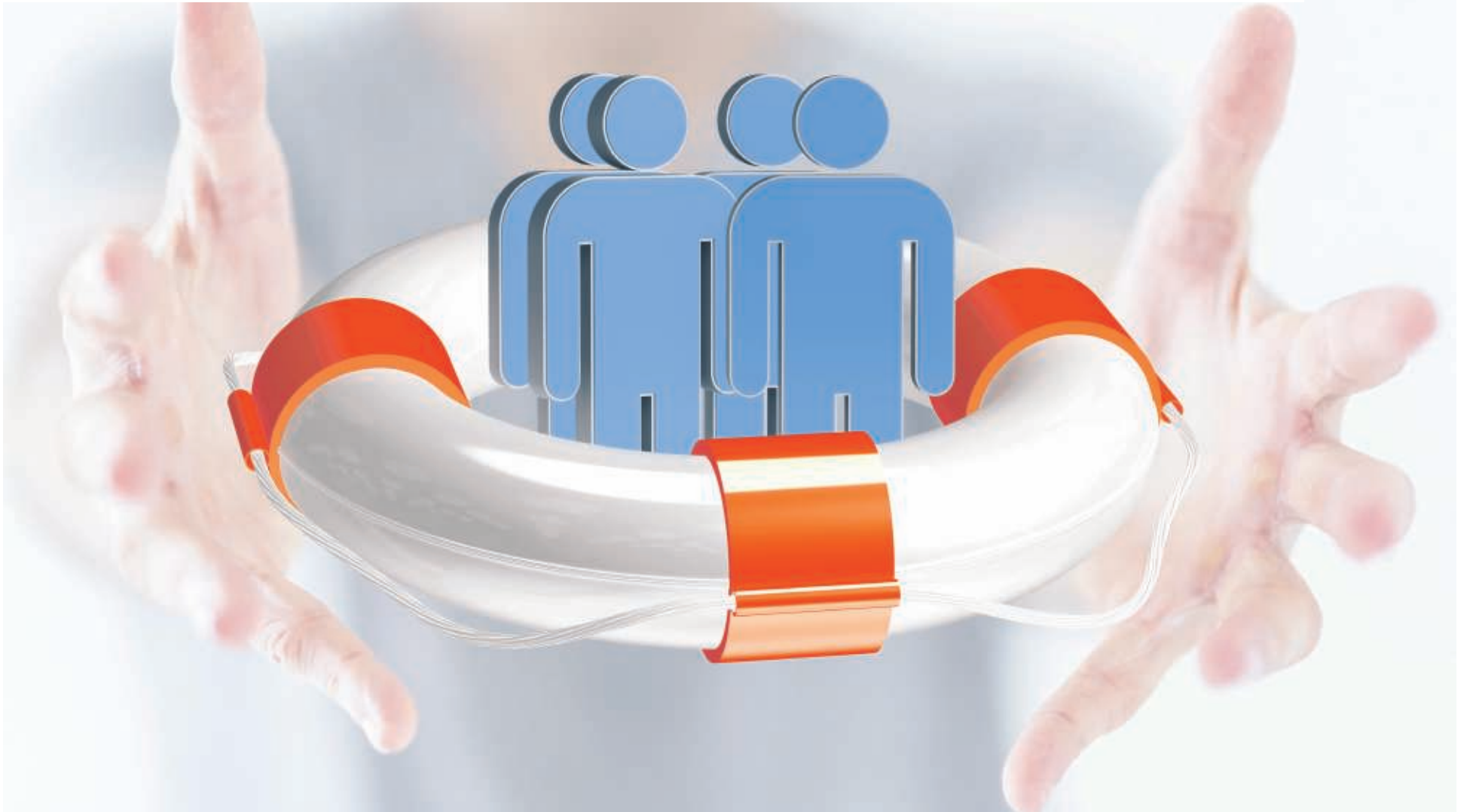


UBEZPIECZENIA GRUPOWE



Warto korzystać z ubezpieczeń grupowych

Medycyna pracy zobowiązuje nie tylko do wysyłania pracowników na badania okresowe, ale i do zapewnienia im profilaktyki chorób zawodowych. Skoro za świadczenia pracownicze pracodawcy i tak muszą zapłacić samodzielnie, to warto korzystać z ubezpieczeń grupowych, zapewniających szybki dostęp do pomocy w placówkach niepublicznych.



Xenia Kruszewska

dyrektor Działu Ubezpieczeń Zdrowotnych i Pracowniczych, SALTUS Ubezpieczenia

„Obyś cudze dzieci uczył” – to przysłowie doskonale obrazuje, jak ciężkim kawałkiem chleba jest zawód nauczyciela. Jest to praca niezwykle stresująca, do tego dochodzi odpowiedzialność za uczniów, których jak każdy rodzic wie, czasem niełatwo uprosić o spokojne zachowanie. Ponadto, nauczyciele wbrew pozorom są jednymi z najbardziej narażonych na problemy zdrowotne wynikające z charakteru pracy. Doskonale widać to w danych gromadzonych przez Instytut Medycyny Pracy, analizujący za-

padalność na choroby zawodowe[1]. Według najnowszych statystyk tylko w sektorach górnictwa oraz opieki zdrowotnej i pomocy społecznej mamy do czynienia z większym współczynnikiem zapadalności na choroby zawodowe. W przypadku nauczycieli wynosi on 25,1 na 100 tys. pracujących. W górnictwie to 200,2, a wśród pracowników medycznych i społecznych 111. Przy czym w przypadku tych drugich, trzeba brać pod uwagę wpływ COVID-19, który drastycznie wpłynął na skok tego współczynnika. Rok wcześniej to nauczyciele byli na 2. miejscu. Nauczyciele są narażeni przede wszystkim na przewlekłe choroby narządów głosu, które w zeszłym roku pod względem zapadalności ustępowały tylko pylicom płuc i chorobom zakaźnym. Uważam, że nauczyciele powinni być zatem objęci najlepszą możliwą profilaktyką, do której dostęp zakłada medycyna pracy. W myśl przepisów pracodawcy

muszą zapewnić nie tylko możliwość wykonania badań wstępnych, okresowych i kontrolnych, ale dbać także o zapobieganie chorobom zawodowym. A skoro i tak są to świadczenia, za które pracodawcy muszą samodzielnie zapłacić, to czemu nie zapewnić dostępu do placówek prywatnych, gdzie kolejki są zazwyczaj krótsze? W końcu łatwiej zwalczyc wcześniej wykryty problem.

Na co chorują nauczyciele?

Od lat statystyki pokazują, że są to głównie przewlekłe choroby narządów głosu. W 2021 r. stanowiły 95,7 proc. problemów zdrowotnych nauczycieli wynikających z charakteru pracy. Najczęściej przyjmują postać guzków głosowych twardych, wtórnych zmian przerostowych fałdów głosowych oraz niedowładu mięśni przywodzących i napinających fałdy głosowe.

