, jak agent ubezpieczeniowy radzi sobie na pięciu pozostałych etapach, to podstawą sukcesu w pracy jest zdobywanie klientów. Gdy kontaktując się z nowym potencjalnym klientem można się na kogoś powołać, to się już wie, jakie ma on potrzeby w zakresie ubezpieczeń, wówczas sama sprzedaż, oparta ponadto na własnym rozeznaniu potrzeb i zaletach produktu ubezpieczeniowego, jest stosunkowo łatwa. Przyszłe wyniki agenta zależą od jego własnej inwencji w zakresie skuteczności wyjścia z ofertą na zewnątrz, odnalezienia i zdobycia potencjalnych klientów oraz udzielenia im pomocy w podjęciu decyzji kupna najlepiej od razu, aby później mogli liczyć na korzyści płynące z posiadania polisy. Skuteczne więc wyszukiwanie odpowiednich ludzi, czyli nowych potencjalnych klientów, z którymi można i warto się spotkać, to najważniejszy obowiązek każdego agenta ubezpieczeniowego.

Specyficzną cechą działalności zakładów ubezpieczeń jest istnienie odwróconego cyklu produkcyjnego w stosunku do cyklu w innych podmiotach gospodarczych — w pierwszej kolejności pojawiają się wpływy z tytułu sprzedaży, a dopiero później ponoszone są rozłożone w czasie koszty. Podstawowymi przychodami ze sprzedaży są składki ubezpieczeniowe, natomiast kosztami są głównie wypłacone odszkodowania i świadczenia. W związku z przesunięciem w czasie tych dwóch zdarzeń, zakłady ubezpieczeń z zebranej składki tworzą rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe, które stanowią bieżącą wartość przyszłych odszkodowań i świadczeń wynikających z zawartych umów ubezpieczenia. Utrzymywanie wpłaconych składek w formie środków pieniężnych do momentu wypłaty odszkodowania lub świadczenia byłoby nieefektywne. Dlatego też zakłady ubezpieczeń inwestują te środki, osiągając dodatkowe przychody. Przychody z inwestycji są drugimi co do wielkości przychodami zakładów ubezpieczeń. Ten odwrócony cykl produkcyjny zakładów ubezpieczeń nakazuje im wychodzenie na zewnątrz i oferowanie swoich usług ubezpieczeniowych poprzez bezpośrednie spotkania z klientami w ich domach, miejscu pracy czy na rozmowie w innym wskazanym miejscu, np. barze, restauracji, kawiarni, galerii handlowej. To nie klient udaje się do miejsca zakupu jak w przypadku innych podmiotów gospodarczych, lecz

---

<sup>50</sup> P. Nassalski, *Techniki sprzedaży ubezpieczeń*, Poltext, Warszawa 1999, s. 20.

zakład ubezpieczeń poprzez swoich pracowników czy pośredników ubezpieczeniowych udaje się do klienta. Dzieje się tak dlatego, ponieważ w rozumieniu większości potencjalnych klientów produkty ubezpieczeniowe i związane z nimi usługi natury finansowej dają korzyści nie od razu, lecz w nieokreślonej przyszłości. Chętniej wydają pieniądze konsumenci na to, z czego mogą korzystać i mieć satysfakcje od razu, i dlatego właśnie wielu z nich tak robi, a decyzje co do zakupu ubezpieczenia często odkładają na później. Oszczędzanie czy też przeznaczanie pieniędzy na coś, co może dać korzyści w przyszłości, jest trudniejsze niż bieżące wydawanie tych pieniędzy, choć nie zawsze jest to właściwy sposób postępowania. Profesjonalni agenci ubezpieczeniowi rozumieją te uwarunkowania, dlatego zajmują się uświadamianiem potencjalnym klientom korzyści płynących z przeznaczania części pieniędzy na ubezpieczenia, czyli na możliwość skorzystania w przyszłości ze znacznie większych zysków czy innych korzyści. Nie należy więc czekać, aż klienci zgłoszą się sami po zakup usługi, lecz należy stale wyszukiwać potencjalnych klientów. Dlatego należy stworzyć system ich zdobywania i potem konsekwentnie go rozbudowywać.

W pierwszym etapie systemu zdobywania potencjalnie nowych klientów najważniejszymi klientami dla agenta ubezpieczeniowego są ludzie, których zna — jego przyjaciele, znajomi i krewni, oraz ich przyjaciele, ich znajomi i członkowie ich rodzin. Wszyscy są naturalnymi sojusznikami agenta ubezpieczeniowego i mogą wyjątkowo skutecznie zarekomendować zarówno jego, jak i to, co ma do zaoferowania. Jest to bardzo ważne, gdyż jak twierdzą psychologowie, „wszyscy rodzimy się z lękiem przed obcymi”<sup>51</sup>. Ludzie często obawiają się rzeczy nieznanych, boją się polegać na obcych. Dlatego gdy agent ubezpieczeniowy dzwoni do potencjalnego klienta, który nic o nim nie wie, to pierwszym odruchem klienta jest odmowa na propozycję spotkania. Aby więc zmniejszyć prawdopodobieństwo odmowy, należy starać się, ażeby klient do którego dzwoni agent ubezpieczeniowy już coś wiedział o nim, a z drugiej strony agent ubezpieczeniowy dzwonił przede wszystkim do kogoś, kogo zna osobiście i kto mu ufa, ale także do kogoś, kogo zna przynajmniej z polecenia. Agent ubezpieczeniowy może czuć się nieswojo nawiązując kontakt zawodowy nie tylko z osobami obcymi, ale także z osobami których zna osobiście i które mu ufają, gdyż czym innym jest kontakt koleżeński, a czym innym zawodowy. Jednak rezerwa wobec znajomych i bliskich znika zwykle, gdy agent ubezpieczeniowy doskonale zna co oferuje i będzie miał świadomość, jaką ma to wartość. Wbrew bowiem obiegowym opiniom, ze znajomymi można i należy rozmawiać o interesach, jeśli jest to dla nich korzystne i nie usiłuje się tychże znajomych wykorzystywać. Ważne jest przestrzeganie przez agentów ubezpieczeniowych kilku podstawowych zasad:

- stwarzać możliwość zwrócenia się do klientów w sprzyjających okolicznościach (wspólnie wybrane miejsce i godzina spotkania, klient zna agenta z nazwiska, słyszał o firmie, którą reprezentuje, wie że agent ma mu do przekazania coś, co go zainteresuje, spotkanie powinno odbyć się w atmosferze pełnego zaufania do agenta — to spowoduje, że zostanie wysłuchany z życzliwością, agent powinien dążyć do wzajemnej komunikacji i zrozumienia — to daje najlepsze rezultaty),

---

<sup>51</sup> Strona internetowa SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny Wrocław, [www.swps.pl/wroclaw/aktualności/lęk-przed-obcymi](http://www.swps.pl/wroclaw/aktualności/lęk-przed-obcymi), data: 09/10/2020

- klienci są w sytuacji, w której powinni posiadać ubezpieczenie (celem spotkania agenta z potencjalnym klientem jest oferowanie mu usług ubezpieczeniowych, informowanie i uświadamianie klientowi, jak może zabezpieczać swoje dobra poprzez zakup usługi ubezpieczeniowej; dobrze jest więc znać swoich potencjalnych klientów i wiedzieć, w jakiej sytuacji się obecnie znajdują; szukać ludzi mających problemy, a przy ocenie swoich ewentualnych klientów i zbieraniu danych na ich temat robić zestawienie ludzi z ich potrzebami),
- klienci są w stanie płacić (należy pamiętać, że dużo ludzi ma pieniądze, choć na zewnątrz tego nie widać),
- klienci spełniają warunki stawiane przez zakład ubezpieczeń (agent musi znać wszystkie warunki jakie powinny być spełnione, aby doszło do zawarcia umowy ubezpieczenia, dlatego należy z listy potencjalnych klientów wykreślać wszystkich tych, którzy nie kwalifikują się do dalszych rozmów, np. dotychczasowa wysoka szkodowość potencjalnego klienta, wcześniejsze jego przestępstwo ubezpieczeniowe, nie dotrzymywanie umów w sprawie spotkania, odstępowanie od umów, itp.).

Po wyselekcjonowaniu osób spełniających warunki podstawowe, można tworzyć listę w kolejności od osób dla agenta najbardziej wartościowych, do najmniej wartościowych. Ci najbardziej wartościowi to tacy, którym od zaraz można sprzedać jakiś produkt ubezpieczeniowy i dlatego do nich należy się zwrócić w pierwszej kolejności. Kolejna grupa klientów to ci, którzy co prawda jeszcze się wahają z podjęciem decyzji o zakupie, ale wykazują zainteresowanie kupnem kilku produktów ubezpieczeniowych. To prawdopodobnie wkrótce oraz w przyszłości stali klienci zakładu ubezpieczeń. Trzecia grupa klientów dotyczy osób, które nie wyrażają jeszcze chęci kupna jakiegoś produktu ubezpieczeniowego, ale są skłonne zarekomendować agenta innym osobom i w ten sposób ułatwić mu kontakt z nowymi potencjalnymi klientami. Czwartą grupę klientów tworzą osoby, którym trudno jest cokolwiek zaproponować z produktów ubezpieczeniowych z uwagi na ich obecną sytuację życiową lub materialną. Po uwzględnieniu tych podziałów może się okazać, że część osób z listy nie ma dla agenta żadnej wartości – ani teraz, ani w przyszłości. Agent ubezpieczeniowy powinien od razu wykreślić ich ze swojej „bazy klientów”, aby nie tracić czasu na zbędne tylko dyskusje, gdyż tacy klienci prawie na pewno nic nie kupią. W tej kategorii mieszczą się też ci, którzy spełniają inne warunki, ale na nic ich nie stać, ani nikogo z ich otoczenia.

Najlepszym źródłem nowych klientów i nowych rynków zbytu usług ubezpieczeniowych (i ogólnie finansowych) są osoby polecane, czyli zarekomendowane. Agenci ubezpieczeniowi uzyskują nowe nazwiska od ludzi, których znają. Dobrze jest dowiedzieć się od nich o potrzebach tych nowych ludzi, co pozwoliłoby agentowi zakwalifikować ich na listę nowych potencjalnych klientów. Ponadto ważne jest uzyskanie pozwolenia od osoby, która dała to nazwisko nowego potencjalnego klienta, do powołania się na nią w rozmowie. Daje to większą szansę na spotkanie z nowymi potencjalnymi klientami. Agent ubezpieczeniowy może też poprosić osobę, która udostępnia nazwiska nowych potencjalnych klientów, o zarekomendowanie go wśród tych nowych osób. Można to zrobić osobiście, telefonicznie lub listownie. Doświadczenia agentów ubezpieczeniowych wskazują, że zwykle jedna sprzedaż następuje na cztery spotkania z podjęciem próby sprzedaży, a takich spotkań powinno się mieć około ośmiu w ciągu tygodnia. Żeby się tak stało, trzeba mieć wcześniej około dwu-

nastu do czternastu spotkań wprowadzających (zaaranżowanych) tygodniowo i jeszcze wcześniej około piętnastu do siedemnastu nowych osób tygodniowo, które zostały zakwalifikowane do grupy ewentualnych klientów. Nie wystarczy zbierać same nazwiska osób, trzeba koniecznie zbierać dodatkowe informacje o tych osobach, ich potrzebach, itd. Tym bardziej, że nawet najlepsi agenci ubezpieczeniowi większość nowych nazwisk dostają od ludzi, których dopiero poznali. Ważne są bowiem dobre przyzwyczajenia w zakresie zbierania nowych klientów, gdyż jak mówi przysłowie „o wiele łatwiej jest nabrać dobrych przyzwyczajzeń, niż później zmienić złe”<sup>52</sup>. Zbieranie nazwisk osób i informacji o ich potrzebach, telefonowanie i umawianie się na spotkania, uzyskanie nazwisk kolejnych potencjalnych klientów, jest częścią niekończącego się cyklu pracy agenta ubezpieczeniowego, który może przynosić znaczne, a czasami nawet ogromne dochody.

Wśród dobrych przyzwyczajzeń z zakresu zbierania nowych klientów jest planowanie działań, czyli ustalanie celów i terminów ich realizacji odnoszących się do liczby nowych klientów i okresów ich pozyskania, ale także odnoszących się do własnego rozwoju agenta ubezpieczeniowego, celów dotyczących jego kariery zawodowej, stosunków z ludźmi, celów materialnych i prestiżowych. Planowanie powinno jednak dotyczyć też metod uczenia się pracy agenta ubezpieczeniowego, czyli nie tylko poprzez metodę własnych prób i błędów, ale także poprzez metodę korzystania z doświadczeń innych, szczególnie tych, którym się powiodło. Wspólną bowiem cechą ludzi sukcesu jest umiejętność uczenia się od innych, oraz robienia tego, czego nie robią ci, którym się nie powiodło. Planowanie więc jest bardzo ważnym elementem pracy agenta ubezpieczeniowego, również i dlatego, gdyż jak mówi przysłowie „ludzie nie planują przegranej, przegrywają, bo nie planowali”. Należy więc zaplanować pracę, ale też pracować nad planem, gdyż nawet cele wyznaczone w najlepszej wierze mogą w rezultacie okazać się celami na wyrost albo zbyt ograniczonymi, potrzebne więc będą korekty planu. Lepiej bowiem pracować przy planach realnych niż przy nierzezywistych, czyli zbyt ambitnych lub niedoszacowanych. Gdy główny nacisk zostaje położony na planowanie i nabieranie dobrych przyzwyczajzeń w pracy, sukces jest gwarantowany (lub prawie gwarantowany). Tym bardziej, że jak się okazuje w praktyce, „90% wszystkiego co robią ludzie wynika z przyzwyczajenia”<sup>53</sup>. Prawdą jest też to, że ludzie najlepiej uczą się przez powtarzanie, aż zaczną działać automatycznie. Ten sam mechanizm występuje też w pracy zawodowej, dlatego nabranie dobrych przyzwyczajzeń jest niezwykle ważne. Ten proces uczenia się pracy agenta ubezpieczeniowego ma w zasadzie charakter permanentny. W tym procesie uczenia się znajduje się też uczestnictwo w szkoleniach ciągłych, którym celem jest motywowanie agentów ubezpieczeniowych do pracy, nauka nowych produktów ubezpieczeniowych, wymiana doświadczeń z innymi agentami, a także kontrola wykonywanej pracy i realizacji wyznaczonych planów. Dobrze jest, żeby oprócz kontroli własnej, była też kontrola zewnętrzna, bo wówczas razem tworzą one te działania bardziej efektywne i wartościowe. Uważa się, że „najlepszym towarem jest zaufanie klienta”<sup>54</sup>. Jest to szczegól-

<sup>52</sup> Strona internetowa SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny Wrocław, [www.swps.pl/wroclaw/aktualności/lęk przed obcymi](http://www.swps.pl/wroclaw/aktualności/lęk przed obcymi), data: 09/10/2020.

<sup>53</sup> Strona internetowa SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny Wrocław, [www.swps.pl/wroclaw/aktualności/przyzwyczajenia](http://www.swps.pl/wroclaw/aktualności/przyzwyczajenia), data: 13/10/2020.

<sup>54</sup> Poradnik przedsiębiorcy, [www.poradnikprzedsiębiorcy.pl/zaufanie](http://www.poradnikprzedsiębiorcy.pl/zaufanie) w biznesie dlaczego jest istotne, data: 14/11/2020.

nie ważne w usługach ubezpieczeniowych, gdyż tak naprawdę klienci kupują obietnicę zapisaną w polisie ubezpieczeniowej, że w razie realizacji się ryzyka ubezpieczeniowego zostanie wypłacone odszkodowanie (świadczenie). Nie kupują więc jakiś obietnic, tylko te, o których dowiedzieli się od agenta ubezpieczeniowego. Dlatego musi on zdobyć zaufanie potencjalnych klientów, zanim zechcą oni skorzystać z jego pomocy i rad w zakresie zaspokojenia swych potrzeb dotyczących zabezpieczenia się finansowego na wypadek realizacji się różnych ryzyk majątkowych lub życiowych występujących w ich życiu. Zaufanie nie tylko należy wytworzyć, ale także budować wciąż na nowo, aby kontakty z klientami były naprawdę trwałe. Trzeba więc stale udowadniać swoim klientom, że sprawy ich są dla agenta ubezpieczeniowego najważniejsze. Nie może on zawieść ich zaufania, a postępowanie jego musi być zawsze zgodne z duchem i literą prawa, zgodne z etyką zawodową. Ta zasada poszanowania i działania zgodna z prawem powinna być podstawową normą etyczną każdego agenta ubezpieczeniowego. Z etyką agenta ubezpieczeniowego łączą się też pojęcia: zasada dobrej wiary i zasada dobrych obyczajów kupieckich. Polegają one na eliminowaniu działań mogących godzić w interesy klienta i zakładu ubezpieczeń. Uzasadniony interes obu tych podmiotów agent powinien przedkładać nad własnym zyskiem. Ważnym zagadnieniem z dziedziny etyki agenta ubezpieczeniowego jest rzetelność informacji, które agent przekazuje klientowi. Powinny być one sprawdzone i uwiarygodnione, gdyż wiedza w dziedzinie ubezpieczeń stale się poszerza oraz ulega zmianom, stąd agent ubezpieczeniowy powinien stale doskonalić swoje umiejętności, aby zawsze być kompetentnym w tym, co robi. Agent postępujący zgodnie z zasadami etyki zawodowej przedkłada interes klienta ponad własne korzyści. Najważniejsze jest rozwiązanie problemu klienta, bez względu na to, czy to konkretne rozwiązanie jest najlepsze dla agenta. W ten między innymi sposób buduje się zaufanie do klienta. Uważa się, że w branży, gdzie chodzi o poczucie bezpieczeństwa, zaufanie i uczciwość wobec klienta daje gwarancję sukcesu. Zyskują na tym wszyscy, klient — ponieważ za swoje pieniądze otrzymuje najlepszy produkt i najwyższy poziom usług, zakład ubezpieczeń — ponieważ dzięki postępowaniu swoich agentów wzmacnia pozycję na rynku i więcej sprzedaje. Zachodzi więc tu sprzężenie zwrotne — im lepsi agenci, tym silniejsza firma, i odwrotnie. Agent staje się lepszy w swojej pracy wraz z większą wiedzą na temat potrzeb swoich klientów. Często są to informacje poufne, dotyczące spraw osobistych, rodzinnych, majątkowych, zdrowotnych. Jednak im więcej informacji będzie agent miał o kliencie, tym celniej określi jego rzeczywistą potrzebę i wskaże najlepszy produkt ubezpieczeniowy zaspokajający tę potrzebę. Zachodzi tu więc związek między jakością usług świadczonych przez agenta ubezpieczeniowego, a stopniem otwartości i zażyłości z klientem. Stopień ten zależy od zaufania do agenta ubezpieczeniowego, a zaufanie z kolei nie jest możliwe bez uczciwości agenta w postępowaniu, nawet tam, kiedy nikt tego nie widzi. Osobista uczciwość agenta ubezpieczeniowego buduje zaufanie klienta, co przekłada się na jego zadowolenie. A zadowolony klient, zarówno bezpośrednio po podjęciu decyzji kupna, jak i po upływie dłuższego okresu, chętniej kupuje następne polisy ubezpieczeniowe, podaje nazwiska nowych potencjalnych klientów, namawia bliższą i dalszą rodzinę na zakup ubezpieczeń. Nic więc dziwnego, że najlepsi agenci ubezpieczeniowi największą cześć swojej sprzedaży realizują dzięki referencjom pozyskanym od poprzednich klientów oraz sprzedażom powtórnym<sup>55</sup>.

<sup>55</sup> System Lead, [www.ubezpieczeniaonline.pl/lead](http://www.ubezpieczeniaonline.pl/lead); data: 10/09/2020.

Podsumowując, znajdowanie klientów polega na przedstawianiu przez agentów ubezpieczeniowych oferty ubezpieczeniowej klientom oraz zawieraniu umów ubezpieczeniowych, czyli sprzedaży ubezpieczeń. Jest to praca ciągła, która nigdy się nie kończy. Żeby była skuteczna, musi być zaplanowana i realizowana. Cykl sprzedaży zaczyna się i kończy tym samym — wyszukiwaniem nowych potencjalnych klientów. Aby agent ubezpieczeniowy odniósł sukces, musi mieć wiedzę, umiejętności i kompetencje w zakresie ubezpieczeń, gdyż tego oczekują jego klienci i na tym budują oni swoje zaufanie do niego. Sprzedaż jest z jednej strony sztuką, z drugiej rzemiosłem, które wymaga praktyki i korzystania ze sprawdzonych wzorów. Dlatego żaden agent ubezpieczeniowy nigdy nie będzie mógł powiedzieć, że wie już wszystko. Ale wytrwałość w dążeniu do realizacji planów, zarówno zawodowych, jak i osobistych, a także stałe szkolenie się, doskonalenie swojej techniki sprzedaży, przestrzeganie etyki zawodowej, korzystanie z doświadczeń agentów odnoszących sukces w sprzedaży produktów ubezpieczeniowych, stwarza szansę każdemu na bycie coraz lepszym agentem ubezpieczeniowym z każdym następnym rokiem pracy. Nie dzieje się to szybko, zwykle profesjonalistą w tym zawodzie zostaje się dopiero po 3–4 latach pracy<sup>56</sup>. Trudność ta wynika z faktu, iż większość zakupów dokonuje się z inicjatywy klienta, nawet jeśli nie bezpośrednio, to pośrednio, gdyż muszą wyrazić zgodę na prośbę agenta ubezpieczeniowego na bezpośrednie spotkanie w jego domu, miejscu pracy lub innym miejscu (kawiarni, barze, restauracji, galerii handlowej, itd.). Dzieje się tak dlatego, gdyż produkty ubezpieczeniowe dają korzyści nie natychmiast, lecz w nieokreślonej przyszłości. Choć nie jest to prawda, ponieważ zapewniają ochronę ubezpieczeniową w całym okresie ważności polisy ubezpieczeniowej, to dla wielu klientów korzyści wiążą się tylko z otrzymaniem odszkodowania czy świadczenia w wyniku zajścia wypadku ubezpieczeniowego, który może co prawda nastąpić, ale nie musi. Jeśli nawet jednak nie wystąpi, to tak naprawdę zyskuje i klient i zakład ubezpieczeń.

---

<sup>56</sup> System Lead, [www.ubezpieczeniaonline.pl/lead](http://www.ubezpieczeniaonline.pl/lead); data: 10/09/2020.



## Rozdział 2. Konsument na rynku usług ubezpieczeniowych

### 2.1. Rynek usług ubezpieczeniowych

Rynek usług ubezpieczeniowych jest jednym z wyodrębnionych rynków usług finansowych. Można go zdefiniować jako „zespół wszystkich kupujących — konsumentów ochrony ubezpieczeniowej (strona popytowa) i sprzedających ubezpieczenia — zakłady ubezpieczeniowe (strona podaźowa), których wzajemne oddziaływanie kształtuje popyt i podaź oraz wywiera wpływ na wysokość ceny”<sup>1</sup>. Rynek usług ubezpieczeniowych jest więc „złożonym układem powiązań podmiotów (sprzedających i kupujących) oraz przedziałów rynkowych (różne rodzaje formy ubezpieczeń), których aktualny stan wyznacza zespół czynników wewnętrznych oraz zewnętrznych”<sup>2</sup>. W ujęciu makroekonomicznym rynek usług ubezpieczeniowych stanowi ogół stosunków wymiennych między uczestnikami tego rynku, którzy wyrażają stronę podmiotową, gdzie po stronie podaży są zakłady ubezpieczeń, a po stronie popytu klienci indywidualni i instytucjonalni odczuwający ryzyko związane z ochroną dóbr materialnych i niematerialnych. W ujęciu mikroekonomicznym rynek usług ubezpieczeniowych jest zespołem powiązań zakładu ubezpieczeń z jego klientami aktualnymi i potencjalnymi, a także z konkurentami na tym rynku.

Podmiotami rynku usług ubezpieczeniowych są wszystkie osoby fizyczne, gospodarstwa domowe, instytucje, które występują w charakterze sprzedającego lub kupującego usługi ubezpieczeniowe. Przedmiotami rynku są natomiast różnorodne produkty ubezpieczeniowe odpowiadające ryzyku występującemu w życiu lub działalności zawodowej osób, oraz odpowiadające ryzyku występującemu w działalności gospodarczej różnych organizacji i instytucji. Najważniejszymi podmiotami po stronie podaźowej rynku usług ubezpieczeniowych są zakłady ubezpieczeń bezpośrednio sprzedające usługi ubezpieczeniowe zainteresowanym klientom, które ponadto koordynują i nadzorują działalność

---

<sup>1</sup> T. Sangowski (red.), *Ubezpieczenia gospodarcze*, Poltext, Warszawa 2001, s. 370.

<sup>2</sup> A. Szromnik, *Rynek ubezpieczeniowy. Społeczne problemy kształtowania i funkcjonowania*, WAE Kraków, Kraków 2001, s. 8.



innych jednostek oferujących ich produkty. Tymi jednostkami są zarówno wyłączni, jak i niezależni agenci ubezpieczeniowi, a także brokerzy ubezpieczeniowi i inni sprzedawcy ubezpieczeń (banki, biura turystyczne, poczta, firmy transportowe, sprzedawcy samochodów, firmy handlowe, itd.). Podmiotami po stronie popytu rynku usług ubezpieczeniowych są klienci indywidualni (osoby fizyczne, gospodarstwa domowe), klienci instytucjonalni (przedsiębiorstwa, organizacje społeczne, instytucje użyteczności publicznej, związki i stowarzyszenia) oraz odrębne grupy podmiotów, takie jak przedsiębiorstwa brokerskie i przedsiębiorstwa doradztwa ubezpieczeniowego.

Klienci zajmują kluczowe miejsce na rynku usług ubezpieczeniowych. Ich oczekiwania wynikają z potrzeby wsparcia finansowego ze strony zakładu ubezpieczeń w razie poniesienia straty (utrata mienia), uszczerbku lub utraty dochodów (np. wskutek bezrobocia, utraty zysków, przejścia na emeryturę), lub losowej potrzeby finansowej (np. z powodu urodzenia dziecka). Oczekiwania te zostaną spełnione, jeżeli oferowane usługi ubezpieczeniowe będą spełniać podstawowe zasady ubezpieczeń: realności (pewności), pełności i powszechności ochrony ubezpieczeniowej. Zasady te określają, jaka ma być ta usługa z punktu widzenia jej jakości, a „w im większym stopniu zasady te zostaną spełnione, tym wyższa będzie jakość oferowanej usługi ubezpieczeniowej”<sup>3</sup>. Z punktu widzenia klienta ubezpieczenie jest usługą polegającą na ograniczeniu strat losowych poprzez przeniesienie ryzyka na zakład ubezpieczeń, który zgadza się wypłacić odszkodowanie w przypadku zajścia określonego zdarzenia losowego/ubezpieczeniowego. Istotną wartością usługi ubezpieczeniowej jest dawanie przez nią poczucia bezpieczeństwa ubezpieczonemu w czasie trwania umowy ubezpieczenia. To również dawanie przekonania o życiowej stabilizacji oraz o zabezpieczeniu przed nieprzewidzianym niedostatkiem, co może z kolei wpływać na zwiększoną aktywność zawodową i chęć podejmowania większych wyzwań/ryzyk w działalności gospodarczej i inwestycyjnej.

Rynek ubezpieczeń gospodarczych składa się z dwóch segmentów:

- rynku ubezpieczeń na życie, na którym oferowane są ubezpieczenia na życie, ubezpieczenia posagowe, zaopatrzenie dzieci, ubezpieczenia na życie, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, ubezpieczenia rentowe, ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeśli są uzupełnieniem ubezpieczeń wcześniej wymienionych (dział I),
- rynku pozostałych ubezpieczeń osobowych oraz ubezpieczeń majątkowych, na którym oferowane są osobowe ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe oraz ubezpieczenia majątkowe (dział II).

Rynek usług ubezpieczeniowych w Polsce jest ściśle regulowany. Są to nie tylko krajowe akty prawne, ale również międzynarodowe, na przykład dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady, rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady, ratyfikowane przez Polskę umowy międzynarodowe. Do najważniejszych aktów prawnych regulujących działalność rynku usług ubezpieczeniowych w Polsce zalicza się:

- Ustawę o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 roku (wcześniej Ustawa o działalności ubezpieczeniowej z dnia 22 maja 2003 roku),

---

<sup>3</sup> A. Bera, *Konsument na rynku usług ubezpieczeniowych*, [w:] G. Rosa (red.), *Konsument na rynku usług*, Wydawnictwo C.H.Beck, Warszawa 2015, s. 211.

- Ustawę o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli z dnia 22 maja 2003 roku,
- Ustawę o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym z dnia 22 maja 2003 roku,
- Ustawę o dystrybucji ubezpieczeń z dnia 15 grudnia 2017 roku (wcześniej Ustawę o pośrednictwie ubezpieczeniowym z dnia 22 maja 2003 roku),
- Kodeks cywilny (Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 roku, ze zm.),
- Kodeks morski (Ustawa z dnia 18 września 2001 roku, ze zm.),
- Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady (np. nr 2009/103/WE, 95/18/WE, 2002/92/WE, 2002/83/WE, 2004/114/WE, 2009/81/WE, 2009/48/WE),
- Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (np. nr 807/2010, 305/2011, 1008/2008, 1013/2006, 810/2009),
- Ratyfikowane przez Polskę umowy międzynarodowe (np. Konwencja Wiedeńska z roku 1963, Konwencja Montrealska z roku 1999, Konwencja z Brna z roku 1980).

Za wprowadzanie regulacji rynku usług ubezpieczeniowych odpowiada Minister Finansów RP, natomiast Komisja Nadzoru Finansowego (KNF) kontroluje legalność funkcjonowania rynku usług ubezpieczeniowych. Nadzór ten ma charakter materialny, tzn. że KNF ma możliwość ingerencji we wszelkie sfery działalności ubezpieczycieli. Podstawowym zadaniem KNF w zakresie rynku usług ubezpieczeniowych jest ochrona interesów osób ubezpieczonych oraz zapobieganie sytuacji, w której zakład ubezpieczeń traci zdolność wypłacania ubezpieczonym lub uprawnionym należnego odszkodowania lub świadczenia. Inne zadania KNF w tym zakresie dotyczą podejmowania działań służących rozwojowi i konkurencyjności rynku usług ubezpieczeniowych, stwarzanie możliwości polubownego i pojednawczego rozstrzygania sporów między uczestnikami rynku usług ubezpieczeniowych, w szczególności sporów wynikających ze stosunków umownych między zakładami ubezpieczeń a odbiorcami ich usług ubezpieczeniowych. KNF podejmuje też działania służące prawidłowemu funkcjonowaniu rynku usług ubezpieczeniowych. Ochrona rynku usług ubezpieczeniowych przejawia się także w funkcjonowaniu takich instytucji jak Rzecznik Finansowy (RzF) (do 2015 roku Rzecznik Ubezpieczonych (RzU)), Polskie Biuro Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (PBUK), Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny (UFG) oraz Polska Izba Ubezpieczeń (PIU).

Rzecznik Finansowy (RzF) to urząd państwowy, którego zadaniem jest m.in. reprezentowanie interesów ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia, członków otwartych funduszy emerytalnych i uczestników pracowniczych programów emerytalnych (PPE). Rzecznik współpracuje z krajowymi i zagranicznymi organizacjami konsumenckimi oraz Rzecznikiem Praw Obywatelskich. Do szczegółowych zadań RzF zalicza się:

- rozpatrywanie wniosków w indywidualnych sprawach, wniesionych na skutek nieuwzględnienia roszczeń klienta przez podmiot rynku finansowego w trybie rozpatrywania reklamacji,
- rozpatrywanie wniosków dotyczących niewykonania czynności wynikających z reklamacji rozpatrzonej zgodnie z wolą klienta,

- opiniowanie projektów aktów prawnych dotyczących organizacji i funkcjonowania podmiotów rynku finansowego,
- występowanie do właściwych organów z wnioskami o podjęcie inicjatywy ustawodawczej albo wydanie lub zmianę innych aktów prawnych w sprawach dotyczących organizacji i funkcjonowania rynku finansowego,
- informowanie właściwych organów nadzoru i kontroli o dostrzeżonych nieprawidłowościach w funkcjonowaniu podmiotów rynku finansowego,
- inicjowanie i organizowanie działalności edukacyjnej i informacyjnej w dziedzinie ochrony interesów klientów podmiotów rynku finansowego.

Do Rzecznika Finansowego można się zwracać w sporach z instytucjami finansowymi, między innymi z ubezpieczycielami. Skarga powinna być drugim krokiem. Zanim się ją wystosuje, powinno zwrócić się z odwołaniem do zakładu ubezpieczeń. Pismo takie powinno być skierowane do jego zarządu. Najlepiej wysłać je listem poleconym, będzie wtedy pewność, że nie „zaginie”. Zakład ubezpieczeń ma 30 dni na odpowiedź. W razie negatywnej odpowiedzi lub jej braku w ustawowym terminie, należy zwrócić się po pomoc do Rzecznika Finansowego.

Ważne miejsce na rynku usług ubezpieczeniowych zajmuje Polskie Biuro Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (PBUK). Zrzesza ono ubezpieczycieli prowadzących działalność w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów poza granicami kraju. Do zadań głównych PBUK należy:

- wystawianie dokumentów ubezpieczeniowych (certyfikatów Zielonych Kart) ważnych w innych krajach Systemu Zielonej Karty,
- zawieranie z biurami narodowymi z innych państw Systemu umów o wzajemnym uznawaniu dokumentów ubezpieczeniowych,
- organizowanie likwidacji szkód lub bezpośrednią likwidacją szkód spowodowanych na terytorium Polski przez posiadaczy pojazdów mechanicznych zarejestrowanych za granicą posiadających ważne dokumenty ubezpieczeniowe (Zielonej Karty) wystawione przez zagraniczne Biura Narodowe,
- organizowaniem likwidacji lub bezpośrednią likwidacją szkód spowodowanych na terytorium Polski przez posiadaczy pojazdów mechanicznych zarejestrowanych w państwach, których Biura Narodowe są sygnatariuszami Porozumienia Wielostronnego (tj. krajach EOG, Andorze i Serbii),

PBUK pełni też rolę Organu Odszkodowawczego oraz Ośrodka Informacji. Organ Odszkodowawczy rozpatruje roszczenia powstałe w związku z ruchem pojazdów zarejestrowanych na terytorium państw Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG), jeżeli:

- wypadek wydarzył się na terenie państwa należącego do EOG, innego niż miejsce zamieszkania poszkodowanego,
- wypadek wydarzył się na terenie państwa trzeciego, należącego do Systemu Zielonej Karty.

Organ odszkodowawczy przystępuje do rozpatrzenia roszczenia w przypadku, gdy:

- zakład ubezpieczeń (lub jego reprezentant ds. roszczeń) nie udzielił w terminie trzech miesięcy od zgłoszenia szkody odpowiedzi na zgłoszone roszczenie wraz z uzasadnieniem,
- zakład ubezpieczeń nie ustanowił reprezentanta ds. roszczeń w kraju poszkodowanego, w terminie dwóch miesięcy od daty wypadku nie udało się ustalić zakładu ubezpieczeń odpowiedzialnego za szkodę.

Ośrodek Informacji ma za zadanie gromadzenie i udostępnianie informacji dotyczących umów obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych oraz informacji o reprezentantach ds. roszczeń ustanowionych przez zakłady ubezpieczeń. Ponadto ustala i udostępnia informacje o zagranicznych zakładach ubezpieczeń, w których ubezpieczeni byli sprawcy wypadków, jak również o reprezentantach do spraw roszczeń ustanowionych w Polsce. Informacje te PBUK uzyskuje od zagranicznych ośrodków informacji. W Polsce rolę Ośrodka Informacji pełni też Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny (UFG), który dysponuje bazą danych o zawartych ubezpieczeniach OC posiadaczy pojazdów mechanicznych zarejestrowanych w Polsce, o zakładach ubezpieczeń prowadzących na terenie Polski działalność ubezpieczeniową w grupie 10 (z wyłączeniem OC przewoźnika) oraz ich reprezentantów do spraw roszczeń poza granicami Polski.

Bardzo ważną pozycję na rynku usług ubezpieczeniowych zajmuje Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny (UFG). Zadaniem UFG jest:

1. wypłacanie odszkodowań i świadczeń z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych oraz obowiązkowego ubezpieczenia OC rolników z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego za szkodę:
  - na osobie, gdy szkoda wyrządzona została w okolicznościach uzasadniających odpowiedzialność cywilną posiadacza pojazdu, osoby kierującej lub rolnika, w przypadku nieustalenia tożsamości sprawcy,
  - na mieniu i osobie, gdy zidentyfikowany posiadacz pojazdu lub rolnik nie posiadał obowiązkowego ubezpieczenia OC,
2. w przypadku ogłoszenia upadłości ubezpieczyciela zaspokajanie roszczeń osób uprawnionych:
  - z tytułu umów ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych i OC rolników w wysokości 100%,
  - z tytułu umów ubezpieczenia na życie w wysokości 50% wierzytelności (nie więcej jednak niż kwota będąca równoważnością w złotych 30 tysięcy euro).

W 2019 roku UFG wypłacił odszkodowania i świadczenia za nieubezpieczonych i nieznanymi sprawców w wysokości 87 mln zł, w 2018 roku 97 mln zł, a w 2017 roku 93 mln zł<sup>4</sup>. UFG jest organem uprawnionym do kontroli spełnienia obowiązku ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych i OC rolników. UFG nakłada też i egzekwuje opłaty karne za brak obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych korzystając z informacji przekazanych przez Policję i inne służby uprawnione do kontroli,

<sup>4</sup> Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny, [www.ufg.pl/baza\\_danych/Osrodka\\_Informacji\\_UFG](http://www.ufg.pl/baza_danych/Osrodka_Informacji_UFG), data: 17/10/2020.

a także pozyskanych z Systemu Wykrywania Nieubezpieczonych Pojazdów (tzw. wirtualnego policjanta UFG). Przychody UFG z tytułu opłat za niespełnienie obowiązku ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w 2019 roku wyniosły 310,844 mln zł (OC posiadaczy pojazdów mechanicznych 310,762 mln zł, OC rolników 82,620 tys. zł), w 2018 roku 196,848 mln zł (OC posiadaczy pojazdów mechanicznych 196,774 mln zł, OC rolników 74,840 tys. zł), w 2017 roku 158,426 mln zł (OC posiadaczy pojazdów mechanicznych 158,309 mln zł, OC rolników 117,560 tys. zł)<sup>5</sup>.

Polska Izba Ubezpieczeń (PIU) jest organizacją samorządu branżowego reprezentującą wszystkie zakłady ubezpieczeń działające w Polsce i działa od 1990 roku. Do podstawowych zadań PIU należy wspieranie ustawodawcy w zakresie kształtowania prawa ubezpieczeniowego. PIU prowadzi także działania mające na celu zwiększenie świadomości ubezpieczeniowej społeczeństwa oraz prowadzenie wielostronnego dialogu na rzecz rozwoju sektora ubezpieczeń w Polsce. Do zadań szczegółowych PIU należy:

1. Budowanie silnego samorządu ubezpieczeniowego
  - bieżąca, systematyczna i uporządkowana współpraca z ubezpieczycielami
  - analiza i rozwiązywanie bieżących problemów rynku w ścisłym porozumieniu z członkami
  - dynamiczne poszerzanie kompetencji Izby i udoskonalanie jej funkcjonowania
2. Wspieranie budowania racjonalnego systemu prawnego regulującego usługi ubezpieczeniowe w Polsce
  - opiniowanie aktów prawnych,
  - reprezentowanie rynku ubezpieczeniowego i działania na rzecz rozwoju tych usług przed ustawodawcą (uczestnictwo w pracach komisji sejmowych),
  - zgłaszanie projektów aktów prawnych
3. Działanie w ramach międzynarodowych struktur samorządu ubezpieczeniowego
  - wymiana doświadczeń i pozyskiwanie informacji od instytucji zagranicznych,
  - wspólna praca na rzecz prawa wspólnotowego,
  - prowadzenie współpracy z polskimi eurodeputowanymi.
4. Wymiana informacji i integrowanie środowiska ubezpieczeniowego
  - organizacja seminariów problemowych,
  - honorowanie zasłużonych,
  - wymiana informacji z instytucjami i uczestnikami rynku.
5. Współpraca z nadzorem finansowym, instytucjami ubezpieczeniowymi i finansowymi
  - współpraca z KNF,
  - współpraca z UFG, Rzecznikiem Finansowym, Polską Izbą Brokerów Ubezpieczeniowych i Reasekuracyjnych, Stowarzyszeniem Aktuariuszy, Polską Izbą Pośredników Ubezpieczeniowych i Finansowych,
  - współpraca z AIDA (Stowarzyszenie Prawa Ubezpieczeniowego),

<sup>5</sup> Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny, [www.ufg.pl/baza danych Ośrodka Informacji UFG](http://www.ufg.pl/baza_danych/Osrodka_Informacji_UFG), data: 17/10.2020.

- współpraca ze Związkiem Banków Polskich oraz innymi izbami, związkami i stowarzyszeniami.
- 6. Budowanie prestiżu i zaufania wobec usług ubezpieczeniowych w Polsce
  - podnoszenie świadomości ubezpieczeniowej Polaków,
  - upowszechnianie dobrych praktyk rynkowych,
  - popularyzacja inicjatyw ubezpieczycieli (np. prewencyjnych).
- 7. Edukacja w zakresie ubezpieczeń
  - wspieranie inicjatyw zmierzających do pogłębienia społecznej wiedzy na temat ubezpieczeń (np. poprzez współpracę z wyższymi uczelniami),
  - organizowanie szkoleń i konferencji branżowych,
  - organizowania lub współorganizowanie szerszych sympozjów dotyczących finansów.

Rola PIU związana jest również z ochroną konsumenckich interesów ubezpieczonych, co się wyraża w wypracowanych rekomendacjach (np. Bancassurance: I, II, III, Działań proklienckich dla rynku ubezpieczeń, Dobrych praktyk informacyjnych dotyczących ubezpieczeń na życie związanych z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi, Wzory porozumień koasekuracyjnych, Minimalne wymogi informacyjne), kodeksach (np. Dobrych praktyk dla rynku ubezpieczeń NNW dzieci i młodzieży szkolnej), przykładowych kartach produktu (np. Karta produktu zgodna z rekomendacją PIU dla ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym).

Rynek usług ubezpieczeniowych jest też opisywany poprzez produkty ubezpieczeniowe oraz liczbę aktywnych ubezpieczycieli. W przypadku pojęcia produktu ubezpieczeniowego brak jest jego ustawowej definicji. Zwykle przez produkt ubezpieczeniowy rozumie się całość oferowanych korzyści klientowi przez zakład ubezpieczeń. Produkt ubezpieczeniowy staje się bardziej atrakcyjny, gdy wiąże się z łatwością jego zakupu (gęsta sieć dystrybucji), łatwy jest dostęp do informacji o przebiegu ubezpieczenia w związku z zakupem danego produktu ubezpieczeniowego (występuje poczucie kontroli), gdy sprzedawany jest przez ubezpieczyciela o dobrym wizerunku (występuje prestiż przynależności). Każdy więc produkt ubezpieczeniowy, oprócz jego funkcji zaspakajania danej potrzeby, może być mniej lub bardziej atrakcyjny dla klienta. Istnieje więc konieczność i systematyczność wytwarzania łącznego pakietu korzyści dla klienta przez zakład ubezpieczeń. Jeśli taki produkt jest zdolny zaspokoić potrzeby klienta w zakresie ubezpieczeń, to w chwili zakupu staje się towarem nabytym za określoną cenę. Produktem ubezpieczeniowym jest więc wszystko, co musi być wytworzone przez zakład ubezpieczeń, aby nabywca zaakceptował ofertę spełniającą zdolność zaspokojenia potrzeby klienta w zakresie ubezpieczenia. Produkt ubezpieczeniowy może też być definiowany jako typ umów ubezpieczenia, które zawierane są na podstawie tych samych ogólnych warunków ubezpieczenia, przy czym dopuszczalne jest uwzględnienie w ramach jednego produktu ubezpieczeniowego umów ubezpieczenia zawartych na podstawie różnych ogólnych warunków ubezpieczenia, pod warunkiem jednak, że zakres udzielonej ochrony ubezpieczeniowej oraz metody ustalania rezerw techniczno-ubezpieczeniowych są identyczne lub prawie identyczne. Jako oddzielny produkt ubezpieczeniowy należy traktować wszystkie umowy ubezpieczenia z indywidualnie określonymi

warunkami ubezpieczenia, jeśli nie zostały uwzględnione w ramach produktów związanych z ogólnymi warunkami ubezpieczenia.

Produkty ubezpieczeniowe oferowane na rynku usług ubezpieczeniowych można podzielić na:

- ubezpieczenia obowiązkowe,
- ubezpieczenia dobrowolne.

Na podstawie art. 3, 4, 10, 11 i 22 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o ubezpieczeniach obowiązkowych można przyjąć, że ubezpieczenie obowiązkowe oznacza wynikający z ustawy lub ratyfikowanej umowy międzynarodowej obowiązek ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (oraz wyjątkowo — ubezpieczenie budynków w gospodarstwach rolnych), dla którego ustawa lub akt wydany na jej podstawie określa początek tego obowiązku, szczegółowy zakres ubezpieczenia oraz minimalną sumę gwarancyjną. Można więc wyróżnić ustawowe cechy ubezpieczenia obowiązkowego:

- obowiązek ubezpieczenia wynika z ustawy lub ratyfikowanej umowy międzynarodowej, choć może być sformułowany wariantywnie (nie jest konieczne zawarcie umowy ubezpieczenia, konieczny jest natomiast obowiązek posiadania ochrony ubezpieczeniowej w określonym zakresie, co obejmuje umowy zawarte przez inne osoby na rachunek podmiotu objętego obowiązkiem ubezpieczenia (art. 808 k.c.),
- obowiązek ubezpieczenia dotyczy tylko odpowiedzialności cywilnej (jedyny wyjątek odnosi się do budynków rolniczych),
- podstawowe parametry ubezpieczenia obowiązkowego, tj. początek obowiązku ubezpieczenia, szczegółowy zakres ubezpieczenia, minimalna suma gwarancyjna, są określone w ustawie lub w akcie wykonawczym do ustawy.

