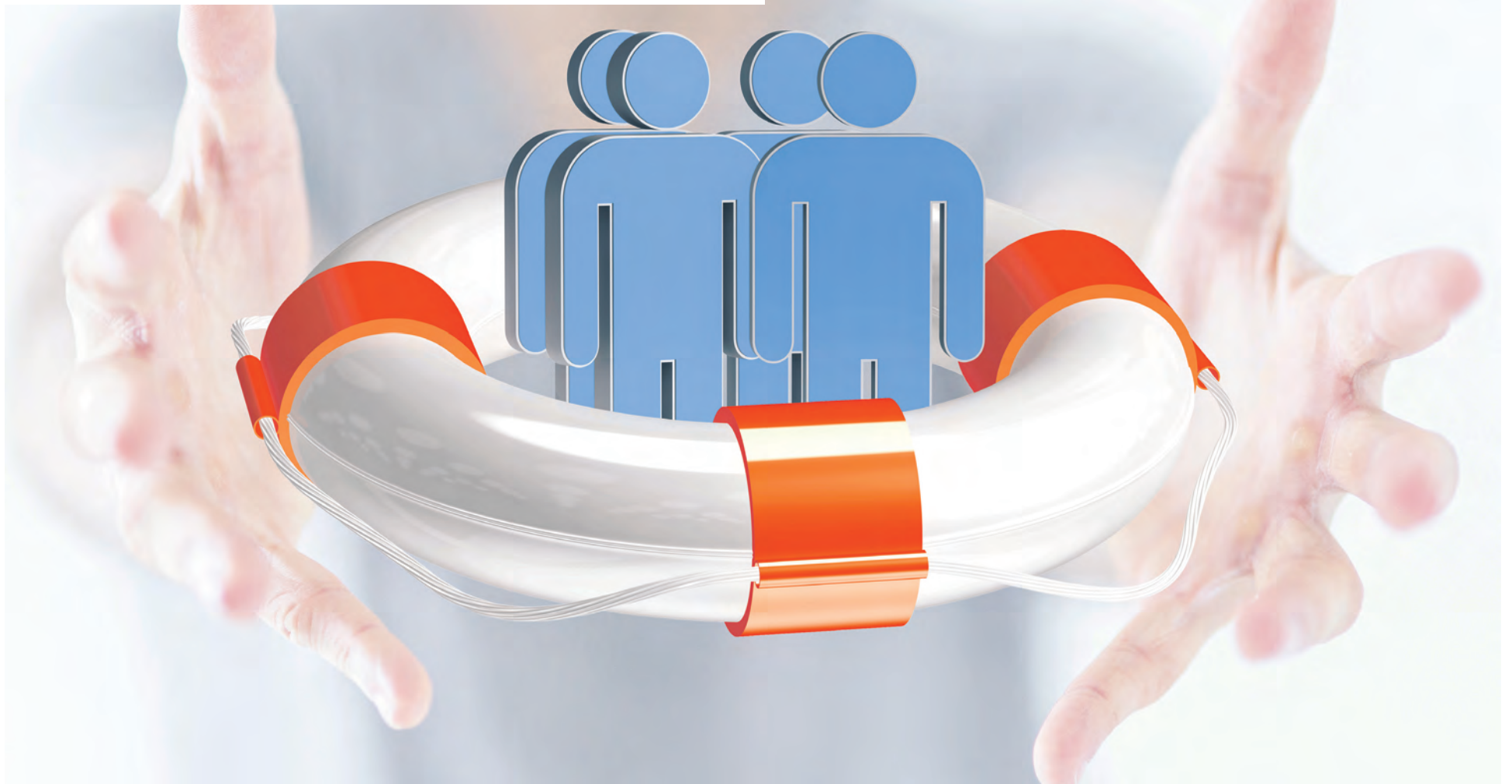


UBEZPIECZENIA GRUPOWE



Pracodawcy nie boją się rozmów o „szkodowość” w ubezpieczeniach osobowych

Wzrost świadomości ubezpieczeniowej spowodowany m.in. pandemią, sprawił, że powoli znika tabu otwartych rozmów o analizie ryzyka i przebiegu grupowych polis zdrowotnych i na życie. Ponadto pracodawcy coraz częściej angażują pracowników w tworzenie benefitów ubezpieczeniowych. Nie boją się też trudnych pytań, żeby w pełni zrozumieć funkcjonowanie ubezpieczeń grupowych.