Jak wykryć problem? Guzki tworzą się na fałdach głosowych, gdzie wibracje są największe. Sygnałem ostrzegawczym, który powinien skłonić do dalszych badań, jest zapalenie krtani. Ponadto najczęstszymi objawami są: chrypka, szybkie zmęczenie głosu i jego łamliwość. Zmianom przerostowym towarzyszą za to zazwyczaj polipy na fałdach głosowych. Mogą prowadzić do bezgłosu i duszności, jeśli osiągną

one większe rozmiary. Z kolei, gdy odczuwamy pogorszenie wydolności i jakości głosu, to może być objaw niedowładu mięśni. Każdy z tych symptomów warto jak najszybciej skonsultować z lekarzem. To niestety jednak nie koniec zagrożeń zdrowotnych. Pamiętajmy, jak wyniszczający może być stres, a także długotrwałe przebywanie w nieergonomicznej pozycji siedzącej czy stojącej. To sprawia, że oprócz typowych dla nauczycieli chorób głosu, warto też pamiętać o regularnej kontroli neurologicznej, nefrologicznej oraz ortopedycznej.

Profilaktyka obowiązkiem pracodawcy

Utarło się przekonanie, że medycyna pracy to wyłącznie badania wstępne, okresowe i kontrolne. To tylko część obowiązków zdrowotnych pracodawców. W myśl Kodeksu Pracy muszą oni też zapewnić dostęp do profilaktyki zapobiegającej chorobom zawodowym. I co najważniejsze – za wszystkie te świadczenia pracodawcy muszą zapłacić samodzielnie, nie można ich realizować w ramach NFZ. Dlatego wszystkie placówki niepubliczne, sieci medyczne i ubezpieczyciele oferują pakiety medycyny pracy. Co do zasady podstawą tych pakietów są listy świadczeń wymaga-

nych ustawowo w ramach badań wstępnych, okresowych i kontrolnych. Nie oznacza to jednak, że nie można tego zakresu rozszerzyć bez wychodzenia poza medycynę pracy. W końcu profilaktyka jest pojęciem dość szerokim, zwłaszcza obecnie, kiedy musimy zaopiekować się nie tylko dawnymi codziennymi problemami, ale i zaległościami zdrowotnymi wywołanymi przez pandemię.

Ostatnie dwa lata pokazały na przykład, jak ważną pomocą jest wsparcie psychologiczne pracowników. Zwłaszcza w zawodach tak stresogennych i odpowiedzialnych jak nauczanie. Podobnie wygląda sprawa m.in. z problemami ortopedycznymi, które przez okres ograniczeń społeczno-ekonomicznych mogły się pogłębić. Do tego dochodzą jeszcze czynniki pokoleniowe, jak kwestie onkologiczne i kardiologiczne w przypadku starszych nauczycieli, czy neurologiczne, które dotyczą pokolenie Y. W ramach profilaktyki pracowniczej można zapewnić szerokie wsparcie medyczne, dlatego warto wybierać zakres świadczeń z rozwagą.

[1] Beata Świątkowska, Wojciech Hanke, Choroby zawodowe w Polsce w 2021 r., Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Centralny Rejestr Chorób Zawodowych, Łódź 2022

Szanowni Państwo

Rynek ubezpieczeń grupowych, aby być satysfakcjonującym dla pracodawców i pracowników, musi się zmieniać. Nie chodzi tylko o dopasowanie oferty do nowych oczekiwań, ale też o sposób i szybkość obsługi. Dlatego w naszym raporcie nie skupiamy się tylko na kwestiach związanych z ofertą ubezpieczycieli, ale i na zagadnieniach z obszaru nowoczesnych technolo-

gii, które pręźnie wchodzą na rynek ubezpieczeń. Prezentujemy Państwu listę firm, które w naszej ocenie mają nie tylko najbardziej interesujące rozwiązania z obszaru ubezpieczeń grupowych, ale też z uwagą śledzą nowości i wdrażają je u siebie, tak by obsługa klienta u nich była na najwyższym poziomie. Zapraszamy do zapoznania się z zestawieniem.