Spośród parametrów ochrony ubezpieczeniowej najważniejszy jest zakres ubezpieczenia, bez czego nie można by zweryfikować, czy obowiązek ubezpieczenia został dopełniony. W Polsce istnieje 81 ubezpieczeń obowiązkowych<sup>6</sup>. Istnieją także ubezpieczenia o charakterze przymusowym, czyli takich, w których występuje ograniczenie swobody kontraktowej poprzez obowiązek, nakaz lub powinność zawarcia umowy ubezpieczenia. Wyróżnia się tu tzw. ubezpieczenia „quasi obowiązkowe” (jest ich 5<sup>7</sup>), dla których występuje przymus bezpośredni w płaszczyźnie prawa publicznego, bez skutków prawnych w sferze ubezpieczeń obowiązkowych (np. ubezpieczenia NNW członków ochotniczej straży pożarnej oraz członków młodzieżowych drużyn pożarniczych — ubezpieczenie zapewnia pomoc i odszkodowanie po nieszczęśliwym wypadku w czasie akcji ratowniczej lub ćwiczeń, także ubezpieczenie sprzętu pracownika wykonującego telepracę na wypadek kradzieży lub zniszczenia), oraz

<sup>6</sup> A. Grzebieniak, *Podstawy prawne ubezpieczeń gospodarczych*, [w:] D. Ostrowska, P. Jamróz (red.), *Ubezpieczenia gospodarcze i społeczne w Polsce*, CeDeWu, Warszawa 2016, s. 30–34. Należy jednak zauważyć, że według Prof. E. Kowalewskiego ubezpieczeń obowiązkowych w Polsce jest 160. Wydaje się, że liczba to wynika z zaliczenia do ubezpieczeń obowiązkowych również ubezpieczeń o charakterze przymusowym, co wg autora książki jest nieprawidłowe, a przynajmniej bardzo dyskusyjne z prawnego punktu widzenia.

<sup>7</sup> A. Grzebieniak, j.w.,..., s. 35.

ubezpieczenia „nieobowiązkowe przymusowe” (jest ich 35<sup>8</sup>), dla których istnieje przymus bezpośredni lub pośredni, a określone skutki prawne uzależnione są od zawarcia umowy ubezpieczenia (np. ubezpieczenia NNW funkcjonariuszy ABW/AW, ubezpieczenie NNW funkcjonariusza Straży Granicznej). Ubezpieczenia dobrowolne są zawierane z woli klienta, który decyduje o zakresie ochrony ubezpieczeniowej i może go dopasować do swoich potrzeb. Istnieje ogólnie przyjęty podział tych ubezpieczeń na kilka zasadniczych grup:

- ogniowe i inne z nimi związane,
- kradzieżowe,
- techniczne,
- transportowe,
- rolne,
- OC i ochrony prawnej,
- finansowe,
- wypadkowe i chorobowe.

Inny podział ubezpieczeń wyróżnia ubezpieczenia na życie oraz ubezpieczenia majątkowe i zdrowotne. W ramach ubezpieczeń majątkowych można wyróżnić następujące grupy: komunikacyjne, przemysłowe, rolne, finansowe, OC, transportowe.

Parametrami opisującymi rynek ubezpieczeniowy są także:

- liczba aktywnych ubezpieczycieli,
- składki przypisane brutto,
- odszkodowania i świadczenia wypłacone brutto,
- wynik techniczny,
- zysk (strata).

Tabela 2.1.1.

Liczba zakładów ubezpieczeń prowadzących działalność w wybranych latach (szt.)

Lp.	Wyszczególnienie	2019	2018	2017
1	Dział I	25	26	27
2	Dział II	34	34	34
3	Razem	59	60	61

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Komisja Nadzoru Finansowego, [www.knf.gov.pl/publikacje-i-opracowania/dane-statystyczne/rynek-ubezpieczeniowy](http://www.knf.gov.pl/publikacje-i-opracowania/dane-statystyczne/rynek-ubezpieczeniowy), data dostępu: 21/09/2020.

<sup>8</sup> A. Grzebierniak, j.w.,..., s. 35–37.



Tabela 2.1.2.

Składki przypisane brutto zakładów ubezpieczeń w wybranych latach (tys. zł)

Lp.	Wyszczególnienie	2019	%	2018	%	2017	%
1	Dział I	21 266 390	33,32	21 702 423	35,05	24 561 267	39,40
2	Dział II	42 564 864	66,68	40 210 470	64,95	37 777 475	60,60
3	Razem	63 831 254	100,00	61 912 893	100,00	62 338 742	100,00

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Komisja Nadzoru Finansowego, [www.knf.gov.pl/publikacje-i-opracowania/dane-statystyczne/rynek-ubezpieczeniowy](http://www.knf.gov.pl/publikacje-i-opracowania/dane-statystyczne/rynek-ubezpieczeniowy), data dostępu: 21/09/2020.

Tabela 2.1.3.

Odszkodowania i świadczenia wypłacone brutto przez zakłady ubezpieczeń w wybranych latach (tys. zł)

Lp.	Wyszczególnienie	2019	2018	2017
1	Dział I	18 565 696	21 486 775	20 354 636
2	Dział II	22 302 894	20 188 551	19 485 363
3	Razem	40 868 590	41 675 326	39 839 999

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Komisja Nadzoru Finansowego, [www.knf.gov.pl/publikacje-i-opracowania/dane-statystyczne/rynek-ubezpieczeniowy](http://www.knf.gov.pl/publikacje-i-opracowania/dane-statystyczne/rynek-ubezpieczeniowy), data dostępu: 21/09/2020.

Tabela 2.1.4.

Wynik techniczny oraz zysk (strata) zakładów ubezpieczeń w wybranych latach (tys. zł)

Lp.	Wyszczególnienie	2019	2018	2017
Wynik techniczny				
1	Dział I	3 248 342	3 081 152	3 036 583
2	Dział II	2 939 737	2 926 989	2 069 939
3	Razem	6 188 079	6 008 141	5 106 522
Zysk (strata)				
4	Dział I	2 584 175	2 444 277	2 277 961
5	Dział II	4 639 952	4 243 967	3 509 026
6	Razem	7 224 127	6 668 244	5 786 987

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Komisja Nadzoru Finansowego, [www.knf.gov.pl/publikacje-i-opracowania/dane-statystyczne/rynek-ubezpieczeniowy](http://www.knf.gov.pl/publikacje-i-opracowania/dane-statystyczne/rynek-ubezpieczeniowy), data dostępu: 21/09/2020

Tabela 2.1.5.

Łączna liczba polis zawartych indywidualnie i grupowo w dziale I oraz liczba polis zawartych w dziale II w wybranych latach (szt.)

Lp.	Wyszczególnienie	2019	2018	2017
	Dział I	12 245 586	11 676 741	12 359 482
	w tym najwięcej w grupach:			
1	1	9 697 135	9 457 019	9 392 456
	2	2 416 761	2 660 330	2 829 435
	3	85 959	87 524	93 232
	Dział II	64 349 224	61 454 795	60 279 736
	w tym najwięcej w grupach:			
2	18	30 795 433	29 701 396	26 849 026
	10	28 408 256	27 958 577	27 009 011
	1	20 904 134	19 624 653	17 848 212
3	Razem dział I i II	76 594 810	73 131 536	72 639 218

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Komisja Nadzoru Finansowego, [www.knf.gov.pl/publikacje-i-opracowania/dane-statystyczne/rynek-ubezpieczeniowy](http://www.knf.gov.pl/publikacje-i-opracowania/dane-statystyczne/rynek-ubezpieczeniowy), data dostępu: 21/09/2020

Jak wynika z tabeli 2.1.1. liczba zakładów ubezpieczeń prowadzących działalność ubezpieczeniową w latach 2017–2019 kształtowała się w zakresie 59–61. Ale na przykład w roku 2012 zakładów tych było 75. Nie oznacza to jednak spadku zainteresowania rynkiem ubezpieczeniowym w Polsce. Jest to raczej wynik stosowania przez niektóre zakłady ubezpieczeń strategii rozwoju polegającej na zakupywaniu większościowych pakietów akcji ubezpieczycieli osiągających dobre wyniki finansowe i rynkowe i w efekcie przejmowania ich na własność. Następowala też w ostatnich latach konsolidacja ubezpieczycieli oraz wycofywanie się niektórych z nich z rynku polskiego. Składki ubezpieczeniowe rosły w latach 2017–2019 w dziale II ubezpieczeń (w dziale I nastąpił mały regres) (tabela 2.1.2.), podobna tendencja wystąpiła w przypadku odszkodowań i świadczeń wypłaconych przez zakłady ubezpieczeń (tabela 2.1.3). Ważne jest, że rósł wynik techniczny na działalności ubezpieczeniowej oraz zysk ubezpieczycieli (tabela 2.1.4). Podobnie tendencję wzrostową ma liczba zawartych polis ubezpieczeniowych w latach 2017–2019.

Specyfiką polskiego rynku usług ubezpieczeniowych jest wysoka koncentracja. W 2019 roku na pięć największych zakładów ubezpieczeń przypadło aż 66,452% składki przypisanej brutto w dziale I, oraz 77,987% w dziale II (tabela 2.1.6).

Tabela 2.1.6.

Udział pięciu największych ubezpieczycieli w składce przypisanej brutto w wybranych latach (%)

Lp.	Nazwa zakładu ubezpieczeń	2019	2018	2017
Udział w składce działu I (%)				
1	PZU Życie S.A.	40,353	38,658	34,864
	Open Life TU Życie S.A.	5,202	7,361	9,585
	Aviva TUnŻ S.A.	9,103	8,876	7,652
	Nationale-Nederlanden TUnŻ S.A.	7,220	6,992	6,869
	TU na Życie Europa S.A.	–	3,719	4,908
	(w roku 2019: TUnŻ Warta S.A.)	4,574	–	–
2	Razem	66,452	65,606	63,95
Udział w składce działu II (%)				
3	PZU S.A.	36,620	37,919	32,912
	STU Ergo Hestia S.A.	16,158	14,909	14,387
	TUiR Warta S.A.	16,082	16,352	13,554
	AXA Ubezpieczenia TUiR S.A.	3,807	5,053	4,935
	TUiR Allianz Polska S.A.	5,320	5,286	4,858
4	Razem	77,987	79,519	70,646

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Komisja Nadzoru Finansowego, [www.knf.gov.pl/publikacje-i-opracowania/dane-statystyczne/rynek-ubezpieczeniowy](http://www.knf.gov.pl/publikacje-i-opracowania/dane-statystyczne/rynek-ubezpieczeniowy), data dostępu: 21/09/2020

W zakresie struktury podmiotowej liderami na rynku w dziale I są PZU Życie S.A, Open Life TU Życie S.A i Aviva TUnŻ S.A., w dziale II PZU S.A, STU Ergo Hestia S.A. i TUiR Warta S.A. Na uwagę zasługują zakłady ubezpieczeń PZU, który zarówno w dziale I jak i w II (choć organizacyjnie i prawnie są to niezależne podmioty, ale właściciel większościowy ten sam) utrzymują przez wiele lat dominującą pozycję, a w latach 2017–2019 w dziale I nawet z tendencją wzrostową.

## 2.2. Wartość konsumencka usługi ubezpieczeniowej

Wartość konsumencką można zdefiniować jako „zbiór korzyści, jakie otrzymuje klient wraz z oferowaną usługą”<sup>9</sup>. Jest to subiektywna ocena poziomu zaspokojenia potrzeb klienta, która stanowi kombinację jakości, obsługi i ceny. Produkt ubezpieczeniowy oferowany klientom jest więc efektem całego procesu tworzenia wartości w przedsiębiorstwie ubezpieczeniowym. Proces ten obejmuje trzy etapy:

- koncepcję produktu,
- rynkowe wykreowanie produktu,

<sup>9</sup> J. Iwko, *Koszty jakości a wartość konsumencka usług ubezpieczeniowych*, „Miesięcznik Ubezpieczeniowy” 2/2013, s. 83.

- zawarcie umowy ubezpieczenia i wypłatę świadczenia w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego.

Ochrona ubezpieczeniowa stanowi jedynie rdzeń produktu, który jest nadbudowany przez świadczenia podstawowe i dodatkowe, które przyczyniają się do materializacji abstrakcyjnej ochrony ubezpieczeniowej i jednocześnie finalnie decydują o sukcesie rynkowym produktu<sup>10</sup>. W ramach świadczeń dodatkowych klient otrzymuje cztery kategorie korzyści<sup>11</sup>:

- korzyści odniesione do cech i właściwości oferowanej usługi,
- korzyści związane z obsługą,
- korzyści wynikające z dodatkowych udogodnień,
- korzyści czerpane z prestiżu i zaufania do usługodawcy.

Pierwsza korzyść wiąże się z funkcjonalnością usługi oraz wysokością składki ubezpieczeniowej. Dotyczy także jasnych i przejrzystych ogólnych warunków ubezpieczenia (o.w.u.), zniżek w składce ubezpieczeniowej, wariantywnych zakresach ochrony ubezpieczeniowej, wielkości zakresu ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela, czasu trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, cech produktów dodatnio wyróżniających się od cech produktów oferowanych przez konkurencję. Ważne jest też, aby usługa była dostarczona we właściwym czasie i bez żadnych defektów. Druga korzyść wynika z oczekiwania klienta, dla którego istotna jest jego właściwa obsługa na każdym etapie procesu świadczenia usługi ubezpieczeniowej, czyli np. czas oczekiwania na załatwienie sprawy, forma i termin zapłaty składki ubezpieczeniowej, sposób zawarcia umowy ubezpieczeniowej, sposób likwidacji szkody, kompetencje i życzliwość personelu, dostępność do informacji o oferowanych produktach. Trzecia korzyść związana jest z możliwością dostosowania oferty do indywidualnych potrzeb klienta, dostępnością do kanałów dystrybucji przystosowanych do potrzeb klienta (placówki, pośrednicy, Internet, infolinia 24h), gratyfikacjami dla stałych klientów, uproszczonymi procedurami zapewniającymi krótki czas likwidacji szkody, obsługą bez konieczności osobistego kontaktu w placówce, zniżkami za zakup kolejnego produktu ubezpieczeniowego. Czwarta korzyść stanowi jedną z najważniejszych korzyści niematerialnych, które klient decyduje się nabyć wraz z usługą ubezpieczeniową. Prestiż i zaufanie do ubezpieczyciela budują posiadane przez niego m.in. certyfikaty zgodności z normami ISO, kodeksy dobrych praktyk, kodeksy etyczne, czy też działania z zakresu społecznej odpowiedzialności biznesu. Działania te są szczególnie ważne w kontekście wyników badań zaprezentowanych w „Diagnozie Społecznej 2015. Warunki jakości życia Polaków”<sup>12</sup>. Wynika z nich, że tylko 35% respondentów pozytywnie określiło swoje zaufanie do zakładów ubezpieczeń na życie. Należy jednak zaznaczyć, że duży też odsetek (33%) nie miało zdania na ten temat. W przypadku zakładów ubezpieczeń majątkowych zaufanie wyraziło 31%, a nie potrafiło się wypowiedzieć na ten temat 37% respondentów. Oznacza to, że przed ubezpieczycielami wciąż

<sup>10</sup> M. Haller, *Produkt und Sortimentsgestaltung*, [w:] D. Farny (red.), *Handwörterbuch der Versicherung*, VVW, Karlsruhe 1999, s. 563.

<sup>11</sup> J. Iwko, *Koszty jakości...*, s. 83.

<sup>12</sup> J. Czapiński, T. Panek (red.), *Diagnoza Społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków*, Raport, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2015, s. 83.

jest jeszcze daleka droga do osiągnięcia wysokiego poziomu zaufania do siebie, tym bardziej, że z roku na rok poziom zaufania zwiększa się tylko o kilka procent.

Trudności w budowaniu dużej wartości konsumenckiej tkwią w wewnętrznych cechach usługi ubezpieczeniowej i dlatego konkurowanie zakładów ubezpieczeń w obrębie wszystkich tych cech jest bardzo trudne, a raczej niemożliwe. Nie można być dobrym we wszystkim i dla wszystkich. Do cech usługi ubezpieczeniowej można zaliczyć<sup>13</sup>:

- brak materializacji przez aktem kupna,
- brak możliwości dostosowania podaży usług ubezpieczeń do popytu z wykorzystaniem magazynów gotowych produktów, gdyż takie nie istnieją,
- istnienie stałej relacji między klientem a pracownikami ubezpieczyciela,
- brak standaryzacji usługi ubezpieczeniowej z uwagi na różne oczekiwania i temperamenty klientów,
- sprzedaż usługi ubezpieczeniowej nie oznacza aktu przewłaszczenia.

Pierwsza cecha oznacza, że klient nie może doświadczyć usługi ubezpieczeniowej przed jej zakupieniem (wypróbować/obejrzeć jak w przypadku dobra materialnego), gdyż zakup jest tylko początkową fazą produkcji tej usługi. Druga cecha wskazuje, że nie istnieją gotowe i zmagazynowane produkty ubezpieczeniowe, istnieje tylko gotowość ubezpieczyciela do sprzedaży produktu ubezpieczeniowego w wyniku posiadania odpowiednich kapitałów własnych zapewniających margines wypłacalności, a także posiadania minimalnej wysokości kapitału gwarancyjnego, czy też możliwości tworzenia rezerw na pokrycie ryzyk. Trzecia cecha podkreśla cechy pracowników ubezpieczyciela — postawy, kompetencje, wiedzę, umiejętności — na podstawie których klient dodatkowo ocenia usługę ubezpieczeniową. Czwarta cecha wskazuje na każdorazowo inne świadczenie usługi ubezpieczeniowej z uwagi na różne oczekiwania i temperamenty klientów, ale też różne temperamenty, umiejętności i wiedzę posiadaną przez pracownika ubezpieczyciela w chwili obsługiwanego danego klienta. Wypadkowa tych cech może każdorazowo prowadzić do innego poziomu usatysfakcjonowania klienta. Piąta cecha usługi ubezpieczeniowej podkreśla fakt, iż nabycie usługi ubezpieczeniowej rodzi prawo i zobowiązanie do określonych trwających dłuższy czas czynności ze strony ubezpieczyciela (informacja, wyłącza świadczeń), ale nie daje na przykład prawa własności do gromadzonego funduszu ubezpieczeniowego. Wszystkie te cechy sprawiają, że przy zakupie ubezpieczenia istotną rolę odgrywa wiele dodatkowych czynników wytwarzanych przez ubezpieczyciela, a nie tylko sama ochrona ubezpieczeniowa. Ubezpieczyciel musi wszystkie je wyprodukować, aby klient podjął decyzję o zakupie ubezpieczenia właśnie w tym wybranym zakładzie ubezpieczeń.

Rdzeniem sprzedawanego w usłudze ubezpieczeniowej produktu ubezpieczeniowego jest niewątpliwie gwarancja realności ubezpieczenia, czyli pewności uzyskania należnego świadczenia przez ubezpieczonego w wyniku wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego. Realizacja zasady realności ubezpieczenia wymaga gwarancji prawnych i ekonomicznych realizacji słusznych roszczeń ubezpieczonego. Gwarancje prawne chronią ubezpieczonych przed:

---

<sup>13</sup> J. Monkiewicz (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, tom I *Mechanizmy i funkcje*, Poltext, Warszawa 2000, s. 200–201.

- zaniżonym świadczeniem,
- zwłoką w wypłaceniu świadczenia,
- nieuzasadnioną odmową wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego.

Powyższe oczekiwania klientów potwierdzają wyniki badań, które wśród czynników wpływających na zadowolenie klientów zakładów ubezpieczeń wskazują najbardziej na wysokość odszkodowania (czyli na niezaniżone odszkodowanie), szybkość procesu likwidacji szkody (brak zwłoki w wypłaceniu świadczenia), fachowy personel (m.in. brak nieuzasadnionej decyzji odmowy wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego), w dalszej kolejności są to sprawność obsługi, łatwość dojazdu i parkowania, wystrój firmy ubezpieczeniowej, atrakcyjność oferty oraz lokalizacja<sup>14</sup>. Z kolei gwarancje ekonomiczne związane są z pokryciem zobowiązań zakładu ubezpieczeń w jego majątku. Składa się na to<sup>15</sup>:

- profesjonalizm w kalkulacji składki ubezpieczeniowej,
- niezbędny kapitał i rezerwy,
- bezpieczeństwo lokat,
- płynność aktywów,
- reasekuracja,
- gwarancje systemowe.

Kalkulację składki przeprowadza aktuariusz, który jako ekspert stosując metody rachunku prawdopodobieństwa i statystyki oblicza ryzyko zdarzeń losowych. Odpowiada nie tylko za budowę tariff ubezpieczeniowych, ale także za kalkulację rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, wycenę portfeli ubezpieczeniowych oraz obliczanie marginesu wypłacalności i kapitałów własnych. Niezwykle istotne jest bowiem, aby w razie nieprzewidzianych okoliczności powodujących wzrost zobowiązań ponad przewidywany poziom, istniały dodatkowe możliwości realizacji zobowiązań przez zakład ubezpieczeń. Rezerwy muszą odpowiadać wielkości i strukturze portfeli polis. Środki funduszu ubezpieczeniowego muszą być lokowane w instrumenty (np. papiery dłużne, akcje, nieruchomości) dozwolone przez prawo i w granicach ustalonych przepisami. Ponadto struktura portfela lokat musi zapewniać płynność stosowną do przewidywanej struktury zobowiązań, czyli oprócz lokat długoterminowych muszą być lokaty krótkoterminowe o krótkim lub nawet bardzo krótkim okresie zbywalności, aby można uzyskać pełną i natychmiastową płynność tych lokat, dzięki czemu możliwa będzie wypłata odszkodowań i świadczeń w gotówce. Kolejna forma gwarancji, reasekuracja, a dokładniej reasekuracja bierna, jest stosowana szczególnie w przypadku szybkiego przyrostu portfela lub pozyskania dużych ryzyk i stanowi systemowy instrument zapewnienia realności ochrony ubezpieczeniowej. Oznacza ona odstąpienie ryzyka w całości lub w części przez zakład ubezpieczeń innemu ubezpieczycielowi lub tzw. zawodowemu reasekuratorowi, określanymi zwykle reasekuratorem. Zawarcie umowy reasekuracji biernej stanowi zabezpieczenie finansowe i ograniczenie ryzyka zakładu ubezpieczeń związanego z wypłatą zbyt dużego odszkodowania, które może wystąpić w przyszłości. Reasekurator w takim przypadku uczestniczy w wypłacaniu kosztów związanych z odszko-

<sup>14</sup> B. Nowatorska-Romaniak, *Zachowania klientów indywidualnych w procesie zakupu usługi ubezpieczeniowej*, Oficyna Wolters Kluwer business, Warszawa 2013, s. 151.

<sup>15</sup> J. Monkiewicz (red.), *Podstawy ubezpieczeń...*, s. 62.

dowaniem, czyli pomaga w ten sposób zakładowi ubezpieczeń, który poprzez taką sytuację mógłby stracić płynność finansową lub w znaczący sposób pogorszyć swoją sytuację finansową. Zakład ubezpieczeń, który korzysta z reasekuracji biernej i jest nazywany reasekurowanym lub cedentem, ma obowiązek opłacania składki reasekuracyjnej reasekuratorowi, czyli cesjonariuszowi, który przyjmuje ryzyko od cedenta (przyjmowanie ryzyka to przeciwieństwo reasekuracji biernej i nazywa się reasekuracją czynną). Reasekuracja bierna to bardzo dobre rozwiązanie dla małych zakładów ubezpieczeń, które nie posiadają wystarczających środków własnych. Korzystając z udziału reasekuratora zakład ubezpieczeń otrzymuje potrzebne wsparcie finansowe w trudnych chwilach i nie traci swojej płynności finansowej. Ponadto korzystając z udziału reasekuratora zakład ubezpieczeń uzyskuje możliwość wprowadzenia dodatkowych produktów ubezpieczeniowych do swojej oferty, co prowadzi do wzmocnienia jego pozycji na rynku ubezpieczeniowym. Ostatnia forma gwarancji ekonomicznej to tzw. gwarancja systemowa w przypadku upadłości zakładu ubezpieczeń. Gwarancję tę zapewnia Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny (UFG), którego zadania zostały już wcześniej opisane. Należy tylko wspomnieć, że UFG nie zapewnia wypłat w pełnym wymiarze należnych świadczeń i dla całego portfela ryzyk posiadanych przez upadający zakład ubezpieczeń.

Przyjmuje się, że gwarancja realności ubezpieczenia, czyli rdzeń produktu ubezpieczeniowego, razem z oferowaną ochroną ubezpieczeniową, stanowią pień produktu, który jest obudowany akceptowalną ceną, łatwym kontaktem z ubezpieczycielem, sprawną obsługą, dobrą komunikacją i osobistą więzią, oraz prestiżem (czyli przynależnością do znanej firmy). Tak skonstruowany produkt ubezpieczeniowy przez zakład ubezpieczeń w ramach swego wewnętrznego procesu gospodarczego (na który składają się procesy innowacyjne, operacyjne, obsługi posprzedażowej<sup>16</sup>) jest efektem nie tylko działań identyfikujących nowe rynki, nowych klientów oraz nowe potrzeby dotychczasowych klientów (w ramach procesów innowacyjnych), ale także efektem procesów operacyjnych zakładu ubezpieczeń, które zapewniają wykonywanie określonych prac i zadań, aby sprawnie i efektywnie realizować zakładane cele w zakresie wytworzenia i dostarczenia produktu różnym klientom (ten sam produkt może dostarczać różnej wartości różnym klientom), oraz efektem zaplanowanych działań w ramach procesów obsługi posprzedażowej, gdyż ta grupa procesów wydaje się szczególnie ważna z uwagi na zapewnienie ochrony ubezpieczonym, ubezpieczającym i uposażonym z umów ubezpieczenia nie tylko do czasu zakończenia ochrony ubezpieczeniowej (bez względu na to, czy zaszło zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową), ale także do czasu zakończenia możliwości dochodzenia roszczeń z danej umowy ubezpieczenia, w tym m.in. likwidacji szkód czy też rozpatrywania skarg i zażaleń klientów (odnosi się to w szczególności do roszczeń z ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej). To procesowe podejście do działalności zakładu ubezpieczeń pozwala wyróżnić trzy grupy działań z punktu widzenia klienta<sup>17</sup>:

<sup>16</sup> R. S. Kaplan, D. P. Norton, *Strategiczna karta wyników. Jak przełożyć strategię na działania*, PWN, Warszawa 2001, s. 99.

<sup>17</sup> J. P. Womack, D. T. Jones, *Odchudzenie firm. Eliminacja marnotrawstwa — kluczem do sukcesu*, CIM, Warszawa 2001, s. 46.

- działania, które tworzą wartość dla klienta,
- działania, które nie tworzą wartości dla klienta, ale są niezbędne ze względu na spełnienie wymagań i nie mogą być natychmiast wyeliminowane,
- działania, które nie tworzą wartości dla klienta i mogą być natychmiast wyeliminowane.

Działania tworzące wartość dla klienta to przede wszystkim prawidłowa kalkulacja składki i wszystkie działania zakładu ubezpieczeń z zakresu jego gospodarki finansowej zapewniającej realność usługi ubezpieczeniowej, czyli prawidłowe tworzenie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych (odzwierciedlają one współmierność przychodów (dochodów) i rozchodów (wydatków) z danego okresu ubezpieczenia do okresu sprawozdawczego lub obrachunkowego, czyli ustalają, jaka część składki przypisanej brutto w momencie zawierania umów ubezpieczenia przypada na zobowiązania okresu sprawozdawczego lub obrachunkowego, a jaka część składek oraz odszkodowań i świadczeń ma przypadać na przyszłe okresy sprawozdawcze zakładu ubezpieczeń), zapewnienie marginesu wypłacalności zakładu ubezpieczeń (są to środki własne zakładu ubezpieczeń, które nie są obciążone zobowiązaniami i muszą być wyższe niż minimalna wysokość kapitału gwarancyjnego; ustala się je przewencyjnie, na wypadek gdyby z jakiegoś powodu nastąpiła przerwa lub spadek wpływów do zakładu ubezpieczeń w postaci składek ubezpieczeniowych, dzięki czemu zapewniona będzie płynność finansowa zakładu ubezpieczeń, czyli możliwość wypłacania odszkodowań i świadczeń oraz pokrywania innych zobowiązań bez czasowych wpływów), itd. Z kolei działania nietworzące wartości dla klienta to zaistniałe błędy skutkujące niespełnieniem wymagań jakościowych, które można odnieść do wszystkich obszarów związanych z całym cyklem życia produktu. Dotyczy to więc już procesów innowacyjnych w zakładzie ubezpieczeń, a błędy tu powstałe rzutują na kolejne procesy usługowe.

### 2.3. Konsument indywidualni i ich potrzeby

Przyjmuje się, że potrzeby są podstawą do wszelkich działań i zachowań człowieka i bez odzwierciedlenia potrzeb nie można mówić o dążeniu do ich zaspokajania. W ekonomii wyróżnia się dwie kategorie potrzeb — potrzeby pierwotne i wtórne. Potrzeby pierwotne dotyczą podstawowych warunków egzystencji człowieka, wtórne dotyczą dóbr służących zaspokojeniu potrzeb pierwotnych<sup>18</sup>. Warunkiem zaspokojenia potrzeby jest wcześniejsze uświadomienie sobie tej potrzeby, które może być wynikiem<sup>19</sup>:

- braku produktu,
- uzyskania informacji o nowym produkcie,
- ujawnienia się innych potrzeb (wywołanych najczęściej dostrzeżeniem określonego produktu u innych osób),
- zmiany sytuacji materialnej,
- zmiany oczekiwań w stosunku do produktu.

<sup>18</sup> L. Rudnicki, *Zachowania konsumentów na rynku*, PWE, Warszawa 2012, s. 28.

<sup>19</sup> B. Nowatorska-Romaniak, *Zachowania klientów...*, s. 89–90.



W związku z ogromną liczbą potrzeb i ograniczonymi środkami finansowymi posiadanymi przez klientów, nie jest możliwe zaspokojenie wszystkich odczuwanych potrzeb. O kolejności ich zaspokajania decyduje miejsce w tzw. hierarchii potrzeb, czyli ich uszeregowanie zgodnie z kryterium pilności (nieodzowności) zaspokojenia potrzeb. Najbardziej znana w literaturze ekonomicznej jest hierarchia potrzeb A. H. Masłowa. Podzielił on potrzeby według stopnia nieodzowności ich zaspokajania i ustalił listę potrzeb wrodzonych, poczynając od potrzeb najniższego rzędu, a kończąc na potrzebach najwyższego rzędu<sup>20</sup>. Wyróżnił on też następujące grupy potrzeb:

- potrzeby fizjologiczne — zaspokojenie głodu, pragnienie, snu, wypoczynku,
- potrzeby bezpieczeństwa — ochrona zdrowia, utraty własnych rzeczy, zabezpieczenie starości, potrzeba porządku i stabilności,
- potrzeby przynależności i miłości — akceptacja przez rodzinę, przyjaciół, kontakty międzyludzkie,
- potrzeby uznania, szacunku, sukcesu,
- potrzeby samorealizacji — życie zgodne z własnymi odczuciami i planami.

Wśród tej wyróżnionej hierarchii potrzeb zaraz na drugim miejscu — po zaspokojeniu potrzeb podstawowych związanych z zaspokojeniem głodu czy też na przykład pragnienia posiadania mieszkania, znajduje się potrzeba bezpieczeństwa związana m.in. z ochroną zdrowia, mienia i zabezpieczenia starości. Bezpieczeństwo można rozumieć jako stan niezagrożenia, pewność, że nic nie zagraża. To też „stan obiektu umożliwiający zmniejszenie ryzyka lub uniknięcie awarii, wypadków oraz złagodzenie następstw zaistniałej już awarii lub wypadku”<sup>21</sup>. Bezpieczeństwo oznacza więc dawanie poczucia pewności i gwarancję jego zachowania oraz szansę na doskonalenie, kiedy nie ma się lęku o przyszłość. Brak bezpieczeństwa wywołuje niepokój i poczucie zagrożenia, dlatego naturalnym zachowaniem większości ludzi jest usuwanie lub przynajmniej oddalanie zagrożenia, eliminowanie własnych lęków i niepewności. W pewnym stopniu pozwala to zniwelować umowa ubezpieczeniowa, która zapewnia wsparcie finansowe w chwili zrealizowania się zagrożeń/ryzyk objętych umową.

Podstawową potrzebą, jaką zaspokaja produkt ubezpieczeniowy, jest wsparcie finansowe w razie poniesienia straty (utrata mienia), uszczerbku lub utraty dochodów (np. wskutek bezrobocia, przejścia na emeryturę lub utraty zysków), albo wsparcie w przypadku losowej potrzeby finansowej (np. z powodu urodzenia dziecka)<sup>22</sup>. Niestety potrzeba ubezpieczeniowa jako forma zabezpieczania się na wypadek różnych negatywnych zdarzeń losowych, nie jest wśród Polaków zbyt popularna i jest stawiana dość nisko w hierarchii różnych potrzeb w ich życiu. Występuje to szczególnie w przypadku klientów mających małe dochody. Na pojawienie się potrzeby ubezpieczeniowej wpływa wiele czynników<sup>23</sup>:

<sup>20</sup> Poradnik pracownika, [www.poradnikpracownika.pl/na](http://www.poradnikpracownika.pl/na) czym polega hierarchia potrzeb Masłowa, data: 20/10/2020.

<sup>21</sup> *Wielka Encyklopedia PWN*, 2001, s. 510

<sup>22</sup> J. Handschke, J. Monkiewicz (red.), *Ubezpieczenia. Podręcznik akademicki*, Poltext, Warszawa 2010, s. 213.

<sup>23</sup> B. Nowatorska-Romaniak, *Zachowania klientów...*, s. 92–93.

- świadomość ubezpieczeniowa,
- informacje o usługach ubezpieczeniowych,
- dochód klienta (środki pieniężne w dyspozycji klienta, które może on spożytkować na zakup różnych dóbr; przy danym poziomie cen na rynku dochód klienta decyduje o tym, jakie dobra są klientowi dostępne, a jakie pozostają poza zasięgiem jego budżetu),
- preferencje klienta,
- ujawnianie się nowych potrzeb w związku ze zmianą sytuacji życiowej czy też posiadanego majątku.

Świadomość ubezpieczeniowa to określony i zmienny w czasie stan wiedzy klientów na temat zasad funkcjonowania rynku ubezpieczeniowego, jego funkcji i celów. To również „wiedza i umiejętności pozwalające racjonalnie skorzystać z ochrony ubezpieczeniowej, czyli w konsekwencji wykazać stosowną przezorność ubezpieczeniową”<sup>24</sup>. Według M. Płonki „świadomość ubezpieczeniowa jednostki jest ogólnym zbiorem poglądów i przekonań wspólnych dla całych grup, klas i społeczeństw dotyczących zakresu oraz form zagrożeń ich bytu, a także całokształtu eliminowania lub ograniczania takich oddziaływań. Jest generowana wpływem otoczenia społeczno-kulturowego, będąc jednocześnie czynnikiem rozwoju tego otoczenia”<sup>25</sup>. Świadomość ubezpieczeniowa jest określana poprzez sześć komponentów operacyjnych<sup>26</sup>:

- potrzeby (z określeniem zakresu i skali odczuwania bezpieczeństwa),
- wiedzy o środkach gwarancji bezpieczeństwa,
- własnych doświadczeń ubezpieczeniowych,
- zwyczajów i tradycji środowiskowych,
- marketingu ubezpieczeniowego,
- edukacji ubezpieczeniowej.

Problematyka świadomości ubezpieczeniowej jest o tyle ważna, że nie dotyczy tylko poszczególnych jednostek na poziomie mikroekonomicznym, ale obejmuje także społeczeństwo jako całość i ich wzajemne interakcje, które oddziałują także na gospodarkę. Natomiast na poziomie makroekonomicznym większa wiedza i świadomość zwiększa popyt gospodarstw domowych na usługi i produkty, co prowadzi do rozwoju rynku i jednocześnie zmniejsza fluktuacje gospodarcze, stanowiąc jednocześnie akcelerator wzrostu gospodarczego.

Świadomość ubezpieczeniowa obrazuje wiedzę i stosunek danej osoby lub całego społeczeństwa do problematyki ubezpieczeń, a zwłaszcza oceny i postawy wobec zakładów ubezpieczeń, a także oferowanych przez nie produktów. Samoświadomość ubezpieczeniowa oznacza indywidualnie wyznaczoną świadomość w związku z właściwościami oso-

<sup>24</sup> T. Szumlicz, *Atrybuty świadomości i przezorności ubezpieczeniowej*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe” 2007, s. 21.

<sup>25</sup> M. Płonka, *Determinanty konkurencyjności zakładów ubezpieczeń w Polsce*, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2010, s. 192–198.

<sup>26</sup> A. Szromnik, *Rynek ubezpieczeniowy. Społeczne problemy kształtowania i funkcjonowania*, WAE Kraków, Kraków 2001, s. 62.

bowościowymi na skutek przebiegu dotychczasowego życia oraz indywidualnych przeżyć i doświadczeń. Zakres świadomości ubezpieczeniowej jest kształtowany poprzez ofertę różnych produktów ubezpieczeniowych, ogólnych warunków ubezpieczeń ustalonych na mocy ustaw ubezpieczeniowych lub rozporządzeń, a także w dowolny sposób przez zakłady ubezpieczeń. Zakres ten dotyczy wszystkich parametrów ochrony ubezpieczeniowej, do których zalicza się m.in. okres ubezpieczenia, składkę ubezpieczeniową, sumę ubezpieczenia, wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela, sposób likwidacji szkody, oceny ryzyka. Wewnętrzna potrzeba samoświadomości ubezpieczeniowej jednostki jest kształtowana poprzez przetwarzanie informacji własnych na skutek doświadczeń i obserwacji o zagrożeniach płynących z otoczenia, które tworzą zmysłowe stany leku i niepokoju, co z kolei pobudza potrzeby obronne m.in. poprzez nabywanie ochrony ubezpieczeniowej. Samoświadomość ubezpieczeniowa nie ma poziomu stałego lecz dynamiczny. Kształtuje się głównie po osiągnięciu wieku dojrzałego osoby i zależy od m.in. wykonywanej pracy, pełnionych funkcji społecznych, posiadanych dóbr, stanu zdrowia oraz sytuacji rodzinnej. Z przeprowadzonych badań wynika, że tylko 6% badanych ma bardzo dobrą lub dobrą wiedzę na temat ubezpieczeń<sup>27</sup>. W badaniach Dziennikarskiej Akademii Ubezpieczeniowej z 2006 r. zauważono następujące tendencje<sup>28</sup>:

- im większy dochód tym ważniejszy jest zakup polisy ubezpieczeń na życie,
- dla kobiet wypadki znajomych powodują konieczność posiadania ochrony ubezpieczeniowej,
- głównym celem zakupu polisy na życie jest zapewnienie rodzinie bytu w przypadku śmierci ubezpieczonego oraz zabezpieczenie emerytalne,
- czytelnictwo gazet i tygodników o treści ubezpieczeniowej powoduje wzrost samoświadomości ubezpieczeniowej.

Według portalu ekonomicznego „ale Bank.pl”<sup>29</sup>, ubezpieczenia na życie posiadało w roku 2019 44% Polaków, a co czwarty z nich w przypadku wystąpienia nieprzewidzianych zdarzeń losowych wykorzysta polisę na życie. Podobny odsetek sięgnie po oszczędności, choć większość badanych ma oszczędności nie wyższe niż równowartość trzymiesięcznych zobowiązań (badania Unum-Insight<sup>30</sup>). Świadomość w obszarze zabezpieczenia przyszłości własnej i rodziny pozostawia jednak jeszcze dużo do życzenia. Z badań wynika, że co trzeciemu Polakowi trudno jest wskazać źródło finansowania swoich zobowiązań finansowych w przypadku nieprzewidzianych zdarzeń losowych. Co gorsze, niewielu też Polaków ma pełną świadomość co do wysokości swoich comiesięcznych opłat i kosztów związanych z utrzymaniem, co jest akurat bardzo ważne dla oszacowania sumy ubezpieczenia przy wykupie niektórych produktów ubezpieczeniowych. W badaniach zaprezentowanych na por-

<sup>27</sup> *Co Polacy wiedzą i myślą o ubezpieczeniach*, „Prawo. Ubezpieczenia. Reasekuracja” 2000, nr 7–8, s. 78.

<sup>28</sup> A. Burchat, *Badanie świadomości ubezpieczeniowej Polaków*, Dziennikarska Akademia Ubezpieczeniowa, Warszawa 2006.

<sup>29</sup> Portal ekonomiczny „aleBank.pl” ([www.aleBank.pl](http://www.aleBank.pl)), data: 03/06/2019.

<sup>30</sup> Unum Insight — badania omnibusowe na reprezentatywnej próbie Polaków, N=970, zrealizowane techniką TAPI, przeprowadzone przez IPSOS na zlecenie UNUM Życie TUIR S.A. w kwietniu 2019 r.

talu ekonomicznym „aleBank.pl”<sup>31</sup> ustalono również, że spośród Polaków posiadających polisę ubezpieczeniową na życie co trzeci szacuje, że wysokość sumy ubezpieczenia w jego polisie na życie nie powinna przekraczać 100 tys. zł, 20% wskazuje na kwotę 101–250 tys. zł. Takie środki mogłyby pozwolić rodzinie przez pewien czas utrzymać poziom życia zbliżony do tego sprzed śmierci ubezpieczonego. Jednocześnie jednak polisa na życie jest jeszcze w Polsce mało popularna, gdyż według wspomnianych badań ustalono, że posiada ją 44% społeczeństwa (w USA 54%, w Niemczech 56%), ale w rzeczywistości w Polsce posiada ją ok. 33% (tabela 2.1.5). Uważa się, że popularność polis na życie w Polsce będzie rosła wraz ze wzrostem świadomości ubezpieczeniowej oraz wartości wypłaty świadczeń. Okazuje się, że np. w USA styczność z wypłatą świadczeń miało 45% społeczeństwa (przy 54% społeczeństwa posiadających polisę ubezpieczeniową na życie), w Polsce tylko 20% (przy 44% (w rzeczywistości 32%). W Polsce polisę na życie posiadają przeważnie osoby z wyższym wykształceniem, w przedziale wiekowy 30–59 lat, a głównym powodem zakupu polisy jest poczucie odpowiedzialności finansowej za rodzinę (22%), obawa o koszty pochówku i pogrzebu (13%), nie obciążanie rodziny swoimi zobowiązaniami finansowymi (7%). Osoby powyżej 50 lat sięgają po ubezpieczenie z myślą o pokryciu kosztów pochówku. Ci, którzy nie decydują się na ubezpieczenia, najczęściej swoją decyzję argumentują zbyt wysokimi dla nich kosztami polisy, lub że nie czują potrzeby ubezpieczeniowej (najczęściej osoby młode). Natomiast bez względu na to, czy ktoś posiada ochronę ubezpieczeniową, czy nie, w Polsce wywołuje ona pozytywne emocje, gdyż kojarzy się z poczuciem odpowiedzialności, bezpieczeństwa i zadowolenia.

W Polsce występuje przewaga ubezpieczeń majątkowych nad ubezpieczeniami na życie, czyli dokładnie odwrotnie jak w Europie Zachodniej. W 2019 r. składki ubezpieczeń majątkowych stanowiły 66,68% całości zebranych składek (czyli składki ubezpieczeń na życie stanowiły 33,32%)<sup>32</sup>. Jedną z przyczyn wydają się być majątkowe ubezpieczenia obowiązkowe, szczególnie OC komunikacyjne, które są największą pozycją w strukturze składek ubezpieczeń majątkowych (ok. 60%). Na niską świadomość ubezpieczeniową wpływa także — zdaniem ekspertów PIU — to, że Polacy działają lokalnie, stosunkowo rzadko prowadząc działalność za granicą i rzadziej od mieszkańców Europy Zachodniej podróżując. Tam gdzie ludzie mają aktywa także za granicą, świadomość i potrzeby ubezpieczeniowe są wyższe. Ponadto można w Polsce zauważyć, że zbierane przez ubezpieczycieli składki nie rosną tak szybko jak płace Polaków, gromadzony majątek, czy też PKB. W efekcie wskaźnik penetracji, czyli udział składek ubezpieczeniowych w PKB, rośnie bardzo wolno. Wynika to również z tego, iż koszt polis ubezpieczeniowych jest w Polsce bardzo daleko na liście priorytetów w domowym budżecie. Dlatego należy podejmować działania wzrostu świadomości ubezpieczeniowej wśród Polaków, tym bardziej, że jest ona jednym z ważniejszych elementów dobrze funkcjonującego rynku ubezpieczeń. Niestety można zaobserwować w ostatnich

<sup>31</sup> Portal ekonomiczny „aleBank.pl” ([www.aleBank.pl](http://www.aleBank.pl)), data: 03/06/2019.

<sup>32</sup> Komisja Nadzoru Finansowego, [www.knf.gov.pl/publikacje-i-opracowania/dane-statystyczne/rynek-ubezpieczeniowy](http://www.knf.gov.pl/publikacje-i-opracowania/dane-statystyczne/rynek-ubezpieczeniowy), data: 21/09/2020.

latach, tj. 2015–2019, wiele negatywnych zjawisk na rynku ubezpieczeniowym. Zalicza się do nich<sup>33</sup>:

- brak wystarczającej edukacji w zakresie ubezpieczeń — literatura fachowa znajduje się poza sferą zainteresowań przeciętnego odbiorcy, brak informacji o ubezpieczeniach w programach szkolnych, zbyt małe i na ogół powierzchowne zainteresowanie największych środków przekazu (TV, radio),
- brak świadomości pozycji prawnej ubezpieczonych i uprawnionych wynikającej z umów ubezpieczenia, a co za tym idzie brak umiejętności egzekwowania przysługujących im uprawnień,
- brak nawyku zapoznania się z treścią polisy i ogólnych warunków ubezpieczeń,
- zjawisko nierzetelnej reklamy i informacji wprowadzającej w błąd potencjalnego klienta; zasady obowiązujące w dziedzinie marketingu i technik sprzedaży często wykazują cechy działań nieetycznych i zawierają nieprawdziwe i niepełne informacje.