Tomasz Kaniewski

dyrektor Biura Ubezpieczeń na Życie, EIB

Zwykła składka za ubezpieczenie to zawsze trudny temat. Nawet kiedy ubezpieczony zdaje sobie sprawę, że jego tzw. uszkodowość jest wysoka. W uproszczeniu – jeśli firma w jednym roku otrzymała 100 tys. zł odszkodowania, a w kolejnym 125 tys. zł, to przedsiębiorca zakłada zazwyczaj, że za ochronę w kolejnym okresie będzie musiał zapłacić więcej. Choć nie zawsze tak się dzieje. Wzrost składki nie musi być proporcjonalny do wzro-

stu uszkodowości. Na kalkulację ryzyka wpływa również wiele innych czynników, jak np. bieżąca sytuacja na rynku ubezpieczeń czy działania ubezpieczającego mające na celu minimalizację szkód w przyszłości. Podobne mechanizmy rządzą ubezpieczeniami osobowymi, tylko tu historia ubezpieczenia oznacza analizę statystyk śmiertelności i poważnych problemów zdrowotnych – zarówno wśród ubezpieczonych, jak i w społeczeństwie ogółem.

Dla wielu pozostaje to kwestia niewygodna, unikana. Nie tak naturalna, jak w przypadku ubezpieczeń mienia. Jednak pominąć jej nie sposób. Wręcz nie wolno, ponieważ w momencie, gdy faktyczny wynik szkodowy kontraktu owiany jest aurą tajemniczości, budujemy wizerunek nieprzejrzystego rynku, pośrednika, ubezpieczyciela. A jak nikt nie wie, o co

chodzi, to każdy wie, o co chodzi. To prosta droga do niezadowolenia wszystkich, zarówno ubezpieczającego, czyli pracodawcy, jak i pracowników, czyli ubezpieczonych. Na szczęście wraz ze zmianą świadomości ubezpieczeniowej wywołanej pandemią, rozmowy z przedsiębiorcami coraz częściej mają charakter partnerskiego dialogu na temat odnowienia ochrony.

Jak zmienia się rynek ubezpieczeń osobowych?

COVID-19 zmienił reguły gry. Z dnia na dzień świat ubezpieczeń grupowych przeszedł gruntowną zmianę, przede wszystkim w odbiorze płynących z nich korzyści. Zarówno pracodawcy, jak i pracownicy zaczęli dostrzegać w programach „życiowych” i „zdrowotnych” większą wartość niż dotychczas. Wraz ze wzrostem zainteresowania podążyły wymagania oraz chęć zrozumienia produktów i modyfikacji zakresu ochrony. Jako rynek przez lata zabiegaliśmy dokładnie o takie zaangażowanie. W wielu przypadkach powoduje to jednak bardzo szczegółowe pytania dotyczące przyczyn zmiany cen lub warunków ofertowych. Tak prowadzony dialog to zarówno szansa na lepszą relację na linii firma-pośrednik-ubezpieczyciel,

jak i wyzwanie. Przez wiele lat przedsiębiorcy otrzymywali jedynie prostą informację o stopniu wykorzystania programu ochrony. Teraz to za mało. Jak w przypadku ubezpieczeń mienia, musimy jasno wytłumaczyć relację handlową decydującą o cenach. To trudne rozmowy, które musimy odbyć. Jednak to jedyna droga do wzmocnienia wzajemnego zaufania i jak największego zadowolenia z ochrony.

Pracodawcy świadomie podchodzą do ochrony dla pracowników

Jak wspomniałem, postrzeganie ubezpieczeń grupowych od 2020 r. gruntownie się zmieniło. Obecnie przedsiębiorcy, ubezpieczający, z większą uwagą niż wcześniej podchodzą do wyboru zakresu ochrony, który chcą zapewnić pracownikom. Co ważne, wielu idzie nawet o krok dalej i angażuje przedstawicieli zatrudnionych w proces tworzenia programu ochrony. Czasem są oni też zapraszani do wzięcia udziału w negocjacjach z ubezpieczycielem. Warto więc również z nimi otwarcie rozmawiać o wszystkich kwestiach wpływających na cenę i zakres ochrony. Oba te czynniki są dla zatrudnionych istotne.