Redakcja

Najlepsze ubezpieczenia grupowe

Nazwa firmy	Nazwa produktu	Co wyróżnia ofertę?	Opis oferty
Mentor	grupowe ubezpieczenia na życie i zdrowie	Serwis ubezpieczeniowy, jaki firma zapewnia swoim klientom po zawarciu umowy ubezpieczenia. Profesjonalne szkolenia dedykowane pracownikom i kadrze zarządzającej dotyczące warunków ubezpieczenia i ogólnej wiedzy ubezpieczeniowej. Dedykowane klientom interaktywne platformy informacyjne. Internetowe portale obsługowe pozwalające na całkowite lub częściowe odciążenie pracowników klienta od odpowiedzialności za czynności związane z obsługą ubezpieczenia.	Dla swoich klientów firma przeprowadza audyty aktualnych polis na życie, przygotowuje projekty nowego programu oraz prowadzi negocjacje ofert z zakładami ubezpieczeń. Proponuje rozwiązania dopasowane do potrzeb klienta, na jego zlecenie opracowuje treści SWZ, bada treści umów i innych dokumentów ubezpieczeniowych. Pomaga w uzyskiwaniu świadczeń ubezpieczeniowych w procesach odwoławczych. W zakresie ubezpieczeń zdrowotnych na bieżąco prowadzi przegląd rynku produktów zdrowotnych i sporządza analizy. Na ich podstawie wskazuje możliwości w zakresie prywatnych świadczeń medycznych. Ponadto negocjuje i wdraża niestandardowe programy ubezpieczenia zdrowotnego. W swojej ofercie ma także działania związane z obsługą programu ubezpieczeniowego lub koordynacją działania osób obsługujących ubezpieczenie u klienta. Uzupełnieniem oferty ubezpieczeń na życie oraz zdrowotnych są kompleksowe programy benefitowe, które rozwija jako marka Mentor Benefit.
Nationale-Nederlanden	Ubezpieczenie grupowe na życie	Elastyczność i szeroki zakres produktu – to główne wyróżniki oferty Nationale-Nederlanden. Ubezpieczenie grupowe zapewnia kompleksową ochronę w różnych sytuacjach życiowych – wypadek, choroba, pobyt w szpitalu czy operacja chirurgiczna. Jednak polisa to nie tylko wypłata świadczeń. To jest także gwarancja pomocy w uzyskaniu specjalistycznej diagnozy nowotworu, dostęp do najlepszych specjalistów, możliwość leczenia szpitalnego i powypadkowego oraz rehabilitacja. Szeroki wybór pakietów umożliwia dobór zakresu, który jest dopasowany do wymagań pracodawcy i pracowników. W ramach ubezpieczenia grupowego „Razem dla siebie” firma oferuje swoim klientom umowy dodatkowe, które stanowią odpowiedź na najczęstsze problemy zdrowotne. Zalicza do nich m.in. choroby cywilizacyjne, takie jak zawał serca, udar mózgu, choroby nowotworowe czy cukrzycę. Propozycję Nationale-Nederlanden wyróżnia też dodatek do polisy na wypadek nowotworu. Obejmuje on nowotwory łagodne i w fazie przedinwazyjnej. W takim wariantcie ubezpieczony ma dostęp do badań i konsultacji lekarskich. Firma jako pierwsza na rynku wprowadziła do swojej oferty grupowej ubezpieczenie na wypadek zachorowania na cukrzycę oraz jej powikłań. Ponadto dla swoich klientów udostępniła specjalny portal, który zapewnia dostęp do dokumentacji i informacji dotyczących ubezpieczenia. Nationale-Nederlanden stale rozwija swoją ofertę i udostępnia kolejne rozwiązania, by jak najlepiej odpowiadać na potrzeby klientów, zapewniać im poczucie bezpieczeństwa i wspierać w trudnych chwilach.	Ubezpieczenie grupowe na życie zostało przygotowane z myślą o pracodawcach, którzy chcą zapewnić bezpieczeństwo pracownikom w przypadku wydarzeń losowych. Polisa gwarantuje albo finansowe wsparcie, albo pomoc w formie usług, np. wizyt. Produkt dostępny jest dla firm, które zatrudniają co najmniej dwie osoby. Ubezpieczeniem grupowym mogą zostać objęci pracownicy zatrudnieni na umowę o pracę, zlecenie czy osoby współpracujące. Ubezpieczeniem obejmujemy także małżonków, partnerów i pełnoletnie dzieci pracowników. Zakres ryzyka ustalany jest na podstawie potrzeb firmy i pracowników. W ofercie Nationale-Nederlanden znajduje się bardzo duży wybór pakietów, na które składa się ponad 50 umów dodatkowych.
Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie	Grupowe Ubezpieczenie na życie „Ochrona w Grupie”	Ogólnopolski Zespół profesjonalistów z zakresu ubezpieczeń grupowych. Jeden z najszerzych zakresów ubezpieczenia grupowego na rynku – ponad 50 umów, z których firma buduje „na wymiar” program dla swoich klientów. Wysokie sumy ubezpieczeń, w tym zgonowe. Zbliżone warunki indywidualnej kontynuacji w pierwszym roku do ubezpieczenia w grupie pracowniczej. Bardzo rozbudowana ochrona zdrowia w tym m.in. nowotworowa i kardiologiczna. Możliwość stworzenia i wybory tzw. cegiełek dla całej grupy i dla poszczególnych ubezpieczonych. Możliwość ubezpieczenia małżonka, partnera życiowego oraz dorosłego dziecka na identycznych warunkach, co pracownik. Zgłaszanie wszystkich roszczeń elektronicznie i tylko 2-3 dni oczekiwania na środki z wypłaty. W pełni elektroniczny proces zawarcia i obsługi ubezpieczenia grupowego – od oferty, przez wdrożenie i polisowanie, aż do obsługi i wypłaty świadczeń. Każdy klient dostaje dwóch indywidualnych imiennych opiekunów – jednego od strony sprzedażowej, drugiego od strony obsługowej i wypłaty świadczeń. Najlepszy na rynku, bardzo intuicyjny program/portal do bieżącej, miesięcznej obsługi ubezpieczeń grupowych przez osoby wyznaczone przez pracodawcę. Bardzo wysoki wskaźnik satysfakcji ubezpieczanych klientów grupowych poparty wynikami corocznych anonimowych badań wśród ubezpieczających. Najszerzy na rynku zakres procedur medycznych w ryzykach poważnych zachorowań, leczenia specjalistycznego czy pobytów w szpitalu. Firma ma innowacyjne umowy dodatkowe, np. wystąpienie męskich lub żeńskich nowotworów. Do swojego szerokiego Assistance dodała bez dodatkowych kosztów pakiet funeralny, gdzie finansuje klientom koszty pogrzebu, transportu czy wyręcza rodzinę zmarłego od konieczności samodzielnego załatwiania wszystkich formalności pogrzebowych.	W Open Life ubezpieczenia grupowe robione są z pasją, zaangażowaniem i z naciskiem na taki poziom obsługi, jaki pracownicy firmy sami chcieliby otrzymać jako klienci. Tę otwartość na klienta (bo słowo „open” w nazwie Towarzystwa zobowiązuje) daje odczuć przyszłym i obecnym ubezpieczającym i ubezpieczonym już od samego początku, od pierwszego kontaktu, na etapie budowania oferty, i przez cały okres wieloletniej współpracy. Firma pracuje w ogólnopolskim zespole ludzi, którym zależy na satysfakcji klientów i partnerów. Ubezpiecza grupy i firmy już od dwóch osób i każdemu klientowi, bez względu na wielkość zatrudnienia, oferuje te same zakresy, możliwości doboru sum ubezpieczenia czy możliwość zindywidualizowania ubezpieczenia grupowego poprzez dobór wariantów, pakietów czy tzw. cegiełek. Ubezpiecza zarówno pracowników, jak i ich małżonków i dorosłe dzieci. Open Life przyjmuje i akceptuje przystąpienie do ubezpieczeń grupowych nie tylko osób zatrudnionych na umowy o pracę, ale również takie, których łączą z pracodawcą umowy zlecenia, umowy agencyjne, mianowania itd. Decydując się na ofertę Open Life i przystępując w ciągu pierwszych trzech miesięcy od uruchomienia polisy, pracownicy nie są zobligowani do wypełniania ankiet medycznych oraz nie są objęci okresami karencji (ograniczenia odpowiedzialności). Open Life promuje i zachęca pracodawców do sponsorowania lub współsponsorowania całości lub części składki ubezpieczeniowej, np. poprzez dołożenie do ubezpieczenia grupowego tzw. odprawy pośmiertnej. Klienci firmy w sposób szczególny doceniają narzędzia i portale do obsługi zawartych ubezpieczeń, które są intuicyjne i oszczędzają dużo czasu. W ostatnim roku Open Life dodał wiele interesujących zmian szczególnie w zakresie ochrony medycznej, np. w leczeniu specjalistycznym (cyber knife czy respiroterapia) czy powiększenie liczby chronionych procedur w tzw. poważnych zachorowaniach.
SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń	Grupowe Ubezpieczenie Zdrowotne	Możliwość bezpośredniego umawiania się w placówkach medycznych w ramach sieci SIGNAL IDUNA. Gwarantowany dostęp do lekarza POZ w 24 godziny oraz do każdego lekarza specjalisty w pięć dni roboczych. Możliwość refundacji wizyt i badań do wysokości cennika zrealizowanych poza siecią SIGNAL IDUNA bez żadnego limitu rocznego. Prosty proces refundacji w pełni on-line. Indywidualny opiekun kontraktu. Szeroka sieć placówek medycznych. Możliwość kontraktowania placówki na życzenie klienta. Oddzielna infolinia VIP. Brak wpływu nieodwołanych wizyt na szkodowość kontraktu. Możliwość rozszerzenia pakietu o leczenie szpitalne z możliwością wyboru placówki i lekarza. Aplikacja do zarządzania procesem medycyny pracy. Portal klienta dający możliwość umawiania wizyt, podglądu do wyników badań, postawienie wstępnej autodiagnozy.	Swobodny wybór spośród pięciu pakietów bazowych: Classic, Classic Plus, Premium, Premium Plus, Prestige. Możliwość rozszerzenia pakietu o: telemedycynę, wizyty domowe, konsultacje z logopedą, seksuologiem, psychiatrą i psychologiem, stomatologię, rehabilitację. Możliwość wykupienia unikatowego na rynku polskim pakietu leczenia szpitalnego w czterech wersjach: Basic, Classic, Premium, Prestige.
SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń	Grupowe Ubezpieczenie na życie „Bezpiecznie w Przyszłość”	Proste zasady zawarcia w pełni on-line. Krótkie i przejrzyste OWU. Nowotwory In-Situ w zakresie. Szeroki zakres poważnych zachorowań. Ciekawe definicje np. zgon/zawał/udar. Elastyczne kwotowanie ryzyk szpitalnych. Stawka od 15. dnia może być wyższa od tej do 14. dnia. Możliwość wypłaty za pobyt w wyniku ciąży i porodu niewynikający z patologii. Płatność za sanatorium już za otrzymane skierowanie. Rekonwalescencja szpitalna wypłacana bez względu na posiadanie zwolnienia lekarskiego. Możliwość elastycznego budowania pakietów. Zgłaszanie wszystkich roszczeń on-line. Prosta i intuicyjna aplikacja do obsługi po stronie pracodawcy. Wsparcie na każdym etapie zawarcia i obsługi polisy.	Możliwość ubezpieczenia firm od trzech osób. Firma akceptuje wszystkie formy zatrudnienia. Możliwość proponowania kilku zakresów do dowolnego wyboru w ramach jednego programu. Wiek wstępu pracownika 16-69 z możliwością rozszerzenia do 74. roku życia. Karencje zniesione dla wszystkich wstępujących przez pierwsze trzy miesiące od daty nabycia uprawnień. Możliwość dowolnego wyboru ryzyk w ramach poszczególnych wariantów. Możliwość kwotowania cegiełek rozszerzających ochronę dla poszczególnego ubezpieczonego. Możliwość ubezpieczenia na wysokie sumy. Możliwość przejścia na dożywotnią indywidualną kontynuację po wyjściu z programu pracowniczego.