Znajomość rynku ubezpieczeń u potencjalnego klienta nie jest najlepsza. Jak wynika z badań przeprowadzonych przez Instytut Badań Rynku i Klienta GFK Polonia na temat znajomości firm ubezpieczeniowych, tylko PZU i Warta zdołały przekroczyć 50% próg znajomości nazwy<sup>34</sup>. Znajomość innych firm jest nieporównywalnie mniejsza. Liczba osób właściwie oceniających rolę i miejsce ubezpieczeń nie jest duża, a procent ubezpieczonych jest znacznie niższy aniżeli w krajach Europy Zachodniej. Nie najlepiej jest także ze zrozumieniem istoty ubezpieczeń i ich roli w życiu codziennym i gospodarczym. Jak wynika z ankiet np. przeprowadzonych przez izby lekarskie, tylko 6% pacjentów pyta lekarza czy jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej<sup>35</sup>.

Świadomość w zakresie funkcjonowania ubezpieczeń odgrywa ogromną rolę zarówno przy wyborze konkretnego produktu ubezpieczeniowego, jak też przy podejmowaniu decyzji o zawarciu tego ubezpieczenia. W warunkach gospodarki rynkowej mnogość podmiotów oferujących usługę ubezpieczeniową w postaci różnych produktów ubezpieczeniowych i walka o każdego nowego klienta na tym rynku zmuszają do starannej analizy i oceny działalności firmy ubezpieczeniowej i oferowanych przez nią produktów. Dokonywanie oceny przez pryzmat płaconej składki ubezpieczeniowej, stanowiącej często podstawowe, a niejednokrotnie nawet jedyne kryterium wyboru firmy ubezpieczeniowej, w efekcie naraża niekiedy klientów usług ubezpieczeniowych na wiele rozczarowań i strat. Nie istnieje tradycja korzystania z usług brokerów ubezpieczeniowych, którzy obecnie zajmują się głównie obsługą dużych podmiotów gospodarczych. Czynnikiem wpływającym na korzystanie z ofert ubezpieczeniowych i w konsekwencji wpływającym na wiedzę i świadomość ubezpieczeniową jest bariera finansowa związana zarówno z relatywnie niskim poziomem przeciętnych dochodów, jak i nadmiernie wysokimi stawkami taryf ubezpieczeniowych. Te ostatnie zjawisko wynika także z niewielkiej ilości umów dotyczących poszczególnych

<sup>33</sup> Świadomość ubezpieczeniowa — stan obecny i perspektywy, Rzecznik Finansowy, [www.archiwum.rf.gov.pl/artykuly/pracownikow](http://www.archiwum.rf.gov.pl/artykuly/pracownikow), data: 26/09/2020.

<sup>34</sup> Instytut GFK Polonia, [www.gfk.com/pl/news/znajomosc\\_firm\\_ubezpieczeniowych](http://www.gfk.com/pl/news/znajomosc_firm_ubezpieczeniowych); data: 20/09/2016.

<sup>35</sup> Przegląd urologiczny, [www.przeglad-urologiczny.pl/artyku/ubezpieczenie\\_odpowiedzialnosci\\_cywilnej\\_lekarza](http://www.przeglad-urologiczny.pl/artyku/ubezpieczenie_odpowiedzialnosci_cywilnej_lekarza), data: 26/09/2020.

produktów ubezpieczeniowych, a jej wzrost wpływa na ogół na obniżenie składek. Wydaje się, że właściwym rozwiązaniem stosowanym z powodzeniem w niektórych krajach (m.in. ostatnio w Hiszpanii) byłoby wprowadzenie pewnych ulg podatkowych związanych z niektórymi ubezpieczeniami majątkowymi (budynki mieszkalne, lokale). Duże znaczenie ma również właściwy poziom usług oferowanych konsumentom przez zakłady ubezpieczeń i to zarówno w sferze jakości produktu, jego ceny wyrażonej w składce ubezpieczeniowej, jak i poziomu obsługi. Z obserwacji Rzecznika Finansowego wynika, iż stopień społecznego zaufania do zakładów ubezpieczeń nie jest duży<sup>36</sup>. Zniechęca to aktualnych i potencjalnych klientów, którzy na ogół nie wierzą w realnie funkcjonującą ochronę ubezpieczeniową i w większości ograniczają się do zawierania umów obowiązkowych, nie interesując się innymi produktami. Ważną rzeczą jest treść informacji otrzymywanych przez potencjalnych klientów. Należy w nich eksponować — nie tak jak w przypadku reklamy — nie tylko korzyści płynące z ubezpieczeń, lecz przede wszystkim inne okoliczności i wymogi, na przykład: podstawowe warunki ubezpieczenia, właściwa ocena potrzeb i możliwości klienta, konieczność spełnienia wymogów wynikających z umowy, jak np. instalacja dodatkowych zabezpieczeń mienia itp. Konieczna jest również lepsza niż dotychczas informacja o nowych regulacjach prawnych, a zwłaszcza takich, które wiążą się z sankcjami karnymi bądź innymi negatywnymi dla ubezpieczonych skutkami. Jeszcze ważniejsze jest informowanie o decyzjach Komisji Nadzoru Finansowego czy Ministra Finansów dotyczących zmian w działalności zakładów ubezpieczeń — ograniczenia bądź cofnięcia zezwolenia na działalność, stan upadłości itp. Dotychczasowe zakresy i formy informacji okazały się nieskuteczne. Pożytecznym byłoby poszukiwanie nowych form, przy większym zaangażowaniu organów władzy publicznej i publicznych środków masowego przekazu. Dodatkowe obowiązki w tym zakresie zostałyby zrekomensowane społecznymi korzyściami i mniejszym zaabsorbowaniem także i tych organów w rozstrzyganie sporów czy działania kontrolno-represyjne.

Niedostateczna wiedza na temat ubezpieczeń nie dotyczy wyłącznie indywidualnych klientów. Nie jest w tej dziedzinie najlepiej także wśród kadry menedżerskiej. Na zachodzie Europy przedsiębiorstwa wydają na ubezpieczenia od 1 do 2 % swoich przychodów<sup>37</sup>. W Polsce niewiele przedsiębiorstw zbliża się do podobnych wskaźników. Powodem tego jest brak zrozumienia potrzeby ubezpieczenia zakładu przez kadry nimi zarządzające. Istnieje przeświadczenie o potrzebie posiadania polisy, ale zakres ochrony ubezpieczeniowej jaką ona daje nie jest dostatecznie doceniany. Osoby kierujące przedsiębiorstwem nie wnikają w ubezpieczeniowe niuanse i nie zdają sobie sprawy jak istotne jest właściwe określenie ryzyka związanego z funkcjonowaniem zakładu, które można i warto objąć ubezpieczeniem. Niedoceniana jest także potrzeba dostosowywania ubezpieczenia w związku ze zmianami zachodzącymi w otoczeniu firmy czy chociażby w związku z inflacją. Każdy podmiot gospodarczy powinien dokonać identyfikacji i oceny zagrożeń, które mogą wynikać z działania sił przyrody czy przedmiotu działania oraz zaplanować metody zmniejszenia ryzyka i jego asekuracji. W związku z niewielkimi możliwościami zapobiegania takim szkodom czy ograniczania ich zasięgu, dla bezpiecznego funkcjonowania firmy potrzebne jest możliwie pełne ubezpieczenie bezpośrednich i pośrednich ich skutków. Nie jest to jednak zadanie proste. Z tego powodu oraz w związku z wagą tego przedsięwzięcia warto powierzyć określenie

<sup>36</sup> Rzecznik finansowy, [www.rf.gov.pl/zaufanie-do-zakladow-ubezpieczen](http://www.rf.gov.pl/zaufanie-do-zakladow-ubezpieczen), data: 26/08/2020.

<sup>37</sup> MFIND Akademia, [www.mfind.pl/akademia/ubezpieczenia-w-europie](http://www.mfind.pl/akademia/ubezpieczenia-w-europie), data: 10/05/2015.

optymalnego zakresu ubezpieczenia dla danej firmy kompetentnym specjalistom. Określa się ich mianem menedżerów ryzyka. Niestety w Polsce jest ich niewielu. Wynika to nie tylko z braku wyspecjalizowanych w tej dziedzinie fachowców, ale także z tego, że nie ma ukształtowanej tradycji korzystania z ich usług, a potrzeba ich zatrudnienia dopiero jest zauważana.

Podstawowym i najważniejszym czynnikiem wpływającym na realizację potrzeb ubezpieczeniowych jest posiadanie środków finansowych przez klientów. Określając hierarchię potrzeb ubezpieczeniowych przyjmuje się założenie, że klienci realizują w pierwszej kolejności potrzeby związane z ubezpieczeniem obowiązkowymi (głównie OC komunikacyjne), następnie ubezpieczenia dobrowolne, w tym o krótkim okresie obowiązywania, na przykład turystyczne, które wymagają mniejszych zasobów finansowych. W następnej kolejności są ubezpieczenia wymagające większych zasobów finansowych i długookresowej współpracy z zakładem ubezpieczeń, na przykład zabezpieczenie siebie i swojej rodziny w postaci polis na życie, polis posagowych, czy też polis na wypadek choroby — są to tzw. polisy długoterminowe. Potrzeby klientów indywidualnych w zakresie ubezpieczeń majątkowych oraz ubezpieczeń na życie przedstawiają tabele 2.3.1 i 2.3.2. Potrzeby te zostały ustalone na podstawie badań przeprowadzonych w kwietniu 2019 roku<sup>38</sup>. Wśród czynników wpływających na potrzebę posiadania ubezpieczenia są też preferencje klientów. Są one odzwierciedleniem gustów klientów.

Tabela 2.3.1.

Potrzeby klientów w zakresie ubezpieczenia majątkowego

Lp.	Potrzeba w zakresie ubezpieczenia majątkowego	Odsetek wskazań*
1	Ubezpieczenia samochodu	82,8
2	Ubezpieczenie domu	64,2
3	Ubezpieczenie innej nieruchomości	56,0
4	Ubezpieczenie ryzyk wykonywania zawodu	52,8
5	Ubezpieczenie firm	37,1
6	Inne potrzeby	3,2
7	Żadne	14,0

\* — odsetki wskazań nie sumują się do 100% ze względu na wielokrotność wyboru.

Źródło: B. Nowatorska-Romaniak, *Potrzeby...*, s. 150.

<sup>38</sup> B. Nowatorska-Romaniak, *Potrzeby klientów indywidualnych na rynku usług ubezpieczeniowych*, [w:] I. Kwiecień, P. Kowalczyk-Rólczyńska (red.), *Ubezpieczenia. Wyzwania rynku*, C.H. Beck, Warszawa 2019, s. 149.

Tabela 2.3.2.

Potrzeby klientów w zakresie ubezpieczenia na życie

Lp.	Rodzaj ubezpieczenia życiowego	Odsetek wskazań*
1	Ubezpieczenie na wypadek śmierci	89,2
2	Ubezpieczenie na życie i dożycie	53,7
3	Ubezpieczenie od nieszczęśliwych wypadków	90,6
4	Inne potrzeby	17,1
7	Żadne	0,0

\* — odsetki wskazań nie sumują się do 100% ze względu na wielokrotność wyboru.

Źródło: B. Nowatorska-Romaniak, *Potrzeby...*, s. 150.

W roku 2018 zostały przeprowadzone badania pt. „Preferencje ubezpieczeniowe Polaków ze względu na deklarowaną skłonność do ryzyka” przez firmę badawczą DANA E na zlecenie OPEN Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.<sup>39</sup>. Na pytanie — dlaczego się ubezpieczamy? — uzyskano następujące odpowiedzi:

- ze względu na wcześniejsze doświadczenia (55%),
- z myślą o emeryturze (53%),
- na wypadek utraty możliwości zarobkowania (44%),
- ze względu na troskę o komfort finansowy rodziny po śmierci ubezpieczonego (18%).

Potwierdziły się wyniki badań z lat wcześniejszych w stosunku do troski o komfort rodziny po śmierci ubezpieczonego. Na uwagę zasługują wcześniejsze (w domyśle pozytywne) doświadczenia z tytułu posiadania polisy ubezpieczeniowej, oraz troska o przyszłą emeryturę, co świadczy o przewidywaniu jej niskiej wysokości ze społecznego systemu ubezpieczenia emerytalnego.

Interesujące odpowiedzi uzyskano też na kolejne pytanie — dlaczego się nie ubezpieczamy?:

- ubezpieczenia są za drogie (54%),
- nigdy nie interesowali się tematem ubezpieczeń (24%),
- nie wierzą, że w razie potrzeby otrzymają świadczenie (24%),
- twierdzą, że podejmują ryzyko nieubezpieczenia się świadomie (17%),
- nie potrzebują polisy ubezpieczeniowej ze względu na styl życia (11%),
- nie wierzą, że spotka ich coś złego (11%).

Wyniki badań pokazują, że wśród Polaków wciąż istnieje wiele mitów na temat ubezpieczeń życiowych. Przekonanie, że ubezpieczenia są za drogie, często wiąże się z brakiem rozeznania w cenach polis, które de facto zaczynają się od kilkudziesięciu złotych miesięcznie. Osoby, które chcą skorzystać z wyjątkowo preferencyjnych warunków, mogą rozważyć przystąpienie do tzw. grupy otwartej, która działa podobnie jak ubezpieczenia pracownicze

<sup>39</sup> Open Life TUnŻ, [www.openlife.pl/badanie-preferencji-polakow](http://www.openlife.pl/badanie-preferencji-polakow); metoda CAWI — wywiady online wśród uczestników panelu badawczego, termin: maj 2018; data dostępu: 26/09/2020.



(grupowe), ale niestety bardzo mało osób o tym wie. Kolejny mit to wiara w to, że nigdy nie spotka ich nic złego i że ubezpieczenie nie jest więc potrzebne. To oczywiście myślenie życzeniowe. Badania pokazały również, że około 10% Polaków nie ma żadnego ubezpieczenia, nie jest też w stanie wskazać, czy ma jakąś polisę (lub odmawia odpowiedzi), nie potrafi także odpowiedzieć na pytanie — czy kiedykolwiek znalazł się w sytuacji, w której przysługiwało mu świadczenie z polisy życiowej, np. śmierć bliskiej osoby, poważna choroba, wypadek przy pracy, złamanie ręki lub nogi?. To również przejaw niskiej świadomości ubezpieczeniowej Polaków. Badania pokazały także, że ochrona życia staje się tym ważniejsza, im więcej mamy do stracenia. To właśnie dlatego częściej ubezpieczają się osoby, które mają własne rodziny — dzieci lub partnera. Po polisę chętniej sięgają również osoby, na których ciąży odpowiedzialność finansowa — na przykład posiadające kredyt hipoteczny. Wpływają na to oczywiście także obowiązujące przepisy prawa. Co ważne, skłonność do ochrony życia zwiększa się wraz ze wzrostem statusu materialnego. Im więcej zarabiamy, tym częściej kupujemy polisy na życie.

Ostatni z omawianych czynników wpływających na pojawienie się potrzeby ubezpieczeniowej — ujawnianie się nowych potrzeb w związku ze zmianą sytuacji życiowej czy też posiadanego majątku — wiąże się ściśle ze zmianami w życiu klienta. Mogą to być zdarzenia pozytywne, jak ślub, narodziny dziecka, rozwój firmy, nabycie samochodu czy domu, ale też negatywne, jak wypadek, choroba czy śmierć osoby bliskiej. Nowe potrzeby mogą dotyczyć także osób, które zaciągają kredyt na dużą inwestycję i w związku z tym potrzebują długotrwałej ochrony ubezpieczeniowej. Jest to idealne zabezpieczenie finansowe najbliższych w przypadku śmierci kredytobiorcy. Ochronę ubezpieczeniową można uzyskać nawet do 80 roku życia, okres ubezpieczenia od 1 roku do 50 lat, składkę ubezpieczeniową w niektórych zakładach ubezpieczeń płaci się tylko przez 2/3 okresu ubezpieczenia, na życzenie ubezpieczonego zakład ubezpieczeń może dokonać cesji praw wynikających z umowy ubezpieczenia na bank, w którym ubezpieczony zaciągnął kredyt. Nowe potrzeby ubezpieczeniowe mogą pojawić się też w związku z chęcią zabezpieczenia się na wypadek kosztów związanych ze śmiercią rodziców czy teściów. Koszty pogrzebu mogą okazać się na tyle wysokie, że warto ubezpieczyć się na taką okoliczność. Pozwalają na to na przykład ubezpieczenia grupowe w zakładach pracy, które dodatkowo mogą obejmować na przykład świadczenia szpitalne związane z pobytem w szpitalu zarówno w Polsce, jak i na terenie całej Unii Europejskiej, a także Australii, Kanady, USA, płatne już od 1 dnia pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz od 2 dnia pobytu w szpitalu w wyniku choroby. Oferowany jest szeroki katalog poważnych zachorowań, obejmujący nawet do 50 tzw. jednostek chorobowych. Ochrona może dotyczyć też współmałżonka, partnera, oraz pełnoletnie dzieci nawet do 69 roku życia. Ubezpieczeni uzyskują również dostęp do usług Assistance, które zapewniają szeroki zakres usług, na przykład dostarczanie leków, opiekę nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi, organizację procesu rehabilitacyjnego, pomoc psychologa, itp.

## 2.4. Zachowania konsumentów usług ubezpieczeniowych

Zachowanie konsumenta można określić jako „ogół działań związanych z uzyskaniem i użytkowaniem produktów i usług oraz dysponowaniem nimi wraz z decyzjami poprzedzającymi i warunkującymi te działania”<sup>40</sup>. Obejmują one:

- nabywanie,
  - posiadanie,
  - użytkowanie środków zaspokajania potrzeb.
- Sam proces zachowania konsumenta składa się z kilku faz<sup>41</sup>:
- uświadomienie potrzeby i ich wartościowanie (ustalenie kolejności ich zaspokojenia — priorytety potrzeb),
  - podejmowanie działań poprzedzających decyzje o zakupie (aktywność konsumenta w sferze poszukiwania informacji, ustalanie źródeł informacji i zakres informacji ważnych dla konsumenta),
  - podjęcie decyzji o zakupie wraz z wyborem towaru (ocena wariantów zaspokojenia potrzeby i jej kryteria, ustalenie czynników decydujących o wyborze towaru — znaczenie czynników ekonomicznych i pozaekonomicznych),
  - postępowanie konsumenta jako użytkownika środka konsumpcji (ustalenie miejsca zakupu i konsumpcji, ustalenie przyczyn i sposobów pozbywania się dobra),
  - ocena trafności decyzji i wymiany informacji (subiektywna ocena stopnia racjonalności decyzji, subiektywna ocena satysfakcji z zakupu, zakres wymiany informacji z uwzględnieniem podmiotów, którym przekazuje się informacje).

Zachowania konsumentów stanowią cykl procesu nabycia dobra, jego używania oraz wyzbycia się go. Obejmują one nie tylko działania fizyczne, ale również wszystkie operacje zachodzące w psychice w czasie dokonywania zakupu. Zachowania konsumentów tak naprawdę mają pokazywać postępowanie dążące do zaspokojenia ich pragnień. Dlatego też są przedstawiane jako usystematyzowany cykl reakcji na różne bodźce. Zachowania konsumentów zawierają wszystkie działania zarówno psychiczne, jak i fizyczne związane z nabywaniem dóbr, pozyskiwaniem, stosowaniem oraz konsumpcją, a także produkcją własną gospodarstw domowych, które pozwalają konsumentowi na osiągnięciu celów, a tym samym prowadzą do jego pełnego zadowolenia. Dla indywidualnych klientów zakładów ubezpieczeń najważniejszymi czynnikami decydującymi o ich zachowaniu są<sup>42</sup>.

- atrakcyjność wysokości składki ubezpieczeniowej (59,10%),
- znajomość marki ubezpieczeniowej (57,10%),
- konkurencja (43,20%),
- szeroka oferta usług ubezpieczeniowych (38%),

<sup>40</sup> R. D. Blackwel, P. W. Miniard, J. F. Engel, *Consumer Behavior*, Thomson South-Western, Chicago 2006, s. 4.

<sup>41</sup> E. Kieźel, *Koncepcyjno-metodyczne problemy badania racjonalności zachowań konsumentów*, Acta Universitatis Lodzensis, Folia Oeconomica, 179/2004, s. 163.

<sup>42</sup> B. Nowatorska-Romaniak, *Zachowania klientów...*, s. 141.

- zróżnicowanie kanałów dystrybucji (36%),
- informacja (24%),
- polityka społeczno-gospodarcza (7,8%),
- inne (1%).

Czynnikiem wpływającym najbardziej na korzystanie z usług ubezpieczeniowych jest wysokość składki ubezpieczeniowej. Następnie jest to znajomość marki ubezpieczeniowej (tylko 57,1% potrafiło wymienić nazwy powyżej sześciu firm ubezpieczeniowych działających na rynku polskim). Istotnym czynnikiem wpływającym na zachowania klientów indywidualnych jest wysoka konkurencja pomiędzy zakładami ubezpieczeń (43,2%), oraz szeroka oferta usług ubezpieczeniowych z możliwością dostosowania do potrzeb klienta (38%). Dużą rolę odgrywają też kanały dystrybucji (36%), czyli agent i broker ubezpieczeniowy, Internet, telefon, bank. Najbardziej skutecznym kanałem sprzedaży produktów ubezpieczeniowych okazali się agenci ubezpieczeniowi (tabela 2.4.1). Podobna struktura kanałów dystrybucji ubezpieczeń występowała też w latach 2017 i 2019.

Tabela 2.4.1.

Kanały dystrybucji ubezpieczeń w 2018 roku wg wartości zebranej składki przypisanej brutto

Lp.	Wyszczególnienie	Wartość zebranej składki przypisanej brutto (tys. zł)	
		Ubezpieczenia na życie	Pozostałe ubezpieczenia osobowe i majątkowe
1	Sprzedaż bezpośrednia	7 688 826	5 576 827
2	Agenci ubezpieczeniowi	13 166 221	27 317 154
3	Brokerzy ubezpieczeniowi	834 745	6 783 111
4	Inne kanały	12 702	533 378
5	Razem	21 702 493	40 210 470

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Komisja Nadzoru Finansowego, [www.knf.gov.pl/publikacje-i-opracowania/dane-statystyczne/rynek-ubezpieczeniowy](http://www.knf.gov.pl/publikacje-i-opracowania/dane-statystyczne/rynek-ubezpieczeniowy), data dostępu: 21/09/2020

W 2013 roku Komisja Nadzoru Finansowego zleciła agencji badawczej TNS Polska przeprowadzenie badań na temat: „Postawy społeczeństwa polskiego wobec ubezpieczeń”. Badanie wykonano w dniach 2–9 grudnia 2013 roku techniką wywiadu bezpośredniego CAPI na 1000-osobowej reprezentatywnej próbie mieszkańców kraju w wieku powyżej piętnastu lat. Wielotematyczny sondaż pozwolił na rozpoznanie zachowań konsumentów na rynku ubezpieczeniowym. Badane były m.in.<sup>43</sup>:

- powody korzystania i niekorzystania z ubezpieczeń,
- rodzaje ubezpieczeń najchętniej kupowane,
- rola i odpowiedzialność agenta ubezpieczeniowego w procesie zakupu ubezpieczenia,
- przebieg zakupu ubezpieczenia (zachowywanie się przed dokonaniem zakupu, miejsce zakupu, powód wyboru konkretnego ubezpieczyciela),

<sup>43</sup> TNS Polska, [www.tnsglobal.pl/archiwumraportow/postawy-spolczenstwa-polskiego-wobec-ubezpieczen](http://www.tnsglobal.pl/archiwumraportow/postawy-spolczenstwa-polskiego-wobec-ubezpieczen), data: 29/09/2014.

- satysfakcja z zakupionego rodzaju ubezpieczenia,
- czynniki na których najbardziej zależy ubezpieczonym w razie likwidacji szkody.

Tabela 2.4.2.

Powody korzystania z ubezpieczeń (%)

Lp.	Wyszczególnienie	Rodzaje ubezpieczeń				
		Majątkowe, domu lub mieszkania	AC samochodu	Indywidualne na życie	OC w życiu prywatnym	Grupowe na życie
1	Ochrona przed nieszczęśliwymi zdarzeniami	69	62	62	44	45
2	Obawa o siebie i bliskich	26	19	31	33	19
3	Obowiązek	8	12	12	17	29
4	Namowa agenta	9	7	9	10	3
5	Presja pracodawcy, szkoły, banku, itp	3	10	7	4	21

Źródło: opracowanie własne na podstawie „Postawy społeczeństwa polskiego wobec ubezpieczeń”, TNS 2013 (na zlecenie KNF)

Ochrona przed nieszczęśliwymi zdarzeniami jest najczęściej wskazywana we wszystkich wybieranych rodzajach ubezpieczeń (tabela 2.4.2). W ubezpieczeniach majątkowych w dalszej kolejności jest to obawa o siebie i bliskich, namowa agenta ubezpieczeniowego, obowiązek zawarcia umowy (dotyczy tylko ubezpieczenia budynków gospodarstwa rolnego), na końcu presja pracodawcy, szkoły, banku (w związku z np. kredytem hipotecznym). Z presją pracodawcy spotykają się konsumenci najczęściej w przypadku grupowego ubezpieczenia na życie. Jest to spowodowane m.in. zwolnieniem pracodawcy z obowiązku wypłacenia odprawy pośmiertnej w przypadku śmierci pracownika w pracy w sytuacji posiadania przez pracownika grupowego ubezpieczenia na życie. Pracodawca ma tylko obowiązek wypłacenia różnicy, jeśli odszkodowanie wypłacone przez ubezpieczyciela jest niższe niż należności obliczane stosownie do stażu pracy. Odprawa pośmiertna przysługuje również wówczas, jeśli zgon pracownika nastąpił już po rozwiązaniu stosunku pracy, ale w okresie kiedy pracownik pobierał zasiłek z tytułu niezdolności do pracy wskutek choroby. Zarówno odprawę pośmiertną, jak i pozostałe należności wypłaca się osobom uprawnionym. Z kolei jako obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia najczęściej konsumentów wskazuje na grupowe ubezpieczeniu na życie i na OC w życiu prywatnym, choć nie są to ubezpieczenia obowiązkowe. Na uwagę zasługuje również obawa o siebie i bliskich (33% wskazań) jako powód wykupywania OC w życiu prywatnym. Ubezpieczenie to chroni ubezpieczonego przed konsekwencjami szkód, które spowoduje innym osobom on i jego bliscy (dzieci, małżonek, partner życiowy — jeśli prowadzą wspólne gospodarstwo domowe), a także posiadane zwierzę domowe oraz osoby pomagające w domu. Szkody mogą mieć charakter rzeczowy lub osobowy. Można wykupić też tzw. klauzule dodatkowe, dzięki którym ubezpieczenie działa, jeśli:

- wyjeżdża się prywatnie na urlop poza Polskę,
- wynajmuje się od kogoś mieszkanie i niszczy się jego wyposażenie,
- pies rasy agresywnej należący do ubezpieczonego wyrządzi komuś szkodę,
- konie należące do ubezpieczonego wyrządzą komuś szkodę,
- zostanie wyrządzona szkoda przez ubezpieczonego z użyciem jego własnej broni.

W badaniu stwierdzono, że aż 30% respondentów nie odczuwa potrzeby korzystania z ubezpieczeń, a 40% nie korzysta z ubezpieczeń i nie planuje korzystania w najbliższej przyszłości (tabela 2.4.3). Bardzo też dużo badanych osób, bo aż 28%, uważa ceny ubezpieczeń za wysokie. Znamienne jest to, że często ani nie znają tych cen, ani nie potrafią wskazać przedziałów cenowych za dane ubezpieczenie. Czasami też odpowiedzią badanych było stwierdzenie, że mają inne ważniejsze wydatki (19%). Ponadto 7% respondentów wyraziło brak swego zaufania do zakładów ubezpieczeń, co ponownie oznacza, że zakłady ubezpieczeń mają jeszcze dużo do zrobienia w zakresie budowania więzi z klientami i podnoszenia ich zaufania do siebie. Nie jest to łatwe tym bardziej, że aż 10% badanych osób uważa, że nie opłaca się ubezpieczać, albo że nie widzą korzyści z ubezpieczania się. Dość duża grupa respondentów (6%) ma też złe doświadczenia wynikające z kontaktów z zakładem ubezpieczeń, choć nie oznacza to oczywiście winę tylko po stronie ubezpieczyciela.

Tabela 2.4.3.

Powody niekorzystania z ubezpieczeń (%)

Lp.	Wyszczególnienie	Odsetek
1	Nie mam takiej potrzeby	30
2	Ceny ubezpieczeń są za wysokie	28
3	Mam inne ważniejsze wydatki	19
4	Jestem za młody/stary	13
5	Nie znam się na ubezpieczeniach	10
6	Nie opłaca się ubezpieczać	10
7	Nie mam zaufania do ZU (Zakładu Ubezpieczeń)	7
8	Nie widzę korzyści z ubezpieczania się	6
9	Mam złe doświadczenia z ZU	5
10	Odstraszają niezrozumiałe umowy i OWU (Ogólne Warunki Ubezpieczenia)	3
11	Jest za dużo problemów z wypłatą odszkodowania/świadczenia	3
12	Jest zbyt duże ryzyko, że zakładu ubezpieczeń nie wypłaci	3
13	Nie wiem co trzeba zrobić, żeby się ubezpieczyć	2
14	Brak ofert odpowiadających moim potrzebom	2
15	Mam utrudniony dostęp do agentów	2
16	Zakład ubezpieczeń odmówił mi ubezpieczenia	1

Źródło: opracowanie własne na podstawie „Postawy społeczeństwa polskiego wobec ubezpieczeń”, TNS 2013 (na zlecenie KNF)

Spśród innych zgłaszanych powodów niekorzystania z ubezpieczeń warto podkreślić brak wiedzy o ubezpieczeniach (nie znam się na ubezpieczeniach) — 10% respondentów wskazało na ten brak. Taki wynik badania może nie dziwić w kontekście braku w programach nauczaniu nawet szkół średnich w Polsce elementarnej wiedzy o ubezpieczeniach, nie wspominając o szkołach podstawowych. Tymczasem w wielu krajach Europy Zachodniej właśnie szkoły podstawowe są pierwszym miejscem, gdzie uczniowie mogą dowiedzieć się o podstawach ubezpieczeń nie tylko gospodarczych, ale także społecznych. Już dawno wiadomo, że do wzrostu świadomości i wiedzy ubezpieczeniowej prowadzi odpowiednia edukacja. Niewłaściwe decyzje spowodowane zbyt małym zasobem wiedzy ubezpieczeniowej mogą prowadzić do niekorzystnych sytuacji ekonomicznych i społecznych jednostki oraz gospodarstw domowych, co wpływa na ograniczony rozwój rynku oraz prowadzi do wzrostu wydatków publicznych na świadczenia społeczne i pomoc państwa związaną z podjętymi przez obywateli nieodpowiednimi decyzjami finansowymi.

W badaniach wcześniej wspomnianych próbowano również rozpoznać różne zachowania konsumentów w procesie zakupu ubezpieczenia (tabela 2.4.4).

Tabela 2.4.4.

## Proces zakupu ubezpieczenia

Lp.	Przed dokonaniem zakupu	Miejsce zakupu (zależy od rodzaju ubezpieczenia)	Powody wyboru konkretnego ZU (zależą od rodzaju ubezpieczenia)
1	40% konsumentów nie zapoznało się z treścią umowy i OWU	34–63% konsumentów dokonuje zakupu w placówce	17–42% konsumentów dobrze zna ZU
2	53% uważa, że agent wszystko im wyjaśnił	16–34% konsumentów dokonuje zakupu w domu podczas spotkania z agentem ubezpieczeniowym	4–18% konsumentów kieruje się ceną ubezpieczenia
3	58% konsumentów interesowało się ofertami różnych ZU	3–11% konsumentów dokonuje zakupu w placówce multiagenta	3–17% wybiera ZU o stabilnej sytuacji finansowej
4	45% konsumentów podaje, że kontaktowali się z nimi agenci różnych ZU	0–5% konsumentów dokonuje zakupu przez Internet	1–11% konsumentów wybiera ZU dokonującego sprawną wypłatę odszkodowań/świadczeń
5	W przypadku ubezpieczenia ACi OC samochodu oraz OC w życiu prywatnym konsumenci najczęściej sami inicjowali kontakt z agentem, poszukiwali też sami ofert w różnych ZU	–	7–10% konsumentów wybiera ZU wykazującego troskę o klientów
6	–	–	2–7% konsumentów wybiera ZU z profesjonalną obsługą

Źródło: opracowanie własne na podstawie „Postawy społeczeństwa polskiego wobec ubezpieczeń”, TNS 2013 (na zlecenie KNF)

Przed dokonaniem zakupu usługi ubezpieczeniowej aż 40% klientów nie zapoznaje się z treścią umowy i ogólnymi warunkami ubezpieczenia (o.w.u.). Tymczasem większość konfliktów z ZU wynika właśnie z powodu nieprzeczytania lub niedostatecznie wnikliwie

zapoznania się z o.w.u. Jest to dokument, który uwzględnia wszystkie najważniejsze informacje dotyczące kupowanej polisy, czyli umowy ubezpieczeniowej zawieranej między ubezpieczycielem a klientem. Można w nim znaleźć tak ważne informacje, jak na przykład górna granica kosztów, jakie może pokryć ubezpieczyciel na podstawie polisy, jakie ryzyka ubezpieczeniowe są chronione w polisie, jakie są wyłączenia odpowiedzialności ZU. Przyjmuje się, że uważne zapoznanie się z dokumentem o.w.u. gwarantuje zadowolenie z zakupionej polisy. Tym bardziej, że może w tym pomóc agent ubezpieczeniowy, który aż 53% badanych konsumentom wszystko wyjaśnił (nie wykluczone, że w tym i również warunki zawarte w o.w.u., jeśli o takie wyjaśnienie konsumentci poprosili). Również wysoki odsetek badanych konsumentów, bo aż 58%, interesowało się ofertami różnych ZU przed podjęciem decyzji o zakupie ubezpieczenia. Jest to w tej chwili o tyle ułatwione, że można to robić poprzez wykorzystanie Internetu i nie wychodząc z domu. Jednocześnie jednak tylko około 5% klientów dokonuje zakupu ubezpieczenia przez internet. Najwięcej to robi w placówce ZU (34–63%) oraz podczas spotkania z agentem ubezpieczeniowym w domu (16–34%). Wśród powodów wyboru ZU konsumentci najczęściej podają znajomość już danego ZU (17–42%), następnie cenę ubezpieczenia (4–18%), oraz stabilną sytuację finansową ZU (3–17%).

Kolejne pytanie przeprowadzonego badania dotyczyło rodzaju najchętniej kupowanych ubezpieczeń.

Tabela 2.4.5.

Rodzaje ubezpieczeń najchętniej kupowane przez konsumentów

Lp.	Wyszczególnienie	Odsetek
1	Ubezpieczenia majątkowe samochodu (OC)	34
2	Ubezpieczenia na życie grupowe	24
3	Ubezpieczenie majątkowe domu/mieszkania	23
4	Ubezpieczenia na życie indywidualne	18
5	Ubezpieczenia majątkowe samochodu (AC)	7
6	Ubezpieczenia OC w życiu prywatnym	5
7	Ubezpieczenia OC działalności zawodowej	3
8	Zamierza zawrzeć polisę ubezpieczeniową w najbliższym kwartale	1

Źródło: opracowanie własne na podstawie „Postawy społeczeństwa polskiego wobec ubezpieczeń”, TNS 2013 (na zlecenie KNF)

Interesujący jest wynik dotyczący zakupu ubezpieczenia OC samochodu, gdyż jest to ubezpieczenia obowiązkowe i w Polsce tylko kilka procent nie wykupuje tego ubezpieczenia, a statystycznie co drugi Polak takie ubezpieczenie w 2019 roku posiadał, gdyż zawarto 19,5 mln takich polis. Badanie pokazało, że 66% Polaków niezbyt chętnie kupuje ubezpieczenie OC samochodowe, co w liczbach bezwzględnych stanowi 12,87 mln osób (przy założeniu że jedna osoba zakupiła jedną polisę). Nie jest to mało. Przebadano też m.in. rolę i odpowiedzialność agenta w procesie zakupu ubezpieczenia (tabela 2.4.6)

Tabela 2.4.6.

Proces zakupu ubezpieczenia – m.in. rola i odpowiedzialność agenta (%)

Lp.	Wyszczególnienie	Samodzielna decyzja wyboru TU, oferty i wariantu ubezpieczenia	Wybór wspólnie z agentem	Agent sam wybierał właściwy produkt
1	Ubezpieczenie na życie grupowe	26	16	58
2	Ubezpieczenie majątkowe samochodu (AC)	49	37	14
3	Ubezpieczenie majątkowe domu/mieszkania	50	33	17
4	Ubezpieczenie majątkowe samochodu (OC)	50	31	19
5	Ubezpieczenie na życie indywidualne	57	26	17
6	Ubezpieczenie OC w życiu prywatnym	58	25	17

Źródło: opracowanie własne na podstawie „Postawy społeczeństwa polskiego wobec ubezpieczeń”, TNS 2013 (na zlecenie KNF)

Agent ubezpieczeniowy odgrywał największą rolę przy wyborze ubezpieczenia grupowego na życie (58%) oraz przy wyborze ubezpieczeń majątkowych (19%) (tabela 2.4.6). Największy udział ubezpieczającego się klienta w samodzielnym wyborze ubezpieczenia dotyczył ubezpieczenia OC w życiu prywatnym (58%) oraz indywidualnego ubezpieczenia na życie (57%). Klient wspólnie z agentem ubezpieczeniowym wybierał najczęściej ubezpieczenia majątkowe samochodu AC (37%) i ubezpieczenia majątkowe domu/mieszkania (33%).

Niezwykle istotną rolę w ocenie satysfakcji klienta z tytułu posiadania ubezpieczenia odgrywa proces likwidacji szkody. Klienci oczekują szybkiej i pełnej rekompensaty za poniesione szkody. ZU oprócz zachowania wysokiego poziomu satysfakcji ze sposobu likwidacji szkód, starają się też obniżyć wskaźnik szkodowości brutto (definiowany jako stosunek odszkodowań i świadczeń wypłaconych brutto (plus zmiana stanu rezerw na niewypłacone odszkodowania i świadczenia brutto) do składki zarobionej brutto razy 100%), a także wartość jednej szkody. Coraz częściej też ZU starają się podnieść efektywność przeciwdziałania wyłudzeniom, gdyż przestępczość ubezpieczeniowa stale niestety rośnie i w efekcie ZU muszą wypłacać wielomiliardowe nieuzasadnione odszkodowania w związku z brakiem dostatecznego i pełnego wykrycia tego procederu. W wielu przypadkach niejasności okoliczności wypadku ubezpieczeniowego są interpretowane przez sądy powszechne na korzyść poszkodowanych, co łączy się z oczekiwaniami konsumentów w przypadku likwidacji szkody (tabela 2.4.7).



Tabela 2.4.7.

Oczekiwania konsumentów w związku z likwidacją szkody (%)

Lp.	Wyszczególnienie	Odsetek
1	Pewność otrzymania odszkodowania lub świadczenia	44
2	Szybkiej likwidacji, uzyskanie odszkodowania lub świadczenia	34
3	Wysokości odszkodowania i świadczenia	18
4	Milej obsługi w trakcie likwidacji szkody	3

Źródło: opracowanie własne na podstawie „Postawy społeczeństwa polskiego wobec ubezpieczeń”, TNS 2013 (na zlecenie KNF)

Okazało się, że konsumentom najbardziej zależy na pewności otrzymania odszkodowania lub świadczenia (44%), szybkiej likwidacji szkód i otrzymania kwoty odszkodowania lub świadczenia (34%), dopiero na trzecim miejscu jest wysokość odszkodowania lub świadczenia (18%) (tabela 2.4.7). Pewne znaczenie ma też miła obsługa w trakcie likwidacji szkody (3%). Warto przy okazji zauważyć, że ZU coraz chętniej stosują uproszczoną likwidację szkody ze względu na oszczędności. Odbywa się ona bez udziału rzeczoznawcy na miejscu szkody. Podstawą do wypłaty odszkodowania są zdjęcia uszkodzonego pojazdu/rzeczy, przesłane przez poszkodowanego drogą e-mailową. Ten uproszczony sposób likwidacji szkody chwala sobie też poszkodowani, wskazując na<sup>44</sup>:

- brak zbędnych formalności — nikt nie ma ochoty wypełniać skomplikowanych druków zgłoszenia szkody i wysyłać ich tradycyjną pocztą,
- oszczędność czasu — na wizytę rzeczoznawcy trzeba poświęcić czas (np. zwolnić się z pracy),
- szybkość likwidacji — dzięki szybszej decyzji poszkodowany może wcześniej zacząć naprawę samochodu,
- możliwość skorzystania z aplikacji w telefonie — wiele ZU udostępnia aplikację do zgłoszenia szkody i jej obsługi, nie trzeba więc korzystać z komputera.

Ostatnim badanym czynnikiem określającym postawę badanych osób wobec ubezpieczeń był poziom satysfakcji z posiadanego rodzaju ubezpieczenia. Satysfakcja klienta jest ważna z punktu widzenia celów każdego ZU, które wiążą się z dostarczaniem pożądanej satysfakcji klientom w sposób bardziej skuteczny niż konkurencja<sup>45</sup>. W warunkach coraz silniejszej konkurencji kluczowym problemem staje się utrzymanie pozyskanych już klientów.

Zaufanie do ZU oraz systematyczne powtarzane zakupy są wyrazem skuteczności działań podejmowanych przez dział marketingowy ZU. Miernikiem sukcesu stają się satysfakcja oraz lojalność nabywców. Satysfakcja jest odczuciem bardzo subiektywnym i zależy od cech osobowych nabywcy. Każdy klient inaczej ją odczuwa, inne ma wymagania oraz inaczej postrzega wartość produktu. Bliskoznacznymi pojęciami terminu „satysfakcja” są

<sup>44</sup> TNS Polska, [www.tnsglobal.pl/archiwumraportow/postawy-spolczenstwa-polskiego-wobec-ubezpieczen](http://www.tnsglobal.pl/archiwumraportow/postawy-spolczenstwa-polskiego-wobec-ubezpieczen), data: 29/09/2014.

<sup>45</sup> R. Haffer, *Satysfakcja konsumentów i jej pomiar*, [w:] S. Sudoł, J. Szymczak, M. Haffer (red.), *Marketingowe testowanie produktów*, PWE, Warszawa 2000, s. 283.

zadowolenie, przyjemność, zachwyt, szczęście, zaspokojenie potrzeby. W przypadku braku satysfakcji mówi się o niezadowoleniu, rozczarowaniu, frustracji, dysonansie, sprzeczności<sup>46</sup>.

Tabela 2.4.8.

Poziom satysfakcji konsumentów z rodzaju posiadanego ubezpieczenia

Lp.	Wyszczególnienie	Zakres ubezpieczenia spełnia oczekiwania badanych (%)
1	Ubezpieczenia majątkowe samochodu (AC)	96
2	Ubezpieczenie OC w życiu prywatnym	89
3	Ubezpieczenie majątkowe domu/mieszkania	91
4	Ubezpieczenia na życie indywidualne	88
5	Ubezpieczenie majątkowe samochodu OC	92
6	Ubezpieczenie na życie grupowe	82

Źródło: opracowanie własne na podstawie „Postawy społeczeństwa polskiego wobec ubezpieczeń”, TNS 2013 (na zlecenie KNF)

Największą satysfakcję z ubezpieczenia mieli posiadacze ubezpieczenia AC samochodu (96%) (tabela 2.4.8). Zadowolenie odnosiło się w tym przypadku do zakresu ubezpieczenia, elastyczności polisy, jakości usługi oraz ceny składki ubezpieczeniowej. Wysoką satysfakcją konsumenci wyrażali też w związku z posiadaniem ubezpieczenia OC samochodowe (92%) i ubezpieczenia domu lub mieszkania (91%). Niewiele niższy poziom satysfakcji konsumenci wyrażali w stosunku do posiadanego ubezpieczenia OC w życiu prywatnym (89%) i ubezpieczenia na życie indywidualne (88%), także poziom satysfakcji z posiadanego grupowego ubezpieczenia na życie należy uznać za wysoki (82%). Tak wysoki poziom satysfakcji z posiadanych ubezpieczeń ma wiele zalet z punktu widzenia ZU, a jedną z nich to rekomendacja zadowolonych klientów jako reklama bez ponoszenia kosztów. Badania dowodzą, że dopiero w pełni zadowoleni klienci będą stosowali pozytywną reklamę metodą „z-ust-do-ust”. Grupa 100 zadowolonych klientów pozyskuje przeciętnie poprzez reklamę „z-ust-do-ust” 30 nowych klientów. Nowi klienci natomiast informują do 8 dodatkowych osób, dzięki czemu powstają w odpowiednich warunkach nowe relacje z klientami<sup>47</sup>. Należy też jednak pamiętać, że zadowoleni klienci działają na korzyść firmy, ale nie są w stanie zrekompensować szkód poczynionych przez niezadowolonych klientów. Tym bardziej, że satysfakcja jest stanem względnym i ma często charakter transakcyjny, tzn. odnosi się do odczuć związanych z oceną transakcji i skutków nabycia danej usługi. Satysfakcja (zadowolenie) może łatwo przerodzić się w stan braku satysfakcji (niezadowolenia) w związku z zakupem kolejnej usługi. Dlatego ZU powinno stale monitorować poziom satysfakcji klientów z oferowanych usług, aby wcześniej wykrywać niepożądany spadek poziomu tej satysfakcji. Z drugiej strony satysfakcja wyraża skumulowane doświadczenia klienta doty-

<sup>46</sup> S. Kaczmarczyk, *Zastosowanie badań marketingowych. Zarządzanie marketingowe i otoczenie przedsiębiorstwa*, PWE, Warszawa 2007, s. 109.

<sup>47</sup> W. Schneider, *Kundenzufriedenheit. Strategie, Messung, Management*, Verlag Moderne Industrie, Landsberg 2000, s. 41.

często nabywanego dobra, wobec tego nie należy do końca traktować jej jako krótkotrwały stan zadowolenia, ale raczej jako całkowitą ocenę konsumpcji usługi ubezpieczeniowej w określonym czasie.