W każdym programie ubezpieczeniowym kwestia zakresu jest

kluczowa. Szeroka ochrona ubezpieczeniowa daje pewność pomocy w przypadku zajścia zdarzenia, którego się obawiamy. W ubezpieczeniach grupowych ważnym pytaniem jest, czy grupa jest skłonna zapłacić za szczególnie istotne rozszerzenia ochrony. Gdy analiza ryzyka nie wypada pomyślnie dla ubezpieczonych, tzn. średni wiek grupy jest wysoki lub są oni szczególnie narażeni na ryzyko pewnych schorzeń z powodu charakteru pracy, wysoka cena może nie być zrozumiała i tym samym nieakceptowalna. Tylko pełna transparentność, wyjaśnienie zasad działania oraz świadome podejście pracowników do ubezpieczeń mogą zapewnić, że negocjacje z ubezpieczycielem co do ostatecznego zakresu przebiegną tak, żeby zarówno pracodawca, jak i zatrudnieni byli zadowoleni.

Coraz częściej pracodawcy wychodzą też poza standard ochrony i oferują możliwość z uzupełnienia polis o mniej standardowe rozszerzenia. Zazwyczaj jest to asystancje domowe, wykraczające poza pomoc udzielaną jedynie w razie poważnego zachorowania. Pakiet może obejmować również zwykłe naprawy i pomoc w razie awarii. W kontekście pracy zdalnej i hybrydowej szczególnie cenne z kolei jest wsparcie serwisu IT.

DLACZEGO WARTO FINANSOWAĆ UBEZPIECZENIE DLA PRACOWNIKÓW

Poważna choroba, uszczerbek na zdrowiu, a często w efekcie niezdolność do pracy to bardzo trudne sytuacje – zarówno dla pracownika, jak i pracodawcy. W takich sytuacjach sprawdza się ubezpieczenie. A dlaczego warto je finansować? Bo to pożądanym przez pracowników benefit, czyniący z oferującej go firmy jeszcze bardziej atrakcyjne miejsce pracy.



Artur Skiba

dyrektor departamentu Sprzedaży Ubezpieczeń Grupowych, UNIQA

Może zaczniemy od przypomnienia, czym jest grupowe ubezpieczenie na życie. To ubezpieczenie, które zapewnia pracownikom oraz ich rodzinom bezpieczeństwo finansowe, oraz wsparcie w trudnych sytuacjach życiowych. Poważna choroba, uszczerbek na zdrowiu, a często w efekcie niezdolność do pracy to bardzo trudne sytuacje – zarówno dla pracownika, jak i pracodawcy. A dlaczego warto je finansować? Bo to pożądanym przez pracowników benefit czyniący z oferującej go firmy jeszcze atrakcyjniejsze miejsce pracy.

Wzrost znaczenia benefitów pozapłacowych

Widać tu wzrost znaczenia benefitów pozapłacowych – warto w tym miejscu wspomnieć, że ponad 89 proc. pracowników korzysta z różnego rodzaju benefitów, a ubezpieczenie na życie zajmuje 2. miejsce wśród najatrakcyjniejszych benefitów wskazanych przez pracowników (na pierwszym miejscu jest dodatkowy pakiet opieki medycznej, a na trzeciej pozycji są szkolenia i kursy zawodowe). Aż 65 proc. pracowników uważa ubezpieczenie na życie za bardzo ważny lub ważny benefit*. W dodatku składkę, w części lub całości opłacaną przez pracodawcę można w określonych przypadkach zaliczyć w koszty. Ponadto pracodawca zwalnia się z obowiązku wypłacania odprawy pośmiertnej.

Pakiety ubezpieczeń grupowych – jak dobrać je do swoich preferencji i potrzeb

Ubezpieczenie UNIQA składa się z zakresu podstawowego, który

uzgadniamy z pracodawcą oraz z pakietów dodatkowych, które pracownicy bardzo sobie cenią. Mogą je dokupić dobrowolnie i dzięki temu jeszcze lepiej dopasować ubezpieczenie do swojej bieżącej sytuacji życiowej. Pakiety rozszerzają zakres ochrony lub podwyższają sumy ubezpieczenia, a składka jest potrącana z wynagrodzenia pracownika razem ze składką za ubezpieczenie w zakresie podstawowym.