<p>TU INTER-ŻYCIE Polska</p>	<p>INTER Grupa Plus</p>	<p>Wysokie świadczenia na wypadek niezdolności do pracy i śmierci ubezpieczonego oraz jego najbliższych. Szeroki katalog poważnych zachorowań i chorób zakaźnych – 66 jednostek chorobowych. Specjalna ochrona na wypadek nowotworu dla pracownika, współmałżonka i partnera. Katalog 600 operacji chirurgicznych. Świadczenie szpitalne płatne już od 1. dnia pobytu w szpitalu w wyniku NW oraz od 2. dnia pobytu w szpitalu w wyniku choroby. Wypłata świadczenia szpitalnego nawet za okres 365 dni w roku polisowym. Assistance medyczny, konsultacje telemedyczne, pakiet kardiologiczny. Unikatowy na rynku pakiet świadczeń dla zawodów medycznych – m.in. uszkodzenie wzroku wywołane ekspozycją na promieniowanie laserowe, urazy kręgosłupa doznane w trakcie pracy, poważne zachorowanie personelu medycznego, obrażenia ciała wywołane agresją fizyczną osób trzecich w miejscu wykonywania pracy. Możliwość indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia.</p>	<p>Grupowe ubezpieczenie na życie INTER Grupa Plus przeznaczone jest dla grup zatrudniających od trzech pracowników, z możliwością objęcia ochroną również członków ich rodzin (współmałżonka/partnera oraz pełnoletnich dzieci) w wieku od 16 do 69 lat. Ubezpieczenie obejmuje ponad 60 ryzyk o charakterze wypadkowym, zdrowotnym i rodzinnym. Firma proponuje również unikatowy na rynku pakiet ryzyk dedykowany pracownikom branży medycznej. Ubezpieczenie INTER Grupa Plus ma jeden z najszerszych na rynku katalog jednostek chorobowych w przypadku poważnych zachorowań. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje m.in. wystąpienie nowotworu złośliwego, jak też nowotworów łagodnych i raka przedinwazyjnego. Indywidualnie dopasowane, kompleksowe zakresy ubezpieczenia połączone z usługami assistance są gwarancją bezpieczeństwa dla pracodawców, pracowników, jak również dla najbliższych członków ich rodzin.</p>
<p>UNIQA</p>	<p>Grupowe ubezpieczenie na życie Ochrona z Plusem</p>	<p>Elastyczna konstrukcja produktu, która pozwala tworzyć ofertę dostosowaną do różnych potrzeb klientów. Możliwość dokupienia przez pracowników pakietów dodatkowych (tzw. cegiełek). Szybki i łatwy proces przystępowania pracowników do ubezpieczenia – można przeprowadzić go całkowicie online. Szybka wypłata świadczeń – 6 minut – w takim czasie najszybciej firma wypłaciła klientowi świadczenie z tytułu umowy ubezpieczenia na życie od momentu zgłoszenia wniosku online. Co pół godziny realizowana jest wypłata na tzw. szybkiej ścieżce wypłaty świadczenia. 98 proc. decyzji dotyczących wypłaty świadczenia prostego z tytułu urodzenia dziecka lub śmierci rodzica podejmowanych jest tego samego dnia, w którym firma otrzymuje wniosek. 80 proc. decyzji dotyczących wypłaty świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku podejmowanych jest w 24 h od przesłania wniosku. Innowacyjny proces odnowieniowy – wdrożono specjalne narzędzie, dzięki któremu broker i klient widzą strukturę wypłaconych roszczeń oraz to, jak grupa zmienia się w czasie i jakie mogą być tego potencjalne konsekwencje, a także ryzyka wymagające dodatkowej ochrony. Dzięki takiemu podejściu firma jeszcze lepiej dopasowuje ofertę do potrzeb danego klienta. Rozwinięta struktura sprzedaży oparta na profesjonalnych i doświadczonych menedżerach sprzedaży i opiekunów umów. Ścisła współpraca z brokerami, z którymi spółka chce wspólnie kreować rynek ubezpieczeń grupowych w Polsce. Stały rozwój produktu: firma obecnie pracuje nad wdrożeniem w najbliższych miesiącach kolejnych pakietów dodatkowych, o które pytają klienci.</p>	<p>Grupowe ubezpieczenie na życie Ochrona z Plusem składa się z zakresu podstawowego, który uzgadniany jest z pracodawcą oraz pakietów dodatkowych. Te pracownik może dokupić dobrowolnie – także dla najbliższych (współmałżonka, partnera, dzieci). Dzięki temu jeszcze lepiej dopasuje ubezpieczenie do bieżącej sytuacji życiowej. Pakiety rozszerzają zakres ochrony lub podwyższają sumy ubezpieczenia. Nawet jeden pracownik z firmy może kupić pakiet dodatkowy. Firma nie wymaga minimalnego procentowego ani liczbowego udziału pracowników. Ochrona z Plusem to innowacyjne rozwiązanie także z uwagi na jego obsługę. Pracownicy mogą przystąpić do ubezpieczenia online. W przypadku zdarzenia również online można zgłosić firmie wniosek o wypłatę świadczenia. Co pół godziny wypłacane są świadczenia na tzw. szybkiej ścieżce wypłaty. Ubezpieczyciel dba o kompleksowe zabezpieczenie klientów. Analizuje dokładnie każdą umowę i proponuje zakres i sumy ubezpieczenia, które uwzględniają zmiany, jakie w czasie zachodzą po stronie klienta.</p>
<p>Unum Życie TuiR</p>	<p>OCHRONA PREMIUM</p>	<p>Ochrona Premium to grupowe ubezpieczenie na życie, które kompleksowo chroni i wspiera w zdrowiu pracowników i ich bliskich. Ubezpieczenie obejmuje 58 poważnych chorób osoby ubezpieczonej oraz jej/jego małżonka/partnera/małżonki/partnerki, oraz 29 chorób dziecka z możliwością rozszerzenia o szybki dostęp do konsultacji u lekarzy specjalistów i do badań medycznych w przypadku podejrzenia poważnej choroby, dziewięć chorób zakaźnych, świadczenie lekowe po diagnozie poważnej choroby. Szeroki katalog operacji chirurgicznych: aż 463 procedury medyczne objęte ochroną, w tym otwarty katalog operacji oraz operacje wykonane w trybie tzw. chirurgii jednego dnia. Pobyt w szpitalu na całym świecie, nawet jednodniowy, w tym SOR trwający nawet 365/366 dni w każdym roku ubezpieczenia, z opcją rozszerzenia o świadczenia ambulatoryjne po co najmniej 7-dniowym pobycie w szpitalu (lekarze 10 specjalizacji, badania i zabiegi). Firma wypłaca świadczenia za następstwa NW w wyniku uprawiania sportów, w tym ekstremalnych i wysokiego ryzyka. Ubezpieczyciel dba o zdrowie, umożliwiając: diagnostykę cukrzycy, chorób tarczycy i serca, która może wykryć chorobę na wczesnym etapie; wypłatę świadczenia w przypadku zdiagnozowania jednej z chorób cywilizacyjnych (m.in. astma skrzelowa, celiakia, choroba tarczycy, cukrzyca typu 1 i 2); badania profilaktyczne i konsultacje dietetyczne; szybki dostęp do rehabilitacji po wypadku, chorobie, diagnozie nowotworu, pobycie w szpitalu, urodzeniu (dla dziecka wymagającego leczenia. DBA O DZIECI (od narodzin do 25. roku życia), umożliwiając: dostęp do świadczeń medycznych i opiekuńczych po NW, w tym wizyty u lekarzy, badania i rehabilitacja; trzy konsultacje lub telekonsultacje z psychiatrą/psychologiem; urodzenie dziecka wymagającego leczenia z wadą wrodzoną, jako wcześniaka, z punktacją w skali Apgar 0-8 (podwójne świadczenie przy punktacji w skali Apgar 0-4). Firma WDRAŻA PROGRAMY PROFESJONALNIE I KOMPLEKSOWO: Oferuje wdrożenie dostosowane do potrzeb i specyfiki klienta (webinary, spotkania dla pracowników, dyżury telefoniczne, komunikacja dostosowana do kultury organizacyjnej pracodawcy). Przystąpienie do ubezpieczenia możliwe elektronicznie przez platformę 24/7. OFERUJE OBSŁUGĘ NA POZIOMIE PREMIUM NA KAŻDYM ETAPIE: wysoka jakość obsługi zapewniana przez dedykowanego opiekuna klienta, krótki czas wypłaty świadczenia, możliwość zgłaszania świadczeń przez internet, portal klienta z dostępem do informacji i wnioskowania zmian.</p>	<p>Ofertę Unum wyróżnia elastyczne podejście do produktów, każdorazowo dostosowywanych do indywidualnych potrzeb pracodawcy, pracownika i członków ich rodzin. Firma wspiera ubezpieczonych nie tylko finansowo na etapie diagnozy choroby, ale również zapewnia połączenie ochrony ze świadczeniami medycznymi, takimi jak profilaktyka, diagnostyka oraz leczenie, aby jak najdłużej cieszyć się zdrowiem. Szeroka i innowacyjna oferta aż ośmiu pakietów dodatkowych pozwala na dostosowanie oferty do indywidualnych potrzeb osoby ubezpieczonej. Umożliwia przystąpienie do ubezpieczenia poprzez aplikację on-line bez konieczności wypełniania wniosku papierowego, przez co promuje ekologiczne rozwiązania (za zdalne przystąpienie do ubezpieczeń grupowych ubezpieczyciel sadzi drzewa, nagradzając firmę objętą ubezpieczeniem grupowym eko-certyfikatem). Po objęciu ochroną ubezpieczeniową klient otrzymuje dostęp do Portalu Klienta – prostego narzędzia z dostępem do dokumentacji i zarządzania ubezpieczeniem.</p>