Satysfakcja klienta jest warunkiem koniecznym do osiągnięcia sukcesu przez firmę, ale sama w sobie nie jest jednak warunkiem wystarczającym. Ważny jest koszt uzyskania odpowiedniego poziomu satysfakcji klientów firmy. Kluczowymi bowiem czynnikami wpływającym na udział w rynku są — oprócz kosztów uzyskania satysfakcji klientów firmy — także koszty jakości i wydajność pracy. Koszty jakości to wszystkie koszty związane z tworzeniem jakości<sup>48</sup>, do których należą trzy podstawowe kategorie kosztów:

- koszty zgodności (koszty zapobiegania, koszty oceny),
- koszty niezgodności (koszty błędów wewnętrznych, koszty błędów zewnętrznych, koszty przekroczenia wymagań),
- koszty utraconych korzyści.

Koszty zgodności ujmują dwa elementy — zapobieganie i ocenę. Koszty zapobiegania (prewencji) są związane z czynnościami, które mają na celu niedopuszczenie do powstawania błędów. Szczególne miejsce zajmują tu programy mające uświadomić pracownikom, czym jest jakość i dlaczego ma ona tak ważne miejsce w zarządzaniu zakładem ubezpieczeń. Natomiast koszty oceny to koszty ponoszone w związku z określeniem zgodności ze standardami jakościowymi. Stanowią one około 20–25% ogólnych kosztów jakości. Największy udział w tych kosztach mają koszty błędów (65–70%), najmniejszy koszty zapobiegania (5–10%)<sup>49</sup>. Tak więc, aby procentowy udział kosztów błędów uległ zmniejszeniu, powinno się zwiększyć nakłady na prewencję obejmującą wszystkie etapy realizacji usługi — marketing, projektowanie, sprzedaż i jej realizację, itp. Im wcześniej w trakcie procesu powstawania i świadczenia usługi ubezpieczeniowej zostaną wykryte błędy, tym mniejszy będzie ogólny koszt nieprawidłowości<sup>50</sup>.

Obserwując zachowania klientów zakładów ubezpieczeń można stwierdzić, iż kierują się oni następującymi kryteriami oceny poziomu jakości świadczonych usług ubezpieczeniowych<sup>51</sup>:

- dostępność usługi ubezpieczeniowej,
- profesjonalizm pracowników zakładu ubezpieczeń,
- informacja o usłudze ubezpieczeniowej,
- kompetencja pracowników zakładu ubezpieczeń,
- elastyczność i czytelność,
- uprzejmość,
- solidność,
- odpowiedzialność,

<sup>48</sup> J. Bank, *Zarządzanie przez jakość*, Wydawnictwo Gebethner i S-ka, Warszawa 1996, s. 111.

<sup>49</sup> J. Bank, *Zarządzanie...*, s. 112.

<sup>50</sup> J. Iwko, *Koszty jakości...*, s. 89.

<sup>51</sup> J. W. Przybytniowski, *Metody badania jakości usług w procesie zarządzania rynkiem ubezpieczeń majątkowych*, WUJK Kielce, Kielce 2019, s. 52.

- bezpieczeństwo,
- rodzaj stosowanych środków materialnych,
- znajomość potrzeb nabywców,
- postawa,
- reputacja.

Oceniając wymienione kryteria z punktu widzenia zakładu ubezpieczeń można zauważyć wspólną cechę wielu tych kryteriów — dążenie do zadowolenie (satysfakcji) klienta z realizacji jego potrzeb, natomiast z punktu widzenia klienta — szczególną rolę tych czynników, które w sposób czytelny determinują pozytywny efekt funkcjonowania zakładu ubezpieczeń. W usługach bowiem w ogóle, w tym i w usługach ubezpieczeniowych, odchodzi się od jakości wewnętrznej (tzw. normatywnej) na rzecz jakości zewnętrznej, która jest utożsamiana z usługobiorcą. Opracowując politykę jakości, konstruowania oferty, czy tworzenia procedury obsługi klienta, winno się pamiętać nie tylko o ekonomicznym aspekcie tych działań, ale także, a może przede wszystkim, o aspekcie marketingowym, który jest obecny na wszystkich szczeblach zarządzania zakładem ubezpieczeń, co w efekcie znacznie przybliży potrzeby i oczekiwania klienta. Poziom jakości otrzymanej usługi ubezpieczeniowej jest rezultatem tego, co klient otrzymuje w wyniku interakcji zachodzących między nim a zakładem ubezpieczeń (ZU) — można to określić jako jakość techniczną, natomiast jak otrzymuje tę usługę — jako jakość funkcjonalną. I właśnie jakość funkcjonalna winna być zdecydowanie ważniejsza dla wszystkich ZU. Poziom tej jakości jest warunkowany poprzez<sup>52</sup>:

- kwalifikacje i zachowania personelu ZU,
- infrastrukturę i wyposażenie techniczne, które jest używane w procesie świadczenia danej usługi.

Uwzględniając proces zarządzania jakością usług ubezpieczeniowych, kluczowe jest właściwe poszukiwanie kompromisu między potrzebami klientów ZU a realizacją założonych planów ZU. Ten kompromis jest trudny, gdyż potrzeby klientów mają charakter dynamiczny, a to powoduje trudności w ich zdefiniowaniu. Dlatego pracownicy ZU muszą sami próbować określać determinanty odnoszące się do oczekiwań swoich klientów. Do najważniejszych można zaliczyć<sup>53</sup>:

- indywidualne potrzeby klienta,
- rolę jaką klient sam sobie wyznacza,
- doświadczenia własne klienta oraz osób trzecich,
- czynniki sytuacyjne,
- komunikaty od usługodawcy,
- wizerunek i wyposażenie ZU,
- opinia na temat ZU.

<sup>52</sup> J.W. Przybytniowski, *Usługa w działalności ubezpieczeniowej*, „Wiadomości ubezpieczeniowe” 2003, nr 9–10, s. 58–62.

<sup>53</sup> V. A. Zeithaml, M. J. Bitner, *Services Marketing*, McGraw-Hill, Newy York 1996, s. 91.

Oprócz oczywistych potrzeb indywidualnych klienta jego oczekiwania są kształtowane nie tylko przez własne doświadczenia, ale także przez doświadczenia osób trzecich. Ponadto ZU powinny przywiązywać wagę do komunikatów które kieruje do swoich klientów, gdyż jakość usługi ubezpieczeniowej decyduje o ich udziale w rynku. Tym bardziej, że klient ZU traktuje go jako profesjonalną jednostkę gospodarczą, co skutkuje bardzo wysokimi oczekiwaniami co do personelu — jego wiedzy, kwalifikacji, doświadczenia. Zatem klient powinien być traktowany przez ZU jako „długoterminowa inwestycja”, która zapewni mu wzrost jego wartości rynkowej.

O uczestnictwie Polaków w rynku ubezpieczeniowym świadczy też na przykład liczba polis przypadających na 1 mieszkańca. Średnia liczba polis na jednego mieszkańca UE wynosiła 5,87 w roku 2017<sup>54</sup>, czyli prawie trzykrotnie więcej niż w Polsce (tabela 2.4.9). Jeszcze gorzej przedstawiała się sytuacja w zakresie wielkości składki przypadającej na jednego mieszkańca (rysunek 2.4.1). Polska znalazła się na 21 miejscu spośród 28 krajów UE.

Tabela 2.4.9.

Liczba polis ubezpieczeniowych przypadająca na jednego mieszkańca Polski

Lp.	Wyszczególnienie	2019	2018	2017
1	Dział I	0,32	0,30	0,32
2	Dział II	1,67	1,60	1,57
3	Razem	1,99	1,90	1,89

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Komisja Nadzoru Finansowego, [www.knf.gov.pl/publikacje-i-opracowania/dane-statystyczne/rynek-ubezpieczeniowy](http://www.knf.gov.pl/publikacje-i-opracowania/dane-statystyczne/rynek-ubezpieczeniowy), data dostępu: 21/09/2020; Główny Urząd Statystyczny, [www.stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc](http://www.stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc), data dostępu: 21/09/2020

Miernikiem poziomu rozwoju rynku ubezpieczeniowego jest także relacja składki przypisanej brutto do produktu krajowego brutto, czyli wskaźnik penetracji ubezpieczeń. Średni wskaźnik dla krajów Unii Europejskiej w 2017 r. wyniósł 7,5%, z tego na ubezpieczenia life przypadało 4,4%, na ubezpieczenia non-life — 3,1%<sup>55</sup>. Najwyższy wskaźnik penetracji ogółem odnotowano w Wielkiej Brytanii w wysokości 12,1%, tam też osiągnięto najwyższy wskaźnik w dziale life (na życie).Wskaźnik penetracji ubezpieczeń ogółem dla Polski wyniósł w 2017 roku 3,1%, z tego na ubezpieczenia life (dział I) przypadało 1,3%, a na ubezpieczenia non-life (dział II) 1,8%. W Polsce — według raportu Gemius Polska<sup>56</sup> — wśród internautów najpopularniejsze są ubezpieczenia:

- komunikacyjne (49%),
- na życie (36%),

<sup>54</sup> Insurance Europe, [www.insuranceeurope.eu](http://www.insuranceeurope.eu), data dostępu: 10/05/2018.

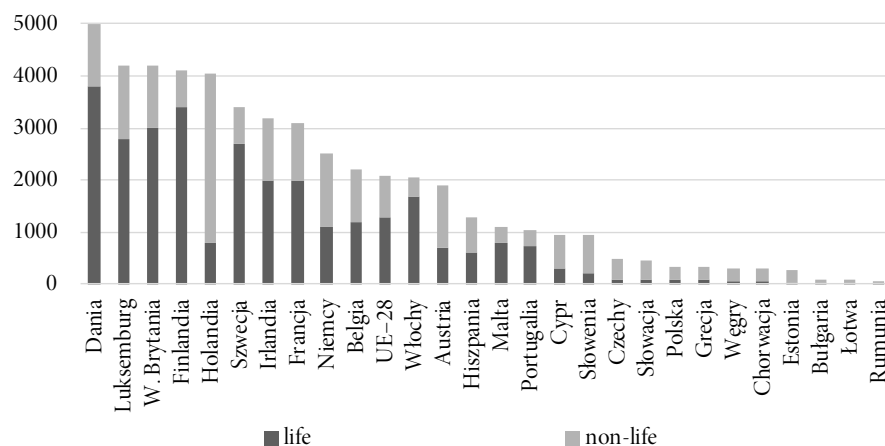
<sup>55</sup> Insurance Europe, [www.insuranceeurope.eu](http://www.insuranceeurope.eu), data: 10/05/2018.

<sup>56</sup> *Plany ubezpieczeniowe internautów*, Gemius Polska, grudzień 2011, [www.gemius.pl/wszystkie-artykuly/finanse](http://www.gemius.pl/wszystkie-artykuly/finanse), data dostępu: 30/09/2020

- mieszkań (29%),
- zdrowotne (29%).

Rysunek 2.4.1.

Składka brutto przypadająca na 1 mieszkańca krajów UE w roku 2017 (euro)



Źródło: Insurance Europe, www.insuranceeurope.eu, data dostępu: 10/05/2018

Okazuje się również, że odsetek korzystających z usług ubezpieczeniowych wzrasta wraz z wykształceniem klientów (tabela 2.4.10).

Tabela 2.4.10.

Korzystanie z produktów usług ubezpieczeniowych (% wskazań)

Lp.	Wykształcenie	Ubezpieczenie					
		Samochodu	Na życie	Mieszkania/ domu	Turystyczne	Prywatne medyczne	Na dożycie
1	Podstawowe/zawodowe	54	60	52	17	13	8
2	Średnie	76	77	76	38	24	15
3	Wyższe	81	77	75	58	26	21

Źródło: opracowanie własne na podstawie A. Dąbrowska (red.), *Ochrona konsumentów na wybranych rynkach usług*, PWE, Warszawa 2013, s. 54.

Konsumenci, wybierając zakład ubezpieczeń (ZU), kierują się różnymi kryteriami. Najważniejszymi czynnikami decydującymi o wyborze ZU dla konsumentów miejskich są<sup>57</sup>:

- renoma firmy (39%),
- cena usługi (35%),

<sup>57</sup> A. Dąbrowska (red.), *Ochrona konsumentów na wybranych rynkach usług*, PWE, Warszawa 2013, s. 55.

- jakość usługi (28%),
- łatwość kontaktu z pracownikami (25%),
- otwartość firmy na potrzeby klienta (20%),
- opinia znajomych, rodziny (11%),
- promocja (9%),
- rabaty, upusty, nagrody za lojalność (9%),
- lokalizacja (7%),
- możliwość zamówienia usługi on-line (5%),
- możliwość płatności on-line (4%).

Badania<sup>58</sup> wykazały też, że na renomę firmy ubezpieczeniowej jako ważne kryterium wyboru częściej wskazywały kobiety niż mężczyźni, a także osoby powyżej 46 lat, z wykształceniem podstawowym i wyższym, bezrobotni. Cena najbardziej istotna była dla mężczyzn, ludzi w wieku 45 lat, ale także dla osób z wyższym wykształceniem, pracowników najemnych i przedstawicieli kadry zarządzającej. Jakość usług częściej niż przeciętnie jako ważne kryterium deklarowali ludzie w wieku 46–55 lat, z wykształceniem wyższym, przedstawiciele kadry zarządzającej oraz renciści i emeryci. Do łatwości kontaktów z pracownikami częściej przywiązywały wagę kobiety, ludzie w wieku 36–45 lat, mający wyższe wykształcenie, status zawodowo nie miał większego znaczenia. Otwartość firm ubezpieczeniowych na potrzeby klienta oczekiwana była przez osoby w młodszym wieku (24–45 lat), legitymujące się wykształceniem podstawowym i zawodowym, a także przez pracowników najemnych. Opinią znajomych czy rodziny przy wyborze ubezpieczyciela kierowali się w zasadzie wszyscy respondenci wywodzący się z miast, ale w nieco większym stopniu niż inni — kobiety, ludzie młodzi do 35 lat i przedstawiciele kadry zarządzającej. Promocje, oraz rabaty, upusty i nagrody za lojalność silniej wpływają na decyzje o skorzystaniu z usług konkretnej firmy ubezpieczeniowej przede wszystkim w przypadku kobiet, osób w wieku 24–45 lat oraz pracowników najemnych. Pozostałe czynniki mają już o wiele mniejsze znaczenie i zróżnicowanie ich wyboru w różnych grupach konsumentów jest już dużo mniejsze.

Interesującym uzupełnieniem informacji o konsumencie na rynku ubezpieczeniowym i jego świadomości potrzeb i wymagań są wyniki badania przeprowadzonego przez firmę doradczą Ernst&Young w 2014 roku<sup>59</sup>. Badanie objęło 30 krajów świata (w tym 23 kraje należące do EMEiA — Europa (w tym Polska), oraz Turcja, Arabia Saudyjska, Indie, RPA. Przebadano w sumie 25000 respondentów, w tym w krajach EMEiA 11000, a w Polsce 500. Ankieta składała się z 50 bardzo szczegółowych pytań i dotyczyła m.in. zaufania do firm ubezpieczeniowych, zależności zaufania do sektora ubezpieczeniowego od wieku ankietowanych, powodów chęci zmiany ubezpieczyciela, częstości kontaktów ubezpieczycieli z klientami, roli obsługi szkód i świadczeń jako „kluczowego momentu prawdy dla ubezpieczycieli” (czyli oceny klientów dotyczących działalności ubezpieczycieli w wyniku oceny stosowanych przez nich wybranych procesów obsługi klienta), nowych metod kontaktu z klientami, nowych kanałów dystrybucji, itd.

<sup>58</sup> A. Dąbrowska (red.), ..., s. 56.

<sup>59</sup> *Światowe Badanie Klientów Usług Ubezpieczeniowych*, Ernst & Young, 2014, [w:] Polska Izba Ubezpieczeń, [www.piu.org.pl/swiatowe\\_badanie\\_klientow](http://www.piu.org.pl/swiatowe_badanie_klientow), data: 30/09/2020.

Tabela 2.4.11.

Poziom zaufania do różnych sektorów

Lp.	Wyszczególnienie	EMeIA (%)	Polska (%)
1	Supermarkety	84	69
2	Producenci samochodów	84	82
3	Sklepy on-line	80	71
4	Banki	75	75
5	Firmy farmaceutyczne	69	61
6	Firmy ubezpieczeniowe	68	62

Źródło: *Światowe Badanie Klientów Usług Ubezpieczeniowych*, Ernst & Young, 2014, [w:] Polska Izba Ubezpieczeń, [www.piu.org.pl/światowe\\_badanie\\_klientow](http://www.piu.org.pl/światowe_badanie_klientow), data: 30/09/2020

Sektor ubezpieczeniowy musi się zmierzyć z kryzysem zaufania. W Polsce tylko firmy farmaceutyczne mają nieznacznie niższy poziom zaufania klientów. W krajach EMeIA nawet banki mają wyższy poziom zaufania niż firmy ubezpieczeniowe, mimo kryzysu finansowego oraz krytykowanych praktyk rynkowych.

Tabela 2.4.12.

Zaufanie do sektora ubezpieczeniowego w zależności od wieku ankietowanych

Lp.	Wiek ankietowanych	Zaufanie do sektora ubezpieczeniowego (%)
1	18–24	39
2	25–34	55
3	35–49	66
4	50–64	68
5	65+	62

Źródło: *Światowe Badanie Klientów Usług Ubezpieczeniowych*, Ernst & Young, 2014, [w:] Polska Izba Ubezpieczeń, [www.piu.org.pl/światowe\\_badanie\\_klientow](http://www.piu.org.pl/światowe_badanie_klientow), data: 30/09/2020

Zaufanie do sektora ubezpieczeniowego rośnie wraz z wiekiem ankietowanych. Najniższe zaufanie do branży ubezpieczeniowej mają najmłodsi respondenci (18–24 lata) — zaledwie 39% z nich ufa firmom ubezpieczeniowym. Wraz z wiekiem zaufanie do sektora rośnie, co może wynikać z pozytywnych, przeszłych doświadczeń respondentów z firmami ubezpieczeniowymi. Ustalono też, że:

- nawet zadowoleni konsumenci wybierają tańszą ofertę,
- ubezpieczyciele mogą liczyć na poparcie swoich konsumentów (64% klientów chętnie rekomendowało swojego ubezpieczyciela przyjacielom i znajomym),
- popierający często odchodzą (24% konsumentów polecających swojego ubezpieczyciela zrezygnowało z polisy w ciągu ostatnich 18 miesięcy).



Tabela 2.4.13.

Poziom zaufania do firm ubezpieczeniowych w wybranych krajach (%)

Lp.	Kraj	Brak	Minimalne	Średnie	Pełne
1	Norwegia	3	17	72	9
2	Finlandia	2	17	66	14
3	Szwecja	3	20	63	14
4	Dania	1	27	64	8
5	EMEiA	6	26	50	18
6	Belgia	6	27	59	8
7	Francja	7	27	56	10
8	Polska	8	30	56	6
9	Holandia	9	31	54	7
10	Hiszpania	6	34	55	5
11	Włochy	8	37	47	8
12	Niemcy	10	36	48	6
13	Wielka Brytania	7	40	46	7
14	Irlandia	8	39	50	3

Źródło: *Światowe Badanie Klientów Usług Ubezpieczeniowych*, Ernst & Young, 2014, [w:] Polska Izba Ubezpieczeń, [www.piu.org.pl/światowe\\_badanie\\_klientow](http://www.piu.org.pl/światowe_badanie_klientow), data: 30/09/2020.

Poziom zaufania do sektora ubezpieczeniowego w Polsce jest nieco niższy niż średnia dla całego regionu EMEiA. Całkowite lub umiarkowane zaufanie deklaruje 62% respondentów.

Tabela 2.4.14.

Chęć zmiany ubezpieczyciela

Lp.	Chęć zmiany ubezpieczyciela	Ubezpieczenia na życie (%)	Ubezpieczenia majątkowe (%)
1	Wszystkie kraje w których wykonano badania (30)	20	25
2	EMEiA	18	26
3	Polska	17	27

Źródło: *Światowe Badanie Klientów Usług Ubezpieczeniowych*, Ernst & Young, 2014, [w:] Polska Izba Ubezpieczeń, [www.piu.org.pl/światowe\\_badanie\\_klientow](http://www.piu.org.pl/światowe_badanie_klientow), data: 30/09/2020.

Konsumenci usług ubezpieczeniowych w Polsce deklarują chęć zmiany na poziomie bardzo podobnym jak w krajach EMEiA. Deklarowana chęć zmiany ubezpieczyciela w ciągu 12 miesięcy jest różna w poszczególnych krajach Europy. Dla ubezpieczeń na życie poziom ten jest najniższy w Niemczech, krajach Beneluksu oraz w krajach skandynawskich i wynosi 5–16%. Skłonność do zmiany ubezpieczyciela jest zazwyczaj wyższa w przypadku ubezpieczeń majątkowych ze względu na większą konkurencję cenową oraz łatwiejszy do-

stęp do informacji. Ciekawą obserwacją z badania jest fakt, że o wiele więcej konsumentów faktycznie zmienia ubezpieczyciela niż wyraża zamiar zmiany. W innych sektorach jest za-  
zwyczaj odwrotnie — więcej osób deklaruje chęć zmiany niż rzeczywiście zmienia dostawcę  
usług.

Tabela 2.4.15.

Powody rekomendacji firm ubezpieczeniowych

Lp.	Wyszczególnienie	EMEiA		Polska	
		Ubezpieczenia majątkowe (%)	Ubezpieczenia na życie (%)	Ubezpieczenia majątkowe (%)	Ubezpieczenia na życie (%)
1	Zakres ochrony	51	54	62	66
2	Cena do jakości	62	53	66	53
3	Jakość obsługi	49	49	47	45
4	Reputacja firmy	37	40	42	40
5	Poziom zaufania do firmy	32	38	25	26
6	Sposób traktowania klienta	42	39	42	40
7	Jakość komunikacji	28	30	28	30
8	Adekwatność otrzymanej informacji	25	28	10	13
9	Jakość obsługi szkód/świadzeń	40	36	45	49
10	Inne	12	25	30	33

Źródło: *Światowe Badanie Klientów Usług Ubezpieczeniowych*, Ernst & Young, 2014, [w:] Polska Izba Ubezpieczeń, [www.piu.org.pl/światowe\\_badanie\\_klientow](http://www.piu.org.pl/światowe_badanie_klientow), data: 30/09/2020

Zakres ochrony oraz stosunek ceny do jakości są najczęściej wymienianymi powodami rekomendacji. Polacy chętnie dzielą się swoimi przemyśleniami na temat ubezpieczycieli oraz doceniają wiele elementów ich oferty. Porównując listę powodów rekomendacji z powodami zmiany ubezpieczyciela można wnioskować, że konsumenci kierują się przede wszystkim racjonalną analizą, w której najważniejszą rolę odgrywa stosunek ceny do oferowanej usługi. Ustalono także, iż:

- firmy ubezpieczeniowe tak rzadko kontaktują się z konsumentami, że każdy kontakt staje się „momentem prawdy” (oceny działalności zakładów ubezpieczeń poprzez wybrane procesy obsługi klienta),
- 34% konsumentów nie inicjowało żadnego kontaktu z ubezpieczycielem w ciągu ostatnich 12 miesięcy,
- 77% konsumentów, którzy doświadczyli „momentu prawdy”, oceniają go pozytywnie,
- kontakt z ubezpieczycielem jest często utrudniony dla konsumentów, mimo że stanowi możliwość dodatkowej sprzedaży.

Tabela 2.4.16.

Rozkład skłonności do rekomendacji oraz poziom retencji polis

Lp.	Poziom	Skłonność do rekomendacji (%)	Poziom retencji polis (18 miesięcy) (%)
EMEiA			
1	Bardzo wysoki	30	70
2	Wysoki	35	70
3	Średni	15	70
4	Niski	4	30
5	Bardzo niski	4	30
Polska			
6	Bardzo wysoki	25	80
7	Wysoki	40	75
8	Średni	27	60
9	Niski	5	55
10	Bardzo niski	5	27

Źródło: *Światowe Badanie Klientów Usług Ubezpieczeniowych*, Ernst & Young, 2014, [w:] Polska Izba Ubezpieczeń, [www.piu.org.pl/swiatowe\\_badanie\\_klientow](http://www.piu.org.pl/swiatowe_badanie_klientow), data: 30/09/2020

Nawet konsumenci, którzy są skłonni do rekomendacji ubezpieczyciela, decydują się na zmianę. Konsumenci, którzy odchodzą, nie robią tego wyłącznie z powodu negatywnych opinii o ubezpieczycielu. Konsumenci rekomendują firmę ubezpieczeniową w związku z zakresem ochrony oraz jakością obsługi, ale odchodzą przede wszystkim ze względu na cenę. Inwestycje w jakość relacji opłacają się, ponieważ zwiększają retencję klientów. Praktyka pokazuje, że prawie 70% transakcji zwieranych jest dopiero po pięciu próbach sprzedaży. Wynika to z faktu, iż klienci chętniej dokonują zakupu, gdy darzą handlowca sympatią<sup>60</sup>. Ta sympatia powinna być budowana poprzez odpowiednią atmosferę już w trakcie pierwszego spotkania agenta ubezpieczeniowego z klientem. Nazywa się to budowaniem relacji i jest kluczem skutecznej sprzedaży.

Cena jest głównym powodem zmiany ubezpieczyciela. Konsumenci decydują się na zmianę także ze względu na zakres ochrony i jakość obsługi oraz częstotliwość i zasadność komunikacji wzajemnej. W przypadku Polski cena i zakres ubezpieczenia są zdecydowanie najważniejszymi powodami, dla których konsumenci zmieniają firmę ubezpieczeniową. Inaczej niż w innych krajach, w Polsce częstotliwość kontaktu nie ma istotnego wpływu na decyzje o zmianie ubezpieczyciela przez konsumenta.

<sup>60</sup> [www.oferteo.pl/akademia/jak\\_czesto\\_kontaktowac\\_sie\\_z\\_klientem](http://www.oferteo.pl/akademia/jak_czesto_kontaktowac_sie_z_klientem), data: 1/10/2020

Tabela 2.4.17.

Powody zmiany ubezpieczyciela w ciągu ostatnich 12 miesięcy

Lp.	Wyszczególnienie	EMEiA		Polska	
		Ubezpieczenia majątkowe (%)	Ubezpieczenia na życie (%)	Ubezpieczenia majątkowe (%)	Ubezpieczenia na życie (%)
1	Cena	70	72	60	70
2	Zakres ochrony	55	60	30	48
3	Jakość obsługi	35	32	20	27
4	Częstość kontaktu	25	29	10	–
5	Pocenie przez brokera, przyjaciół	29	27	23	20
6	Korzyści związane z lojalnością	20	23	10	14
7	Reputacja marki	20	18	5	14
8	Research (badania)	25	16	10	20
9	Jakość obsługi szkód/świadczeń	15	11	18	–
10	Brak powiązania warunków polisy z sytuacją życiową	5	10	12	17
11	Inne	5	5	3	7

Źródło: Światowe Badanie Klientów Usług Ubezpieczeniowych, Ernst &Young, 2014, [w:] Polska Izba Ubezpieczeń, [www.piu.org.pl/światowe\\_badanie\\_klientow](http://www.piu.org.pl/światowe_badanie_klientow), data: 30/09/2020

Tabela 2.4.18.

Poziom zadowolenia klientów jako wynik doświadczenia przez ubezpieczycieli „momentu prawdy”

Lp.	Wyszczególnienie	EMEiA		Polska	
		Ubezpieczenia majątkowe (%)	Ubezpieczenia na życie (%)	Ubezpieczenia majątkowe (%)	Ubezpieczenia na życie (%)
1	Związane z aktualną polisą	50	52	42	40
2	Związane z likwidacją szkody/wypłatą świadczenia	15	11	10	14
3	Pozyskanie informacji o potencjalnie nowej polisie	32	33	48	45
4	Inny powód	3	4	0	1

Źródło: Światowe Badanie Klientów Usług Ubezpieczeniowych, Ernst &Young, 2014, [w:] Polska Izba Ubezpieczeń, [www.piu.org.pl/światowe\\_badanie\\_klientow](http://www.piu.org.pl/światowe_badanie_klientow), data: 30/09/2020

Badanie nie potwierdziło dużej roli obsługi szkód i świadczeń jako kluczowego „momentu prawdy” dla ubezpieczycieli.

Tabela 2.4.19.  
Preferowana częstotliwość kontaktów

Lp.	Częstotliwość kontaktów	Oferty specjalne	Informacje ogólne	Informacje dotyczące polisy	Informacje finansowe
Ubezpieczenia na życie (%)					
1	Raz w miesiącu	20	13	8	8
2	Raz na kwartał	34	26	22	21
3	Raz na pół roku	13	18	18	15
4	Raz w roku	20	18	42	43
5	Rzadziej niż raz w roku	2	10	6	6
6	Nigdy	11	15	4	7
Ubezpieczenia majątkowe (%)					
7	Raz w miesiącu	15	11	6	8
8	Raz na kwartał	20	24	18	18
9	Raz na pół roku	27	15	18	21
10	Raz w roku	21	23	45	34
11	Rzadziej niż raz w roku	8	12	10	13
12	Nigdy	9	15	2	6

Źródło: Światowe Badanie Klientów Usług Ubezpieczeniowych, Ernst &Young, 2014, [w:] Polska Izba Ubezpieczeń, [www.piu.org.pl/swiatowe\\_badanie\\_klientow](http://www.piu.org.pl/swiatowe_badanie_klientow), data: 30/09/2020

Personalizacja komunikacji powinna być odpowiedzią na różne oczekiwania dotyczące częstotliwości kontaktów. Oczekiwania te zależą od tematu, jak i ubezpieczeń, których dotyczy. Dostosowanie komunikacji do oczekiwań poszczególnych konsumentów może być sposobem na wzrost satysfakcji przy tak niejednorodnym i konkurencyjnym rynku.

Ustalono także, że<sup>61</sup>:

1. ubezpieczyciele mają tak mało kontaktów z konsumentami, że większość z tych kontaktów wpływa znacząco na opinię konsumentów,
2. 68% konsumentów w krajach EMEiA inicjowało kontakt dotyczący polisy w ciągu ostatnich 18 miesięcy, w Polsce było ich 66%,
3. 57% konsumentów w krajach EMEiA deklarowało zmianę opinii na temat firmy ubezpieczeniowej pod wpływem bezpośredniego kontaktu w ciągu 18 miesięcy w przypadku ubezpieczenia na życie i 58% w przypadku ubezpieczenia majątkowego,
4. 45% konsumentów w Polsce deklarowało zmianę opinii na temat firmy ubezpieczeniowej pod wpływem bezpośredniego kontaktu w ciągu 18 miesięcy w przypadku ubezpieczenia na życie i 48% w przypadku ubezpieczenia majątkowego,

<sup>61</sup> Światowe Badanie Klientów Usług Ubezpieczeniowych, Ernst &Young, 2014, [w:] Polska Izba Ubezpieczeń, [www.piu.org.pl/swiatowe\\_badanie\\_klientow](http://www.piu.org.pl/swiatowe_badanie_klientow), data: 30/09/2020.

5. jedna trzecia konsumentów nie inicjowała żadnego kontaktu z ubezpieczycielem w ciągu ostatnich 18 miesięcy, dla konsumentów, którzy inicjowali kontakt z ubezpieczycielem, aż 70% interakcji stanowiło jednocześnie moment prawdy wpływający na zmianę opinii,
6. konsumenci oczekują częstszej komunikacji ze strony ubezpieczyciela dostosowanej do ich potrzeb,
7. tylko 7% konsumentów jest bardzo usatysfakcjonowanych aktualną komunikacją z ubezpieczycielem,
8. 56% konsumentów chciałoby, żeby ubezpieczyciel kontaktował się z nimi co najmniej raz na pół roku, 25% konsumentów to ci, z którymi ubezpieczyciel kontaktuje się co najmniej raz na pół roku,
9. obecna i preferowana częstotliwość kontaktu dotyczącego posiadanej polisy w przypadku ubezpieczeń na życie:
  - obecna częstotliwość kontaktu: 17% (częściej niż raz w roku), 49% (raz w roku), 17% (rzadziej niż raz w roku), 17% (nigdy),
  - preferowana częstotliwość kontaktu: 48% (częściej niż raz w roku), 42% (raz w roku), 6% (rzadziej niż raz w roku), 4% (nigdy),
10. obecna i preferowana częstotliwość kontaktu dotyczącego posiadanej polisy w przypadku ubezpieczeń majątkowych:
  - obecna częstotliwość kontaktu: 16% (częściej niż raz w roku), 67% (raz w roku), 8% (rzadziej niż raz w roku), 9% (nigdy),
  - preferowana częstotliwość kontaktu: 43% (częściej niż raz w roku), 45% (raz w roku), 10% (rzadziej niż raz w roku), 2% (nigdy),
11. blisko połowa konsumentów posiadających polisę oczekuje kontaktu ze strony ubezpieczyciela częściej niż raz w roku,
12. obecna i preferowana częstotliwość kontaktu dotyczącego promocji i ofert specjalnych w przypadku ubezpieczeń na życie:
  - obecna częstotliwość kontaktu: 46% (częściej niż raz w roku), 14% (raz w roku), 10% (rzadziej niż raz w roku), 30% (nigdy),
  - preferowana częstotliwość kontaktu: 67% (częściej niż raz w roku), 20% (raz w roku), 2% (rzadziej niż raz w roku), 11% (nigdy).
13. obecna i preferowana częstotliwość kontaktu dotyczącego promocji i ofert specjalnych w przypadku ubezpieczeń majątkowych:
  - obecna częstotliwość kontaktu: 41% (częściej niż raz w roku), 22% (raz w roku), 7% (rzadziej niż raz w roku), 30% (nigdy).
  - preferowana częstotliwość kontaktu: 62% (częściej niż raz w roku), 21% (raz w roku), 8% (rzadziej niż raz w roku), 9% (nigdy),
14. 62–67% konsumentów oczekuje kontaktu dotyczącego promocji i ofert specjalnych ze strony ubezpieczyciela częściej niż raz w roku.

W prezentowanym badaniu ustalono także metody kontaktu z ubezpieczycielem stosowane przez konsumentów<sup>62</sup>:

1. Ubezpieczenia na życie:
  - kontakt osobisty: 54%,
  - telefon: 24%,
  - poczta tradycyjna: 3%,
  - email: 9%,
  - strona internetowa: 9%,
  - aplikacje mobilne: 0%.
2. Ubezpieczenia majątkowe:
  - kontakt osobisty: 54%,
  - telefon: 19%,
  - poczta tradycyjna: 1%,
  - email: 5%,
  - strona internetowa: 21%,
  - aplikacje mobilne: 0%

Wraz z rozwojem cyfryzacji firmy ubezpieczeniowe powinny przeformułować swoje strategie dystrybucji i zarządzania relacjami z konsumentów. Konsumenti cały czas stosują tradycyjne formy kontaktu z ubezpieczycielami. Osobiście nawiązywana była ponad połowa kontaktów, zaś kontakty telefoniczne w 24% interakcji dla ubezpieczeń na życie oraz 19% dla ubezpieczeń majątkowych. Oczekiwana przez konsumentów częstotliwość kontaktów zależy od tematu oraz produktu (polisy). Ustalono także, iż<sup>63</sup> różnica pomiędzy oczekiwaną przez konsumentów metodą kontaktu a metodami stosowanymi przez ubezpieczyciela wynosi:

1. w przypadku ubezpieczeń na życie:
  - kontakt osobisty: –34%,
  - telefon: –10%,
  - poczta tradycyjna: –2%,
  - email: 32%,
  - aplikacje mobilne: 8%
2. w przypadku ubezpieczeń majątkowych:
  - kontakt osobisty: –9%,
  - telefon: –6%,
  - poczta tradycyjna: –3%,

---

<sup>62</sup> Światowe Badanie Klientów Usług Ubezpieczeniowych, Ernst &Young, 2014, [w:] Polska Izba Ubezpieczeń, [www.piu.org.pl/swiatowe\\_badanie\\_klientow](http://www.piu.org.pl/swiatowe_badanie_klientow), data: 30/09/2020.

<sup>63</sup> Światowe Badanie Klientów Usług Ubezpieczeniowych, Ernst &Young, 2014, [w:] Polska Izba Ubezpieczeń, [www.piu.org.pl/swiatowe\\_badanie\\_klientow](http://www.piu.org.pl/swiatowe_badanie_klientow), data: 30/09/2020.

- email: 28%,
- aplikacje mobilne: 10%

Konsumenci oczekują e-maili zamiast kontaktów osobistych. Zauważalny jest zdecydowany niedobór kontaktów drogą elektroniczną względem preferencji klientów. Klienci chcieliby, aby kontaktowano się z nimi częściej przede wszystkim drogą e-mailową (32% i 28% — odpowiednio dla ubezpieczeń na życie i ubezpieczeń majątkowych) oraz za pośrednictwem aplikacji mobilnych (8% i 10%). Poprzez wdrożenie nowoczesnych rozwiązań cyfrowych ubezpieczyciele mogą zwiększyć częstotliwość kontaktów z konsumentami oraz nawiązać bezpośrednie relacje, a jednocześnie obniżyć koszty operacyjne związane z obsługą bezpośrednią.

Podsumowując wyniki badania firmy doradczej Ernst & Young z 2014 roku dotyczące zachowania klientów/konsumentów usług ubezpieczeniowych na wybranych 30 krajowych rynkach ubezpieczeniowych świata, można stwierdzić, że<sup>64</sup>:

- sektor ubezpieczeniowy musi się zmierzyć z kryzysem zaufania,
- prawdopodobieństwo zmiany ubezpieczyciela jest stosunkowo wysokie, także wśród konsumentów, którzy rekomendują swojego ubezpieczyciela,
- nawet zadowoleni konsumenci często wybierają tańszą ofertę,
- firmy ubezpieczeniowe tak rzadko kontaktują się z konsumentami, że prawie każdy kontakt staje się momentem prawdy dla ubezpieczycieli,
- konsumenci oczekują częstszej komunikacji dostosowanej do ich potrzeb,
- wraz z rozwojem cyfryzacji firmy ubezpieczeniowe powinny zmieniać strategię dystrybucji i zarządzania relacjami z klientami/konsumentami,
- klienci coraz lepiej wiedzą, czego oczekują, a także jakie są oferowane produkty,
- wymagania klientów rosną,
- firmy ubezpieczeniowe coraz częściej wykorzystują cyfrowe kanały komunikacji,
- aplikacje mobilne są wdrażane przez coraz większą liczbę firm ubezpieczeniowych,
- ubezpieczyciele częściej kontaktują się z konsumentami, ale oczekiwania klientów w tym zakresie cały czas nie są spełnione,
- retencja klientów jest coraz niższa.

Podstawową wartością dla konsumenta w przypadku ubezpieczenia pozostaje zawsze ochrona ubezpieczeniowa i to właśnie w znacznej mierze za nią właśnie klient będzie skłonny zapłacić. Ochronę ubezpieczeniową traktowaną w kategoriach niematerialnych uważać należy za główną korzyść — użyteczność usług ubezpieczeniowych. Dodatkowymi korzyściami są korzyści finansowe, osobiste, etyczne i społeczne. Związane są one nie tylko z zapewnieniem własnego bezpieczeństwa klienta, ale także zabezpieczeniem rodziny. Po określeniu zakresu potrzeb ubezpieczeniowych klienta następuje poszukiwanie i ocena możliwości zaspokojenia tych potrzeb. Poszukiwanie oparte jest na dotychczasowym doświadczeniu i na pozyskiwaniu informacji. Wpływ informacji na zachowanie klientów na rynku ubezpieczeniowym uwidacznia się w całokształcie podejmowanych przez nich

<sup>64</sup> Światowe Badanie Klientów Usług Ubezpieczeniowych, Ernst & Young, 2014, [w:] Polska Izba Ubezpieczeń, [www.piu.org.pl/swiatowe\\_badanie\\_klientow](http://www.piu.org.pl/swiatowe_badanie_klientow), data: 30/09/2020.



decyzji. Źródłami informacji ubezpieczeniowych są znajomi, rodzina, agent lub broker ubezpieczeniowy, pracownicy firmy ubezpieczeniowej, prasa, telewizja, radio i internet. Na zakres wykorzystywania informacji największy wpływ ma płeć, wiek oraz wykonywany zawód klienta. Internet jest podstawowym źródłem informacji w podejmowaniu decyzji ubezpieczeniowych dla menedżerów, kierowników, pracowników umysłowych i studentów. Dla pracowników prowadzących własną działalność gospodarczą i wykonujących wolny zawód istotnymi źródłami informacji są agent i broker ubezpieczeniowy. Informacje pozyskanie od nich i bezpośrednio od pracowników ubezpieczycieli mają największy wpływ na zachowania wszystkich klientów, dlatego oczekują oni częstszych kontaktów z nimi. Obecnie preferowaną przez konsumentów metodą kontaktów stają się emaile oraz aplikacje mobilne, jednakże pośrednicy ubezpieczeniowi oraz ubezpieczyciele nadal preferują kontakty osobiste oraz telefon, dlatego stale rośnie różnica pomiędzy tymi oczekiwanymi przez konsumentów a preferowanymi przez ubezpieczycieli metodami kontaktów. Im szybciej ubezpieczyciele zmniejsza tę różnicę, tym lepsze będą ich wyniki.

## Rozdział 3. Ubezpieczenia na życie i inne rozwiązania emerytalne w ramach trzeciego filaru

### 3.1. Świadomość emerytalna jako instrument indywidualnej zapobiegliwości o przyszłość emerytalną

Świadomość emerytalna to „zespół elementów wiedzy na temat funkcjonowania urządzeń ubezpieczenia emerytalnego, dający podstawę dokonywania celowych wyborów wpływających na jakość przyszłości emerytalnej”<sup>1</sup>. Każdy uczestnik systemu emerytalnego winien angażować się w proces gromadzenia oszczędności emerytalnych, gdyż daje to szansę utrzymanie standardu życia w okresie emerytalnym. Tym bardziej, że zmiany jakie zachodzą w strukturze wieku ludności powodują, iż zwiększa się liczba pobierających świadczenie emerytalne, a jednocześnie zmniejsza się liczba osób płacących składki. Na przykład w roku 1990 na 100 osób w wieku produkcyjnym (18–60/65 lat) przypadały w Polsce 34 osoby w wieku poprodukcyjnym (60/65 lat). Biorąc pod uwagę wskaźnik obciążenia demograficznego, liczony jako stosunek liczby osób w wieku poprodukcyjnym do liczby osób w wieku produkcyjnym (i wyrażonym w procentach), wskaźnik ten wyniósł 34%. Zdecydowanie wyższy był on już w roku 2019, gdyż wyniósł 57%<sup>2</sup>. Jeśli zaś przyjąć statystykę Eurostatu, który podaje wartość wskaźnika obciążenia demograficznego dla poszczególnych krajów UE (wskaźnik ten jest jednak nieco inaczej definiowany, gdyż jest to stosunek liczby osób w wieku poprodukcyjnym – czyli powyżej 65 lat, do liczby osób w wieku produkcyjnym – czyli w wieku 15–64 lata, a więc zakres lat jest przez GUS w Polsce inaczej określany), to

---

<sup>1</sup> A. Klimkiewicz, *Znaczenie świadomości w ubezpieczeniu emerytalnym*, [w:] F. Chybalski, I. Stanić (red.), *10 lat reformy emerytalnej w Polsce. Efekty, szanse, perspektywy i zagrożenia*, WPL, Łódź 2009, s. 92–93.

<sup>2</sup> Główny Urząd Statystyczny, [www.stat.gov.pl/ludnosc/struktura\\_ludnosci/liczba\\_osob\\_w\\_wieku\\_poprodukcyjnym\\_i\\_produkcyjnym](http://www.stat.gov.pl/ludnosc/struktura_ludnosci/liczba_osob_w_wieku_poprodukcyjnym_i_produkcyjnym), data: 19/10/2020.

wskaźnik ten dla Polski w roku 2019 wyniósł 24,2%<sup>3</sup> (w roku 2010 wskaźnik ten był na poziomie 19%). Jest to co prawda lepiej niż średnio w UE (29,9%), ale znacznie gorzej niż w takich krajach UE jak Luksemburg (20,5%), Irlandia (20,7%), czy Słowacja (21,5%), z kolei lepiej niż na przykład we Włoszech (34,8%), Grecji (33,6%), Finlandii (33,2%), Portugalii (32,5%), czy Niemczech (32,4). Wskaźnik obciążenia demograficznego w Unii Europejskiej rośnie konsekwentnie od wielu lat. Jeszcze dwadzieścia lat temu na jedną osobę powyżej 65 roku życia przypadało ok. pięć osób w wieku produkcyjnym (20%). Dziesięć lat później było to już 24%, a dziś jest zbliżony do 33%. Również w Polsce w ciągu 20 lat wskaźnik ten stale pogarszał się, gdyż w roku 2000 wynosił ok. 16%, w 2010 ok. 20%, a w 2019 25%. Od roku 2007 można zauważyć szybki wzrost liczby osób w wieku nieprodukcyjnym w Polsce i jednocześnie szybki spadek liczby osób w wieku produkcyjnym. W takiej sytuacji można mówić o procesie starzenia się społeczeństwa. Aby móc zastąpić lukę pojawiającą się w zasobach siły roboczej, współczynnik dzietności (definiowany jako przeciętna liczba dzieci, które urodziłaby kobieta w ciągu całego okresu rozrodczego (15–49 lat) powinien kształtować się w przedziale 2.10–2.15, co zapewnia tzw. prostą zastępowalność pokoleń. O ile jeszcze w latach 80. i 90. XX wieku współczynnik ten wahał się w przedziale 1.8–2.2 (choć już z tendencją malejącą), tak w ostatnich latach jego wartość oscyluje w granicach już tylko 1.20–1.40. Im dłużej dzietność utrzymuje się na niskim poziomie, tym mniejsza szansa na zwiększenie się jej poziomu. Wywierają na to wpływ trzy komponenty<sup>4</sup>:

- demograficzny — mniejsza dzietność oznacza mniejszą liczbę urodzonych dzieci, co z kolei prowadzi do zmniejszenia się odsetka młodych ludzi w populacji. Następstwem tego jest zwiększenie świadczeń socjalnych na osób w starszym wieku, pogorszenie sytuacji ekonomicznej osób młodych i w rezultacie utrzymywanie się dzietności na niskim poziomie,
- socjologiczny — niska dzietność sprawia, że jest coraz więcej rodzin z niewielką liczbą dzieci, a to prowadzi do zmiany wzorca idealnej rodziny w odniesieniu do liczby dzieci oraz zwiększania przyszłych aspiracji konsumpcyjnych, gdyż decydujący wpływ na aspiracje ekonomiczne mają warunki, w jakich jednostka się wychowała — w mniejszych rodzinach z reguły są te warunki lepsze,
- ekonomiczny — gdy rosną aspiracje ekonomiczne, część potencjalnych rodziców nie decyduje się na poniesienie kosztów posiadania dzieci bądź odkłada je na późniejszy termin.