Nawet jeden pracownik z firmy może zdecydować się na zakup pakietu dodatkowego. Nie wymagamy minimalnego procentowego ani liczbowego udziału pracowników. A jakie to pakiety? Np. Pakiet Zdrowie Dziecka, Wypadkowy, Medycyna bez Granic, Pomoc na Raka i jeszcze kilka innych. Dla przykładu Pakiet Medycyna bez Granic w razie poważnego stanu chorobowego umożliwia opiekę medyczną na najwyższym poziomie, w jednym z ośrodków medycznych zlokalizowanych na całym świecie. Osobiście nie spotkałem się na rynku z większą personalizacją oferty grupowej. Nasza wyróżnia się już od wielu lat i znajduje naśladowców.

Elastyczna konstrukcja produktu pozwala zbudować program dostosowany do indywidual-

nych potrzeb przedsiębiorstwa, rodzaju prowadzonej działalności, struktury organizacyjnej, wielkości, stopnia rozproszenia działalności czy trybu pracy.

Co jeszcze oferują ubezpieczyciele?

Dla nas bardzo ważna właśnie jest personalizacja, a nasza propozycja to coś więcej niż ubezpieczenie. Klienci UNIQA otrzymują dostęp do wyjątkowych zniżek i mogą z nich korzystać bez ograniczeń. Na uniqabenefit.pl znajdują się oferty ponad 500 partnerów. Dostarczają oni produkty i usługi znanych marek oraz lokalnych dostawców z różnych kategorii, między innymi: dom i ogród, kultura i edukacja, dziecko, odzież i obuwie, podróże, restauracje, uroda i zdrowie.

Jak zdalne porozumiewanie się i nowoczesne kanały komunikacji rozwijają ten rynek?

Bardzo upraszczają obsługę! Może skupmy się na tym, jak wygląda proces przystąpienia do ubezpieczenia online z punktu widzenia pracodawcy. Firma otrzymuje dwa indywidualne linki. Link do ubezpieczenia otrzyma pracownik, drugi link przeznaczony jest dla jego bliskich.

Pracodawca dystrybuje linki wraz z instrukcją do pracowni-

ków. UNIQA dostosowuje system specjalnie dla konkretnej firmy, aby przystępujący widzieli ofertę przygotowaną tylko dla nich i wypełniali niezbędne pola. System jest funkcjonalny i intuicyjny. Dodatkowo dostarczamy instrukcje i służymy pomocą na etapie wdrażania. To proste i bezpieczne – zapraszamy do przetestowania.

Od momentu zawarcia umowy pracodawca otrzymuje dostęp do nowoczesnego portalu obsługi UNIQAPort. Portal umożliwia obsługę online takich działań jak przystąpienia nowych osób do ubezpieczenia, zmianę danych osobowych, dodawanie pakietów dodatkowych, czy zgłaszanie roszczeń o wypłatę świadczenia. Aż 95 proc. wniosków o wypłatę świadczenia nasi klienci składają on-line – jest to najszybsza opcja zgłoszenia sprawy. 6 minut – w takim czasie najszybciej wypłaciliśmy klientowi świadczenie z tytułu umowy ubezpieczenia na życie (od momentu zgłoszenia nam wniosku on-line).

Dysponujemy wiedzą i doświadczeniem, które pozwalają nam zagwarantować najwyższy poziom obsługi.

*Sedlak&Sedlak „Benefity w oczach pracowników 2021”

UNIQA

żyjmy razem lepiej

Pomyśl o bezpiecznej przyszłości.

uniqa.pl

Technologiczne trendy w opiece medycznej i ubezpieczeniach zdrowotnych

Edukujcie Państwo klientów i brokerów w zakresie wykorzystania udostępnianych technologii i możliwości. Mam wrażenie, że zbyt dużą uwagę poświęca się prezentowaniu zakresu oferty, negocjowania cen, a zbyt małą temu, jak poruszać się w oferowanym systemie i środowisku, jak korzystać z udostępnionych narzędzi, w które przecież dużo inwestujecie. Ja wiem, że to się dzieje, ale jakoś za mało i za wolno.