REKLAMA




żyjemy razem lepiej

Grupowe ubezpieczenie to wielki plus


Poznaj grupowe ubezpieczenie na życie Ochrona z Plusem w UNIQA




unikatowa na rynku elastyczna konstrukcja ubezpieczenia




szybka wypłata świadczeń



możliwość dokupienia pakietów dodatkowych przez pracowników



łatwy proces przystępowania pracowników do ubezpieczenia



wygodna obsługa ubezpieczenia online

Skontaktuj się z nami: zuzanna.olczyk@uniqa.pl

Materiał reklamowy

Ten materiał nie stanowi oferty w rozumieniu kodeksu cywilnego i ma charakter reklamowy. Ubezpieczycielem jest UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51. Szczegóły dotyczące ubezpieczenia, między innymi sumy ubezpieczenia oraz limity świadczeń, oraz wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela zostały określone w OWU Ochrona z Plusem (indeks GNOW/21/04/09) oraz w ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego rozszerzającego zakres umowy podstawowej, dostępnych na stronie www.uniqa.pl.

COVID-19 a działalność ubezpieczeniowa: szanse i zagrożenia

Branża ubezpieczeniowa, jak większość sektorów gospodarki, ucierpiła w związku z epidemią koronawirusa SARS-CoV-2. Jak pandemia wpłynie na sektor w perspektywie długiej i średnioterminowej? Jakie są szanse i zagrożenia dla sektora?

Marcin Piskorski

FSI Insurance Leader, Deloitte

Wpływ pandemii na bieżącą szkodowość, poziom składki oraz wyniki

Epidemia COVID-19 miała nie tylko negatywne efekty dla współczynników szkodowości poszczególnych produktów ubezpieczeniowych. Mimo iż w wielu liniach biznesowych uderzyła bardzo mocno, to w pewnych obszarach dało się zauważyć istotne zmniejszenie szkodowości. W segmencie ubezpieczeń na życie można było zauważyć istotne spadki szkodowości w ubezpieczeniach zdrowotnych oraz grupowych. Racjonalnym wydaje się założenie, iż był to m.in. efekt ograniczeń w zakresie liczby wykonywanych procedur medycznych, zmniejszenia się liczby różnych wypadków w efekcie lockdownu oraz po części z łżejszego sezonu grypowego, który, pomimo rozpoczynającej się pandemii, skutkowało mniejszą liczbą zgonów w populacji generalnej.

Wpływ pandemii na rynek ubezpieczeniowy w średnim i długim horyzoncie – zagrożenia

Pandemia uruchomiła wiele procesów, które mogą stanowić wyzwania

dla rynku ubezpieczeniowego w Polsce. Warto wspomnieć o ryzyku zwiększenia szkodowości w średnim horyzoncie w liniach biznesowych takich jak: ubezpieczenia utraty pracy lub niskiego wkładu przy kredytach hipotecznych, ubezpieczenia OC/AC, gwarancje, ubezpieczenia turystyczne czy telemedycyna. Oczywiście zwiększona szkodowość nie musi się przełożyć bezpośrednio na pogorszenie wyników finansowych. Kluczowe w tym obszarze będą oczywiście poziomy składki i ich dopasowanie do zmieniającego się profilu ryzyka. Niebezpieczeństwem w tym kontekście może stanowić zwiększona presja cenowa, która w połączeniu z rosnącą szkodowością może przyczynić się do pogorszenia wyników branży. Osobną trudnością stanowić będzie wyznaczanie poziomów składki oraz rezerw techniczno-ubezpieczeniowych w tak dynamicznie zmieniającym się otoczeniu. Dotychczasowe rozwiązania, mające często retrospektywny charakter i opierające się na analizach historycznych trendów, mogą nie być łatwo aplikowalne w obecnej sytuacji.