Nowa sytuacja demograficzna wynika także z wydłużania przeciętnego trwania życia ludzkiego będącego wynikiem następujących czynników:

- obserwowanego od 1992 roku spadku natężenia zgonów z powodu chorób, wypadków, urazów, zatrucia, itd.,
- spadku umieralności niemowląt (trend obserwowany w całym powojennym okresie),
- pozytywnych zmian w zachowaniach prozdrowotnych ludności,

<sup>3</sup> Business Insider, [www.businessinsider.com.pl/wiadomości/liczba-osob-w-wieku-produkcyjnym-w-polsce](http://www.businessinsider.com.pl/wiadomości/liczba-osob-w-wieku-produkcyjnym-w-polsce), data: 19/10/2020.

<sup>4</sup> Główny Urząd Statystyczny, *Prognoza ludności na lata 2014–2050*, Warszawa, GUS, s. 53.

- coraz większego dostępu do nowoczesnych usług medycznych oraz coraz lepszych usług opiekuńczych,
- większej powszechności badań profilaktycznych,
- korzystnych zmian w poziomie wykształcenia — osoby z wyższym wykształceniem mają większą świadomość konieczności dbania o swoje zdrowie, a tym samym żyją dłużej niż osoby mniej wykształcone,
- zwiększanie się liczby skutecznych i bezpiecznych leków umożliwiających powstrzymanie lub spowalnianie rozwoju wielu chorób.

Z uwagi na fakt, iż średnia długość życia wzrasta, rządy w Polsce mogą zachęcać osoby w wieku poprodukcyjnym do podjęcia pracy, lub do przedłużania pracy po osiągnięciu wieku emerytalnego, mogą też podnosić wiek emerytalny. Co więcej, wydłużanie się przeciętnego trwania życia ludzkiego oznacza, że dłuższy jest też okres pobierania świadczeń emerytalnych, a więc przy danych zasobach kapitałowych zebranych przez emerytów w formie składek emerytalnych, średnia wartość tych emerytur będzie spadała, gdyż zebrany kapitał będzie dzielony na dłuższe okresy wypłacania/pobierania tych emerytur. Zgodnie z przewidywaniami GUS na przestrzeni lat będzie postępował proces starzenia się społeczeństwa polskiego. Długookresowe prognozy pokazują, że do 2050 roku znacznie wzrośnie odsetek osób powyżej 80 roku życia. W roku 2013 osoby te stanowiły niecałe 4% ogółu ludności, w roku 2050 może to być 10,4%, a mężczyźni w tymże roku mogą żyć przeciętnie 83 lata, kobiety 88,4<sup>5</sup>. Z punktu widzenia systemu emerytalnego wydłużanie się przeciętnego trwania życia ludzkiego powoduje wzrost liczby świadczeniobiorców, a tym samym pobieranych świadczeń emerytalnych. Może to doprowadzić system emerytalny do niewydolności, tak jak to się stało w wielu krajach, np. w Japonii, gdzie wskaźnik obciążenia demograficznego wynosi prawie 1:2, a sam system jest ogromnie zadłużony i na skraju bankructwa, a funkcjonuje tylko dlatego, że uzyskuje corocznie ogromne wsparcie z budżetu państwa (całkowite wydatki na emerytury Japończyków przekroczyły w 2019 roku 10% PKB). W celu zachowania stabilności publicznego systemu emerytalnego w Polsce, konieczne jest jego uzupełnienie o część prywatną, a więc upowszechnienie idei uczestnictwa w III filarze systemu emerytalnego. Należy więc przede wszystkim stale prowadzić kampanie informacyjne, które pomogą zmienić sposób myślenia Polaków oraz uświadomić im potrzebę gromadzenia dodatkowych środków na emeryturę. Nie jest to zadanie łatwe, gdyż jak pokazują badania, pomimo systematycznego wzrostu przeciętnego wynagrodzenia w Polsce, oszczędności gospodarstw domowych wciąż utrzymują się na bardzo niskim poziomie<sup>6</sup>. W roku 2019 aż 33% Polaków nie miało żadnych oszczędności, 10% miało odłożonych jedną pensję, a 23–24% mniej niż 2–3 miesięczne pensje. Oszczędności pozwalające przetrwać 1 rok miało tylko 17% Polaków. Badania pokazały również, że ponad połowa Polaków (53%) wszystkie swoje dochody przeznaczają na bieżące potrzeby. Wśród tej grupy najczęściej są osoby młode (w wieku 18–25 lat) oraz osoby starsze w wieku 40–60 lat. Aż 86% badanych nie odkłada dodatkowych pieniędzy na swoją emeryturę, a głównym powodem jest brak wolnych środków finansowych (62% wskazań), ważniejsze bieżące cele (36%), pań-

<sup>5</sup> Główny Urząd Statystyczny, *Prognoza ludności na lata 2014–2050*, Warszawa, GUS, s. 164.

<sup>6</sup> Business Insider, [www.businessinsider.com.pl/twoje-pieniadze/oszczednosci-Polakow](http://www.businessinsider.com.pl/twoje-pieniadze/oszczednosci-Polakow), data: 19/10/2020.

stwo powinno się troszczyć o ich przyszłe emerytury (25%). Tylko 9% respondentów wierzy, że emerytury pochodzące ze składek na ZUS będą wystarczające do zapewnienia właściwych warunków życia po osiągnięciu wieku emerytalnego. Na pytanie badawcze o produkty finansowe, które umożliwiają oszczędzanie w III filarze, znaczna część stwierdziła, że nie zna tego typu produktów (86%). Spośród instytucji finansowych, którym najchętniej powierzyliby swoje oszczędności, respondenci wskazali przede wszystkim bank (51%), następnie nikomu (26%), towarzystwu funduszy inwestycyjnych (7%), zakładowi ubezpieczeń (5%), ZUS-owi (2%). Co czwarty Polak nie powierzyłby swoich oszczędności żadnej instytucji finansowej, co świadczy o bardzo niskim do nich zaufaniu. Instytucją, której najmniej chętniej Polacy przekazaliby swoje pieniądze, jest ZUS.

Jednym z czynników wpływających na brak zaufania do instytucji finansowych oraz oferowanych przez nich produktów jest niski poziom wiedzy ekonomicznej Polaków. Aż 37% respondentów w badaniu ZUS<sup>7</sup> twierdzi, że nie ma żadnej wiedzy o produktach emerytalnych, lub że ich to nie interesuje, a 34% uważa, że ma jedynie podstawową wiedzę w tym zakresie. Ważne jest przynajmniej to, że 21% badanych przyznaje, że chciałaby wiedzieć więcej na ten temat. Wiedzę swą na ten temat najchętniej chcieliby pozyskiwać z telewizji (43%), następnie z internetu (38%), znacznie rzadziej z gazet, ulotek, broszur (16%). Nieliczni ankietowani wskazywali na kursy, szkolenia (9%) oraz audycje radiowe (6%). Niestety aż 18% respondentów stwierdziło, że nie potrzebuje dodatkowej wiedzy na temat możliwości oszczędzania z myślą o emeryturze. Skoro telewizja jest wskazywana najczęściej jako miejsce pozyskiwania wiedzy o finansowych produktach emerytalnych, państwo musi ją wykorzystywać znacznie częściej i w szerszym zakresie dla rozbudzenia świadomości emerytalnej obywateli. Brak jest obecnie nie tylko szerszej akcji edukacyjnej związanej z wprowadzaniem kolejnej reformy emerytalnej (m.in. likwidacja OFE), ale także silniejszych bodźców finansowych — głównie podatkowych — zachęcających ubezpieczonych do korzystania z dobrowolnych form oszczędzania. Słaba znajomość rozwiązań wprowadzanych w systemie emerytalnym przekłada się na niskie zainteresowanie zasadami funkcjonowania nowej części systemu emerytalnego, czyli PPK, a także produktami oferowanymi już w ramach III filaru i niedostatecznej umiejętności planowania wieloletniej i zróżnicowanej ochrony ubezpieczeniowej. Tym bardziej, że niewielu Polaków zdaje sobie sprawę z likwidacji części socjalnej z formuły obliczania emerytury, co czyni ją istotnym czynnikiem bardziej ekwiwalentnej formuły wymiaru świadczenia, która kształtuje stopień zabezpieczenia materialnego emerytów. Ta formuła wymiaru świadczenia może być oparta o jedną z dwóch zasad — według potrzeb (solidarności społecznej) albo według pracy (uzyskiwanych wcześniej zarobków). Pierwsza z nich ma na celu zagwarantowanie pewnego minimum dochodów, w związku z czym emerytury są ukształtowane na jednolitym poziomie. W drugim przypadku emerytura powinna pozostawać w relacji do osiągniętego w czasie zatrudnienia poziomu życia, lub przynajmniej chronić przed znacznym pogorszeniem warunków bytu i stopy życiowej. Jest to określane przez tzw. indywidualną stopę zastąpienia, która jest relacją wysokości pierwszego świadczenia emerytalnego do kwoty ostatniego wynagrodzenia otrzymywanego przed realizacją praw emerytalnych. Im wyższa jest wartość tego wskaźnika, tym jest łatwiej zachować standard życia na emeryturze zbliżony do osiąganego w czasie aktywności zawodowej.

<sup>7</sup> Główny Urząd Statystyczny, *Prognoza ludności na lata 2014–2050*, Warszawa, GUS, s. 166.

W wyniku procesu starzenia się społeczeństw pojawiły się problemy z dostarczaniem przez ZUS środków emerytalnych w dotychczasowej wysokości. W rezultacie podjęto działania ustawodawcze dostosowujące wymiar świadczeń do nowych wyzwań, m.in. rosnącej długości życia i związanym z nią wydłużającym się okresem pobierania emerytur. Przyjęto w wielu krajach, w tym i w Polsce, ubezpieczeniową zasadę ekwiwalentności w systemie emerytalnym, która wyraża się ściślejszą zależnością wysokości otrzymywanej emerytury od wielkości opłaconych składek na ubezpieczenie emerytalne. Ryzyko zmian przeciętnego trwania życia jest ponoszone głównie przez beneficjentów systemu emerytalnego działającego w oparciu o zasadę zdefiniowanej składki, czyli że wysokość otrzymywanego świadczenia uzależniona jest od wysokości wnoszonej do systemu składki i poziomu stopy zwrotu z inwestycji. Każdy ubezpieczony finansuje własną emeryturę, której wysokość ma ścisły związek z wysokością środków włożonych do systemu w postaci składek (w przeciwieństwie do systemu zdefiniowanego świadczenia, w którym wysokość otrzymywanego świadczenia emerytalnego nie jest powiązana bezpośrednio z wysokością wpłaconych do systemu składek, ale jest określona w przepisach). Im dłużej składki są wnoszone do systemu emerytalnego, tym wyższe świadczenie otrzyma przyszły emeryt. Dlatego też w wielu krajach jest podwyższany wiek emerytalny, a nie obniżany jak to się stało w Polsce. Na przykład w Niemczech wiek emerytalny jest podwyższany od roku 2012 o jeden miesiąc każdego roku i w roku 2035 będzie wynosił 67 lat dla kobiet i mężczyzn<sup>8</sup>. Do otrzymania emerytury w tym kraju konieczne jest wykazanie się 60-miesięcznym stażem opłacania składek (w tym składek z co najmniej 12 miesięcznego okresu pracy). Przesunięcie w czasie przejścia na emeryturę powoduje jej wzrost o 0,5% za każdy miesiąc przypadający po ukończeniu 65 roku życia. Uzyskiwanie wynagrodzenia za pracę z tytułu kontynuowania zatrudnienia nie powoduje zawieszenia uprawnień do świadczeń emerytalnych, a to oznacza, że emeryci mają prawo dorabiania do swoich świadczeń. Wysokość świadczenia emerytalnego uzależniona jest od wysokości składek na ubezpieczenie i stażu pracy. Wiek emerytalny został też wydłużony w Wielkiej Brytanii i zwiększa się stopniowo każdego roku aż do roku 2046, kiedy to będzie wynosił 68 lat dla kobiet i mężczyzn<sup>9</sup>. Również w innych krajach wydłużany jest wiek emerytalny, choć jednocześnie stwarza się możliwość wcześniejszego przejścia na emeryturę z pomniejszeniem wysokości tej emerytury, na przykład w Szwecji, USA, czy Norwegii<sup>10</sup> (tu dodatkowo, oprócz ukończenia 67 lat, trzeba mieszkać w tym kraju ponad 40 lat po ukończeniu 16 roku życia).

W dłuższej perspektywie zaniechanie działań związanych z wydłużaniem wieku emerytalnego może doprowadzić do zachwiania stabilności finansowej systemu emerytalnego i zwiększenia niemałych już dopłat do tej części finansów publicznych. Oczywiście pożądana jest polityka zmniejszania wysokości świadczeń emerytalnych przez korektę formuły tych świadczeń, zaostrożenia warunków uzyskania uprawnień emerytalnych, czy też zmniejszania dopłat do systemu emerytalnego, co przyczyni się do stabilizacji lub obniżenia dyna-

<sup>8</sup> *Emerytura w Niemczech — wiek, wysokość i minimalna emerytura*, [www.monito.com/pl/emerytura-w-niemczech](http://www.monito.com/pl/emerytura-w-niemczech), data: 16/10/2020.

<sup>9</sup> *Ile lat trzeba pracować, aby otrzymać emeryturę w Wielkiej Brytanii?*, [www.wielkabrytaniaonline.co.uk/wiadomości](http://www.wielkabrytaniaonline.co.uk/wiadomości), data: 16/10/2020.

<sup>10</sup> *Emerytura w Norwegii*, [www.unityline.pl/praca-w-norwegii](http://www.unityline.pl/praca-w-norwegii), data: 16/10/2020.

miki wzrostu kosztów systemów emerytalnych. Tym bardziej, że taka polityka nie będzie stwarzała zachęty do wczesnego opuszczania rynku pracy, ponadto perspektywa uzyskiwania niższych świadczeń z części publicznej systemu emerytalnego może spowodować wzrost skłonności do dodatkowego oszczędzania.

Konstrukcja zreformowanego systemu emerytalnego w Polsce została oparta na trzech niezależnych filarach. I filar to tzw. część repartycyjna polskiego systemu emerytalnego. Ten element systemu emerytalnego jest państwowy. Środki w I filarze nie są inwestowane — są przeznaczane na bieżące wypłaty z ZUS, natomiast składki są ewidencjonowane na indywidualnych kontach, co będzie wykorzystane w procesie obliczania przyszłej emerytury. Nie jest możliwe dziedziczenie zgromadzonych składek. Do I filaru trafiają środki w wysokości 12,22 proc. podstawy składki. Drugi filar to obowiązkowa część kapitałowa systemu emerytalnego obejmująca Otwarte Fundusze Emerytalne (OFE) (zostaną jednak zlikwidowane w roku 2021), które są zarządzane przez prywatne podmioty — Powszechne Towarzystwa Emerytalne. Oszczędzanie w II filarze podobnie, jak w I filarze, jest obowiązkowe (dla osób urodzonych po 31 grudnia 1948 r.). Można wybrać dowolny fundusz spośród działających na rynku, można go także zmienić na inny. Środki w II filarze są inwestowane, podlegają dziedziczeniu. Do II filaru trafiały początkowo środki w wysokości 7,3 proc. podstawy składki. Od połowy 2011 r. wysokość składki do OFE została zmniejszona. Obecnie wynosi 2,92% (docelowo miało być 3,5%) i jest przekazywana do OFE za pośrednictwem ZUS. Ten filar miał być zlikwidowany z dniem 31 grudnia 2019 roku, potem datę przesunięto na dzień 31 maja 2020 roku, obecnie planuje się na dzień 31 maja 2021 roku, co oznacza, że od 1 czerwca 2021 roku pieniądze z OFE trafią na Indywidualne Konta Emerytalne (IKE) lub na indywidualne konto w ZUS. Jeśli trafią do IKE to stanie się to bez żadnego wniosku i wizyty w urzędzie. Będzie też pobrana opłata przekształceniowa w wysokości 15%, która zasili budżet państwa, czyli na przykład z kwoty 10 tys. zł zebranej w OFE trafi do IKE 8,5 tys. zł, a do budżetu państwa 1,5 tys. zł. Środki przekazane do IKE będą w całości prywatne, a to oznacza, że będą mogły być dziedziczone. Jeśli uczestnik OFE wybierze drugi wariant, czyli złoży deklarację przeniesienia środków z OFE na indywidualne konto w ZUS, opłata przekształceniowa nie zostanie pobrana, będzie trzeba jednak opłacić podatek dochodowy w momencie, gdy środki będą wypłacane wraz z emeryturą. Może to być 17 proc. lub 32 proc. (dla osób znajdujących się w II progu podatkowym). Ponadto pieniądze przekazane z OFE do ZUS, w przeciwieństwie do tych, które trafią do IKE, nie będą podlegały dziedziczeniu. Środki zgromadzone w IKE będą mogły być wypłacone przez oszczędzającego lub spadkobierców w całości bądź w częściach bez dodatkowych opłat czy podatków. Co ważne, możliwe to będzie dopiero po osiągnięciu wieku emerytalnego. Stąd właśnie „zwrot pieniędzy”, o których mówią politycy, jest znacznie odsunięty w czasie. Środków zgromadzonych w ZUS wypłacić nie będzie można. Różnica jest jednak jeszcze jedna — środki przekazane na Indywidualne Konta Emerytalne są inwestowane. A to oznacza, że jak każda inwestycja podlegają ryzyku. Do OFE należy obecnie 14,8 mln Polaków, którzy zgromadzili w nich 134 mld zł (na tyle są wyceniane wszystkie aktywa w jego funduszach). Średnio na jednego uczestnika OFE przypada 8,4 tys. zł, więc po zlikwidowaniu OFE w ręce większości Polaków wróci — choć nie bezpośrednio na konto — średnio około 7,10 tys. zł, a reszta zasili Skarb Państwa jako opłata przekształceniowa. Każdy więc Polak — uczestnik OFE — zasili budżet państwa kwotą około 1,3 tys. zł. Polski system emerytalny zawiera też III filar,

na który składają się indywidualne programy emerytalne. Ten filar jest całkowicie dobrowolny, a wysokość emerytury z tej części systemu emerytalnego będzie zależała od wielkości kwot do niego wpłaconych oraz zysku wypracowanego przez zarządzających OFE, czyli Powszechne Towarzystwa Emerytalne (PTE). Trzeci filar tworzą Pracownicze Programy Emerytalne (PPE), Indywidualne Konta Emerytalne (IKE), Indywidualne Konta Zabezpieczenia Emerytalnego (IKZE), ubezpieczenia na życie, lokaty bankowe, uczestnictwo w funduszach inwestycyjnych. Nową formą w ramach III filaru systemu emerytalnego w Polsce są Pracownicze Plany Kapitałowe (PPK), czyli powszechne i dobrowolne programy oszczędnościowo-inwestycyjne, umożliwiające gromadzenie środków dla pracowników przez pracodawcę, państwo oraz samych pracowników. Dla większości pracodawców jest to program obligatoryjny — pracodawcy w określonych przez Ustawę terminach mają obowiązek podpisać Umowę o zarządzanie z instytucją finansową. Dla pracowników program PPK jest programem dobrowolnym — pracownicy pomiędzy 18 a 55 rokiem życia są zapisywani automatycznie (o ile wcześniej nie złożyli deklaracji rezygnacji) z możliwością zrezygnowania i wznowienia uczestnictwa w dowolnym momencie. Środki zgromadzone w programie są prywatne i w pełni dziedziczone.

Polski system emerytalny jest reformowany od wielu lat. Oprócz wprowadzenia w jego skład trzech filarów, nałożono też obowiązki na podmioty działające w obligatoryjnej części systemu, dotyczące ustalania i przesyłania informacji o zasobności prowadzonych przez nich kont i rachunków ubezpieczonych. Można to interpretować jako działanie systemowe na rzecz rozwoju świadomości ubezpieczeniowej. Przedmiotem obowiązków ZUS oraz OFE (dopóki nie zostaną zlikwidowane) jest dostarczanie informacji o stanie konta i subkonta ubezpieczonego w ZUS oraz o rachunku w OFE. Pozwala to uczestnikom systemu emerytalnego na bieżąco monitorować prawidłowość ewidencjonowanych składek oraz uzyskiwać wiedzę na temat hipotetycznej wysokości przyszłych świadczeń. Można też wówczas ocenić różnicę pomiędzy potrzebami w okresie emerytalnym a poziomem świadczeń, jakie będą oni otrzymywać w wieku emerytalnym. Tę różnicę określa się luką emerytalną. Jest to więc wielkość środków, które winny być zgromadzone we własnym zakresie. Czynnikiem wspierającym indywidualną zapobiegliwość o przyszłą emeryturę jest możliwość zapewnienia sobie dodatkowego dochodu niezależnego od systemów publicznych. Musi więc wystąpić dywersyfikacja dochodów w okresie emerytalnym, a więc oprócz emerytury bazowej z I i II filaru, a po reformie tylko I filaru, muszą też płynąć środki z dotychczasowego III filaru systemu emerytalnego, uzupełnionego po reformie o PPK. Uczestnictwo ubezpieczonego w III filarze, oferującym cały zestaw dość zróżnicowanych form oszczędzania (PPE, IKE, IKZE, ubezpieczenia na życie, PPK (po reformie), i inne) stanowi najbardziej wyraźny przejaw jego aktywności i zapobiegliwości w staraniach o wyższe dochody na starość. Niestety, z uwagi na brak przymusowości uczestnictwa w III filarze systemu emerytalnego, jego znaczenie ciągle jest niewielkie w procesie zapewnienia odpowiedniego poziomu dochodów przyszłych emerytów. To uczestnictwo w III filarze jest też ważne dlatego, że jak się ocenia, ludzie potrzebują 70% swoich dochodów przed przejściem na emeryturę<sup>11</sup>. Tymczasem prognozy UE przewidują spadek relacji przeciętnej emerytury do średniego wynagrodzenia w gospodarce UE z obecnych 46% do 31% w 2060 roku. W Polsce wskaźnik ten w roku

<sup>11</sup> Aviva, [www.aviva.pl/emerytury/okrelenie\\_luki\\_emerytalnej\\_w\\_Europie](http://www.aviva.pl/emerytury/okrelenie_luki_emerytalnej_w_Europie), data: 28/04/2011.



2019 wyniósł 56,4%, w roku 2050 może spaść do 28,7%, a w roku 2060 do 24,6%<sup>12</sup>. Oznacza to, że przyszli beneficjenci systemu emerytalnego w Polsce muszą we własnym zakresie i w coraz większym stopniu uzupełniać różnicę między pożądanym poziomem świadczenia a realnie możliwym do osiągnięcia w ramach podstawowego systemu emerytalnego. Im wcześniej przyszli emeryci zaczną oszczędzać środki na okres emerytalny, tym więcej tych środków zgromadzą i tym samym zmniejszą swoją lukę emerytalną.

Motywy i sposoby gromadzenia oszczędności są różne, począwszy od tworzenia bieżących rezerw finansowych (płynna gotówka na nagłe wydatki) po długoterminowe inwestycje (w tym o celu emerytalnym). Niezależnie od posiadanego dochodu zachowania oszczędnościowe ludzi są determinowane przede wszystkim ich podejściem do ryzyka, możliwościami finansowymi, oraz ich indywidualnymi cechami osobowościowymi. W roku 2013 zakład ubezpieczeń Aegon zbadał stopień „gotowości emerytalnej” pośród mieszkańców 13 wybranych krajów świata, konstruując tzw. indeks ARRI (ang. *Aegon Retirement Readiness Index*) (pol. Indeks gotowości emerytalnej wg AEGON)<sup>13</sup>. Indeks ten został stworzony z uwzględnieniem następujących badanych kryteriów:

- poczucia osobistej odpowiedzialności za zapewnienie odpowiedniego dochodu na okres starości,
- stopnia świadomości potrzeby planowania emerytalnego,
- umiejętności i zrozumienia podstawowych zagadnień finansowych,
- stopnia opracowania planu oszczędzania na emeryturę,
- przygotowania finansowego na okres starości,
- szacowaną stopę zastąpienia dochodu przez emeryturę.

Wartość tego indeksu jest oceniana w skali 1–10, a respondenci są grupowani na trzech poziomach odpowiedzi: wysokim (powyżej 8), średnim (od 5 do 8), i niskim (poniżej 5). Niski poziom indeksu gotowości emerytalnej oznacza słabe przygotowanie finansowe na okres starości, a wysoki świadczy o odpowiednim kierunku działań do zapewnienia komfortowej sytuacji na emeryturze. W roku 2013 globalna wartość indeksu ARRI państw biorących udział w badaniu wyniosła 4,89 (w roku 2012 indeks ten osiągnął wartość 5,15). Wyniki badań pokazały, że w żadnym z analizowanych państw indeks ARRI nie przekroczył poziomu określanego jako wysoki (powyżej 8), co oznacza, że ich społeczeństwa nie są w stopniu najwyższym (bardzo dobrym) przygotowane na okres starości. Spośród badanych państw najbardziej przygotowani (choć wartość indeksu przekroczyła tylko 5 punktów) są mieszkańcy Niemiec (5,48), Chin (5,41), Kanady (5,24) i USA (5,19), mniej przygotowani (wartość indeksu 4,88–4,73) są mieszkańcy Holandii, Anglii, Szwecji, Francji i Węgier, najmniej zaś mieszkańcy Polski, Hiszpanii i Japonii (wartość indeksu 4,40–4,30). Sytuacja społeczeństwa Polskiego przedstawia się jeszcze zdecydowanie najmniej korzystnie, gdy weźmie się pod uwagę osobistą pewność respondentów co do życia na emeryturze na poziomie jaki uważają za komfortowy. W przypadku respondentów z Polski uzyskano następujące wyniki: zupełnie niepewny (54%), trochę niepewny (24%), trochę pewny (10%), raczej pewny (10%), bardzo pewny (1%), trudno powiedzieć (1%). Najlepsze wyniki uzyskali respondenci z Chin:

<sup>12</sup> Nationale Nederlanden, [www.nn.pl/blog/2019/stopa-zastapienia](http://www.nn.pl/blog/2019/stopa-zastapienia), data: 20/10/2020.

<sup>13</sup> Aegon, [www.aegon.pl/raport-gotowosci-emerytalnej-polakow](http://www.aegon.pl/raport-gotowosci-emerytalnej-polakow), data: 20/10/2020.

zupełnie niepewny (3%), trochę niepewny (17%), trochę pewny (35%), raczej pewny (36%), bardzo pewny (8%), trudno powiedzieć (1%), Niemiec: zupełnie niepewny (10%), trochę niepewny (31%), trochę pewny (42%), raczej pewny (11%), bardzo pewny (3%), trudno powiedzieć (3%), oraz Kanady: zupełnie niepewny (11%), trochę niepewny (22%), trochę pewny (42%), raczej pewny (17%), bardzo pewny (5%), trudno powiedzieć (3%). Polacy, razem z Hiszpanami i Japończykami, najgorzej wypadają pod względem ich stosunku do oszczędzania na emeryturę. Tylko 24% Polaków zawsze odkłada jakieś środki na emeryturę, 18% robi to okazjonalnie, 11% nie oszczędza obecnie na emeryturę, ale robiło to w przeszłości, 36% nie oszczędza na emeryturę, ale zamierza to zrobić, 10% nigdy nie oszczędzało na emeryturę i nie zamierza tego zrobić. Jeszcze gorsze wyniki uzyskali mieszkańcy Japonii i Hiszpanii, na przykład w Japonii tylko 23% mieszkańców zawsze odkłada jakieś środki na emeryturę, w Hiszpanii 19%, z kolei w Japonii 7% nie oszczędza obecnie na emeryturę, ale robiło to przeszłości, w Hiszpanii odsetek ten wynosił 17%. Główną przyczyną braku systematycznego oszczędzania na emeryturę respondenci wszystkich krajów wskazywali na niewystarczające zasoby finansowe (40%), niepewną sytuację ekonomiczną kraju (15%), obawę przed niskimi stopami zwrotu z inwestycji (7%), oraz brak zaufania do instytucji finansowych (7%). Wielu też z nich uważa czynność planowania finansowego na emeryturę za przytłaczającą oraz przekraczającą ich siły i możliwości, ponadto mają przekonanie, że zadania z którymi przyjdzie im się zmierzyć i tak będą dla nich niemożliwe do wykonania, dlatego najlepszym rozwiązaniem jest nieangażowanie się w nie. Dotyczy to zwłaszcza osób o niewielkich zasobach finansowych w związku z nisko płatną pracą albo pracą na część etatu, a także osób samozatrudnionych i osób starszych, które dotychczas nie przygotowały się dobrze na okres po zakończeniu aktywności zawodowej. Takie zachowania wskazują na szybką potrzebę działania w zakresie poprawy świadomości emerytalnej obywateli, tym bardziej, że nie trzeba wielkich środków przeznaczać na oszczędzanie na czas emerytalny w sytuacji, gdy to się zacznie robić na samym początku kariery zawodowej. Z danych OECD Pensions Outlook 2012<sup>14</sup> wynika, że im dłuższy okres oszczędzania, tym potrzeba niższych składek w celu zapewnienia stopy zastąpienia na określonym poziomie. Na przykład docelowa stopa zastąpienia (w % ostatniej płacy) w wysokości 30% może zostać osiągnięta przez oszczędzanie na poziomie 5% osiągniętych dochodów przez około 40 lat w okresie między 25 a 65 rokiem życia, lub przez oszczędzanie na poziomie 14% dochodów przez 20 lat w okresie od 45 do 65 roku życia. Tę samą 30% stopę zastąpienia można też osiągnąć przez oszczędzanie tylko 3% osiągniętych dochodów, ale przez 40 lat w okresie między 35 a 75 rokiem życia, lub przez oszczędzanie na poziomie ok. 8,5% dochodów przez 30 lat w okresie od 35 do 65 roku życia. A osiągnięcie na przykład 100% stopy zastąpienia dla okresu składkowego 40 lat w okresie od 25 do 65 roku życia wymagałoby oszczędzania na poziomie ok. 17% dochodów, lub oszczędzania 10% dochodów przez okres 40 lat w okresie od 35 do 75 roku życia.

<sup>14</sup> *OECD Pensions Outlook 2012*, OECD Publishing, Paris 2012, s. 168. (wyczerpania zostały zrobione przy następujących założeniach: aktywa są inwestowane w 60% w akcje i w 40% w papiery wartościowe o stałym dochodzie, nominalna stopa zwrotu na poziomie 7%, oczekiwana długość dalszego życia w momencie ukończenia 65 lat wynosi 20 lat).

Z kolejnych badań, wykonanych przez TNS Polska<sup>15</sup>, wynika, że 61% Polaków uważa, że warto oszczędzać z myślą o przyszłości. Wśród osób oszczędzających największy odsetek (24%) deklaruje, że miesięcznie jest w stanie odłożyć od 101 zł do 250 zł, 21% odkłada do 100 zł, a 17% od 251 zł do 500 zł. Z badania wynika jednocześnie ważny wniosek, że Polacy, którzy oszczędzają, najczęściej nie myślą o konkretnym okresie czy celu gromadzenia środków, deklarując, że odkładają po prostu na „czarną godzinę” (37%). Spośród tych, którzy podają konkretne powody, największe znaczenie mają wydatki na drobne przyjemności (30%) oraz wakacje (28%), a na trzecim miejscu są oszczędności podejmowane ze względu na zabezpieczenie swojej przyszłości lub przyszłości dzieci (27%). Najczęściej wymienianymi źródłami informacji o oszczędzaniu są znajomi i rodzina (25%), własna intuicja (24%), przekazy medialne (21%), oraz rekomendacje pracowników instytucji finansowych (18%), czyli prawie co piąty Polak korzysta z wiedzy osób wyspecjalizowanych w zarządzaniu finansami. Jednocześnie w tym zakresie ufa takim osobom tylko 10% badanych, a 34% najbardziej ufa sobie, oraz rodzinie i znajomym (19%). Celem oszczędzania gospodarstw domowych mających oszczędności jest przede wszystkim zabezpieczenie przyszłości dzieci (70%), następnie rezerwa na bieżące wydatki konsumpcyjne (31,3%), leczenie (30,4%), remont domu lub mieszkania (25,9), rezerwa na sytuacje losowe (24,4%), oraz zabezpieczenie na starość (23,6). Tak niski odsetek osób deklarujących oszczędzanie na starość kontrastuje szczególnie z przekonaniem aż 28% badanych osób, że ich emerytura zapewniana przez państwo będzie niższa od dotychczas otrzymywanego wynagrodzenia co najmniej o połowę. Oznacza to, że praktycznie pogodzili się z możliwością otrzymywania niskiej emerytury. Jednocześnie około 60% badanych uważa, że byłoby w stanie od początku aktywności zawodowej odkładać 10% swojego dochodu, jeśli faktycznie mieliby mieć wyższą emeryturę o 40%. Odpowiedź raczej nie i zdecydowanie nie wybrało łącznie 21%, trudno powiedzieć 15,4%.

W następnym badaniu przeprowadzonym również przez TNS Polska<sup>16</sup> zapytano o najlepszy sposób na odłożenie większej sumy pieniędzy. Stwierdzono wówczas, że aż 33% Polaków zaczęłoby od oszczędzania na codziennych wydatkach. Zdaniem 25% badanych skuteczniejsze byłoby podjęcie dodatkowej pracy, bądź odmawianie sobie droższych przyjemności jak wyjazdy zagraniczne, wyjście do teatru lub do kina (17%). Co dziewiąty respondent (11%) zdecydowałby się na inwestycje np. w nieruchomości. Tylko nieliczni (3%) podjęliby większe ryzyko i zagrali na giełdzie, a 11% nie miało na ten temat zdania. Ponadto ustalono, że mieszkańcy wsi częściej niż mieszkańcy miast opowiadają się za oszczędzaniem na codziennych wydatkach (37% wobec 30%). Natomiast osoby, które oceniają swoją sytuację finansową jako dobrą, częściej niż pozostali oceniają inwestowanie jako najlepszy sposób na odłożenie większej sumy pieniędzy (19% wobec 11% dla ogółu). Spośród osób, które nie zgadzają się z powiedzeniem, że „pieniądze szczęścia nie dają” (czyli uważają, że pieniądze jednak szczęście dają), aż 63% uważa, że jednak nie warto oszczędzać. Zresztą zdania na temat, czy pieniądze potrafią uszczęśliwić, są w polskim społeczeństwie wyjątkowo równo podzielone, gdyż 46% uważa, że pieniądze szczęścia nie dają, natomiast tyle samo osób (kolejne

<sup>15</sup> TNS Polska, *Postawy Polaków wobec oszczędzania i wydawania pieniędzy*, termin badania: 4–8/10/2013.

<sup>16</sup> TNS Polska, *Polacy o oszczędzaniu*, termin badania: 10/2014.

46%) ma przeciwnie zdanie. Jednocześnie 53% ankietowanych osób uważa, że Polacy są narodem ludzi oszczędnych. Zdecydowanie przekonanych jest o tym 9% respondentów, a 38% jest jednak przeciwnego zdania. Aż 81% badanych wyraża pogląd, że warto jest systematycznie oszczędzać (choć tak nie robią, a jeśli robią, to niesystematycznie). Za oszczędzaniem częściej opowiadają się kobiety niż mężczyźni (84% wobec 78%) oraz mieszkańcy wsi niż miast (85% wobec 79%). Tylko 13% badanych mówi, że ich zdaniem nie warto systematycznie oszczędzać, a 6% nie ma na ten temat zdania. Zachęcanie obywateli do długoterminowego inwestowania z myślą o poprawie standardu swego życia w okresie starości musi stać się priorytetem w działaniach wielu instytucji będących uczestnikami rynku emerytalnego, poczynając od ZUS, rządu RP, Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, a kończąc na programach emerytalnych (IKE, IKZE, PPE, PPE) oraz instytucjach bankowych i ubezpieczeniowych. Działania te mogą być wspierane na przykład przez rekomendacje dobrych praktyk i zasad w zakresie świadomości i edukacji finansowej opracowanych przez OECD<sup>17</sup>. Najważniejsze z nich to:

- konieczność prowadzenia etycznych i skoordynowanych działań w zakresie edukacji finansowej, zarówno przez rząd, jak i innych interesariuszy rynku finansowego,
- rozpoczęcie edukacji finansowej od najmłodszych lat,
- opracowanie i przyjęcie przez poszczególne instytucje finansowe kodeksu dobrych praktyk, co zwiększyłoby wiarygodność tychże podmiotów,
- wymagania przez instytucje finansowe konieczności zapoznawania się klientów z warunkami i zakresami inwestowania w określone instrumenty finansowe,
- konieczność tworzenia programów edukacji finansowej, które uwzględniałyby specyfikę poszczególnych grup klientów,
- konieczność udzielania pomocy klientom ze strony interesariuszy rynku finansowego w zakresie przeprowadzania rzetelnej oceny własnej zdolności finansowej, by móc świadomie korzystać z oferowanych na rynku finansowym produktów oszczędnościowych, w tym i emerytalnych.

Podobne Zasady Dobrych Praktyk zostały opracowane również przez Związek Przedsiębiorstw Finansowych w Polsce (ZPF), który skupia ponad sto kluczowych przedsiębiorstw z wielu sektorów polskiego rynku finansowego, w tym bankowości, zarządzania wierzytelnościami, pośredników finansowych, instytucji pożyczkowych, zarządzających informacją gospodarczą i kredytową, odwróconej hipoteki w modelu sprzedażowym, platform crowdfundingowych oraz ubezpieczeń. ZPF to Członek Rady Rozwoju Rynku Finansowego powołanej do życia przez Ministra Finansów Rzeczypospolitej Polskiej, oraz członek prestiżowej organizacji samorządowej europejskiego przemysłu kredytowego EUROFINAS (ang. European Federation of Finance House Associations), zrzeszającej siedemnaście krajowych organizacji, reprezentujących ponad 1200 instytucji finansowych. ZPF ma w swoim dorobku badawczym już kilkaset raportów, koncentrując się merytorycznie na obszarze kredytu. Misją ZPF jest budowanie kapitału społecznego w sektorze finansowym w Polsce poprzez organizowanie profesjonalnego środowiska dla uczestników sektora, stawiając do ich dyspozycji forum wymiany wiedzy i doświadczeń, promując profesjonalizm, wzajemny

<sup>17</sup> OECD, *The importance of Financial Education*, OECD Publishing, Paris 2006.

szacunek i poszanowanie zasad etycznych w relacjach z klientami i kontrahentami. ZPF reprezentuje interesy sektora finansowego wobec ustawodawców, administracji oraz opinii publicznej w Polsce i w Unii Europejskiej, a cele swoje osiąga poprzez przekazywanie rzetelnej wiedzy i opinii na temat zjawisk istotnych dla harmonijnego rozwoju rynku finansowego w Polsce, upowszechnianie wiedzy na temat rynku finansowego, tworzenie wizerunku uczestniczących w nim firm jako instytucji zaufania publicznego. Za podstawowe wartości i ideały oraz sposób postępowania przedsiębiorstwa finansowe powinny uznawać m.in. następujące zasady<sup>18</sup>:

1. Uczciwość — podmiot finansowy działa uczciwie i rozważnie, z poszanowaniem słusznego interesu klientów i dobra rynku finansowego, oraz nie nadużywa swojej dominującej pozycji wynikającej z przewagi zasobów, w tym kwalifikacji lub kompetencji osób działających w jego imieniu.
2. Staranność i kompetencje — podmiot finansowy prowadzi działalność rzetelnie i z należytą starannością, dbając o to, by osoby działające w jego imieniu miały odpowiednie kompetencje zawodowe i przyjmowały postawę etyczną.
3. Godność i zaufanie — podmiot finansowy postępuje w sposób budzący zaufanie oraz zapewniający poszanowanie godności klientów i kontrahentów, dbając o przejrzystość swoich działań.
4. Zasoby i procedury — podmiot finansowy dysponuje zasobami oraz procedurami niezbędnymi do sprawnego wykonywania i monitorowania prowadzonej działalności i wykorzystuje je w dobrej wierze.
5. Relacje wewnętrzne — podmiot finansowy dba o kształtowanie właściwych relacji ze swoimi pracownikami i współpracownikami w duchu wzajemnego poszanowania i odpowiedzialności, zapewniając odpowiednie warunki wykonywania czynności przez pracowników oraz osoby działające w jego imieniu.
6. Zapobieganie konfliktom interesów — podmiot finansowy dąży do unikania konfliktów interesów, które mogłyby spowodować naruszenie słusznego interesu klientów, a jeżeli pomimo zachowania należytej staranności konflikt taki zaistniał — dąży do jego rozwiązania w sposób zapewniający uczciwe i rzetelne traktowanie klientów.
7. Informacje od klientów — podmiot finansowy dąży do jak najlepszego poznania potrzeb swoich klientów, w takim zakresie, w jakim może to być przydatne do dostosowania jego oferty, zakresu lub poziomu świadczonych usług do sytuacji klientów.
8. Ochrona informacji o klientach — podmiot finansowy chroni informacje o klientach i dba o to, by informacje te były wykorzystywane zgodnie z prawem.
9. Informacja dla klientów — podmiot finansowy zapewnia klientowi jasną i rzetelną informację o oferowanych produktach i usługach oraz o związanych z nimi kosztach, ryzyku i możliwych do osiągnięcia korzyściach, ułatwiając klientowi dokonanie właściwego wyboru.
10. Profilowanie usług — podmiot finansowy stosuje wobec klientów jednolite, merytorycznie uzasadnione kryteria, które mogą różnicować jego ofertę, zakres lub poziom

<sup>18</sup> Związek Przedsiębiorstw Finansowych w Polsce, [www.zpf.pl/etyka/zasady\\_dobrych\\_praktyk](http://www.zpf.pl/etyka/zasady_dobrych_praktyk), data: 22/09/2020.

- świadczonych usług w zależności od sytuacji klienta lub profilu grupy klientów, co nie wyklucza możliwości indywidualnego negocjowania warunków umów.
11. Rzetelna reklama — podmiot finansowy prowadząc działalność reklamową kieruje się zasadami uczciwej konkurencji oraz dba o to, by przekazywane informacje były rzetelne i nie wprowadzały w błąd, w szczególności w zakresie ryzyka związanego z możliwymi do osiągnięcia korzyściami.
  12. Reklamacje klientów — podmiot finansowy starannie, rzetelnie i terminowo rozpatruje reklamacje klientów, korzystając w miarę potrzeby z mediacyjnych i polubownych form rozstrzygania sporów.
  13. Stosunki wzajemne i uczciwa konkurencja — podmioty finansowe we wzajemnych stosunkach kierują się dobrymi obyczajami kupieckimi, z poszanowaniem zasad uczciwej konkurencji.
  14. Rozstrzyganie sporów wzajemnych — podmioty finansowe dążą do rozwiązywania wzajemnych sporów, korzystając w miarę możliwości z mediacyjnych i polubownych form ich rozstrzygania.
  15. Działania dla rozwoju rynku — podmioty finansowe, nie naruszając własnych interesów oraz zachowując tajemnicę zawodową i tajemnicę handlową, współdziałają w promowaniu dobrych praktyk rynkowych i ładu korporacyjnego oraz, w miarę możliwości, w eliminowaniu z praktyki gospodarczej zjawisk utrudniających rozwój rynku finansowego, w szczególności działań nieuczciwych, nierzetelnych lub niezgodnych z zasadami określonymi w tym dokumencie.
  16. Stosowanie Zasad — podmiot finansowy, który przyjął Zasady Dobrych Praktyk do stosowania, dba o to, by wszyscy jego pracownicy oraz inne osoby występujące w jego imieniu zapoznały się z tym dokumentem i stosowały się do jego zasad, a także udostępnia swoim klientom i kontrahentom wgląd do tych zasad.
  17. Przedsiębiorstwo finansowe dąży do realizacji zasady odpowiedzialnego pożyczania, poprzez analizę zdolności klienta do spłaty zobowiązań.
  18. Przed zawarciem umowy przedsiębiorstwo finansowe pozyskuje informacje umożliwiające dokonanie analizy zdolności klienta do spłaty zobowiązań wynikających z zakupu produktu kredytowego. W przypadku korzystania z baz informacji kredytowej lub gospodarczej przedsiębiorstwo finansowe przekazuje do tych baz rzeczywiste i aktualne dane dotyczące klientów.
  19. Przedsiębiorstwo finansowe powinno zapoznać klienta z najistotniejszymi warunkami oferowanego produktu kredytowego przed zawarciem umowy, w tym o wszystkich kosztach, wymaganym sposobie zabezpieczenia oraz o ryzyku związanym z tym produktem kredytowym.
  20. Przedsiębiorstwo finansowe powinno zapoznać klienta z najistotniejszymi warunkami oferowanego produktu kredytowego przed zawarciem umowy, w tym o wszystkich kosztach, wymaganym sposobie zabezpieczenia oraz o ryzyku związanym z tym produktem kredytowym.