Radosław Mielczarek

z-ca dyrektora ds. Ubezpieczeń Zdrowotnych, Broker Ekspert, Mentor

Organizacje działające w obszarze opieki zdrowotnej, zarówno tej publicznej i prywatnej, stawiają sobie współcześnie cztery główne zadania:

- redukcja kosztów,
- poprawa zdrowia pacjentów,
- dostępność usług i satysfakcja pacjentów,
- zwiększenie komfortu pracy personelu placówek medycznych.

Zapewne nietrudno takie cele wskazać, każdy z nas prędzej czy później byłby w stanie je wymienić, problemem pozostaje praktyczna ich realizacja przy ograniczonych zasobach osobowych, finansowych i ogromnym, wciąż zwiększającym się popycie. Widocznym, światowym trendem w organizacji opieki medycznej jest dążenie do realizacji wymienionych zadań za pomocą szybko rozwijających się możliwości technologicznych. Technologie te otwierają nowe obszary możliwości, zwiększają zasoby i dają coś niezwykle ważnego – dodatkowy czas. Dzięki nim ubezpieczyciele zaproponują wkrótce swoim klientom nowe, innowacyjne usługi w oferowanych ubezpieczeniach zdrowotnych. Jakże obserwujemy tutaj trendy?

Zarządzanie dostępnością za pomocą specjalistycznego oprogramowania

Personel medyczny i jego czas dla pacjentów jest kluczowym, ale ograniczonym zasobem, którym trzeba niezwykle sprawnie zarządzać. Stąd implementowane już lub właśnie wprowadzane w organizacjach oprogramowanie pozwalające niemal w czasie rzeczywistym kształtować grafiki pracy personelu medycznego, w oparciu o posiadane zasoby ogólne i lokalne oraz szereg innych zmiennych, takich jak dane statystyczne zamawianych świadczeń w danej lokalizacji, tzw. przepływy pacjentów, dane o zachorowalności w populacji, ale również o pewne zjawiska sezo-

nowe, tworzenie „odwodów”, czyli rezerw w okresach szczytów zachorowalności. Trzeba pamiętać, że do udostępnionego grafika w założeniu mają dostęp klienci, tysiące osób dziennie, a więc jest to również narzędzie interaktywne. To dodatkowe wyzwanie. Pojawiają się również na rynku platformy cyfrowe, na których placówki medyczne publikują swoje grafiki z dyżurami, wraz ze stawkami wynagrodzenia, do wypełnienia przez personel medyczny, specjalistów z zewnątrz organizacji, w ramach kontraktów realizowanych ad hoc.

Oprogramowanie do zarządzania dostępnością to potężna inwestycja organizacji oferujących usługi medyczne, ale liczba danych i zmiennych stała się tak duża, że bez tego narzędzia nie ma obecnie możliwości dalszego rozwoju.

Telemedycyna

Telemedycyna to zdalna opieka medyczna wykorzystująca nowoczesne technologie komunikacyjne, umożliwiające np. zdalną wizytę pacjenta u lekarza, możliwość uzyskania skierowania na badania lub konsultacje pomiędzy lekarzami różnych specjalizacji. Podczas pandemii COVID-19 telemedycyna bardzo istotnie wspomogła system, a wizyty on-line stanowiły 8 na 10 kontaktów z poradniami podstawowej opieki zdrowotnej. Ta wciąż nowa forma opieki zdrowotnej będzie się dalej rozwijać i upowszechniać, gdyż skutecznie ogranicza koszty i czas realizacji świadczeń, zwiększa dostępność usług medycznych dla osób zamieszkujących obszary oddalone od ośrodków miejskich lub u osób z ograniczeniami ruchu. Pewnym warunkiem koniecznym do jej dalszego rozwoju jest dostęp lekarza do informacji o pacjencie, jego historii leczenia i przeprowadzonych badaniach diagnostycznych. W tym celu powinny powstać zintegrowane bazy danych o pacjentach. Niestety integracja i przepływ danych w obszarze służby zdrowia wciąż pozostają największym cyfrowym wyzwaniem służby zdrowia.