Kolejnym zagrożeniem dla sektora ubezpieczeniowego w Polsce mogą być pogarszające się warunki ekonomiczne. Spadek stóp procentowych, wzrost bezrobocia,

ewentualne zmniejszenie popytu na ubezpieczenia grupowe stanowią niewątpliwie duże wyzwania zarówno dla ubezpieczycieli życiowych, jak i majątkowych.

Wpływ pandemii na rynek ubezpieczeniowy w średnim i długim horyzoncie – szanse

Pełne spektrum efektów pandemii nie jest jeszcze widoczne, niemniej wspomniane powyżej zagrożenia i ich potencjalne efekty wydają się dość niepokojące. Obraz nie jest jednak jednoznacznie negatywny, ponieważ pandemia równocześnie stworzyła szanse dla całego rynku na przebudowę, której pewne obszary ubezpieczeń bardzo potrzebują.

Kryzys wywołany pandemią może przede wszystkim stanowić nowe otwarcie w ubezpieczeniach zdrowotnych i ubezpieczeniach na życie. Te ostatnie przeżywają ciężkie chwile, m.in. ze względu na malejącą konkurencyjność produktów oszczędnościowych oraz bardzo złą prasę wokół UFK. Pandemia i towarzyszące jej poczucie zagrożenia stwarza szansę na to, że zwiększy się świadomość klientów co do przydatności klasycznych ubezpieczeń ochronnych. Przy odpowiednich działaniach ubezpieczycieli, trend ten może przyczynić się w dłuższej perspektywie do uzdrowienia rynku ubezpieczeń na życie, postawienia go na trwalszych fundamentach i powrotu do korzeni – klasycznej działalności ochronnej.

Szansą dla sektora może być także poszerzenie oferty produktowej. Najlepszym przykładem w tym obszarze wydaje się telemedycyna, do

której klienci zaczynają się przekonywać. Obecna sytuacja, jeśli będzie dobrze wykorzystana, może pozwolić na rewitalizację również i innych ubezpieczeń np. ubezpieczeń BI.

Uproszczenie szeregu procesów i procedur to kolejna szansa, którą niesie ze sobą kryzys spowodowany pandemią. Wielu naszych rozmówców wskazywało, iż konsumenci oczekują prostych konstrukcji produktowych i jednoznacznych deklaracji, co do zakresu umowy i ewentualnych wyłączeń. Jeśli przełożyłoby się to na trend upraszczania OWU i odejścia od oferowania najtańszych rozwiązań (często niedopasowanych do faktycznych potrzeb klientów), to może to być jedynie z korzyścią dla branży ubezpieczeniowej.

Kolejną szansą dla sektora jest gwałtowny skok technologiczny, który dokonuje się na naszych oczach. Sektor ubezpieczeniowy był często postrzegany jako bardzo konserwatywny, jeśli chodzi o gotowość do wdrażania innowacyjnych rozwiązań. Sytuacja od pewnego czasu zaczęła się zmieniać – już przed pandemią można było zaobserwować pewne trendy w zakresie automatyzacji czy szeroko rozumianych zmian technologicznych. Lockdown, wymuszający przejście na pracę zdalną, zmian tych więc nie zapoczątkował, niewątpliwie jednak gwałtownie je przyspieszył. Zdalne formy pracy, sprzedaży, ogledzin, likwidacji szkód etc. upowszechniły się raptownie. I choć zapewne ubezpieczenia, ze względu na ich złożoność, będzie się raczej nadal sprzedawać niż kupować, to można

żyć nadzieję, że ów niewątpliwie i powszechny sukces w gwałtownej transformacji technologicznej będzie czynnikiem, który zwiększy odwagę firm ubezpieczeniowych do dalszych zmian.

Wydaje się, że tak jak w sytuacji dużych zmian otoczenia, również i teraz pojawia się pewna szansa na „nowe otwarcie”. Od szybkości, odwagi i wizji poszczególnych ubezpieczycieli zależeć będzie w dużej mierze, jak odnajdą się w tym nowym świecie, jaki przyniósł nam koronawirus.

Jednym z kluczowych obszarów transformacji technologicznej, mogącym znacząco poprawić zyskowość prowadzonej działalności, jest zwiększenie możliwości analitycznych ubezpieczycieli na wielu płaszczyznach. Do obszaru tego można zaliczyć np. innowacyjne narzędzia wspomagające proces dopasowania oferty i ceny produktu do cech i potrzeb konkretnego klienta, przy wykorzystaniu całego spektrum danych dostępnych ubezpieczycielowi. Kolejnym przykładem mogą być modele predykcyjne, wspierające zarządzanie portfelem lub służące do optymalizacji procesu likwidacji szkód. Niewątpliwie korzyści mogą ubezpieczycielom przynieść także rozwiązania antyfraudowe, pozwalające z dużą dokładnością identyfikować przypadki wyłudzeń. We wszystkich powyższych zagadnieniach może państwa wesprzeć Zespół usług Aktuariatnych i Ubezpieczeniowych Deloitte. Zachęcamy do kontaktu!

**Informacje zawarte w powyższej publikacji są podsumowaniem ankiety, jaką przeprowadziliśmy z aktuariuszami z rynku, a nie oficjalnym*

Modułowe rozwiązanie od UNIQA

Ubezpieczenia grupowe to dla UNIQA ważna linia biznesu. Budując ofertę ubezpieczeń grupowych, postawiliśmy na uzupełnienie podstawowych umów ubezpieczenia dodatkowymi „cegielkami”, które pozwalają na dopasowanie ochrony do oczekiwań pojedynczego pracownika. Pracownik może „cegielki” dokupować i rezygnować z nich w trakcie trwania roku polisowego.



Artur Skiba

dyrektor Departamentu Sprzedaży Ubezpieczeń Grupowych, UNIQA

Grupowe ubezpieczenie na życie Ochrona z Plusem w UNIQA składa się z zakresu podstawowego, który uzgadniamy z pracodawcą oraz pakietów dodatkowych. Te ostatnie pracownik może dokupić dobrowolnie – także dla najbliż-

szych (współmałżonka, partnera, dzieci). Dzięki temu jeszcze lepiej dopasuje ubezpieczenie do bieżącej sytuacji życiowej. Pakiety rozszerzają zakres ochrony lub podwyższają sumy ubezpieczenia. Odpowiadają na specyficzne potrzeby, na przykład osób, które mają dzieci albo tych, które aktywnie uprawiają sport. To różnicowanie wydaje się dzisiaj ważne i konieczne, gdyż jest bardzo oczekiwane przez klientów. Cegielki świetnie wpasowują się w naszą ofertę. Już nawet jeden pracownik z firmy może kupić pakiet dodatkowy. Nie wymagamy minimalnego procentowego ani liczbowego udziału pracowników.