21. Przed zawarciem umowy przedsiębiorstwo finansowe informuje klienta o konieczności zapoznania się z treścią umowy i na prośbę klienta, dla wyjaśnienia jego wątpliwości, udziela wszelkich stosownych informacji.
22. Umowa jest zawierana nie wcześniej niż po upływie okresu koniecznego do zapoznania się przez klienta w normalnym toku czynności z jej treścią.
23. Przedsiębiorstwo finansowe nie sprzedaje produktu kredytowego klientowi, jeżeli w wyniku przeprowadzonej analizy zdolności kredytowej (w tym posiadanych już przez niego produktów kredytowych) ustali, że klient nie będzie w stanie wywiązać się ze swoich zobowiązań, wynikających z zawieranej umowy.
24. Przedsiębiorstwo finansowe przedstawia w sposób jasny i przejrzysty wszystkie warunki i postanowienia umowy, w szczególności dotyczy to grożących klientowi konsekwencji, w razie niewykonania lub nienależytego wykonania przez niego zobowiązań wynikających z umowy, w tym w razie opóźnienia w spłacie należności.
25. W przypadku, gdy jest to uzasadnione oceną sytuacji majątkowej klienta, przedsiębiorstwo finansowe, na wniosek klienta, rozważy dokonanie restrukturyzacji zadłużenia poprzez zmianę określonych w umowie warunków lub terminów spłat, uwzględniając aktualne możliwości finansowe i gospodarcze klienta.
26. Umowa jest czytelna, a sposób formułowania jej warunków jest zrozumiały dla każdej ze stron. Umowa nie zawiera istotnych warunków i postanowień ukrytych w niepowiązanych rozdziałach lub w przypisach do treści umowy. Warunki i postanowienia umowy nie odnoszą się do dokumentów niedostępnych klientowi. Klauzule, dotyczące kosztów ponoszonych przez klienta w przypadku zakupu określonego produktu kredytowego, w tym również kosztów powstałych na skutek nieterminowej spłaty należności, nie są we wzorcach umów stosowanych przez przedsiębiorstwo finansowe przedstawiane mniejszą czcionką niż pozostałe elementy treści danego wzorca umownego.
27. Przedsiębiorstwo finansowe, w przypadku niewykonania umowy przez klienta, nie może podejmować niewspółmiernych środków w celu odzyskania należnych mu kwot, a w szczególności nie może podejmować działań o charakterze pozaprawnym lub bezprawnym.
28. Łączna kwota odsetek za opóźnienie i opłat karnych, wynikających z zawieranych przez przedsiębiorstwo finansowe umów, powinna być współmierna do kosztu przedsiębiorstwa finansowego, poniesionego na skutek niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania przez klienta.
29. Przedsiębiorstwo finansowe zapewnia klientowi — konsumentowi możliwość odstąpienia od umowy, na warunkach przewidzianych prawem. Przedsiębiorstwo finansowe może dopuszczać możliwość odstąpienia od umowy przez klienta — przedsiębiorcę, na warunkach przewidzianych w umowie.
30. Przedsiębiorstwo finansowe, w przypadku niewykonania zobowiązań przez klienta, może wypowiedzieć umowę na zasadach w niej określonych i żądać natychmiastowej spłaty zadłużenia, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Wypowiedzenie umowy może jednak zostać dokonane dopiero po uprzednim przesłaniu klientowi za-

wiadomienia o niewykonaniu przez niego zobowiązań, wraz z informacją o skutkach tego niewykonania.

31. Przedsiębiorstwa finansowe oraz osoby działające w ich imieniu zapewnią pełną ochronę techniczną i prawną wszelkich informacji uzyskanych od klientów w związku z negocjowaniem, zawieraniem i wykonywaniem umów.

Podstawową przesłanką tworzenia zasad dobrych praktyk czy rekomendacji jest przekazywanie rzetelnej wiedzy na temat rynku finansowego oraz tworzenie wizerunku uczestniczących w nim firm jako instytucji zaufania publicznego. Jest to szczególnie ważne w kontekście braku powszechnej świadomości wśród społeczeństwa w zakresie oszczędzania na okres po zaprzestaniu aktywności zawodowej. Główną przesłanką wzrostu świadomości i „gotowości” emerytalnej jest wiedza, która pozwala na dokonywanie odpowiednich wyborów w zakresie produktów i instytucji finansowych je oferujących. Tymczasem, jak wynika z badań<sup>19</sup>, 86% polskiego społeczeństwa nie zna jakichkolwiek produktów finansowych, które służą dodatkowemu oszczędzaniu na emeryturę. Sytuację pogarsza również fakt, iż Polacy generalnie nie mają zaufania do instytucji finansowych. Wynika to ponieważ z braku większego doświadczenia w korzystaniu z usług tych instytucji, ale również z braku ich wiedzy na temat możliwości finansowych jakie oferują te instytucje w zakresie finansowego zabezpieczenia się na czas starości. Z drugiej strony, biorąc pod uwagę małą świadomość zagrożeń niższego poziomu życia na emeryturze, trudno się spodziewać, by społeczeństwo samo podjęło większe działania w zakresie oszczędzania w okresie aktywności zawodowej. Potrzebne są tu działania wielu instytucji rynku finansowego w zakresie upowszechniania wiedzy na temat nie tyle możliwości, co konieczności dodatkowego oszczędzania, żeby przynajmniej w 60% utrzymać standard życia w okresie emerytalnym w porównaniu z okresem aktywności zawodowej. Działania te muszą mieć charakter ciągły, być odpowiednio zaplanowane i skoordynowane, by mogły przebudować świadomość społeczną w zakresie konieczności zmian w dotychczasowym postrzeganiu, albo raczej niedostrzeganiu, problemów standardu życia w okresie emerytalnym. Problem ten dotyczy nie tylko polskiego społeczeństwa, ale w większym lub mniejszym stopniu również społeczeństw innych krajów, które także nie wykazują wystarczającej przyczynowości przygotowania się na starość. Okazuje się, że głównie rozwiązania systemowe oraz o charakterze przymusowym dotyczące oszczędzania na czas emerytalny zapewniają skuteczne możliwości gromadzenia kapitału w okresie aktywności zawodowej i dają gwarancję utrzymania do pewnego stopnia standardu życia w okresie emerytalnym. Dobrowolność w tym zakresie niesie za sobą jak do tej pory niewielką zmianę w procesie postrzegania przyszłych problemów emerytalnych i dlatego należy budować świadomość i kompetencje finansowe już osób młodych w kontekście percepcji dodatkowego oszczędzania emerytalnego, tym bardziej, że wykazują oni na przykład w Polsce nadal najmniejszą skłonność do takiego działania.

---

<sup>19</sup> CBOS, *Jak Polacy planują zabezpieczyć finansowo swoją przyszłość — czy zamierzają w tym celu korzystać z IKZE*, Raport z badań, Warszawa 2012.



### 3.2. Dodatkowe plany emerytalne

Badania gazety „Rzeczpospolita” pokazały, że tylko 7% Polaków, którzy wkrótce przejdą na emeryturę, jest przekonanych, że otrzymane świadczenia zapewnią im dotychczasowy standard życia<sup>20</sup>. Ponad 50% przyszłych emerytów obawia się, że wysokość wypłat będzie niewystarczająca i będą oni zmuszeni obniżyć poziom życia. Natomiast 45% uważa, że — oprócz niezbędnych wydatków — będzie ich stać tylko na drobne przyjemności. Jednak tylko niecała połowa obecnych 50-latków decyduje się na skorzystanie z dodatkowych form zabezpieczenia przyszłości (a w ogóle tylko 25% pracujących). Aktualna sytuacja na rynku zabezpieczeń przyszłości pokazuje, że świadczenia ZUS i OFE mogą wystarczyć tylko na zaspokojenie części potrzeb emerytów. Z dodatkowych źródeł zabezpieczenia przyszłości najchętniej korzystają osoby, które szybko zbliżają się do osiągnięcia wieku emerytalnego. To właśnie Polacy po 50 roku życia są najbardziej świadomi zagrożeń, jakie niesie ze sobą zakończenie aktywności zawodowej. Przyszli emeryci chcą zerwać z wizerunkiem osób biernych i po zakończeniu kariery zawodowej planują podróże czy odkrywanie nowych pasji. Z drugiej jednak strony aż 60% Polaków nie posiada żadnych oszczędności, a problem dotyczy zwłaszcza ludzi przed 35 rokiem życia<sup>21</sup>. Okres życia po zakończeniu pracy zawodowej zazwyczaj kojarzy się z czymś odległym, dlatego w świadomości młodych Polaków istnieje przekonanie, że na zabezpieczenie finansowe na okres emerytalny zdążą jeszcze odłożyć. Tymczasem obecnie stosunek emerytury do ostatniego wynagrodzenia jest relatywnie wysoki i wynosi 52%, ale wskaźnik ten sukcesywnie spada i w roku 2060, gdy Polacy obecnie zaczynający pracę będą przechodzić na emeryturę, wskaźnik ten osiągnie wartość 25–35% ostatniej pensji. Powodem takiej zmiany są dwa czynniki — niż demograficzny oraz rosnąca średnia długość życia na emeryturze. Bez oszczędzania na czas emerytalny nie będzie żadnej możliwości utrzymania standardu życia z okresu pracy zawodowej. Nie chodzi tu tylko o wygoształowanie i zaoszczędzenie co miesiąc pewnej kwoty (im wcześniej się to zacznie, tym kwota ta może być niższa, np. 50 czy 100 zł), ale przede wszystkim o wypracowanie nawyku oszczędzania, gdyż systematyczne oszczędzanie nawet niewielkiej sumy może mieć olbrzymi wpływ na jakość życia po zakończeniu kariery zawodowej. W Polsce już teraz istnieje wiele korzystnych rozwiązań dla przyszłych emerytów, niestety nie cieszą się one dużym zainteresowaniem. Częściowo winnym jest temu fakt braku edukacji społeczeństwa w zakresie możliwości gromadzenia funduszy na przyszłość w ramach dostępnych planów oszczędnościowych, czyli wspomnianych i częściowo scharakteryzowanych już Pracowniczych Programach Emerytalnych (PPE), Indywidualnych Kontach Emerytalnych (IKE), Indywidualnych Kontach Zabezpieczenia Emerytalnego (IKZE), oraz Pracowniczych Planach Kapitałowych (PPE). Charakteryzując dodatkowo te programy warto dodać, że np. Pracownicze Programy Emerytalne prowadzi w Polsce tylko 0,5% pracodawców<sup>22</sup>, a na przykład w Europie Zachodniej i USA aż ponad 60%. W Polsce w 2019 roku aktywnych

<sup>20</sup> Rzeczpospolita, [www.rp.pl/arttykul/swiadomosc-emerytalna-coraz-wieksza](http://www.rp.pl/arttykul/swiadomosc-emerytalna-coraz-wieksza), data: 18/10/2020.

<sup>21</sup> Centrum Badań Opinii Społecznej, [www.cbos.pl/publikacje/oszczednosci-Polakow](http://www.cbos.pl/publikacje/oszczednosci-Polakow), data: 18.10.2020.

<sup>22</sup> *Raport: Pracownicze Programy Emerytalne w 2018 roku*, Komisja Nadzoru Finansowego, [www.knf.gov.pl/aktualnosci](http://www.knf.gov.pl/aktualnosci), data: 26/09/2020.

było ok. 1050 PPE (zarejestrowanych 1596) i należało do nich łącznie tylko ok. 320 tys. pracujących Polaków (na 14,8 mln pracujących), czyli 2,2%, tymczasem na przykład w Niemczech do takich programów należy aż 65% pracujących<sup>23</sup>. PPE działają w Polsce od 1999 roku i stanowią część dobrowolnego, III filaru emerytalnego. PPE oferują oczywiste korzyści dla pracownika (dodatkowa, prywatna emerytura), ale ich konstrukcja jest atrakcyjna również dla pracodawców, gdyż to oni określają wysokość składki na rzecz pracowników (3,5–7,0% ich wynagrodzenia brutto). Ponadto od przekazanych środków pracodawcy nie płacą składek na ubezpieczenie społeczne i mogą je zaliczyć do kosztów uzyskania przychodu, a pracownik płaci tylko podatek dochodowy od przekazanych środków, dzięki czemu będzie zwolniony z tego podatku w chwili nabycia prawa do skorzystania z nich. PPE są najtańszą opcją podwyżki lub dodatkowym benefitem, który pracodawca może zaoferować, by przyciągnąć do siebie najbardziej utalentowanych pracowników. PPE stanowią najmocniejszą część III filaru emerytalnego, gdyż łączna wartość aktywów zgromadzonych w nich wynosi ok. 14 mld zł (koniec 2019 roku). Do roku 2017 zainteresowanie pracodawców PPE było bardzo słabe, jednak od roku 2018, czyli w chwili pojawienia się pierwszych założeń do planów oszczędnościowych PPK, to zainteresowanie nagle wzrosło, gdyż uruchomiono ich aż o 941% więcej niż w roku 2017. Do końca sierpnia 2018 roku wdrożono kolejnych 366 programów.

Dodatkowo charakteryzując Indywidualne Konta Emerytalne (IKE) można zauważyć, że zgromadził on do pierwszego półrocza 2019 roku ok. 9,5 mld zł<sup>24</sup>, a uczestniczyło w nim w tym czasie około 5,66% osób pracujących. W przypadku IKE każdego roku Minister Pracy i Polityki Społecznej określa wysokość kwoty, jaka może być wpłacona do IKE. W 2020 roku jest to 16 680 zł. IKE prowadzą fundusze inwestycyjne (otwarte i specjalistyczne), domy maklerskie i banki prowadzące działalność maklerską, zakłady ubezpieczeń na życie, banki, dobrowolne fundusze emerytalne. Przyjęto założenie, że IKE ma służyć oszczędzaniu na dodatkową emeryturę, dlatego też z ulgi podatkowej będą mogły skorzystać jedynie osoby, które dokonają wypłaty zgromadzonych oszczędności dopiero po 60 roku życia. Osoby, które nabeżdą przed 60 rokiem życia uprawnienia emerytalne będą mogły dokonać wypłaty, jeżeli ukończyły 55 lat. By być uprawnionym do zwolnienia z podatku od dochodów kapitałowych, należy dokonać:

- wpłat na IKE co najmniej w 5 dowolnych latach kalendarzowych, albo
- ponad połowy wartości wpłat na IKE co najmniej 5 lat przed dniem złożenia przez oszczędzającego wniosku o dokonanie wypłaty.

Osoby urodzone do 31 grudnia 1948 r. mają krótsze okresy gromadzenia oszczędności uprawniające je do zwolnienia podatkowego. W przypadku osób urodzonych do 31 grudnia 1945 r. okres pięcioletni skrócono do lat trzech, a w przypadku osób urodzonych między 1 stycznia 1946 r. a 31 grudnia 1948 r. do lat czterech. Nie ustanowiono górnego wieku oszczędzającego, do którego musi zostać dokonana wypłata. Moment wypłaty środków zgromadzonych na IKE zależy od oszczędzającego. Również do jego decyzji (albo osoby uprawnionej, w przypadku śmierci oszczędzającego) pozostawiono wybór formy wypłaty,

<sup>23</sup> *Emerytura w Niemczech — wiek, wysokość i minimalna emerytura*, [www.monito.com/pl/emerytura-w-niemczech](http://www.monito.com/pl/emerytura-w-niemczech), data: 16/10/2020.

<sup>24</sup> Puls Biznesu, [www.pb.pl/IKE-i-IKZE-w-liczbach](http://www.pb.pl/IKE-i-IKZE-w-liczbach), data: 02/12/2020.

tzn. czy jednorazowo będzie wypłacony cały zgromadzony kapitał, czy też wypłata środków zgromadzonych na IKE będzie miała formę ratalną. Wypłata jednorazowa, a w przypadku wypłaty w ratach pierwsza rata, powinny być dokonane w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia złożenia przez oszczędzającego wniosku o dokonanie wypłaty, chyba że zażąda on wypłaty w terminie późniejszym. Nie ma obowiązku wypłaty środków zgromadzonych na IKE w określonym czasie (np. po ukończeniu 70 lat, czy po przejściu na emeryturę). Przed dokonaniem wypłaty należy podać instytucji finansowej prowadzącej IKE nazwę urzędu skarbowego właściwego dla oszczędzającego. Jeżeli oszczędzający nie ukończył 60 lat musi również przedstawić instytucji finansowej decyzję organu rentowego o przyznaniu prawa do emerytury. Po dokonaniu wypłaty jednorazowej albo wypłaty pierwszej raty oszczędzający nie może założyć ponownie IKE, gdyż zwolnienie podatkowe z tytułu gromadzenia oszczędności na IKE przysługuje tylko raz. Jeżeli wypłata ma formę ratalną, to dokonanie wypłaty pierwszej raty powoduje, że oszczędzający nie może już wpłacać na IKE. Zawierając umowę o prowadzenie IKE oszczędzający może wskazać osobę (lub kilka osób), której zostaną wypłacone środki po jego śmierci. Taką dyspozycję można w każdym czasie zmienić. Natomiast gdy oszczędzający nie wyznaczy takiej osoby, środki zgromadzone na IKE przypadają spadkobiercom, a w przypadku IKE prowadzonego przez zakłady ubezpieczeń na życie środki przyznane na podstawie umowy ubezpieczenia przypadają najbliższej rodzinie ubezpieczonego w kolejności ustalonej w ogólnych warunkach ubezpieczenia. Osoba uprawniona (osoba wskazana, spadkobierca, najbliższa rodzina oszczędzającego) może je wypłacić albo przenieść na swoje IKE, bądź do pracowniczego programu emerytalnego. W obu przypadkach środki te zwolnione są zarówno z podatku od dochodów kapitałowych, jak i z podatku od spadków i darowizn. Dokonując wypłaty środków zgromadzonych na IKE po zmarłym oszczędzającym, osoba uprawniona składa wniosek o dokonanie wypłaty tych środków, oraz:

- akt zgonu oszczędzającego i dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej, albo
- prawomocne postanowienie sądu o stwierdzeniu nabycia spadku oraz zgodnego oświadczenia wszystkich spadkobierców o sposobie podziału środków zgromadzonych przez oszczędzającego bądź prawomocnego postanowienia sądu o dziale spadku oraz dokumentów stwierdzających tożsamość spadkobierców.

Kolejny plan oszczędnościowy, Indywidualne Konto Zabezpieczenia Emerytalnego (IKZE), powstał w 2012 roku jako następny element III filaru systemu emerytalnego. Plan ten zgromadził na koniec 2019 roku ok. 2,67 mld zł, a uczestniczyło w nim w tym czasie 4,90% pracujących<sup>25</sup>. IKZE oferują możliwość dodatkowego oszczędzania na prywatną emeryturę połączoną z ulgą podatkową oraz zachętą podatkową. IKZE mogą mieć jedną z następujących form (do indywidualnego wyboru przez każdego zabezpieczającego):

- depozyty bankowe (w bankach komercyjnych oraz spółdzielczych),
- rejestr funduszy inwestycyjnych (w towarzystwach funduszy inwestycyjnych),
- giełdowe papiery wartościowe (w biurach maklerskich),

<sup>25</sup> Puls Biznesu, [www.pb.pl/IKE](http://www.pb.pl/IKE) i IKZE w liczbach, data: 02/12/2020.

- inwestycyjne ubezpieczenie na życie (w zakładach ubezpieczeń),
- dobrowolne fundusze emerytalne (w powszechnych towarzystwach emerytalnych).

Decyzja o tym, w jakiej formie utrzymywać oszczędności na IKZE, jest kluczowa. Zależy od niej między innymi, jakimi kosztami będą obciążone, na jakie ryzyka będą wystawione oraz na jakie stopy zwrotu właściciel rachunku będzie mógł realistycznie liczyć w krótkim i długim okresie. W konstrukcję prawną IKZE wbudowane są dwie ulgi/zachęty podatkowe. Pierwsza z nich to możliwość odpisania rocznej składki na indywidualne konto zabezpieczenia emerytalnego od dochodu — w praktyce pomniejsza więc to podstawę opodatkowania (podatkiem PIT z bieżącej pracy). Ulga podatkowa w 2020 roku może wynieść nawet 2007 zł (dla stawki podatku 32% i wpłaty 6 272,40 zł). Druga zachęta podatkowa polega na tym, że oszczędności zgromadzone na IKZE nie podlegają opodatkowaniu podatkiem od dochodów kapitałowych (tzw. podatek Belki). Podobną tarczę podatkową dla oszczędności zapewnia IKE (choć to konto nie pozwala na odpis rocznej składki od dochodu z pracy). Limit wpłat na konto IKZE w roku 2020 wynosi 6 272,40 zł (5718 zł w 2019 r.). Inną unikalną cechą indywidualnego konta zabezpieczenia emerytalnego jest możliwość przeniesienia oszczędności między dostawcami (np. z zakładu ubezpieczeń do banku) z zachowaniem ciągłości oraz tarczy podatkowej, a także (po 12 miesiącach od podpisania umowy) bez kosztów. Nie każda instytucja finansowa ma w swojej ofercie IKZE. Korzyści podatkowych związanych z IKZE nie da się osiągnąć na istniejących lokatach, polisach inwestycyjnych czy jednostek funduszy inwestycyjnych. To osobny produkt i osobna umowa, którą należy podpisać z jednym z dostawców wymienionych powyżej. Podsumowując, korzyści wynikające z posiadania rachunku IKZE to:

- ulga PIT w każdym roku oszczędzania,
- większa emerytura i niezależna od ZUS,
- IKZE jest bezpłatne — nie ma opłaty za prowadzenie rachunku i opłaty za depozyt,
- brak podatku Belki (podatek od dochodów kapitałowych),
- możliwość inwestowania we wszystkie akcje i obligacje notowane na GPW w Warszawie,
- możliwość inwestowania na wybranych giełdach zagranicznych.

Najnowszy plan oszczędnościowy w dodatkowym systemie emerytalnym, czyli Pracownicze Plany Kapitałowe (PPK), powstał we współpracy rządu RP, Polskiego Funduszu Rozwoju, organizacji pracodawców oraz związków zawodowych. Są one odpowiedzią na niekorzystne trendy demograficzne oraz wydłużający się czas życia na emeryturze, w efekcie polski system emerytalny już teraz nie jest w stanie zapewnić seniorom godziwych emerytur. Szansą dla przyszłych emerytów jest samodzielne odkładanie (oszczędzanie) środków przeznaczonych na emeryturę. Można to robić w ramach PPK, który automatycznie obejmie wszystkich pracowników w wieku 18–54 lat, za których pracodawca odprowadza składki emerytalno-rentowe. Do PPK nie będą podlegały osoby samozatrudnione, służby mundurowe oraz rolnicy. Osoby między 55 a 69 rokiem życia będą mogły uczestniczyć w PPK dopiero po złożeniu stosowanego oświadczenia woli. Przewiduje się, że do programu PPK przystąpi 11,5 mln pracowników. W ramach PPK pracownik oraz pracodawca będą solidarnie wpłacali na specjalne konto dwie składki — obowiązkową składkę podstawową oraz dobrowolną składkę dodatkową. Dla tych, którzy będą aktywnie uczestni-

czyć w PPK, rząd przewidział specjalne dopłaty finansowe z Funduszu Pracy. Zebrane w ten sposób pieniądze będą inwestowane przez określone w ustawie instytucje, czyli przez Powołane Towarzystwa Emerytalne, Towarzystwa Funduszy Inwestycyjnych, Pracownicze Towarzystwa Emerytalne, oraz Zakłady Ubezpieczeń. Każda z instytucji zobowiązująca się do prowadzenia PPK będzie miała obowiązek utworzyć minimum pięć tzw. funduszy zdefiniowanej daty. W każdym z nich portfel inwestycyjny powinien być zaprojektowany w taki sposób, by wraz z postępującym wiekiem członka PPK zmniejszało się ryzyko inwestycyjne. W ustawie określono konkretnie, w jakich narzędziach kapitałowych będą mogły być lokowane pieniądze. W części udziałowej<sup>26</sup>:

- co najmniej 40% — spółki WIG20,
- maksymalnie 20% — spółki WIG40,
- maksymalnie 10% — pozostałe spółki na giełdzie,
- co najmniej 20% — inwestycje zagraniczne.

W części dłużnej kapitał może być lokowany w:

1. co najmniej w 70% w:
  - papiery wartościowe emitowane lub gwarantowane przez Skarb Państwa, NPB, jednostki samorządu terytorialnego, władze publiczne lub banki centralne państw członkowskich, Unię Europejską, Europejski Bank Centralny, Europejski Bank Inwestycyjny, bądź też inne papiery wartościowe gwarantowane przez organizacje posiadające rating na poziomie uznanym przez Europejski Bank Centralny,
  - depozyty o terminie zapadalności nie dłuższym niż 180 dni w bankach krajowych bądź instytucjach kredytowych posiadających rating uznany przez Europejski Bank Centralny (EBC),
2. nie więcej niż 30% w inne aktywa, przy czym maksymalnie 10% z nich może być lokowana w instrumentach nieposiadających ratingu uznanego przez EBC.

Ustawa przewiduje stosowne wynagrodzenie dla instytucji finansowej zarządzającej kapitałem wynoszące nie więcej niż 0,5% wartości aktywów netto funduszu oraz premię za wyniki wynoszącą nie więcej niż 0,1% wartości zebranych aktywów. Podczas prac nad projektem Pracowniczych Planów Kapitałowych pojawiały się obawy, że PPK stanie się powtórką OFE, dlatego też w ustawie znalazł się bezpośredni zapis o wyłącznej własności środków uczestnika PPK. Trzeba jednak dodać, że mimo tak jasno zdefiniowanej kwestii własności, uczestnik nie będzie mógł całkowicie dowolnie nimi rozporządzać. Docelowo, skorzystać z nich będzie można dopiero po ukończeniu 60. roku życia, przy czym w pewnych wyjątkowych sytuacjach ustawodawca przewiduje odstępstwo od tej reguły<sup>27</sup>:

- w przypadku poważnej choroby (m.in. nowotworu złośliwego, udaru mózgu, zawału serca, zapalenia mózgu, stwardnienia zanikowego bocznego, Alzheimera, Parkinsona) uczestnika PPK, jego małżonka lub dziecka — bezzwrotna wypłata do 25% środków,

<sup>26</sup> PPK w praktyce. Oto jak i w co inwestowane są pieniądze przyszłych emerytów, [www.businessinsider.com.pl](http://www.businessinsider.com.pl), data: 02/10/2020.

<sup>27</sup> Ustawa z dnia 4 października 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych, Dz. U. Z 2020 r., poz. 1342.

- z przeznaczeniem na wkład własny — dla osób poniżej 45. roku życia, wypłata do 100% zebranego kapitału z obowiązkiem zwrotu, przy czym zwrot nie może rozpocząć się później niż 5 lat od dnia wypłaty środków i nie może trwać dłużej niż 15 lat od dnia wypłaty środków.

Uczestnik PPK będzie miał prawo w dowolnym momencie, przed ukończeniem 60. roku życia, przetransferować środki do innego PPK, IKE lub PPE (swojego lub osoby uprawnionej) lub całkowicie wycofać środki ze swojego konta. To ostatnie będzie jednak wiązało się z utratą 30% składek opłaconych przez pracodawcę (trafią one do ZUS) oraz utratą wszystkich dopłat od rządu, które przewidziano w ustawie. Co więcej, w takiej sytuacji powstanie obowiązek uiszczenia podatku dochodowego od zysków kapitałowych (19%). Po ukończeniu 60. roku życia, z zebranych środków będzie można skorzystać bez ponoszenia dodatkowych kosztów, jeśli jednorazowo wypłacimy 25%, a pozostałe 75% w co najmniej 120 miesięcznych ratach. Możliwa jest również wypłata środków w formie świadczenia małżeńskiego, pod warunkiem, że obie osoby ukończyły 60 lat i posiadają konto PPK w tej samej instytucji. Pieniądze z PPK będzie można także przetransferować na rachunek terminowej lokaty bankowej, o ile przewidziano w niej wypłatę ratalną przez przynajmniej 120 miesięcy. Warto dodać, że kiedy po ukończeniu 60. roku życia rozpocznie się wypłata środków, to nawet jeśli pracownik dalej będzie pracować, ani składki, ani dopłaty od rządu nie będą już trafiały na jego konto w PPK. Pracownicze Plany Kapitałowe będą stanowiły obligatoryjny pakiet świadczeń pracowniczych, dzięki którym firmy będą mogły budować wizerunek odpowiedzialnego i zaangażowanego pracodawcy. Obowiązek wyboru instytucji oraz utworzenia PPK będzie spoczywał na pracodawcy. Warto jednak dodać, że ustawa zabrania nakłaniania do zmiany instytucji finansowej bądź oferowania korzyści majątkowych w zamian za zawarcie lub nierozwiązanie umowy o prowadzenie PPK (zakaz akwizycji wtórnej). Jednym z głównych kosztów po stronie zatrudniającego będą składki uiszczane na konto uczestnika PPK:

- składka podstawowa — 1,5% od pensji brutto pracownika; składka jest obowiązkowa,
- składka dodatkowa — do 2,5% od pensji brutto pracownika; składka jest dobrowolna.

Wpłaty te nie będą wliczane do wynagrodzenia stanowiącego podstawę ustalenia wysokości składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe oraz będą mogły zostać zaliczone do kosztów uzyskania przychodu. Oprócz tego pracodawcy powinni uwzględnić m.in. koszty związane z modernizacją systemów kadrowo-płacowych, dzięki którym możliwe będzie realizowanie zadań pracodawcy określonych w ustawie. Z punktu widzenia pracodawcy, najważniejszą częścią jest dokonanie wyboru instytucji finansowej, z którą zawrze on umowę o zarządzanie PPK. Powinien to zrobić w porozumieniu z zakładową organizacją związkową, a jeśli takiej nie ma — w porozumieniu z reprezentacją pracowników wyłonioną w tym celu. Jeśli porozumienie w sprawie wyboru instytucji nie będzie osiągnięte na miesiąc przed upływem terminu zawarcia umowy o zarządzanie PPK, zatrudniający ma prawo podjąć decyzję samodzielnie. Dokonywać wyboru będzie można jedynie z listy instytucji umieszczonych w ewidencji PPK. Kolejnym obowiązkiem pracodawcy będzie podpisanie umowy o prowadzenie PPK w imieniu i na rzecz pracowników. Pracownicze Plany Kapitałowe obejmą pracowników, którzy w danej firmie posiadają staż pracy dłuższy niż 3 miesiące (na podstawie okresów zatrudnień z ostatnich 12 miesięcy). Nie będzie jednak konieczności zawierania

pojedynczych umów dla każdego z pracowników — wystarczy lista osób objętych PPK jako załącznik do umowy o prowadzenie PPK. Wprowadzenie Pracowniczych Planów Kapitałowych będzie uzależnione od ilości zatrudnionych w firmie osób, jednak taki obowiązek ciąży na każdym pracodawcy, który zatrudnia przynajmniej jednego pracownika. Terminy wprowadzenia PPK zostały uzależnione od liczby zatrudnionych pracowników:

- 01/07/2019 — powyżej 250 pracowników,
- 01/01/2020 — od 50 do 249 pracowników,
- 01/07/2020 — od 20 do 49 pracowników,
- 01/01/2021 — poniżej 20 pracowników.

Każdy pracodawca powinien zawrzeć umowę o prowadzenie PPK w terminie do 10-tego dnia miesiąca następującego po upływie 3 miesięcy od dnia, w którym ustawa zacznie go obowiązywać. W związku z epidemią COVID 19 terminy umów o prowadzenie PPK dla firm zatrudniających od 50 do 249 pracowników, oraz od 20 do 49 pracowników, mogą ulec zmianie. Umowa o zarządzanie PPK powinna zostać zawarta nie później niż 10 dni roboczych przed upływem powyższego terminu. Od obowiązku utworzenia Pracowniczych Planów Kapitałowych przewidziane są wyjątki. PPK nie musi wprowadzać:

- mikroprzedsiębiorca (firma zatrudniająca mniej niż 10 osób), jeśli wszyscy pracownicy złożą deklarację rezygnacji z wpłat na PPK,
- pracodawca, który w dniu objęcia go przepisami ustawy posiada funkcjonujący Pracowniczy Program Emerytalny ze składkami min. 3,5% oraz udziałem pracowniczym min. 25%.

Pracodawca czasowo nie będzie musiał również dokonywać wpłat na PPK w okresach przestoju ekonomicznego, w przypadku niewypłacalności, w okresie przejściowego ograniczenia lub zaprzestania działalności spowodowanej powodzią. Pracodawca, który nie dopełni obowiązku zawarcia umowy o PPK w ustalonym terminie podlega karze grzywny w wysokości do 1,5% całego funduszu wynagrodzeń. Podobna kara jest przewidziana za nakłanianie do rezygnacji z oszczędzania w PPK. Karze grzywny w wysokości od 1000 zł do 1 000 000 zł podlega pracodawca, który nie zawrze umowy o prowadzenie PPK, nie będzie dokonywać wpłat na PPK, nie będzie prowadził stosownej dokumentacji lub będzie podawał nieprawdziwe dane w sprawie PPK. Pracownicze Plany Kapitałowe będą stanowić dla pracowników dodatkowe źródło dochodu po ukończeniu 60. roku życia. By uczestniczyć w programie, pracownik nie będzie musiał wypełniać żadnych formalności, a obowiązki związane z zawarciem umowy, prowadzeniem i zarządzaniem PPK będą spoczywały na pracodawcy oraz wybranej instytucji finansowej. Każdy uczestnik może posiadać więcej niż jedno konto PPK. Pracownik, będący uczestnikiem PPK, podobnie jak pracodawca, będzie mógł odprowadzać następujące składki:

- podstawową, wynoszącą 2% wynagrodzenia brutto. Uwaga! Osoby, których wynagrodzenie otrzymywane z różnych źródeł nie przekracza 120% minimalnego wynagrodzenia mogą odprowadzać składkę mniejszą niż 2%, która nie może być jednak niższa niż 0,5% wynagrodzenia brutto,
- dodatkową, wynoszącą do 2% wynagrodzenia.

Wysokość składki pracownik określa w deklaracji złożonej u pracodawcy, przy czym może być ona zmieniona w dowolnym momencie. Natomiast wpłaty finansowane przez pracownika będą potrącone z wynagrodzenia po opodatkowaniu, czyli z wynagrodzenia "na rękę" (netto). Ustawa o PPK przewiduje "wpłatę powitalną" w wysokości 250 zł, finansowaną z Funduszu Pracy. Jest ona wypłacana w ciągu 30 dni od zakończenia kwartału uczestnikowi PPK, w imieniu którego zawarto umowę o prowadzenie PPK (w danym kwartale lub w kwartale poprzednim) i który przez przynajmniej 3 pełne miesiące był uczestnikiem PPK. Wpłata powitalna jest jednorazowa. Oprócz tego uczestnik Pracowniczych Planów Kapitałowych otrzymuje "dopłatę roczną" w wysokości 240 zł, jeśli kwota wpłat podstawowych i dodatkowych jest równa przynajmniej kwocie wpłat podstawowych należnych od 6-krotności minimalnego wynagrodzenia. W przypadku osób o obniżonej składce podstawowej (do 0,5%) "dopłata roczna" przysługuje, gdy kwota wpłat podstawowych i dodatkowych w danym roku jest równa co najmniej 25% wpłat podstawowych od 6-krotności minimalnego wynagrodzenia. Przysługuje jedna "dopłata roczna" nawet jeśli uczestnik ma kilka rachunków PPK. Pracownicze Plany Kapitałowe są dobrowolnym programem, dlatego pomimo automatycznego zapisu wszystkich pracowników, istnieje możliwość zrezygnowania z oszczędzania. W tym celu niezbędna będzie deklaracja rezygnacji z PPK, której wzór zostanie określony przez ministra ds. instytucji finansowych we współpracy z ministrem ds. zabezpieczenia społecznego. Uzupełnioną deklarację rezygnacji z PPK składa się w miejscu pracy — pracodawca ma obowiązek poinformować o tym właściwą instytucję finansową w ciągu 7 dni od dnia złożenia deklaracji. Rezygnacja zaczyna obowiązywać w miesiącu złożenia, a jeśli w danym miesiącu składki zostały pobrane, podlegają zwrotowi. Deklaracja rezygnacji z oszczędzania z PPK nie jest ostateczna, co oznacza, że po upływie 4 lat podmiot zatrudniający ponownie zacznie naliczać stosowne składki. Pracodawca ma obowiązek poinformować o tym pracownika.

Porównując program PPK i PPE należy zauważyć, że PPE teoretycznie jest większym obciążeniem finansowym dla pracodawcy, ponieważ tylko on opłaca składkę podstawową w wysokości min. 3,5%, wobec 1,5%, którą musi wpłacać przy PPK. Aby obciążenie pracodawcy było takie samo w obu programach, w PPE musi partycypować 25% pracowników, natomiast do PPK musiałoby przystąpić 58% zatrudnionych. PPK są dobrowolne, ale każdy pracownik, który nie ukończył 55. roku życia, będzie zapisany automatycznie z możliwością rezygnacji w dowolnym momencie. Do PPE pracownik zapisuje się na swój wniosek. Z PPK można zrezygnować. Jednak trzeba pamiętać, że najpóźniej po 4 latach pracodawca ma obowiązek zapisać pracownika ponownie. Wypisując się z PPE, pracownik nie będzie miał możliwości ponownego zapisu. Uruchomienie PPE samo w sobie nie uchroni pracodawcy przed obowiązkiem wprowadzenia PPK. Pierwszym warunkiem jest przekonanie minimum 25% pracowników, żeby się zapisali do programu emerytalnego. Może wydawać się to proste, ponieważ w przypadku PPE tylko pracodawca będzie odkładał na emeryturę swojego pracownika (ale również może i pracownik w formie zadeklarowanej składki dodatkowej). Jednak w rzeczywistości pracownicy nie mają zaufania do programów emerytalnych i mogą niechętnie przystępować do tego rozwiązania. Dodatkowo pracownik musi sam zapisać się do Pracowniczego Programu Emerytalnego. W przypadku Pracowniczych Planów Kapitałowych jest zapisany automatycznie. Kolejnym zadaniem pracodawcy będzie utrzymanie niezbędnych 25% partycypacji w PPE w ciągu dwóch dni w roku. Jeżeli 1 stycznia lub 1



lipca udział pracowników w PPE spadnie poniżej 25%, to pracodawca będzie zobowiązany uruchomić PPK. Nie wystarczy więc raz przekonać pracowników do PPE, trzeba utrzymać ustawowy poziom jeszcze dwa razy w roku. Argumentem przeciw PPK jest przede wszystkim silny brak zaufania do systemu emerytalnego, poddawanego ciągłym zmianom. Znając wszystkie cechy PPE i PPK wielu pracodawców podejmie z pewnością decyzję w sprawie wdrożenia u siebie istniejących już od wielu lat na rynku programów PPE. Tak się dzieje już od początku 2018 r., kiedy ustawa o PPK nabierała kształtów, gdyż nastąpił prawdziwy wysyp rejestracji PPE. Z pewnością nie dzieje się to bez powodu.

Podsumowując, niski procent uczestnictwa Polaków w dodatkowych programach emerytalnych może wynikać z kilku przyczyn:

- zbyt niskiego poziomu dochodów,
- niewłaściwej polityki informacyjnej w zakresie ograniczeń powszechnego systemu emerytalnego oraz możliwości dobrowolnych dodatkowych programów emerytalnych,
- niskiej świadomości i wiedzy finansowej,
- niewystarczającej atrakcyjności oferowanych produktów emerytalnych.

Wysokość świadczeń emerytalnych z całego systemu emerytalnego (powszechnego i dodatkowego) zależy od długości okresu aktywności zawodowej i wysokości wpłaconej składki. Powszechny system emerytalny, wyznaczając jedynie dolne limity uczestnictwa (obowiązkowa składka emerytalna, minimalny wiek emerytalny, emerytura minimalna) tworzy jednocześnie ogromne możliwości dla indywidualnej inicjatywy, tzn. możliwości podejmowania przez każdego uczestnika działań związanych z zapewnieniem sobie wyższych świadczeń emerytalnych po zakończeniu pracy zawodowej. To podwyższenie świadczeń emerytalnych może się dokonać jedynie poprzez dodatkowe oszczędzanie.

### 3.3. Warunki podniesienia poziomu przyszłych świadczeń emerytalnych osób młodych

Podejmowanie właściwych decyzji uwzględniających ryzyko emerytalne jest szczególnie trudne dla osób młodych, które dopiero rozpoczynają aktywność zawodową i dla których perspektywa osiągnięcia wieku emerytalnego jest odległa. Dla takiej osoby przechodzącej na emeryturę w wieku 60 lat stopa zastąpienia według szacunków wyniesie około 34,2% ostatniej płacy, a przy przedłużeniu aktywności od wieku 62 czy 65 lat — odpowiednio 39% i 47%<sup>28</sup>. Żeby na przykład uzyskać stopę zastąpienia na poziomie 70% przy obecnej stopie składki na poziomie 19,52%, musiałaby taka osoba pracować do 72 roku życia, przy 21% do 70 roku życia, a przy 25% do 67 roku życia. Możliwa jest też stopa zastąpienia w wysokości 100%, wtedy jednak przy stopie składki na poziomie 19,52% osoba taka musiałaby pracować do 80 roku życia, przy 21% do 75 roku życia, a przy 25% do 72 roku życia. Rozpatrując zagadnienie z drugiej strony, czyli na przykład podniesienie składki bazowej z 19,52% do 25% (co jest możliwe tylko na drodze ustawowej) oraz przy zachowaniu niskiego wieku przejścia na emeryturę (60 lat), stopa zastąpienia zwiększy się tylko do poziomu 43,8% (z 34,2%).

<sup>28</sup> M. Góra, J. Rutecka, *Elastyczny system emerytalny a obecne i przyszłe potrzeby jego uczestników*, „Ekonomista”, nr 6/2013.

Racjonalny wybór stopy zastąpienia, zakładający osiągnięcie subiektywnie pożądanego poziomu wysokości świadczenia (mierzonego stopą zastąpienia), musi uwzględniać ograniczenia związane z wysokością składki do zapłacenia oraz wiekiem rozpoczęcia pobierania emerytury. Te trzy czynniki są ze sobą powiązane i muszą być jednocześnie brane pod uwagę przy poszukiwaniu optymalnego rozwiązania przez uczestnika systemu emerytalnego. Wysokość składki jest ograniczona z dołu składką obowiązkową, wynikającą z uczestnictwa w systemie powszechnym. Składkę można zwiększyć, ale już tylko w ramach dobrowolnych działań i poza obowiązkowym systemem. Wysokość tej dodatkowej składki będzie wyrazem skłonności danej osoby do oszczędzania na przyszłość, czyli chęci rezygnacji z bieżącej konsumpcji na rzecz konsumpcji w przyszłości. W przypadku wieku emerytalnego jest ustalona tylko jego dolna granica jako minimalny wiek emerytalny obowiązujący w systemie powszechnym. Jest więc również możliwość samodzielnego ustalania momentu rozpoczęcia pobierania świadczeń emerytalnych. Przedłużenie aktywności zawodowej skutkuje znacznym przyrostem świadczenia w konsekwencji nieliniowej zależności pomiędzy wielkością zgromadzonych środków emerytalnych a przeciętnym dalszym trwaniem życia w wieku przejścia na emeryturę. Każdy kolejny rok opóźnienia rozpoczęcia pobierania emerytury daje przyrost jej wysokości większy od przyrostu wynikającego z opóźnienia o poprzedni rok. Jest to silna zależność i bardzo korzystna dla uczestników systemu. Tym bardziej, że to człowiek, a nie system, jest beneficjentem decyzji o opóźnieniu przejścia na emeryturę. Kolejnym czynnikiem jest poziom świadczenia wyrażony przez stopę zastąpienia. W tym przypadku nie ma wyraźnej dolnej granicy, czyli minimalnej stopy zastąpienia. Istnieje co prawda tzw. gwarancja świadczenia minimalnego, ale jest ona raczej odzwierciedleniem polityki społecznej państwa niż parametrem systemu.

W obecnym systemie emerytalnym uzyskanie stopy zastąpienia w wysokości 60% przy składce na poziomie 19,52% wymaga pracy do 69 roku życia. Uzyskanie takiego samego standardu życia — czyli w wysokości 60% stopy zastąpienia — i przy założeniu rozpoczęcia pobierania świadczenia w wieku 60 lat, wymagałoby podniesienia składki do poziomu 34,5%, a więc o 77% więcej niż obecny poziom składki bazowej w wysokości 19,52%. W skrajnym przypadku, czyli gdyby rozpoczęcie pobierania świadczenia emerytalnego nastąpiło w wieku 75 lat, składkę bazową można by było zmniejszyć do poziomu 12,5%. Każdy więc uczestnik systemu emerytalnego wybierając stopę zastąpienia decyduje jednocześnie — przy danej wysokości składki — o wieku rozpoczęcia pobierania świadczenia emerytalnego. Może również najpierw zdecydować o wieku rozpoczęcia pobierania świadczenia emerytalnego i wówczas w zależności do wielkości płaconych składek uzyska informację o możliwej do osiągnięcia stopie zastąpienia. Długość płacenia składek ma tylko pośredni wpływ na wysokość świadczenia emerytalnego i wyraża się w wartości środków mogących być przeznaczonymi na wypłatę świadczenia. Wartość tych środków tworzy skapitalizowana suma stanu kont emerytalnych, na które składki były wpłacane. Przy takiej samej skapitalizowanej sumie kont emerytalnych świadczenie kobiety będzie znacznie niższe niż świadczenie mężczyzny (przy przejściu obojga na emeryturę w minimalnym wieku emerytalnym). Bezpośredni wpływ na wysokość świadczenia emerytalnego ma jednak wiek, w którym się na emeryturę przechodzi, ponieważ to on wyznacza średni okres, na jaki środki te mają wystarczyć. Dlatego tak ważne jest, w jakim wieku rozpoczyna się wypłata świadczenia. Stopa zastąpienia rośnie wraz z późniejszym przejściem na emeryturę i wraz z płaconą większą

stopą składki. Ze względu na to, że powszechny system emerytalny nie pozwala na samodzielne podniesienie stopy składki bazowej, to można to zrobić poprzez składkę dodatkową w ramach indywidualnego/prywatnego programu emerytalnego. Rozpatrując system emerytalny jako całość składającą się z powszechnego systemu emerytalnego oraz dodatkowego systemu emerytalnego obejmującego indywidualne programy emerytalne, można wskazać na jego elastyczną cechę wyrażającą się w indywidualnym wyborze zestawu wartości czynników wpływających na wysokość świadczeń emerytalnych, czyli wartość składki, wiek emerytalny i stopę zastąpienia. Pogarszająca się relacja liczebności osób pracujących do liczebności emerytów wpływa na zmniejszającą się stopę zastąpienia, więc w praktyce można kształtować tylko wartości dwóch pozostałych czynników. W części powszechnej systemu emerytalnego wybór uczestnika odnosi się właściwie do momentu zakończenia aktywności zawodowej, natomiast w części dodatkowej istnieje wiele możliwości w zakresie dopasowania dodatkowej stopy składki, a w konsekwencji i dodatkowej stopy zastąpienia, które łącznie z odpowiadającymi im czynnikami z części powszechnej systemu emerytalnego zapewnią sumaryczną wartość tych czynników.

Zwiększenie świadczeń emerytalnych w wyniku zwiększenia składki emerytalnej w ramach dodatkowego systemu emerytalnego poprzez dodatkowe oszczędności może się odbyć w ramach na przykład pracowniczych programów emerytalnych lub indywidualnych programów emerytalnych. Rozwój dodatkowego zabezpieczenia emerytalnego zależy od różnych czynników, wśród których do najważniejszych należą<sup>29</sup>:

- poziom świadczeń z publicznego systemu emerytalnego,
- zamożność społeczeństwa,
- zaangażowanie pracodawcy w organizację programów i ich finansowe wsparcie,
- zachęty podatkowe,
- poziom wiedzy finansowej i świadomości emerytalnej,
- stopień rozwoju rynków finansowych (rozwój oferty produktowej),
- elastyczność proponowanych rozwiązań.

W krajach, gdzie są niskie świadczenia z systemu publicznego, dodatkowe zabezpieczenia emerytalne są znacznie lepiej rozwinięte (np. w Holandii) niż w krajach, które oferują wysokie emerytury z systemu powszechnego (np. Włochy). Tempo wzrostu popularności dodatkowego oszczędzania zależy nie tylko od stopnia obniżania relatywnego poziomu świadczeń oferowanych przez systemy powszechne, lecz także od poziomu dochodów indywidualnych uczestników systemów emerytalnych. Tam, gdzie są one wysokie, tam są najwyższe wskaźniki uczestnictwa w dodatkowym oszczędzaniu (np. Kanada, Wielka Brytania). Kapitały emerytalne na rynkach rozwiniętych są często gromadzone w formach grupowego oszczędzania na starość, czyli w pracowniczych programach emerytalnych, które są w znacznej części lub całości finansowane przez pracodawcę. Wielu pracowników godzi się na niższe zarobki, ażeby tylko móc korzystać z programu emerytalnego funkcjonującego w danym zakładzie pracy. Bardzo często bowiem osoby o niskich zarobkach (lub zarabiających przeciętne wynagrodzenie) nie uczestniczą w żadnych dodatkowym programie emerytalnym. Tak naprawdę problemem nie są niskie kwoty które prawdopodobnie mogliby

<sup>29</sup> J. Rutecka, *Dodatkowe zabezpieczenie emerytalne — charakterystyka i czynniki rozwoju*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu”, nr 342/2014.

wpłacać (na przykład NN Investment Partners wymaga min. 50 zł na IKE lub IKZE), ale przede wszystkim brak skłonności do oszczędzania na starość. Nawet małe kwoty oszczędzane przez wiele lat dają duże zyski właśnie dopiero w dłuższym okresie czasu. Aby zachęcać takie osoby do nawet niskiego oszczędzania w relacji do własnych niskich zarobków, należy wprowadzać zachęty podatkowe, które mogą przybierać formy ulg i odliczeń podatkowych, lub nawet dopłat do kont emerytalnych. Najczęściej przyjmują formę zwolnienia składki z opodatkowania, zwolnienia oszczędności emerytalnych z podatku od dochodów kapitałowych lub preferencyjnej stawki opodatkowania dla wypłacanego świadczenia. Zachęty podatkowe wprowadzane są w celu pobudzenia oszczędności wśród osób, które nie gromadzą dodatkowych środków na starość. Zastosowane w Polsce rozwiązania w postaci zwolnienia z podatku Belki (PPE, IKE) oraz możliwości odliczenia składki od podstawy opodatkowania (IKZE), okazały się być atrakcyjne głównie dla osób z wyższych grup dochodowych, nawet uwzględniając wprowadzone we wszystkich wymienionych formach limity kwotowe. Aby zachęcić do dodatkowego oszczędzania i spowodować wykreowanie nowych, długoterminowych oszczędności w gospodarce, konstrukcja ulgi powinna bardziej wspierać tworzenie tych oszczędności przez osoby średnio i mniej zarabiające. Takim rozwiązaniem mogłaby być ulga degresywna lub dopłaty kwotowe do indywidualnych programów emerytalnych. Tym bardziej, że biorąc pod uwagę poziom wolnych środków, którymi dysponują polskie gospodarstwa domowe po zaspokojeniu podstawowych potrzeb, znaczna część gospodarstw domowych o dochodach na osobę poniżej średniej krajowej nie jest w stanie dodatkowo oszczędzać na starość. W oszczędzaniu może pomóc zmniejszenie obciążeń podatkowych — osoby mniej zarabiające powinny mieć możliwość odliczenia od podatku większej części wpłat emerytalnych, a osoby zarabiające więcej — części znacznie mniejszej. Ponadto można wprowadzić dopłaty do składek wnoszonych przez oszczędzających, lub limit kwotowy składki podlegającej odliczeniu. Innym rozwiązaniem mogłyby być dopłaty do planów emerytalnych zależne od wniesienia dodatkowej składki przez samego oszczędzającego. Takie dotacje mogą mieć charakter dopłaty jednorazowej lub regularnego uzupełniania konta emerytalnego o kwoty odpowiadające części wpłat oszczędzającego.

### 3.4. Znaczenie zaufania do instytucji finansowych w dodatkowym zabezpieczeniu emerytalnym

Instytucja finansowa to podmiot gospodarczy, którego głównym celem jest świadczenie na rzecz klientów usług finansowych, w tym w szczególności operowanie zasobami finansowymi, czyli gromadzenie i wydatkowanie środków pieniężnych, jak również świadczenie usług pośrednictwa finansowego. Instytucje finansowe można podzielić na instytucje depozytowe (banki oraz związki kredytowe — w Polsce SKOK-i (choć wg Kodeksu Spółek Handlowych SKOK-i nie są instytucjami finansowymi); nie są instytucjami depozytowymi instytucje pożyczkowe, albowiem one udzielają pożyczek z kapitałów własnych lub emisji papierów wartościowych), instytucje rozpraszania ryzyka (zakłady ubezpieczeń — przejmują ryzyko ubezpieczeniowe jednostek w zamian za niewielką — względem tego ryzyka — składkę ubezpieczeniową, rozpraszając ryzyko ubezpieczeniowe na większą zbiorowość, zakłady reasekuracji — przejmują część ryzyka od pojedynczych zakładów ubezpieczeń

i rozpraszają je pomiędzy wiele zakładów ubezpieczeń, są nimi także zakłady ubezpieczeń na życie), oraz instytucje inwestycyjne (pośredniczące przy inwestowaniu środków finansowych w dochodowe przedsięwzięcia o różnym poziomie ryzyka; są to np. fundusze inwestycyjne, fundusze emerytalne, fundusze powiernicze, banki inwestycyjne, domy maklerskie). W większości krajów funkcjonowanie instytucji finansowych podlega mniej lub bardziej ścisłej kontroli państwa. Nadzór nad niektórymi instytucjami finansowymi sprawuje Komisja Nadzoru Finansowego (KNF). Jego nadzorowi podlegają banki (nadzór bankowy), fundusze emerytalne i instytucje prowadzące konta emerytalne (nadzór emerytalny), zakłady ubezpieczeń (nadzór ubezpieczeniowy), podmioty rynku kapitałowego (nadzór nad rynkiem kapitałowym), instytucje płatnicze (nadzór nad instytucjami płatniczymi), agencje ratingowe (nadzór nad agencjami ratingowymi), SKOK-i (nadzór nad spółdzielczymi kasami oszczędnościowo-kredytowymi). Celem nadzoru nad rynkiem finansowym jest zapewnienie prawidłowego funkcjonowania tego rynku, jego stabilności, bezpieczeństwa i przejrzystości, ochrony interesów uczestników tego rynku, oraz zapewnienie zaufania do rynku finansowego. To zaufanie do instytucji finansowych jest kluczowym warunkiem korzystania z ich oferty produktowej, w tym produktów służących długoterminowemu oszczędzaniu na starość<sup>30</sup>. Samo pojęcie zaufanie oznacza przekonanie, na podstawie którego jednostka w danej sytuacji godzi się na zależność od drugiej jednostki, którą może być osoba lub organizacja, mając przy tym poczucie względnego bezpieczeństwa, mimo że negatywne konsekwencje są możliwe<sup>31</sup>. Zaufanie odzwierciedla się też w przekonaniu, że dana osoba lub organizacja nie będzie działać wyłącznie we własnym interesie ani na szkodę interesów indywidualnych, zachowując przy tym kompetentność w swym działaniu<sup>32</sup>.

Zaufanie do instytucji finansowych jest szczególnie ważne w warunkach rosnącej niepewności oraz wzrostu ryzyka działalności i egzystencji ludzi. Aby podejmować racjonalne decyzje dotyczące inwestowania w instrumenty finansowe, w tym instrumenty długookresowego oszczędzania na cele emerytalne, niezbędne jest zaufanie, tak do instytucji państwa, jak i do instytucji finansowych<sup>33</sup>. Z badań przeprowadzonych przez Kantar Public<sup>34</sup> wynika, że spośród instytucji finansowych największe społeczne zaufania pokładane jest w Narodowym Banku Polskim (NBP) — ufa tej instytucji 60% badanych osób, dla kontrastu najmniejszym zaufaniem cieszy się Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) — tylko 33% respondentów ufa tej instytucji, a zaufanie netto (odsetek odpowiedzi „zdecydowanie tak” plus „raczej tak” minus odsetek odpowiedzi „zdecydowanie nie” i „raczej nie”) wyniosło minus 21 punktów procentowych (–21 p.p.). Jest to najgorszy wynik ZUS od dziesięciu lat. Z kolei z badania *Diagnozy Społecznej 2015* wynika, że NBP ufa 63% badanych, bankom

<sup>30</sup> T. Szumlicz, *Zaufanie społeczne do zakładów ubezpieczeń*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe”, 3/2011, s. 113.

<sup>31</sup> W. M. Grudzewski, I. K. Hejduk, A. Sankowska, M. Wańtuchowicz, *Zarządzanie zaufaniem w przedsiębiorstwie*, Oficyna Wolters Kluwer Business, Kraków–Warszawa 2009, s. 19.

<sup>32</sup> R. Mosh, H. Prast, *Confidence and trust: empirical investigations for the Netherlands and the financial sector*, Occasional Studies, 2(6)2008, p. 7.

<sup>33</sup> E. Wierzbicka, *Zaufanie jako warunek długoterminowego oszczędzania na cele emerytalne*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe”, Zeszyt 18 (1/2015), s. 80–86.

<sup>34</sup> Kantar Public, *Zaufanie do instytucji publicznych*, listopad 2016, s. 8.

komercyjnym 44%, ZUS-owi 39%, a zakładom ubezpieczeń na życie 35%<sup>35</sup>. W badaniu *Diagnozy Społecznej 2015* ustalono także, że największe zaufanie do banków komercyjnych wyrażały osoby w wieku 25–34 lata, natomiast w przypadku zakładów ubezpieczeń na życie były to osoby w wieku 25–59 lat, z kolei najbardziej nie ufały bankom komercyjnym osoby w wieku 60 lat i więcej, a zakładom ubezpieczeń na życie osoby w wieku do 24 lat oraz 60–64 lata. Niskie zaufanie do banków komercyjnych jest czasami tłumaczone jako wynik niewystarczających kompetencji finansowych kredytobiorców, co przekłada się na obawy przed „nieznany”. Kolejnym powodem niskiego zaufania do banków komercyjnych są przypadki ich nierzetelnych praktyk biznesowych, szczególnie mocno nagłaśnianych przez media (i nierzadko bez pogłębionej analizy). Wśród kryteriów decydujących o wyborze banku, bezpieczeństwo i stabilność należą do najczęściej wskazywanych, więc zaufanie do instytucji ma znaczenie kluczowe. Ważne dla konsumentów jest także to, „że — choć wydaje się to nieistotne — banki nie przestaną istnieć, a ponadto gwarantują pewien podstawowy poziom bezpieczeństwa depozytów”<sup>36</sup>. Po wielkim kryzysie finansowym w 2008 roku, odbudowywanie zaufania przez banki zostało w strategiach spółek potraktowane absolutnie priorytetowo. Te działania polegają na tworzeniu bardziej przejrzystych umów, krótszych terminów rozpatrywania wniosków i prowadzenia wewnętrznych procedur oraz otwartość na dialog. Taka postawa może mieć wymiar biznesowy, bo wykazuje się proklienckością z jednej strony, a z drugiej usprawnia jednocześnie komunikację z konsumentem. Niski poziom zaufania do instytucji finansowych jest również wynikiem nierzetelnych czasami praktyk stosowanych przez niektóre z tych instytucji. Ale z drugiej też strony nie można zawsze podkreślać, że w każdych okolicznościach to konsument jest słabszy, w związku z czym należy stale zwiększać zakres ochrony jego praw. Pokazały to badania zrealizowane przez ZPF i IRG SGH<sup>37</sup>, gdzie stwierdzono, iż większość osób, które nieterminowo reguluje swoje zobowiązania, nie liczy się z ryzykiem niemożności ich spłaty. Dlatego etyczne postępowanie powinno być nakazem dla obu stron, a nie wyłącznie instytucji finansowych. Wyzwaniem dla sektora finansowego jest odpowiedzialna sprzedaż, bez której nie da się zbudować zaufania do instytucji finansowych. Należy więc klientowi przekazać wszystko o danym produkcie finansowym i na tyle, by mógł świadomie podjąć decyzję o jego nabyciu. Niedopuszczalne jest bowiem wykorzystywanie przez instytucje finansowe przewagi informacyjnej w celu zwiększenia sprzedaży, czyli przekonania klienta do kupna produktu, którego nie potrzebuje.

Na decyzje oszczędnościowe poszczególnych osób wpływa między innymi stopień zaufania do instytucji finansowych i innych podmiotów zaangażowanych w realizację funkcji i zadań systemu emerytalnego. Im ten stopień zaufania jest większy, tym z reguły większe oszczędności kierują Polacy szczególnie do dodatkowej części systemu emerytalnego, czyli do PPE, IKE, IKZE, być może też i do PPK po ich pełnym wdrożeniu (choć pierwsze doświadczenia wskazują na dość dużą grupę pracowników wypisujących się z tej formy oszczę-

<sup>35</sup> T. Szumlicz, *Wzrost zaufania do zakładów ubezpieczeń w świetle Diagnozy Społecznej 2015*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe”, 3/2015, s. 6–7.

<sup>36</sup> X Kongres Consumer Finance, [www.fakt.pl/pieniadze/finanse/milleniarsi\\_maja\\_male\\_zaufanie\\_do\\_instytucji\\_finance](http://www.fakt.pl/pieniadze/finanse/milleniarsi_maja_male_zaufanie_do_instytucji_finance), Michał Hucał — Wiceprezes Alior Bank S.A., data: 06/07/2019.

<sup>37</sup> Badanie pt. *Sytuacja na rynku consumer finance*, zrealizowane przez Instytut Rozwoju Gospodarczego SGH i Związek Przedsiębiorstw Finansowych (ZPF) w drugim kwartale 2020 roku.

dzania na starość). Pomaga w tym również odpowiedni poziom posiadanych kompetencji finansowych, który akurat w przypadku osób młodych jest szczególnie niski. Niezbędna jest zatem odpowiednia edukacja finansowa, a także eksponowanie czynników behawioralnych (czyli takich, które mają podłoże społeczne i psychologiczne, np. zaufanie, obawy o przyszłość, poczucie strachu), które istotnie wpływają na decyzje oszczędnościowe.

### 3.5. Emerytalne aspekty ubezpieczeń na życie

Ryzyko starości jest ryzykiem społecznym i oznacza zagrożenie długim życiem, czyli zdarzeniem pożądanym, lub nietypową stratę w zasobach, która polega nie tyle na zmniejszeniu spodziewanych środków utrzymania po zakończeniu aktywności zawodowej, ile na wyczerpaniu posiadanych (zgromadzonych) środków utrzymania<sup>38</sup>. Właśnie ryzyko związane z brakiem środków utrzymania na okres starości okazuje się coraz poważniejszym problemem społecznym o dużym wymiarze ekonomicznym. Dobra polityka zabezpieczenia emerytalnego musi więc stwarzać możliwość kształtowania i zasadność wpływania na relatywną wysokość i proporcje świadczeń emerytalnych. Ubezpieczeniowa konstrukcja zabezpieczenia emerytalnego wyróżnia przede wszystkim ściśle związanie pierwszej fazy ryzyka starości (w okresie od rozpoczęcia aktywności zawodowej do osiągnięcia wieku emerytalnego) z oszczędzaniem, a drugiej fazy ryzyka starości (w okresie od osiągnięcia wieku emerytalnego do wieku równego przeciętnego dalszego trwania życia) z ubezpieczeniem. Dla takiego systemu charakterystyczna jest zasada zdefiniowanej składki, w której świadczenie emerytalne jest proporcjonalne do zgromadzonych składek (w odróżnieniu od systemu ze zdefiniowanym świadczeniem, w którym wysokość świadczeń decyduje o wysokości składek). W ubezpieczeniowym zabezpieczeniu emerytalnym decydujące dla wysokości przyszłych świadczeń emerytalnych są wcześniejsze oszczędności emerytalne, zarówno te wyrażone w uprawnieniach repartycyjnych, jak też te wyrażone w uprawnieniach kapitałowych. Jednak wydłużający się okres życia ubezpieczonych sprawia, że świadczenia emerytalne stają się coraz mniejsze. Rozwiązaniem tego problemu są dodatkowe plany emerytalne realizowane poprzez pracownicze i powszechne fundusze emerytalne, wykorzystujące m.in. ubezpieczenia na życie dla ochrony ubezpieczonych i ich rodzin przed skutkami takich ryzyk jak śmierć, ubezpieczenie rentowe (ryzykiem jest życie), ubezpieczenie na życie z funduszem kapitałowym (ryzykiem jest śmierć lub dożycie określonego wieku, występuje też ryzyko finansowe, które ponosi ubezpieczający), oraz innymi ryzykami, jak ryzyko śmierci żywiciela (renty rodzinne), ryzyko inwalidztwa. W systemach emerytalnych metoda ubezpieczenia ma podstawowe zastosowanie w fazie wypłat. W tym przypadku ma zastosowanie mechanizm renty dożywotniej, zabezpieczający ubezpieczonego przed ryzykiem wyczerpania oszczędności emerytalnych na skutek „zbyt długiego życia”. W przypadku rent dożywotnich występować mogą także inne opcje o charakterze ubezpieczeniowym, na przykład konstrukcja ubezpieczenia na dwa życia, gwarancja wypłaty przez określony okres.

Podstawowym celem ubezpieczenia na życie jest „zapewnienie osobom zależnym finansowo od ubezpieczonego określonego standardu życia po jego śmierci przez wypłatę świad-

<sup>38</sup> T. Szumlicz (red.), *Spoleczne aspekty rozwoju rynku ubezpieczeniowego*, OW SGH, Warszawa 2010, s. 155.

czenia ubezpieczeniowego<sup>39</sup>. Ubezpieczenie na życie ma więc wyrównać lub zmniejszyć straty, które dotkną pozostałe osoby z powodu śmierci ubezpieczonego. Innym celem może być zabezpieczenie interesów osób nie będących rodziną ani bezpośrednio zależnych finansowo, czyli na przykład interesów pracodawcy lub współnika, którzy ponieśliby wymierną stratę materialną w wyniku śmierci ubezpieczonego. Kolejnym celem jest zabezpieczenie ubezpieczonego na wypadek nieszczęśliwych zdarzeń w postaci kalectwa, niezdolności do pracy i choroby, powodujących utratę normalnych zarobków i zwiększanie kosztów utrzymania, przy czym zabezpieczenie to rozciąga się również na osoby zależne finansowo, które mogą stracić w ten sposób środki do życia.

Ważnym celem ubezpieczenia na życie jest akumulowanie i pomnażanie oszczędności. Odbywa się to poprzez wiązanie elementu zabezpieczenia ryzyka (ubezpieczenie na życie) z elementem oszczędzania (inwestowania) i jest określane jako ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym (UFK). Ubezpieczenie to ma charakter długoterminowy, a celem jego jest zabezpieczenie finansowe przyszłości ubezpieczonego oraz inwestowanie jego własnych nadwyżek finansowych. Wiadomo, że prawie zawsze występują niedobory finansowe w okresie starości, gdy człowiek przestaje pracować i jego dochody ulegają wyraźnemu zmniejszeniu. Ponadto okres ten wiąże się często z niedołęstwem fizycznym, z chorobami, czasami też z potrzebą pomocy osób trzecich, co oznacza zwykle dodatkowe wydatki. Dlatego dobrze jest w okresie pełnym sił i pełnej aktywności zawodowej, trwającym do wieku emerytalnego, odkładać pewną część przychodów na późniejsze lata, czyli na okresy narażone na niedobory finansowe. Podstawową cechą ubezpieczeń na życie z funduszem kapitałowym jest wyraźne wyodrębnienie takiego dodatkowego funduszu i odrębne nim administrowanie, a więc podzielenie całości ubezpieczenia na dwie części, czyli na część zabezpieczającą pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego, oraz na część inwestycyjną, utrzymaną na wydzielonym koncie oszczędnościowym. Część zabezpieczająca pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego jest odłączana z indywidualnych rachunków poszczególnych ubezpieczających i tworzy ogólny fundusz ubezpieczeniowy (tzw. fundusz ryzyka), z którego wypłacane są świadczenia ubezpieczonym (uposażonym) w razie zrealizowania się ryzyka. Ta odłączana z rachunku część stanowi opłatę za ryzyko, a jej wysokość zależy od aktualnego prawdopodobieństwa śmierci danego ubezpieczonego i ewentualnej sumy, którą zakład ubezpieczeń musi wypłacić z tego funduszu (sumy na ryzyku). Poszczególni ubezpieczeni nie mają do tego funduszu żadnych praw, z wyjątkiem prawa do świadczenia z powodu śmierci. Z kolei indywidualna część inwestycyjna funduszu wchodzi w skład ogólnego funduszu inwestycyjnego, przez co każdy z ubezpieczonych ma na bieżąco wliczany w nim udział, który stanowi jego własność. Jednak ryzyko finansowe zawsze ponosi ubezpieczający. Oznacza to, że w przypadku gdy fundusz inwestycyjny nie będzie rósł w założonym tempie lub obniży swoją wartość w związku ze spadkiem na przykład kursów papierów wartościowych w jakie został ulokowany, konsekwencją tego jest obniżenie stanu posiadania ubezpieczającego, tym bardziej, że zakład ubezpieczeń nie gwarantuje żadnego dochodu, a za to daje możliwość decydowania ubezpieczającemu o sposobie inwestowania w ramach zaproponowanych metod/modeli. Mogą one dotyczyć inwestowania w fundusze o różnym stopniu ryzyka — bezpiecznych, zrównoważonych, agresywnych, ponadto ubezpieczający może tworzyć własną strukturę tych inwestycji przez podział procentowy swych środków

<sup>39</sup> E. Stroński, *Ubezpieczenia na życie. Teoria i praktyka*, Poltext, Warszawa 2003, s. 11.



między te fundusze. Ubezpieczający może też zmieniać wysokość sumy ubezpieczenia, zdecydować się na wpłaty doraźnych składek, podwyższać składkę stałą. Najbardziej popularne ubezpieczenie z funduszem kapitałowym w Polsce obejmuje dwie podstawowe konstrukcje składkowo-ubezpieczeniowe:

- ubezpieczenie uniwersalne — ochrona maksymalna,
- ubezpieczenie uniwersalne — ochrona życia.

Ubezpieczenie z ochroną maksymalną ma przede wszystkim na celu zagwarantowanie wysokiego świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego. W ubezpieczeniu tym większa część składki jest przeznaczona na ubezpieczenie ryzyka śmierci (ze względu na wysoką sumę ubezpieczenia), natomiast mniejsza stanowi składkę oszczędnościową, w związku z czym w razie zakończenia umowy, np. po dożyciu do wieku 60 lub 65 lat, otrzymana wartość polisy w małym stopniu zabezpiecza utrzymanie na względnie wysokim poziomie standardu życia w przypadku zaprzestania pracy. Jest to ubezpieczenie zbliżone do ubezpieczenia na wypadek śmierci, z niewielkim tylko elementem ubezpieczenia na dożycie. W przypadku natomiast ubezpieczenia z ochroną życia występuje wysokie świadczenie finansowe w razie dożycia określonego wieku, i niższe w przypadku śmierci ubezpieczonego (choć w dłuższym okresie czasu również to świadczenie może być wysokie ze względu na możliwą wysoką wartość polisy (powyżej sumy ubezpieczenia). Otrzymana wartość polisy powinna zabezpieczyć utrzymanie wysokiego standardu życia osobom w podeszłym wieku dzięki jednorazowemu świadczeniu, lub — po zmianie dyspozycji — świadczeniu rentowemu. Jest to więc ubezpieczenie odpowiadające ubezpieczeniu mieszanemu o różnej proporcji świadczenia na wypadek śmierci i w razie dożycia. W chwili gdy wartość polisy osiągnie wysokość sumy ubezpieczenia, to wartość tej polisy będzie rosła znacznie szybciej i stale, gdyż konto ubezpieczającego nie jest już obciążone żadną opłatą za ryzyko, bowiem suma ubezpieczenia odpowiadająca ryzyku, od której opłatę taką się pobiera, jest równa zero.

Jedną z wersji ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym jest ubezpieczenie emerytalno-rentowe, które można scharakteryzować następująco<sup>40</sup>:

- ustalany jest termin okresu ubezpieczenia (na przykład na czas przejścia na emeryturę w wieku 60–65 lat), po którym następuje wypłata świadczenia,
- świadczenie jest kalkulowane na podstawie zgromadzonego kapitału (wartość polisy) i ubezpieczony otrzymuje informacje o wysokości kapitału, a tym samym o wysokości renty po dożyciu określonego w umowie wieku, gdyż dopiero wtedy zakład zna wysokość zgromadzonego kapitału,
- świadczenie wypłacane jest według życzenia ubezpieczonego, tzn. w formie jednorazowej lub w formie renty pewnej terminowej, renty życiowej gwarantowanej otrzymywanej przez ustalony okres (np. przez 10 lat), renty życiowej ograniczonej do pewnego wieku ubezpieczonego (np. 80 lat), renty życiowej płatnej do końca życia,
- zminimalizowany jest element ryzyka — wypłata świadczenia z powodu śmierci w okresie ubezpieczenia równa się wysokości wartości polisy,

<sup>40</sup> E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie. Teoria i praktyka*, Poltext, Warszawa 2003, s. 179–180.

O poziomie i zakresie elastyczności oferty ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym z punktu widzenia aspektów emerytalno-rentowych decyduje przede wszystkim możliwość przeprowadzenia zmian w okresie ubezpieczenia na życzenie ubezpieczającego. W czasie trwania umowy ubezpieczającemu przysługują następujące zmiany<sup>41</sup>:

- zmiany raz do roku sumy ubezpieczenia (lub w każdym czasie w wyjątkowych sytuacjach — zawarcie związku małżeńskiego, urodzenie się lub adopcja dziecka, itd.),
- zmiany częstotliwości opłacania składki w ramach zwykłych okresów płatności (miesięcznych, kwartalnych, półrocznych, rocznych),
- podniesienie wysokości składki podstawowej w każdej dowolnej chwili,
- obniżenie wysokości składki podstawowej w każdej dowolnej chwili (jednak nie wcześniej niż po ustalonym w umowie okresie (zwykle 2–3 lata) i przy utrzymaniu określonego minimum składki),
- możliwości zawieszenia opłacania składek regularnych (zwykle na 12 lub 24 miesiące),
- dokupienia lub rezygnacji z umów dodatkowych ubezpieczenia,
- zmiany ubezpieczenia na bezskładkowe począwszy od drugiej lub trzeciej rocznicy wykupu polisy ubezpieczeniowej,
- prawo do całkowitego lub częściowego (do 90%) wykupu wartości polisy przed terminem zakończenia umowy ubezpieczenia,
- możliwość wyboru oferowanych przez dany zakład ubezpieczeń funduszy kapitałowych (inwestycyjnych) oraz podziału środków między fundusze.

Od roku 2017 nie tylko spada liczba polis (tabela 3.5.1), ale także składka przypisana brutto oraz świadczenia wypłacone brutto. Nie przekłada się więc coraz większe w ostatnich latach zaufanie do zakładów ubezpieczeń na życie na wzrost liczby zawieranych ubezpieczeń na życie z funduszem kapitałowym.

Tabela 3.5.1.

Podstawowe dane rynkowe ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym w latach 2017–2019 (grupa 3, Dział I: Ubezpieczenia na życie)

Wyszczególnienie	2017	2018	2019
Liczba polis (szt.)	2 829 435	2 660 330	2 416 761
Składka przypisana brutto (tys. zł)	11 284 555	7 928 381	6 830 116
Liczba wypłat (szt.)	1 192 591	1 228 428	1 092 358

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Komisja Nadzoru Finansowego, [www.knf.gov.pl/publikacje-i-opracowania/dane-statystyczne/rynek-ubezpieczeniowy](http://www.knf.gov.pl/publikacje-i-opracowania/dane-statystyczne/rynek-ubezpieczeniowy), data: 25/10/2020

Oprócz ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym, można wybrać inne formy emerytalnego zabezpieczenia finansowego na przyszłość:

- ubezpieczenie renty dożywotniej (zwłaszcza gdy ubezpieczony zakłada długi okres życia i jednorazowe świadczenie mogłoby nie wystarczyć do końca życia),

<sup>41</sup> E. Stroński, *Ubezpieczenia na życie...*, s. 180.

- ubezpieczenie na wypadek śmierci i dożycie,
- ubezpieczenie na dożycie określonego wieku (świadczenie jest płatne w określonym czasie),
- ubezpieczenie z obniżającą się sumą ubezpieczenia,
- różne rodzaje ubezpieczenia zaopatrzenia dzieci w formie tzw. ubezpieczenia posagowego.

Wszystkie te rodzaje ubezpieczeń mają na celu zagwarantowanie lepszych warunków w trudniejszych okresach życia kosztem składki płaconej w czasie lepszej sytuacji materialnej. Podstawowym celem ubezpieczeń rentowych jest zabezpieczenie materialne starości, a dokładniej tych wszystkich okresów w życiu człowieka, gdy jest on pozbawiony dochodów lub są one niewystarczające, albo gdy wzrastają potrzeby. Ryzykiem ubezpieczenia rentowego jest życie człowieka (w przeciwieństwie do ubezpieczenia na życie, gdzie ryzykiem jest śmierć), w związku z czym głównym beneficjentem ubezpieczenia jest osoba ubezpieczona, a nie osoby trzecie. Ubezpieczenie rentowe jest pewnym rodzajem oszczędzania i stopniowego korzystania z tych zaoszczędzonych pieniędzy w latach późniejszych. Dominujące znaczenie mają renty życiowe, tj. renty wypłacane do końca życia (dożywotne). Ubezpieczenie renty życiowej ma charakter ubezpieczenia na dożycie w pierwszym etapie składkowym, gdy następuje budowanie kapitału i okres ten trwa do chwili rozpoczęcia wypłaty renty. W drugim etapie następuje wewnętrzny zakup renty za ten kapitał i zakład ubezpieczeń rozpoczyna wypłatę renty (występuje wówczas tzw. ubezpieczenie bezskładkowe, tzn. zakład ubezpieczeń zapewnia wypłatę renty życiowej do końca życia ubezpieczonego bez dalszego płacenia przez niego składki ubezpieczeniowej). Zakład ubezpieczeń nie ma też oczywiście wiedzy na temat długości życia ubezpieczonego, oraz czy suma wpłaconych składek ubezpieczeniowych (rent) będzie wyższa czy niższa od sumarycznej wartości wpłaconych rent ubezpieczonemu, natomiast sam ubezpieczony zawsze może je porównać do możliwych korzyści jakie uzyskałby w banku z lokowania środków w wysokości wpłat (rent) wpłaconych do zakładu ubezpieczeń i w ten sposób ocenić ich efektywność). W ubezpieczeniu rentowym śmierć ubezpieczonego powoduje zaprzestanie wypłaty świadczenia. Szczególne znaczenie dla ubezpieczających ma ubezpieczenie renty życiowej z odroczoną płatnością, gdyż jest to forma oszczędzania, w której kapitał ubezpieczającego jest przez długi okres inwestowany przez zakład ubezpieczeń, co powoduje, że składka jest względnie niska w porównaniu z wysokością wypłacanej renty. W ubezpieczeniu tym wpłacony kapitał nie jest zamrożony i może być wycofany przez ubezpieczającego wraz z odsetkami, po odliczeniu kosztów administracyjnych, ale tylko przed rozpoczęciem płatności renty. Po rozpoczęciu płatności obie strony (ubezpieczający i zakład ubezpieczeń) ponoszą ryzyko wynikające z krótszego lub dłuższego okresu życia ubezpieczonego. Jedynie w przypadku ubezpieczeń rentowych życiowych z gwarantowanym okresem płatności istnieje możliwość wycofania tej części kapitału, która odpowiada płatnościom renty w okresie gwarantowanym, gdyż ta część renty niezależnie od zrealizowania się ryzyka śmierci byłaby na pewno wypłacona. Ta grupa ubezpieczeń charakteryzuje się najmniejszą liczbą zawieranych polis w dziale I ubezpieczeń na życie (tabela 3.5.2).

Tabela 3.5.2.

Podstawowe dane rynkowe ubezpieczenia rentowego w latach 2017–2019 (grupa 4, Dział I: Ubezpieczenia na życie)

Wyszczególnienie	2017	2018	2019
Liczba polis (szt.)	44 359	45 580	45 731
Składka przypisana brutto (tys. zł)	135 375	138 966	144 960
Liczba wypłat (szt.)	29 854	31 781	29 809

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Komisja Nadzoru Finansowego, [www.knf.gov.pl/publikacje-i-opracowania/dane-statystyczne/rynek-ubezpieczeniowy](http://www.knf.gov.pl/publikacje-i-opracowania/dane-statystyczne/rynek-ubezpieczeniowy), data dostępu: 25/10/2020

Ubezpieczenia na wypadek śmierci i dożycie jest ubezpieczeniem mieszanym, w którym wykorzystuje się element oszczędnościowy. Celem ubezpieczenia jest utrzymanie standardu życia rodziny po śmierci jednego z jej członków, a ponadto w razie dożycia określonego wieku, w którym zarobki tego członka rodziny raptownie maleją lub całkowicie zanikną, pozwoli to na utrzymanie standardu życia również w okresie starości (emerytalnym) i ograniczonych dochodów. Ubezpieczenie jest połączeniem ubezpieczenia terminowego na życie (inaczej ubezpieczenia na wypadek śmierci) oraz ubezpieczenia na dożycie, przy którym świadczenie wypłacane jest jedynie w razie dożycia określonego wieku. Łącznie ubezpieczenie na wypadek śmierci i na dożycie gwarantuje ubezpieczenie w każdym przypadku, zarówno w razie śmierci w okresie ubezpieczenia, jak i przeżycia okresu ubezpieczenia. W ubezpieczeniu tym ustala się okres ubezpieczenia, po którym — jeżeli ubezpieczony żyje — otrzymuje świadczenie (kapitał) w wysokości sumy ubezpieczenia. Praktycznie rzecz biorąc jest to wartość wpłaconej składki netto za ubezpieczenie na dożycie plus oprocentowanie tej składki. Jeżeli jednak ubezpieczony umrze w okresie ubezpieczenia, uposażony otrzymuje świadczenie w tej samej wysokości (lub innej w zależności od przyjętego wariantu), ale biorąc pod uwagę jego wcześniejszą wypłatę, to przy tej samej wartości nominalnej wartość realna tego świadczenia jest wyższa. Okres ubezpieczenia jest na ogół długi i wynosi nie mniej niż 10 lat (przeważnie 10–20 lat), co pozwala na ustalenie wysokiej sumy ubezpieczenia przy rozsądnej wysokości składki. Ubezpieczenie najczęściej jest zawierane przez osoby w średnim wieku i trwa do wieku emerytalnego lub wcześniej. Ubezpieczenie na wypadek śmierci i dożycie jest oferowane w różnych wariantach:

- bez udziału w zysku,
- z udziałem w zysku,
- jako niskokosztowa polisa na wypadek śmierci i dożycie związane ze spłatą kredytu hipotecznego,
- różny stosunek wypłaty w przypadku śmierci i w przypadku dożycia,
- z częściową wypłatą kapitału w okresie ubezpieczenia,
- z gwarantowaną wypłatą po okresie ubezpieczenia,
- jako ubezpieczenie uelastycznione,
- ubezpieczenie oszczędności.

Ubezpieczenie na wypadek śmierci i dożycie bez udziału w zysku jest obecnie rzadko stosowane, częstszym wariantem jest ubezpieczenie z udziałem w zysku, szczególnie w sytuacji, gdy różnica między faktycznym zyskiem z kapitału a techniczną stopą oprocentowania jest mała. Wykorzystuje się tu mechanizm równoległej waloryzacji składki wpłacanej (rezerwy matematycznej) oraz sumy ubezpieczenia, w efekcie wartość nominalna polisy ubezpieczeniowej rośnie w czasie. Może to mieć zastosowanie w ubezpieczeniu kredytu hipotecznego, gdzie ubezpieczenia z udziałem w zysku może być uzupełnione terminowym ubezpieczeniem na wypadek śmierci z obniżającą się sumą ubezpieczenia do zera, gdy polisa z udziałem w zysku osiągnie sumę ubezpieczenia wystarczającą do spłaty kredytu. Polisa hipoteczna jest więc połączeniem umowy ubezpieczenia z udziałem w zysku (z gwarantowaną sumą ubezpieczenia niższą niż kwota kredytu hipotecznego, lecz z przewidywaną wartością w terminie płatności co najmniej taką jak wartość kredytu) oraz malejącej umowy terminowej. W umowie ubezpieczenia na wypadek śmierci i dożycia suma ubezpieczenia wypłacana w razie śmierci i w razie dożycia jest jednakowa (pomijając możliwość udziału w zysku lub innych form rewaloryzacji w okresie ubezpieczenia). Możliwe jest jednak zawarcie ubezpieczenia mieszanego, na przykład w razie śmierci ubezpieczonego w okresie trwania umowy świadczenie jest wypłacane w 100% sumy ubezpieczenia, a w razie dożycia do końca umowy 200% sumy ubezpieczenia (tzw. wariant 1:2), lub alternatywny wariant, czyli w razie śmierci 50% sumy ubezpieczenia, a w razie dożycia 100% sumy ubezpieczenia. Ważna tu jest relacja między świadczeniami, która w obu przypadkach wynosi 1:2. Ubezpieczenie według tego wariantu kładzie większy nacisk na zabezpieczenie starości (okresu emerytalnego) osoby ubezpieczonej. Niektóre zakłady ubezpieczeń oferują ubezpieczenie mieszane w wariantcie 1:3, który jeszcze w większym stopniu zaspakaja finansowe potrzeby osoby ubezpieczonej w późniejszym okresie jej życia. W ubezpieczeniu na wypadek śmierci i dożycia występuje też kolejny wariant ubezpieczenia, czyli wariant z częściową wypłatą kapitału w trakcie okresu ubezpieczenia, dzięki czemu następuje stopniowe obniżenie sumy ubezpieczenia, co jednak jest z reguły rekompensowane udziałem w zysku i rewaloryzacją sumy ubezpieczenia. Następny wariant ubezpieczenia na wypadek śmierci i dożycia dotyczy gwarantowanej wypłaty kapitału po zakończeniu ubezpieczenia, nawet w przypadku śmierci ubezpieczonego. W wariantcie tym zakład ubezpieczeń płaci zawsze po zakończeniu okresu ubezpieczenia sumę ubezpieczenia, a w razie śmierci ubezpieczonego dodatkowo świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia, którą otrzymuje uposażony, a po zakończeniu okresu ubezpieczenia dodatkowo 100% sumy ubezpieczenia. Ten wariant ubezpieczenia jeszcze większy nacisk kładzie na czynnik oszczędnościowy ubezpieczenia, co odpowiada ogólnej tendencji rozwoju ubezpieczeń na życie. Kolejny wariant ubezpieczenia na wypadek śmierci i dożycia dotyczy uelastycznienia oferty i polega na braku konieczności ustalania kolejnego okresu ubezpieczenia po zakończeniu początkowego okresu ubezpieczenia, co ma szczególne znaczenie dla osób o nieregularnych zarobkach. Ponadto elastyczność związana jest z możliwością ustalenia terminu pobrania kapitału w czasie, gdy wartość jednostek uczestnictwa jest stosunkowo wysoka, oraz uniknięcia konieczności pobrania kapitału, gdy jest stosunkowo niska. Ostatni wariant ubezpieczenia na wypadek śmierci i dożycia dotyczy ubezpieczenia oszczędności, które zapewnia wypłatę świadczenia na wypadek śmierci oszczędzającego w wysokości proporcjonalnej do sumy oszczędności zgromadzonych w banku. Im wyższa jest suma oszczędności, tym wyższe świadczenie w razie śmierci

ubezpieczonego właściciela oszczędności. Jest to ubezpieczenie ważne dla rodziny (uposażonego) ubezpieczonego, gdyż w razie jego śmierci otrzyma ona (on) w formie świadczenia podwójną wartość oszczędności.

Ubezpieczenie na dożycie określonego wieku może być traktowane jako kolejna forma zabezpieczenia emerytalnego z uwagi na jego oszczędnościowy charakter. Ustala się termin ubezpieczenia oraz sumę ubezpieczenia, a ubezpieczony — stosownie do wieku i do tej sumy ubezpieczenia — opłaca regularną składkę w ciągu okresu ubezpieczenia. Zakończenie okresu ubezpieczenia ustala się na ogół na schyłek aktywności zawodowej (lub wcześniejszej), czyli na okres gdy następuje znaczący spadek dochodów. Po dożyciu końca okresu ubezpieczenia wypłacane jest świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia, ewentualnie podwyższonej w okresie ubezpieczenia z związku z udziałem w zysku. Ubezpieczenie może być wykupione lub zamienione na bezskładkowe. W ubezpieczeniu tym cała składka netto jest inwestowana przez zakład ubezpieczeń, gdyż w ciągu okresu ubezpieczenia zakład ubezpieczeń nie wypłaca żadnych świadczeń. Oszczędzanie różni się od wkładów bankowych tym, że w razie śmierci ubezpieczonego ubezpieczenie ustaje, a wpłacone do ubezpieczyciela pieniądze przepadają wraz z odsetkami, co nie dzieje się w przypadku wpłaty do banku, gdyż środki te może przejąć spadkobierca. W przypadku dożycia końca okresu ubezpieczenia osoba ubezpieczona zyskuje na odsetkach z kapitału około 45% więcej aniżeli zapewnia w tym samym czasie bank, gdyż na przykład w okresie ubezpieczenia na dożycie do wieku 65 lat w grupie 10000 mężczyzn ubezpieczonych w wieku 55 lat, nie dożywa następnego roku statystycznie około 173 mężczyzn, kolejnego roku 183, trzeciego roku 194, a do 10 roku ubezpieczenia w sumie aż 1978<sup>42</sup>. W efekcie pieniądze osób które nie przeżyły zasilają fundusz osób, które przeżyły, co sprawia, że fundusz przypadający na 1 osobę żyjącą rośnie dość szybko. W pierwszym roku (przy technicznej stopie procentowej równej 5%) wzrosnie o 22,1% kwoty wyjściowej, w drugim o 34,43%, w trzecim o 41,70%, a w roku 10 o 46,64%. W tym samym czasie przy oprocentowaniu 5% w banku można uzyskać wzrost o 32,1%. Różnica między tymi wartościami stanowi dodatkowy dochód osób ubezpieczonych, który może być traktowany jako premia za dożycie. Jest to szczególnie ważne dla osób, które mniejszą wagę przywiązują do pieniędzy wypłaconych uprawnionym po ich śmierci, a bardziej na wysokość świadczenia dla siebie po dożyciu końca okresu ubezpieczenia. Jako walor ubezpieczenia wymienia się również istnienie pewnego rodzaju przymusu wpłacania składek ubezpieczeniowych, podczas gdy o wpłatach do banku łatwiej zapomnieć, ponadto łatwiej też je wybrać. Kolejną korzyścią tego ubezpieczenia jest możliwość dołączenia ryzyka śmierci na dowolną sumę ubezpieczenia, jak również możliwość dołączenia ryzyk dodatkowych, na przykład ubezpieczenia od NNW oraz ubezpieczeń chorobowych. Do środków zgromadzonych w ramach polisy na dożycie — podobnie jak do innych ubezpieczeń na życie — ma dostęp tylko ubezpieczony, nie mają więc dostępu wierzyciele, np. komornik, urząd skarbowy, itd.

Następnym rodzajem ubezpieczenia wykazującym walor zabezpieczenia rodziny na wypadek śmierci ubezpieczonego jest ubezpieczenie z obniżającą się sumą ubezpieczenia. W ubezpieczeniu tym zakład ubezpieczeń płaci uposażonemu (rodzinie) w razie śmierci ubezpieczonego rentę okresową. Ubezpieczający określa termin na jaki zawarte

<sup>42</sup> E. Stroński, *Ubezpieczenia na życie. Teoria i praktyka*, Poltext, Warszawa 2003, s. 123.

jest ubezpieczenie oraz wysokość renty. Celem ubezpieczenia jest zapewnienie stałych dochodów rodzinie w formie renty na wypadek śmierci ubezpieczonego (i pozbawienia w ten sposób normalnych dochodów jego rodziny). Renta będzie wypłacana w ratach rocznych przez okres ubezpieczenia po śmierci ubezpieczonego, czyli jeśli umowa jest zawarta na 20 lat, a śmierć nastąpiła już w pierwszym roku ubezpieczenia, rodzinna (uposażony) otrzyma od razu 20 rocznych rent i każda w wysokości sumy ubezpieczenia, natomiast jeśli śmierć ubezpieczonego nastąpiła w ostatnim roku ubezpieczenia, wypłacona będzie tylko jedna renta w wysokości sumy ubezpieczenia. Oznacza to ubezpieczenie z obniżającą się sumą ubezpieczenia. Ubezpieczenie to jest zalecane nie tylko w sytuacji, gdy jest wymagane pokrycie straconych dochodów po śmierci osoby utrzymującej rodzinę, ale także w sytuacji konieczności spłaty zobowiązań istniejących w chwili śmierci ubezpieczonego.