Potrzebne świadczenia

Na uwagę zasługuje nasze podejście do świadczenia z tytułu „urodzenia dziecka”, bez którego wielu pracodawców i pracowników wciąż nie wyobraża sobie ubezpieczenia grupowego. UNIQA oferuje dodatkowe świadczenie, które ma znacznie bardziej ubezpieczeniowy charakter od tradycyjnego świadczenia rodzinnego, a mianowicie świadczenie z tytułu urodzenia dziecka, które wymaga leczenia. Biorąc pod uwagę fakt, że co dziesiąty noworodek rodzi się jako wcześniak, a od 2 do 4 proc. noworodków ma wady wrodzone, pomoc finansowa na leczenie takiego dziecka jest bardzo adekwatnym i potrzebnym świadczeniem. Wprowadziliśmy też umowę na wypadek poronienia lub urodzenia martwego dziecka, co niestety też nie należy do odosobnionych przypadków.

Ciekawym rozszerzeniem ochrony jest świadczenie z tytułu pobytu na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (SOR) i wypłacane z tego tytułu świadczenie już od pierwszego dnia. W kontekście sytuacji

zdrowotnej w Polsce i drastycznie pogarszającego się dostępu do lekarzy rośnie rola SOR-ów, a tym samym wartość dla ubezpieczonych.

Innowacyjne rozwiązanie

Dziś ubezpieczenie to nie tylko zestaw ogólnych warunków za określoną cenę, ale również cały serwis, który dostarczamy. Ochrona z Plusem to innowacyjne rozwiązanie także z uwagi na jego wygodę. Pracownicy mogą przystąpić do ubezpieczenia online. W przypadku zdarzenia również online można zgłosić nam wniosek o wypłatę świadczenia. Naszym rekordem jest wypłata świadczenia klientowi w ciągu sześciu minut od momentu zgłoszenia nam wniosku online. Co pół godziny wypłacamy świadczenia na tzw. szybkiej ścieżce wypłaty. 98 proc. decyzji dotyczących wypłaty świadczenia prostego z tytułu urodzenia dziecka lub śmierci rodzica podejmujemy tego samego dnia, w którym otrzymujemy wniosek. Z kolei 80 proc. decyzji dotyczących wypłaty świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu w wyniku

nieszczęśliwego wypadku podejmujemy w 24 godziny od przesłania nam wniosku.

Dbamy o kompleksowe zabezpieczenie klientów. Analizujemy dokładnie każdą umowę i proponujemy zakres i sumy ubezpieczenia, które uwzględniają zmiany, jakie w czasie zachodzą po stronie klienta.

Sprzedajemy ubezpieczenia grupowe wszystkimi kanałami zarówno małym i średnim firmom, jak i klientom korporacyjnym. Mamy rozwiniętą strukturę sprzedaży profesjonalnych i doświadczonych menedżerów sprzedaży i opiekunów umów.

Zaletą naszej oferty jest proklientkie podejście do karencji oraz szeroki wybór opcji ochronnych połączone z prostym narzędziem dla osób obsługujących program w zakładzie pracy, a także zaangażowanie w proces wdrożeniowy. Stale rozwijamy oferowane przez nas ubezpieczenie i obecnie pracujemy nad wdrożeniem w najbliższych miesiącach kolejnych pakietów dodatkowych, o które pytają nas klienci.

SZTUCZNA INTELIGENCJA (AI) – SCIENCE FICTION CZY JUŻ RZECZYWISTOŚĆ?

Jeszcze do niedawna wydawało się, że kwestie sztucznej inteligencji (ang. Artificial Intelligence – AI) to fantazja rodem z powieści science-fiction. Dziś dyskutujemy o szansach i zagrożeniach z nią związanych, np. w związku z projektem rozporządzenia ws. sztucznej inteligencji (tzw. AI Act). Warto przyrzeć się tym nowym regulacjom, tym bardziej, że swoje stanowisko w tej sprawie w liście do ustawodawców unijnych wyraziła też Eiopa.

Bartosz Bigaj

Mariusz Kuna

Rafał Mańkowski

Bruksela chce ujarzmić roboty

W Brukseli toczą się obecnie prace dotyczące regulacji w zakresie sztucznej inteligencji, które w dyskusjach Parlamentu Europejskiego są też określane jako najważniejsza regulacja dekady. 21 kwietnia Komisja Europejska opublikowała wniosek ws. rozporządzenia ustanawiającego zharmonizowane przepisy dotyczące sztucznej inteligencji (tzw. Akt w sprawie sztucznej inteligencji). Wniosek jest teraz opiniowany przez Parlament Europejski, który po wakacjach przygotowuje swój własny raport i własną propozycję regulacji. Co AI Act oznacza dla ubezpieczeń?

Co to w ogóle jest sztuczna inteligencja?

Przyjęta przez komisję definicja sztucznej inteligencji jest bardzo szeroka. Definicja AI obejmuje systemy oparte na logice i statystyce, metodach wyszukiwania i optymalizacji, które mogą dla danego zestawu celów określonych przez człowieka generować wyniki. Są to treści, przewidywania, zalecenia lub decyzje wpływające na środowiska, z którymi AI wchodzi w interakcję. Tak więc definicja obejmuje także oprogramowanie służące przetwarzaniu danych. Zdaniem wielu ta definicja jest zbyt szeroka, gdyż dotyczy też aplikacji i systemów, które nie są i nigdy nie były sztuczną inteligencją. A używa się ich od lat. Definicja obejmie też np. Microsoft Excel, który wykorzystuje formuły statystyczne do generowania danych wyjściowych.

AI – niepewność prawna dla firm

Taka definicja tworzy niepewność prawną dla firm i tym samym zmusi je do czasochłonnej i kosztownej oceny, czy stosowane przez nich oprogramowanie, które ma swoje początki na długo przed powstaniem idei sztucznej inteligencji, może być objęte zakresem AI Act. Oczywiście trudno stworzyć wyczerpującą listę wszystkich systemów, które miałyby zostać objęte zakresem rozporządzenia. Wydaje się, że lepszym

rozwiązaniem byłoby ograniczenie definicji sztucznej inteligencji tylko do tych algorytmów i technik, które mogą stwarzać potencjalnie wysokie ryzyko ze względu na ich ewolucyjny charakter.

Klucz do rozumienia sztucznej inteligencji

Dlaczego w praktyce tak trudno wskazać, czym jest sztuczna inteligencja? Wielu z nas nie wie, czym jest samomyślący, wnioskujący i podejmujący autonomiczne decyzje program. Mylimy go z rozbudowanymi systemami o wielopoziomowej logice operującej na milionowych zbiorach danych. W takich systemach, tworzonych przez programistów na ogół da się ustalić kto, kiedy i dlaczego podjął taką, a nie inną decyzję. Przy sztucznej inteligencji mówimy o systemach, w których rolę programistów przejął sam system. Taki system to swoisty Frankenstein, który sam sobie dobiera dane, analizuje i porównuje je, a na bazie zidentyfikowanych różnic decyduje, co dalej z nimi zrobić albo jakie na ich podstawie dalsze działania należy wykonać. Różnica jest subtelna, ale bardzo istotna we właściwym zakwalifikowaniu tego, co jest faktycznie sztuczną inteligencją. Jeśli definicja tego wyraźnie nie odróżni, to strach będzie użyć kalkulatora!