Kolejnym rodzajem ubezpieczenia wykazującym cechy finansowego zabezpieczenia się rodziny w związku z możliwym wypadkiem ubezpieczeniowym jest ubezpieczenia posagowe. Związane jest ono z okolicznością zwiększonych wydatków wynikających z przyszłych możliwości kształcenia się dzieci. Dotyczy to nie tylko kształcenia na studiach wyższych, czy też w ramach innej nauki zdobycia zawodu, ale także rozpoczęcia samodzielnego życia po zawarciu związku małżeńskiego i konieczności na przykład zakupu mieszkania. Cel ten może być rozszerzony o ubezpieczenie renty na wypadek śmierci ubezpieczonego (zaopatrującego, uposażającego), albo o ryzyka dodatkowe związane z wypadkami i chorobami. Ubezpieczenie posagowe polega na tym, iż osoba ubezpieczająca, czyli zaopatrująca (uposażająca), zawiera odpowiednią umowę ubezpieczenia, w której zobowiązuje się opłacać składkę. Składka w okresie ubezpieczenia płacona jest przeważnie miesięcznie, ale jest też możliwość opłaty kwartalnej, rocznej, a nawet jednorazowej, gdy osoba ubezpieczająca jest w starszym wieku i przed końcem okresu ubezpieczenia przekroczyłaby 65 lat. Osobą uposażoną jest dziecko i w razie jego śmierci ubezpieczenie wygasa, gdyż traci bowiem swój cel pomocy finansowej w okresie rozpoczęcia dorosłego życia (chyba że jest jeszcze inne dziecko, na które można przenieść ubezpieczenie). W ramach standardowego zakresu ubezpieczenia ewentualna śmierć dziecka powoduje nie tylko przerwanie ubezpieczenia, ale także zwrot wpłaconej składki ubezpieczeniowej (po odliczeniu kosztów ubezpieczenia), albo wypłacenie wartości wykupu polisy (jeśli jest to wartość wyższa niż suma wpłaconych składek). Osobą ubezpieczoną jest z zasady osoba ubezpieczająca i w razie jej śmierci następuje zaprzestanie opłacania składki (choć teoretycznie może te opłaty przejąć inna osoba), co prowadzi do przekształcenia ubezpieczenia posagowego w ubezpieczenie bezskładkowe z odpowiednio zredukowaną sumą ubezpieczenia (lub z niezredukowaną z sumą ubezpieczenia w przypadku ubezpieczenia zaopatrzenia dzieci bez renty, lub z rentą, gdyż wówczas ubezpieczenie takie nastawione jest głównie na gromadzenie kapitału dla dziecka, a element ubezpieczeniowy dotyczy ryzyka niepłacenia składki przez osoby które zmarły w okresie ubezpieczenia). W przypadku ubezpieczenia dzieci z rentą występuje nie tylko ubezpieczeniowe gromadzenie kapitału ułatwiającego rozpoczęcie dorosłego życia przez dziecko, ale także zabezpieczenia dziecka na wypadek śmierci osoby utrzymującej dziecko, ażeby w ten sposób zapewnić pewien poziom warunków do życia w okresie ubezpieczenia i ułatwić dziecku dotrwanie do okresu, w którym stanie się samodzielne i będzie wykorzystywać jako osoba uposażona wypłacony kapitał z ubezpieczenia posagowego. Renta dla dziecka jest określana jako procent sumy ubezpieczenia (najczęściej 2–4%) i w razie śmierci ubez-

pieczonego (zaopatrującego) jest wypłacana miesięcznie do końca okresu ubezpieczenia. W ubezpieczeniu z rentą również uposażone dziecko staje się ubezpieczonym, gdyż ryzyko ubezpieczenia realizuje się nie tylko w związku ze śmiercią zaopatrującego (uposażającego) i jednocześnie następuje zwolnienie ze składki oraz wypłata renty w okresie ubezpieczenia (przy ubezpieczeniu zabezpieczenia dzieci z rentą), ale również w związku z inwalidztwem uposażonego dziecka, co powoduje przedłużenie okresu wypłaty renty do końca życia uposażonego dziecka. Zasadniczym ryzykiem pozostaje jednak śmierć zaopatrującego (uposażającego), co prowadzi do zaprzestania płacenia składek ubezpieczeniowych lub wypłaty renty w okresie ubezpieczenia. Odmianą ubezpieczenia zaopatrzenia dzieci z rentą jest ubezpieczenie na dwa życia, na ogół na życie obojga rodziców. W ubezpieczeniu tym ubezpieczonymi są oboje rodzice, w związku z czym<sup>43</sup>:

- zwolnienie z opłaty składki następuje niezależnie od tego, który z rodziców umrze,
- renta jest wypłacana niezależnie od tego, który z rodziców umrze, a w razie śmierci obojga rodziców jednocześnie lub w innym czasie renta zostaje zwiększona nawet o 50%,
- w razie śmierci obojga rodziców (jednocześnie lub w innym czasie) renta zostaje zwiększona (przeważnie o 50%).

Wypłata sumy ubezpieczenia z udziałem w zysku uposażonemu dziecku następuje po okresie ubezpieczenia. Gdy dziecko umrze w okresie ubezpieczenia, następuje likwidacja ubezpieczenia oraz zwrot składki (lub wartości wykupu z udziałem w zysku, jeśli jest to wartość wyższa niż suma ubezpieczenia). Ubezpieczenia posagowe są drugą grupą (po ubezpieczeniach rentowych) z najmniejszą liczbą zawieranych polis w dziale I ubezpieczeń na życie (tabela 3.5.3).

Tabela 3.5.3.

Podstawowe dane rynkowe ubezpieczenia posagowego w latach 2017–2019 (grupa 2, Dział I: Ubezpieczenia na życie)

Wyszczególnienie	2017	2018	2019
Liczba polis (szt.)	93 232	87 524	85 959
Składka przypisana brutto (tys. zł)	111 978	110 000	109 779
Liczba wypłat (szt.)	12 038	11 266	11 068

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Komisja Nadzoru Finansowego, [www.knf.gov.pl/publikacje-i-opracowania/dane-statystyczne/rynek-ubezpieczeniowy](http://www.knf.gov.pl/publikacje-i-opracowania/dane-statystyczne/rynek-ubezpieczeniowy), data dostępu: 25/10/2020

Podsumowując, podstawowym celem ubezpieczenia posagowego jest dostarczenie dzieciom środków finansowych w okresie, gdy pomoc taka jest szczególnie potrzebna, a więc w okresie nauki, zwłaszcza na studiach wyższych, ale także po rozpoczęciu samodzielnego życia, co wiąże się na ogół z zawarciem małżeństwa. W okresie tym jest wypłacany kapitał w postaci sumy ubezpieczenia z udziałem w zysku w formie jednorazowej wypłaty bądź wypłat ratalnych, dostosowanych do ponoszonych opłat (kosztów) w ciągu pewnego okresu. Gromadzenie kapitału jest zagwarantowane również po śmierci ubezpieczonego

<sup>43</sup> E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie. Teoria i praktyka*, Poltext, Warszawa 2003, s. 151.



(uposażającego), gdyż immanentną cechą tego ubezpieczenia jest właśnie ubezpieczenie ryzyka śmierci ubezpieczonego, w wyniku czego następuje oczywiste zwolnienie z konieczności opłacania składki, ale ubezpieczenie trwa nadal. Kolejną korzyścią jest możliwość rozszerzenia świadczenia związanego ze śmiercią ubezpieczonego (uposażającego) i wypłatę z tego tytułu renty, która ułatwia dziecku dożycie do końca okresu ubezpieczenia, kiedy to kapitał zostanie mu wypłacony (suma ubezpieczenia plus udział w zysku). Renta ta może być przedłużona do końca życia dziecka, jeśli stanie się ono inwalidą w stopniu uniemożliwiającym możliwość zarobkowania i samodzielnej egzystencji w wyniku nieszczęśliwego wypadku. Ponadto ubezpieczony (uposażający) może być zwolniony z opłaty składek również w razie jego niezdolności do pracy, a jeśli niezdolność ta związana jest jednocześnie z koniecznością opieki nad nią przez osobę trzecią, rodzina tego ubezpieczonego zostaje obciążona dodatkowymi kosztami, co jeszcze bardziej komplikuje ewentualną przyszłą jego zdolność do ponownego opłacania składek za ubezpieczenie posagowe.

## Zakończenie

Rynek usług ubezpieczeniowych jest jednym z najszybciej rozwijających się rynków w całej gospodarce. Zmiany w nim zachodzące związane są nie tylko z pojawianiem się coraz to nowych produktów ubezpieczeniowych, ale także ze względu na zmieniające się wymagania i potrzeby konsumentów. Choć w przypadku ubezpieczenia podstawową wartością dla klienta zawsze pozostaje ochrona ubezpieczeniowa, to jednak coraz bardziej ważna jest też nadbudowa produktu ubezpieczeniowego, która tworzy wartość dodaną dla klienta i zwiększa atrakcyjność tego produktu. Wśród czynników tej nadbudowy można wymienić jakość usług, renomę zakładu ubezpieczeń, łatwość kontaktu z pracownikami, otwartość zakładu ubezpieczeń na potrzeby klienta, rabaty, nagrody opusty za lojalność, opinia rodziny i znajomych o zakładzie ubezpieczeń, oferowanie przez zakład ubezpieczeń produktów ubezpieczeniowych umożliwiających realizację dodatkowych planów emerytalnych. Aby zakład ubezpieczeń mógł sprostać tym wymaganiom, musi posługiwać się w swoim zarządzaniu specyficzną wiedzą ubezpieczeniową. Analiza teoretyczno-poznawcza zawarta w rozdziale pierwszym monografii przybliżyła i usystematyzowała pewne cechy wiedzy ubezpieczeniowej:

1. zasoby wiedzy ubezpieczeniowej w zakładzie ubezpieczeń pochodzą z dwóch źródeł — wewnątrzorganizacyjnych (poprzez tworzenie własnych źródeł wiedzy — szkolenia, kursy, raporty systematyczne, niestandardowe, sprawozdania roczne, itd.) oraz z otoczenia (pozyskiwanie wiedzy związane jest z permanentnym monitorowaniem otoczenia zakładu ubezpieczeń i dotyczy zdobywania różnych informacji o konkurentach, zmieniających warunków działania, specyfiku rynku, nowych wymaganiach i oczekiwaniach klientów),
2. wiedza ubezpieczeniowa klientów zakładów ubezpieczeń wynika z chęci zapewnienia sobie lub rodzinie bezpieczeństwa finansowego przy pomocy ubezpieczenia w sytuacji, gdy wystąpi zdarzenie losowe powodujące z reguły negatywne skutki ekonomiczne,
3. aby zakład ubezpieczeń mógł finansować straty związane z zaistniałymi zdarzeniami losowymi (ubezpieczeniowymi), musi posiadać m.in. wiedzę na temat metod statystycznych pozwalających uzyskiwać ilościową informację wskazującą na prawdopo-

dobieństwo zaistnienia określonego zdarzenia losowego (ubezpieczeniowego), wiedzę na temat tworzenia określonych rodzajów rezerw techniczno-ubezpieczeniowych (stanowiących gwarancję wypłaty odszkodowań i świadczeń), wiedzę na temat obliczania kapitałowego wymogu wypłacalności i minimalnego wymogu kapitałowego,

4. największą wiedzę ubezpieczeniową w zakładzie ubezpieczeń posiadają aktuariusz, kierownicy najwyższego i średniego szczebla, oraz informatycy zarządzający systemem informatycznym obsługującym wiele procesów informacyjno-decyzyjnych (m.in. ustalania składek ubezpieczeniowych, obsługi sprzedaży polis ubezpieczeniowych, likwidacji szkód, napływu składek, obsługi pośredników, obsługi underwritingu, itd.),
5. wiedza na temat zarządzania aktywami zakładu ubezpieczeń wymaga znajomości typowych zagrożeń tu występujących, czyli m.in. zbyt dużej koncentracji na wybranych instrumentach finansowych, niewłaściwej wyceny instrumentów finansowych, brak odpowiedniego zabezpieczenia wierzytelności, itd.,
6. pracownicy zakładów ubezpieczeń powinni posiadać wiedzę z zakresu zarządzania finansami, gdzie głównymi zagrożeniami są m.in. niedostateczna wysokość utworzonych rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, brak dostosowania cen do szkodowości w danej grupie produktów ubezpieczeniowych,
7. wiedza związana z zagrożeniami dotyczącymi zasobów koncentruje się głównie na sposobach i metodach zarządzania zasobami ludzkimi oraz zarządzania informacją we wszystkich obszarach działalności zakładu ubezpieczeń, a najważniejszymi zagrożeniami są m.in. niska produktywność pracowników, niewłaściwy system motywacyjny, wysoka fluktuacja personelu, itd.,
8. polityka lokacyjna zakładu ubezpieczeń powinna opierać się o wiedzę dotyczącą m.in. rodzajów instrumentów, które mogą być wykorzystywane w konstruowaniu portfela inwestycyjnego, dopuszczalnych limitów poszczególnych kategorii instrumentów w portfelu inwestycyjnym, oczekiwanych stóp zwrotu w założonym okresie,
9. zarządzanie likwidacją szkód jest procesem złożonym i wymagającym wysokiej wiedzy o naturze samych szkód, a także kwalifikacji techniczno-prawnych,
10. upowszechnianie wiedzy w zakładzie ubezpieczeń odbywa się poprzez wykorzystanie dwóch strategii — kodyfikacji wiedzy (wiedza zapisana w dokumentach, bazach danych, zarządczych systemach informatycznych, itd.) oraz personalizacji wiedzy (dzielenie się wiedzą, umiejętnościami i doświadczeniem z innymi pracownikami),
11. kluczem do wiedzy o znajdowaniu klientów i ustalaniu ich potrzeb ubezpieczeniowych jest technika sprzedaży ubezpieczeń, w której wykorzystuje się cykl sprzedaży złożony z sześciu podstawowych etapów — znajdowanie klientów, nawiązanie kontaktów, zebranie informacji na temat potrzeb klientów, propozycja sposobu zaspokojenia potrzeb klientów, prezentacja warunków i korzyści zaproponowanej formy ubezpieczenia, utrzymywanie kontaktów z ubezpieczonymi klientami, zdobywanie kolejnych referencji (nowych kontaktów z potencjalnymi klientami) i w konsekwencji znajdowanie następnych klientów.

Przejaw orientacji zakładu ubezpieczeń na wiedzę występuje wówczas, gdy wiedza zarządza strategią zakładu, a strategia zarządza wiedzą w zakładzie. Z przedstawionych cech

wiedzy ubezpieczeniowej wynika, że zarządzanie wiedzą w zakładzie ubezpieczeń wymaga wsparcia wiedzy ubezpieczeniowej w stosowanych technikach informacyjnych, w jasno określonych rolach i umiejętnościach pracowniczych, oraz w wyraźnie zdefiniowanej i nastawionej na tworzenie wiedzy kultury organizacyjnej.

W rozdziale drugim monografii przedstawiono oczekiwania klientów, którzy zajmują kluczowe miejsce na rynku usług ubezpieczeniowych. Oczekiwania te wynikają z potrzeby otrzymania wsparcia finansowego ze strony zakładu ubezpieczeń w razie poniesienia straty (utruty mienia), uszczerbku lub utraty dochodów, lub też potrzeby finansowej związanej z realizacją ubezpieczonego ryzyka losowego. Analiza teoretyczno-poznawcza zawarta w rozdziale przybliżyła i usystematyzowała pewne cechy wartości konsumenckich usług ubezpieczeniowych:

1. ochrona ubezpieczeniowa stanowi jedynie rdzeń produktu ubezpieczeniowego, który jest nadbudowany przez świadczenia podstawowe i dodatkowe,
2. rdzeniem produktu ubezpieczeniowego jest gwarancja realności ubezpieczenia, czyli pewności uzyskania należnego świadczenia przez ubezpieczonego (zapewniają to gwarancje prawne oraz ekonomiczne zakładu ubezpieczeń),
3. w ramach świadczeń dodatkowych klient otrzymuje cztery kategorie korzyści: korzyści odniesione do cech i właściwości oferowanej usługi, korzyści związane z obsługą, korzyści wynikające z dodatkowych udogodnień, korzyści czerpane z prestiżu i zaufania do ubezpieczyciela,
4. do działań tworzących wartość dla klienta należy m.in. prawidłowa kalkulacja składki ubezpieczeniowej oraz prawidłowe tworzenie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych (które odzwierciedlają współmierność przychodów i rozchodów z danego okresu ubezpieczenia do okresu sprawozdawczego lub obrachunkowego),
5. wartość konsumencka usługi ubezpieczeniowej jest funkcją świadomości ubezpieczeniowej klienta, czyli wiedzy i umiejętności klienta, pozwalających mu skorzystać z ochrony ubezpieczeniowej, a więc w konsekwencji wykazać się stosowną przezornością ubezpieczeniową,
6. cena składki ubezpieczeniowej ma największy wpływ na zachowanie się klienta w związku z nabywaniem, posiadaniem i konsumowaniem usługi ubezpieczeniowej,
7. konsumentom usługi ubezpieczeniowej najbardziej zależy na pewności i szybkości otrzymania odszkodowania lub świadczenia w przypadku wystąpienia szkody,
8. jakość usługi ubezpieczeniowej jest postrzegana przede wszystkim przez stopień jej dostępności, profesjonalizm pracowników zakładu ubezpieczeń, rzetelną informację o wybranej usłudze ubezpieczeniowej, infrastrukturę i wyposażenie techniczne które jest używane w procesie świadczenia usługi,
9. nawet zadowoleni klienci ze świadczonej usługi ubezpieczeniowej i jednocześnie popierający zakład ubezpieczeń który tę usługę świadczy, często odchodzą,
10. zakres ochrony świadczonej usługi ubezpieczeniowej oraz stosunek ceny do jakości są najczęściej wymienianymi powodami rekomendacji zakładu ubezpieczeń,
11. wartość konsumencka usługi ubezpieczeniowej wzrasta, gdy ubezpieczyciel często kontaktuje się z konsumentem usługi ubezpieczeniowej,

12. coraz częściej konsumenci usługi ubezpieczeniowej oczekują kontaktu z zakładem ubezpieczeń drogą e-mailową, czyli z wykorzystaniem poczty elektronicznej.

Wartość konsumencka usługi ubezpieczeniowej to inaczej wartość dla klienta, czyli wszelkiego rodzaju korzyści i przyjemności, jakie otrzymuje i czerpie klient w związku z otrzymaniem usługi ubezpieczeniowej w określonym czasie i po określonej cenie. Te korzyści związane są coraz częściej z dodatkowymi oczekiwaniami w stosunku do usługi ubezpieczeniowej i dotyczą głównie sposobu obsługi klienta zarówno w trakcie ochrony ubezpieczeniowej, jak i chwili wystąpienia szkody. Dla klienta ważne są nie tylko relacje z pracownikami zakładu ubezpieczeń, ale także reputacja zakładu ubezpieczeń.

Ubezpieczenia odgrywają też dużą rolę w dodatkowych programach emerytalnych, gdyż zawierają w swojej konstrukcji rozwiązania pozwalające gromadzić oszczędności na czas emerytalny. Analiza teoretyczno-poznawcza zaprezentowana w rozdziale trzecim monografii przybliżyła i usystematyzowała pewne uwarunkowania rozwoju dodatkowego systemu emerytalnego oraz aspektów emerytalnych wybranych produktów ubezpieczeń na życie:

1. zmiany zachodzące w strukturze ludności powodują, że zwiększa się liczba osób pobierających świadczenie emerytalne, a jednocześnie zmniejsza się liczba osób płacących składki ubezpieczeniowe (pracowników),
2. wydłużający się przeciętny czas trwania życia ludzkiego oznacza, że dłuższy staje się czas pobierania świadczeń emerytalnych, co przy danych zasobach kapitałowych zebranych przez emerytów w formie składek emerytalnych prowadzi do spadku średnich wartości emerytur,
3. bez dodatkowych planów emerytalnych niemożliwe jest utrzymanie standardu życia w okresie pobierania świadczeń emerytalnych,
4. osiągnięcie pożądanego poziomu świadczenia emerytalnego związane jest z wysokością dodatkowo płaconej składki oraz wiekiem rozpoczęcia pobierania emerytury,
5. na rynku polskim istnieją obecnie cztery podstawowe dodatkowe plany emerytalne: Pracownicze Programy Emerytalne (PPE), Indywidualne Konta Emerytalne (IKE), Indywidualne Konta Zabezpieczenia Emerytalnego (IKZE), Pracownicze Plany Kapitałowe (PPK),
6. ubezpieczenia na życie, oprócz podstawowych celów związanych z zapewnieniem osobom zależnym finansowo od ubezpieczonego określonego standardu życia po jego śmierci przez wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, umożliwia też realizację celów związanych z akumulowaniem i pomnażaniem oszczędności,
7. emerytalne aspekty ubezpieczeń na życie wykazują przede wszystkim ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym oraz ubezpieczenia rentowe, gdyż mają charakter długoterminowy, a celem jest zabezpieczenie finansowe przyszłości ubezpieczonego,
8. pewne aspekty emerytalne posiadają także ubezpieczenie renty dożywotniej, ubezpieczenie na wypadek śmierci i dożycia, ubezpieczenie na dożycie określonego wieku, ubezpieczenie z obniżającą się sumą ubezpieczenia, ubezpieczenie posagowe.

Emerytalne aspekty ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym (inwestycyjnym) wyrażają się w wyraźnie wyodrębnionej części inwestycyjnej i utrzymywanej na wydzielo-

nym koncie oszczędnościowym. Część zabezpieczająca pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego jest odłączana z indywidualnych rachunków poszczególnych ubezpieczających. Z funduszu kapitałowego (inwestycyjnego) wypłacane są świadczenia ubezpieczeniowe w razie zrealizowania się ryzyka. Istnienie funduszu kapitałowego (inwestycyjnego) nie stanowi o systemowej odmienności tego ubezpieczenia, gdyż np. w ubezpieczenia mieszanym na życie czy ubezpieczeniu posagowym jest też tworzony fundusz na przyszłe wypłaty kapitału w postaci rezerwy matematycznej, który także jest inwestowany, z tą jedynie różnicą, że w przypadku ubezpieczeń na życie związanych z funduszem kapitałowym (inwestycyjnym) fundusz ten w sposób wyraźnie jest wyodrębniony i ujawniony klientowi, co w konsekwencji prowadzi do możliwości decydowania przez klienta (ubezpieczonego) o sposobie inwestowania zgromadzonych tam środków kapitałowych (oczywiście w ramach modeli zaproponowanych przez zakład ubezpieczeń)<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> E. Stroński, *Ubezpieczenia na życie. Teoria i praktyka*, Poltext, Warszawa 2003, s. 169–170.



## Bibliografia

- Badanie pt. *Sytuacja na rynku consumer finance*, zrealizowane przez Instytut Rozwoju Gospodarczego SGH i Związek Przedsiębiorstw Finansowych (ZPF).
- Bank J., *Zarządzanie przez jakość*, Wydawnictwo Gebethner i S-ka, Warszawa 1996.
- Bater B., *Knowledge management: a model approach*, „Managing information” 1999, Vol. 6, No. 8.
- Bera A., *Konsument na rynku usług ubezpieczeniowych*, [w:] Rosa G. (red.), *Konsument na rynku usług*, Wydawnictwo C.H.Beck, Warszawa 2015.
- Blackwel R. D., Miniard P. W., Engel J. F., *Consumer Behavior*, Thomson South-Western, Chicago 2006.
- Burchat A., *Badanie świadomości ubezpieczeniowej Polaków*, Dziennikarska Akademia Ubezpieczeniowa, Warszawa 2006.
- CBOS, *Jak Polacy planują zabezpieczyć finansowo swoją przyszłość — czy zamierzają w tym celu korzystać z IKZE*, Raport z badań, Warszawa 2012.
- Centrum Badania Opinii Społecznej, [www.cbos.pl/publikacje/oszczędnosci Polakow](http://www.cbos.pl/publikacje/oszczednosci_Polakow).
- Conley C. A., Zheng W., *Factors critical to knowledge management succes*, „Advances in Developing Human Resource” June 2009, Vol. 11, No. 3.
- Co Polacy wiedzą i myślą o ubezpieczeniach*, „Prawo. Ubezpieczenia. Reasekuracja” 2000, nr 7–8.
- Czapiński J., Panek T., (red.), *Diagnoza Społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków*, Raport, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2015.
- Czechowska I. D., *Procesy integracji sektora bankowego i ubezpieczeniowego*, UŁ w Łodzi, Łódź 2004;
- Dąbrowska A. (red.), *Ochrona konsumentów na wybranych rynkach usług*, PWE, Warszawa 2013.
- Fuld L., *The New Competitor Intelligence*, John Wiley & Sons, Inc., New York 1995.



- Grzebieniak A., *Wiedza ubezpieczeniowa w zakładach ubezpieczeń*, [w:] Grzebieniak A., Pacholarz W. M., Przybytniowski J. W., *Wiedza w procesie zarządzania sektorem ubezpieczeniowym. Wybrane zagadnienia*, IGUiOR, Warszawa 2017.
- Grzebieniak A., *Podstawy prawne ubezpieczeń gospodarczych*, [w:] Ostrowska D., Jamróz P. (red.), *Ubezpieczenia gospodarcze i społeczne w Polsce*, CeDeWu, Warszawa 2016.
- Główny Urząd Statystyczny, *Prognoza ludności na lata 2014–2050*, Warszawa, GUS.
- Góra M., Rutecka J., *Elastyczny system emerytalny a obecne i przyszłe potrzeby jego uczestników*, „*Ekonomista*”, nr 6/2013.
- Grudzewski W. M., Hejduk I. K., Sankowska A., Wańtuchowicz M., *Zarządzanie zaufaniem w przedsiębiorstwie*, Oficyna Wolters Kluwer Business, Kraków–Warszawa 2009.
- Hadyniak B., *Ryzyko w przedsiębiorstwie*, [w:] Hadyniak B., Monkiewicz J., (red.), *Ubezpieczenia w zarządzaniu ryzykiem przedsiębiorstwa*, tom 1, Poltext, Warszawa 2010.
- Haffer R., *Satysfakcja konsumentów i jej pomiar*, [w:] Sudol S., Szymczak J., Haffer M. (red.), *Marketingowe testowanie produktów*, PWE, Warszawa 2000.
- Haller M., *Produkt und Sortimentsgestaltung*, [w:] Farny D. (red.), *Handwörterbuch der Versicherung*, VVW, Karlsruhe 1999.
- Handschke J., Monkiewicz J. (red.), *Ubezpieczenia. Podręcznik akademicki*, Poltext, Warszawa 2010.
- Haas Edersheim E., *Przesłanie Druckera. Zarządzanie oparte na wiedzy*, MT Biznes, Warszawa 2007.
- Iwanicz-Drozdowska M., *Edukacja i świadomość finansowa. Doświadczenia i perspektywy*, SGH, Warszawa 2011.
- Iwko J., *Koszty jakości a wartość konsumencka usług ubezpieczeniowych*, „*Miesięcznik Ubezpieczeniowy*” 2/2013.
- Jemielniak D., A. K. Koźmiński A. K., *Zarządzanie wiedzą*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012.
- Kaczmarczyk S., *Zastosowanie badań marketingowych. Zarządzanie marketingowe i otoczenie przedsiębiorstwa*, PWE, Warszawa 2007.
- Kaplan R. S., D. P. Norton D. P., *Strategiczna karta wyników. Jak przełożyć strategię na działania*, PWN, Warszawa 2001.
- Kieźel E., *Koncepcyjno-metodyczne problemy badania racjonalności zachowań konsumentów*, *Acta Universitatis Lodzensis, Folia Oeconomica*, 179, 2004.
- Kantar Public, *Zaufanie do instytucji publicznych*, listopad 2016.
- Klincewicz K., *Knowledge Management. Development, Diffusion and Rejection*, Wydział Zarządzania UW w Warszawie, Warszawa 2004.
- Klimkiewicz A., *Znaczenie świadomości w ubezpieczeniu emerytalnym*, [w:] Chybalski F., Stanić I. (red.), *10 lat reformy emerytalnej w Polsce. Efekty, szanse, perspektywy i zagrożenia*, WPL, Łódź 2009.
- Manes A., *Versicherungs-Wissenschaft auf deutschen Hochschulen*, Mittler & Sohn, Berlin 1903.

- Lambert T., *Problemy zarządzania*, DW ABC, Warszawa 1999.
- Maison D., *Utajnione postawy konsumenckie*, GWP, Gdańsk 2004.
- Mendel T., Przeniczka J., *Badanie i ocena wiarygodności partnera gospodarczego*, WAE Poznań, Poznań 2000.
- Messyasz-Handschke A., *Bancassurance — współpraca czy konkurencja?*, Bank i Kredyt, kwiecień, Warszawa 2002;
- Monkiewicz J. (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, tom I *Mechanizmy i funkcje*, Poltext, Warszawa 2000.
- Mosh R., Prast H., *Confidence and trust: empirical investigations for the Netherlands and the financial sector*, Occasional Studies, 2(6)2008.
- Nassalski P., *Techniki sprzedaży ubezpieczeń*, Poltext, Warszawa 1999, s. 20
- Nowatorska-Romaniak B., *Zachowania klientów indywidualnych w procesie zakupu usługi ubezpieczeniowej*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2013.
- Nowatorska-Romaniak B., *Potrzeby klientów indywidualnych na rynku usług ubezpieczeniowych*, [w:] Kwiecień I., Kowalczyk-Rólczyńska P. (red.), *Ubezpieczenia. Wyzwania rynku*, C.H. Beck, Warszawa 2019.
- Oleński J., *Elementy ekonomiki informacji. Podstawy ekonomiczne informatyki gospodarczej*, Uniwersytet Warszawski, Katedra Informatyki Gospodarczej i Analiz Ekonomicznych, Warszawa 2002.
- Outreville J. F., *Theory and Practice of Insurance*, Kluwer Academic Publishers, Boston 1998.
- Ortyński K., *Ubezpieczenia a wzrost gospodarczy*, [w:] Bukowski S. W. (red.), *Globalizacja i integracja regionalna a wzrost gospodarczy*, CeDeWu, Warszawa 2010;
- Pieńkowska-Kamieniecka S., Walczak D., *Willingness of Polish Households to Save for Retirement, European Financial Systems*, Proceedings of the 13<sup>th</sup> International Scientific Conferences, June 27–28, Brno 2016.
- OECD Pensions Outlook 2012*, OECD Publishing, Paris 2012.
- OECD, *The importance of Financial Education*, OECD Publishing, Paris 2006.
- Orłowski C., *Konsumenci bancassurance*, Gazeta Bankowa, Nr 12/1128, Warszawa 2011.
- Ortyński K., *Ubezpieczenia a wzrost gospodarczy*, [w:] S. W. Bukowski, (red.), *Globalizacja i integracja regionalna a wzrost gospodarczy*, CeDeWu, Warszawa 2010.
- Penc J., *Strategia zarządzania*, AW Placet, Warszawa 1999.
- Płonka M., *Determinanty konkurencyjności zakładów ubezpieczeń w Polsce*, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2010.
- Postawy społeczeństwa polskiego wobec ubezpieczeń*, badanie TNS 2013 (na zlecenie KNF)
- Probst G., Raub S., Romhardt K., *Zarządzanie wiedzą w organizacji*, OE, Kraków 2002.
- Przybyła M., *Organizacja oparta na wiedzy*, [w:] Przybyła M. (red.), *Organizacja i zarządzanie. Podstawy wiedzy menedżerskiej*, AEW, Wrocław 2001.
- Przybytniowski J. W., *Metody badania jakości usług w procesie zarządzania rynkiem ubezpieczeń majątkowych*, WUJK Kielce, Kielce 2019.

- Przybytniowski J. W., *Usługa w działalności ubezpieczeniowej*, „Wiadomości ubezpieczeniowe” 2003, nr 9–10.
- Przybytniowski J. W., *Konkurencyjność rynku usług pośrednictwa ubezpieczeniowego w Polsce*, Wydawnictwo Menedżerskie PTM, Warszawa 2013.
- Przybytniowski J. W., *Współczesne funkcje i mechanizmy transmisji między sektorem ubezpieczeniowym a sferą realną gospodarki*. Teoria i Praktyka, CeDeWu, Warszawa 2016.
- Rudnicki L., *Zachowania konsumentów na rynku*, PWE, Warszawa 2012.
- Rutecka J., *Dodatkowe zabezpieczenie emerytalne — charakterystyka i czynniki rozwoju*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu”, nr 342/2014.
- Sangowski T. (red.), *Ubezpieczenia gospodarcze*, Poltext, Warszawa 2001.
- Sawach-Lech M., *Sprzedaż produktów bankowo-ubezpieczeniowych*, CeDeWu, Warszawa 2008.
- Schneider W., *Kundenzufriedenheit. Strategie, Messung, Management*, Verlag Moderne Industrie, Landsberg 2000.
- Stewart Th., *Intellectual Capital: The New Wealth of Organizations*, Nicolas Brealey, London 1997.
- Stoner J. A., Wankel Ch., *Kierowanie*, PWE, Warszawa 1994.
- Strategor, *Zarządzanie firmą. Strategie. Struktury. Decyzje. Tożsamość*, PWE, Warszawa 1999.
- Stroiński E., *Ubezpieczenia na życie. Teoria i praktyka*, Poltext, Warszawa 2003.
- Szczeńsiak M., *Zarys dziejów ubezpieczeń na ziemiach polskich*, WSUiB, Warszawa 2003.
- Snyman R., C. J. Kruger C. J., *The independenci between strategic management and strategic knowledge management*, „Journal of Knowledge Management” 2004, Vol. 68, No. 1.
- Szromnik A., *Rynek ubezpieczeniowy. Społeczne problemy kształtowania i funkcjonowania*, WAE Kraków, Kraków 2001.
- Szumlicz T., *Zaufanie społeczne do zakładów ubezpieczeń*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe”, 3/2011.
- Szumlicz T., *Wzrost zaufania do zakładów ubezpieczeń w świetle Diagnozy Społecznej 2015*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe”, 3/2015.
- Szumlicz T. (red.), *Społeczne aspekty rozwoju rynku ubezpieczeniowego*, OW SGH, Warszawa 2010.
- Szymańska K., *Poradnik agenta ubezpieczeń*, Poltext, Warszawa 2002.
- Śliperski M., *Bancassurance. Związki bankowo-ubezpieczeniowe*, Difin, Warszawa 2002;
- TNS Polska, *Postawy Polaków wobec oszczędzania i wydawania pieniędzy*.
- TNS Polska, *Polacy o oszczędzaniu*.
- Unum Insight — badania omnibusowe na reprezentatywnej próbie Polaków przeprowadzone w kwietniu 2019.
- Vaughan E. J., Vaughan T., *Fundamentals of Risk and Insurance*, wyd. 8, John Wiley and Sons, New York 1999.
- Wielka Encyklopedia PWN*, Warszawa 2001.

- Wierzbicka E., *Zaufanie jako warunek długoterminowego oszczędzania na cele emerytalne*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe”, Zeszyt 18(1/2015).
- Womack J. P., Jones D. T., *Odchudzenie firm. Eliminacja marnotrawstwa — kluczem do sukcesu*, CIM, Warszawa 2001.
- Zeithaml V. A., Bitner M. J., *Services Marketing*, McGraw-Hill, New York 1996.

## Akty prawne

- Ustawa z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń.
- Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości.
- Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli.
- Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
- Ustawę z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym.
- Ustawa z dnia 4 października 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych.
- Kodeks cywilny (Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 roku, ze zm.).
- Kodeks morski (Ustawa z dnia 18 września 2001 roku, ze zm.).
- Dyrektywa Rady 91/674/EWG.
- Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady (2009/103/WE, 95/18/WE, 2002/92/WE, 2002/83/WE, 2004/114/WE, 2009/81/WE, 2009/48/WE).
- Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (807/2010, 305/2011, 1008/2008, 1013/2006)
- Ratyfikowane przez Polskę umowy międzynarodowe (Konwencja Wiedeńska z roku 1963, Konwencja Montrealska z roku 1999, Konwencja z Brna z roku 1980).

## Strony internetowe

- Aviva, [www.aviva.pl/emerytury/okreslenie\\_luki\\_emerytalnej\\_w\\_Europie](http://www.aviva.pl/emerytury/okreslenie_luki_emerytalnej_w_Europie).
- Business Insider, [www.businessinsider.com.pl/wiadomosci/liczba\\_osob\\_w\\_wieku\\_produkcyjnym\\_w\\_Polsce](http://www.businessinsider.com.pl/wiadomosci/liczba_osob_w_wieku_produkcyjnym_w_Polsce).
- Business Insider, [www.businessinsider.com.pl/twoje\\_pieniadze/oszczednosci\\_Polakow](http://www.businessinsider.com.pl/twoje_pieniadze/oszczednosci_Polakow).
- Emerytura w Niemczech — wiek, wysokość i minimalna emerytura*, [www.monito.com/pl/emerytura\\_w\\_Niemczech](http://www.monito.com/pl/emerytura_w_Niemczech).
- Gemius, *Plany ubezpieczeniowe internautów*, grudzień 2011, [www.gemius.pl/wszystkie\\_artykuly/finanse](http://www.gemius.pl/wszystkie_artykuly/finanse).
- Główny Urząd Statystyczny, [www.stat.gov.pl/obszary\\_tematyczne/ludnosc](http://www.stat.gov.pl/obszary_tematyczne/ludnosc).
- Główny Urząd Statystyczny, [www.stat.gov.pl/ludnosc\\_struktura\\_ludnosci/liczba\\_osob\\_w\\_wieku\\_poprodukcyjnym\\_i\\_produkcyjnym](http://www.stat.gov.pl/ludnosc_struktura_ludnosci/liczba_osob_w_wieku_poprodukcyjnym_i_produkcyjnym).

- Komisja Nadzoru Finansowego, [www.knf.gov.pl/publikacje i opracowania/dane statystyczne/rynek ubezpieczeniowy](http://www.knf.gov.pl/publikacje_i_opracowania/dane_statystyczne/rynek_ubezpieczeniowy).
- Nationale Nederlanden, [www.nn.pl/blog/2019/stopa zastapienia](http://www.nn.pl/blog/2019/stopa_zastapienia).
- OFERTEO, [www.oferteo.pl/akademia/jak często kontaktować się z klientem](http://www.oferteo.pl/akademia/jak_czesto_kontaktowac_sie_z_klientem).
- Open Life TUnŻ, [www.openlife.pl/badanie preferencji Polaków](http://www.openlife.pl/badanie_preferencji_Polakow).
- Polska Izba Ubezpieczeń, *Światowe Badanie Klientów Usług Ubezpieczeniowych*, [www.piu.org.pl/swiatowe badanie klientów](http://www.piu.org.pl/swiatowe_badanie_klientow).
- Poradnik przedsiębiorcy, [www.poradnikprzedsiębiorcy.pl/zaufanie w biznesie dlaczego jest istotne](http://www.poradnikprzedsiębiorcy.pl/zaufanie_w_biznesie_dlaczego_jest_istotne).
- Poradnik pracownika, [www.poradnikpracownika.pl/na czym polega hierarchia potrzeb Masłowa](http://www.poradnikpracownika.pl/na_czym_polega_hierarchia_potrzeb_Maslowa).
- Portal ekonomiczny „aleBank.pl”, [www.aleBank.pl](http://www.aleBank.pl).
- PPK w praktyce. Oto jak i w co inwestowane są pieniądze przyszłych emerytów*, [www.businessinsider.com.pl](http://www.businessinsider.com.pl).
- Puls Biznesu, [www.pb.pl/IKE i IKZE w liczbach](http://www.pb.pl/IKE_i_IKZE_w_liczbach).
- Rzecznik Finansowy, *Świadomość ubezpieczeniowa — stan obecny i perspektywy*, [www.archiwum.rf.gov.pl/artykuly pracowników](http://www.archiwum.rf.gov.pl/artykuly_pracownikow).
- Raport: Pracownicze Programy Emerytalne w 2018 roku*, Komisja Nadzoru Finansowego, [www.knf.gov.pl/aktualności](http://www.knf.gov.pl/aktualnosci).
- Rzeczpospolita, [www.rp.pl/artikul/swiadomosc emerytalna coraz większa](http://www.rp.pl/artikul/swiadomosc_emerytalna_coraz_wieksza).
- SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny Wrocław, [www.swps.pl/Wrocław/aktualności/lęk przed obcymi](http://www.swps.pl/Wroclaw/aktualnosci/lęk_przed_obcymi).
- Światowe Badanie Klientów Usług Ubezpieczeniowych*, Ernst & Young, 2014, [w:] Polska Izba Ubezpieczeń, [www.piu.org.pl/swiatowe badanie klientów](http://www.piu.org.pl/swiatowe_badanie_klientow).
- X Kongres Consumer Finance, [www.fakt.pl/pieniądze/finanse/milleniarsi maja małe zaufanie do instytucji finansowych](http://www.fakt.pl/pieniądze/finanse/milleniarsi_maja_małe_zaufanie_do_instytucji_finance/Michał_Hucał), Michał Hucał — Wiceprezes Alior Bank S.A.
- Związek Przedsiębiorstw Finansowych w Polsce, [www.zpf.pl/etyka/zasady dobrych praktyk](http://www.zpf.pl/etyka/zasady_dobrych_praktyk).

## **Spis rysunków**

Rysunek 2.4.1. Składka brutto przypadająca na 1 mieszkańca krajów UE  
w roku 2017 (euro)

85



## Spis tabel

Tabela 2.1.1. Liczba zakładów ubezpieczeń prowadzących działalność w wybranych latach (szt.)	55
Tabela 2.1.2. Składki przypisane brutto zakładów ubezpieczeń w wybranych latach (tys. zł)	56
Tabela 2.1.3. Odszkodowania i świadczenia wypłacone brutto przez zakłady ubezpieczeń w wybranych latach (tys. zł)	56
Tabela 2.1.4. Wynik techniczny oraz zysk (strata) zakładów ubezpieczeń w wybranych latach (tys. zł)	56
Tabela 2.1.5. Łączna liczba polis zawartych indywidualnie i grupowo w dziale I oraz liczba polis zawartych w dziale II w wybranych latach (szt.)	57
Tabela 2.1.6. Udział pięciu największych ubezpieczycieli w składce przypisanej brutto w wybranych latach (%)	58
Tabela 2.3.1. Potrzeby klientów w zakresie ubezpieczenia majątkowego	70
Tabela 2.3.2. Potrzeby klientów w zakresie ubezpieczenia na życie	71
Tabela 2.4.1. Kanały dystrybucji ubezpieczeń w 2018 roku wg wartości zebranej składki przypisanej brutto	74
Tabela 2.4.2. Powody korzystania z ubezpieczeń (%)	75
Tabela 2.4.3. Powody niekorzystania z ubezpieczeń (%)	76
Tabela 2.4.4. Proces zakupu ubezpieczenia	77
Tabela 2.4.5. Rodzaje ubezpieczeń najchętniej kupowane przez konsumentów	78
Tabela 2.4.6. Proces zakupu ubezpieczenia — m.in. rola i odpowiedzialność agenta (%)	79
Tabela 2.4.7. Oczekiwania konsumentów w związku z likwidacją szkody (%)	80
Tabela 2.4.8. Poziom satysfakcji konsumentów z rodzaju posiadanego ubezpieczenia	81
Tabela 2.4.9. Liczba polis ubezpieczeniowych przypadająca na jednego mieszkańca Polski	84
Tabela 2.4.10. Korzystanie z produktów usług ubezpieczeniowych (% wskazań)	85
Tabela 2.4.11. Poziom zaufania do różnych sektorów	87



---

Tabela 2.4.12. Zaufanie do sektora ubezpieczeniowego w zależności od wieku ankietowanych	87
Tabela 2.4.13. Poziom zaufania do firm ubezpieczeniowych w wybranych krajach (%)	88
Tabela 2.4.14. Chęć zmiany ubezpieczyciela	88
Tabela 2.4.15. Powody rekomendacji firm ubezpieczeniowych	89
Tabela 2.4.16. Rozkład skłonności do rekomendacji oraz poziom retencji polis	90
Tabela 2.4.17. Powody zmiany ubezpieczyciela w ciągu ostatnich 12 miesięcy	91
Tabela 2.4.18. Poziom zadowolenia klientów jako wynik doświadczenia przez ubezpieczycieli „momentu prawdy”	91
Tabela 2.4.19. Preferowana częstotliwość kontaktów	92
Tabela 3.5.1. Podstawowe dane rynkowe ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym w latach 2017–2019 (grupa 3, Dział I: Ubezpieczenia na życie)	129
Tabela 3.5.2. Podstawowe dane rynkowe ubezpieczenia rentowego w latach 2017–2019 (grupa 4, Dział I: Ubezpieczenia na życie)	131
Tabela 3.5.3. Podstawowe dane rynkowe ubezpieczenia posagowego w latach 2017–2019 (grupa 2, Dział I: Ubezpieczenia na życie)	135



**DR ANDRZEJ GRZEBIENIAK** — adiunkt w Instytucie Nauk o Zarządzaniu i Jakości na Wydziale Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie. Ukończył studia na Wydziale Elektroniki Politechniki Gdańskiej, oraz m.in. studia podyplomowe „Marketing w UE i zarządzanie międzynarodowe” na Europejskiej Akademii Zarządzania EAF w Stuttgarcie (Niemcy), studia podyplomowe „Ubezpieczenia gospodarcze” na Akademii Ekonomicznej

w Poznaniu (zajął pierwsze miejsce w Ogólnopolskim Konkursie Rzecznika Ubezpieczonych w roku 2005 na najlepszą pracę dyplomową). Ma długoletnią praktykę w kierowaniu krajowymi i zagranicznymi przedsiębiorstwami. Jest autorem kilkudziesięciu publikacji naukowych, trzech książek autorskich i trzech współautorskich. Głównym obszarem jego badań i zainteresowań naukowych są zachowania klientów w procesie zakupu usługi ubezpieczeniowej, zarządzanie relacjami z klientami w zakładach ubezpieczeń, oraz metody zarządzania reasekuracją w zakładach ubezpieczeń.

**IBG**  
INSTYTUT BADAŃ  
GOSPODARCZYCH