Sztuczna inteligencja – niewykorzystany potencjał ubezpieczeń

Sektor ubezpieczeń jest jednym z najbardziej regulowanych sektorów gospodarki z uwagi na charakter usług i przetwarzanych danych (KNF, Rzecznik Finansowy, Urząd Ochrony Danych Osobowych, UOKiK, PIP). Ubezpieczenia są jednocześnie najmniej zautomatyzowane w stosunku do pozostałych sektorów finansowych. AI w sektorze jest nadal technologią niszową. Jeśli jeszcze zwiększymy wymogi dotyczące wdrożenia rozwiązań AI, to na pewno nie wykorzystamy naszego potencjału. EU ma tylko 3 proc. udziału w światowym rynku AI. Rynki, na których AI ma największe udziały, nie tworzą tak restrykcyjnych przepisów w szczególności dla sektorów, które mogą być pionierami nowych technologii, ponieważ mają kapitał i odpowiednie kadry.



Z pewnością sektor ubezpieczeń dostrzeże szansę w wykorzystaniu AI w działaniach. Mamy dużo danych, procesów i operacji, które mogłyby być zautomatyzowane oraz predykowane w sposób komputerowy – bez udziału człowieka.

A jakie są korzyści ze sztucznej inteligencji w ubezpieczeniach?

Jakie korzyści AI w ubezpieczeniach może przynieść konsumentom?

- Likwidacja szkód
Praktyka pokazuje, że wykorzystanie sztucznej inteligencji znacząco usprawnia likwidację szkód. Systemy wyceny szkód wykorzystujące AI już działają. Dzięki analizie obrazu do oceny uszkodzeń pojazdów aplikacje AI mogą częściowo zastąpić konieczność przeprowadzania inspekcji przez mechanika i tym samym doprowadzić do obniżenia kosztów obsługi roszczeń. Nowe technologie przyspieszą także proces analizy dokumentacji ubezpieczeniowej i weryfikacji zamieszczonych w niej danych.

- Lepsze i tańsze produkty
Analiza danych w czasie rzeczywistym przy wykorzystaniu sztucznej inteligencji może pozwolić także na tworzenie nowatorskich produktów. Takich jak choćby ubezpieczenia parametryczne, w których odszkodowanie wypłacane jest automatycznie, gdy określony parametr np. opady deszczu w konkretnej lokalizacji osiągnie ustaloną w polisie wartość. Ponadto wykorzystanie AI przy analizie wielu zbiorów danych pomoże także stworzyć bardziej uniwersalne i tańsze produkty.

- Zamykanie luki ubezpieczeniowej
Ocena ryzyka przy użyciu różnicowanych zasobów danych może sprawić, że niektóre trudno ubezpieczalne ryzyka staną się ubezpieczalne. Może to dotyczyć np. katastrof naturalnych na pograniczu terenów zalewowych, gdzie dotychczasowe mapy powodziowe nie są wystarczająco precyzyjne, ryzyk cybernetycznych, odpowiedzialności cywilnej, należ-

ności, zdrowotnych. Dostępność danych i rozwój metod analitycznych w połączeniu z postępowaniem medycyny umożliwi oferowanie ubezpieczenia zdrowotnego dla osób przewlekle chorych, które do tej pory nie mogły z nich korzystać.

- Przeciwdziałanie przestępstwom ubezpieczeniowym

AI już teraz jest wykorzystywana do oceny roszczeń pod kątem wykrywania anomalii w danych i relacjach pomiędzy nimi, mogących wskazywać na potencjalne ryzyko oszustwa szczególnie w obszarze przestępczości zorganizowanej. Zmniejszenie poziomu przestępstw ubezpieczeniowych przy wykorzystaniu AI jest w interesie wszystkich uczciwych klientów.

Czy polski rynek może zyskać na nowych technologiach AI?

Zakłady ubezpieczeń mają potencjał i środki do tego, by rozwijać i stosować nowe rozwiązania AI. Bardziej liberalne przepisy dotyczące sztucznej inteligencji pomogą rozwijać narzędzia przy wykorzystaniu lokalnych polskich kontrahentów. Podniesienie kosztów administracyjnych spowoduje, że małych zakładów w ogóle nie będzie na to stać. W konsekwencji w średniej perspektywie przeregulowanie może doprowadzić do dalszej koncentracji rynku, co będzie negatywnie wpływać na konkurencyjność.

Istotne jest, aby zapewnić możliwość konkurowania polskim zakładom z innymi rynkami poza EOG, które zapewniają bardziej liberalne zasady prowadzenia działalności ubezpieczeniowej – m. in. rynkiem brytyjskim. Oddziały zakładów ubezpieczeń w Wielkiej Brytanii są nadal aktywne na poszczególnych rynkach europejskich, co może doprowadzić do przewagi konkurencyjnej nad polskimi firmami. Przeregulowanie obszaru AI spowoduje, że zakłady ubezpieczeń prowadzące globalną działalność będą rozwijać AI w spółkach zlokalizowanych poza

obszarem EOG i dostarczać gotowe narzędzia spółkom europejskim na zasadzie outsourcingu.

Eiopa popiera rynek

Eiopa w swoim liście z 5 lipca br. do unijnych legislatorów również wyraźnie podkreśliła, że wykorzystanie sztucznej inteligencji w działalność ubezpieczeniowej nie wiąże się z wysokim ryzykiem i nie należy jej dodatkowo regulować. Zdaniem Eiopa, na tym etapie przypadki użycia związane z ubezpieczeniami nie powinny być włączane do wykazu przypadków użycia sztucznej inteligencji wysokiego ryzyka zawartego w AI Act. Kwestie te można w razie potrzeby rozwijać później, w ramach regulacji sektorowych, opierając się na już istniejących wymogach nadzorczych, mechanizmach zarządzania ryzykiem, produktem oraz wymogach ładu korporacyjnego. Dopiero później, po dogłębnej analizie należy rozważyć, czy jakiegokolwiek przypadki użycia sztucznej inteligencji w ubezpieczeniach trzeba uwzględnić w wykazie zastosowań sztucznej inteligencji wysokiego ryzyka. PIU zgadza się ze stanowiskiem EIO-PA. Jesteśmy przeciwni tworzeniu niepotrzebnych, dublujących się i niespójnych wymogów nadzorczych i regulacyjnych.

Czy warto zamykać się na sztuczną inteligencję?

Włączenie do Rozporządzenia AI ACT systemów stosowanych przez ubezpieczycieli, jako systemów wysokiego ryzyka, może wywołać efekt odwrotny od zamierzonego. Przyjmując takie założenie, doszlibyśmy do absurdalnych rezultatów, w których spełnienie wymogów regulacyjnych dotyczących wykorzystania sztucznej inteligencji będzie droższe niż samo opracowanie nowych technologii. Na to wszystko nakładają się także ogromne koszty obsługi i wysokie kary przewidziane w AI ACT, które skutecznie mogą zniechęcić zakłady do inwestowania w innowacje. Chyba nie chcielibyśmy, żeby tak wyglądała przyszłość.