Zdalny monitoring stanu zdrowia

Opieka wirtualna obejmuje również bardziej zaawansowane rozwiązania, takie jak zdalny monitoring pacjenta. Zdalny monitoring wykorzystuje technologie cyfrowe do pozyskiwa-

nia danych pacjentów prosto z ich domów. Dane przesyłane są do personelu medycznego w celu zdalnej oceny i diagnozy. Technologia ta może być używana do monitorowania pacjentów z ciężkimi, przewlekłymi lub zakaźnymi chorobami. Dzięki niej pacjenci mogą być wcześniej wypisywani po zabiegach ze szpitali, a wciąż pozostawać pod opieką lekarzy. Zdalny monitoring zapewni im opiekę, której potrzebują, niezależnie od ich fizycznej loka-



lizacji. Aktualnie już 50 proc. szpitali w USA dysponuje systemami, które umożliwiają zdalne sprawdzanie stanu zdrowia. Dzięki temu można optymalizować działania służb medycznych: szybciej interweniować w nagłych sytuacjach, zmniejszyć przepelnienie szpitali, a nawet zaopiekować się na odległość pacjentem potrzebującym pomocy.

Sztuczna inteligencja (AI)

Ogromna liczba technologicznych startupów inwestuje dziś w sztuczną inteligencję. Dziś AI wspiera już cały cykl technologiczny w medycynie: od laboratoriów wspierając naukowców i biologów w wykrywaniu nowych sposobów na zwalczanie chorób cywilizacyjnych, poprzez lekarzy w podejmowaniu decyzji na podstawie historii i objaw choroby u pacjentów, po tworzenie prognoz dla firm farmaceutycznych dla produkcji leków w wybranym okresie. AI przyczynia się do usprawnienia diagnostyki, terapii i badań w medycynie. Sztuczna inteligencja świetnie może się sprawdzić do analizy wszelkiego rodzaju zdjęć rentgenowskich, rezonansów magnetycznych czy innych zdjęć medycznych. AI ma również zastosowanie w zarządzaniu danymi pacjentów, optymalizacji procesów oraz personalizacji terapii. Sztuczna inteligencja nadaje się znakomicie do nawigacji i przetwarzania dużych wolumenów danych. AI potrafi skutecznie wykrywać anomalie, dzięki czemu potrafi wykryć błędy np. przy produkcji leków, niepokojące syndromy zwiastujące chorobę u każdego z nas, czy w skali makro przewidzieć kolejną nadchodzącą pandemię.

Urządzenia mobilne/urządzenia noszone

Urządzenia noszone, takie jak inteligentne zegarki, opaski fitness, czy inteligentne pierścienie umożliwiają stałe monitorowanie stanu zdrowia użytkowników. Monitorowanie aktywności fizycznej, snu, tętna, czy poziomu cukru we krwi może pomóc w identyfikacji zagrożeń zdrowotnych, a także w motywowaniu do zdrowszego trybu życia. O ile jeszcze dziś ciężko o adopcje

skraca czas rekonwalescencji pacjentów. Dzięki nim oraz telemedycynie zabiegi można wykonywać na odległość. Niebagatelnym aspektem jest również fakt, że roboty się nie męczą, nie ulegają stresowi, są wydajne. Przykładem sukcesu robotyki jest coraz powszechniej stosowany również u nas robot DaVinci.

Automatyzacja procesów, takich jak np. analiza próbek laboratoryjnych, czy innych wprowadzonych danych zwiększa wydajność pracy placówki i ogranicza ryzyko błędów ludzkich. Wraz z rozwojem technologii klientom oferowane będą nowe wartościowe usługi zdrowotne w ramach propozycji przygotowanych przez rynek ubezpieczeń zdrowotnych. W mojej ocenie, w stosunkowo bliskim horyzoncie czasowym będą to:

1. Screening stanu zdrowia pacjenta. Będzie to wykonany w ciągu zaledwie kilku godzin kompleksowy i precyzyjny przegląd stanu zdrowia pacjenta z pomocą nowoczesnych narzędzi i urządzeń diagnostycznych. Przeglądy takie staną się powszechne i dostępne finansowo. Być może poddawanie się temu scenariuszowi okresowo będzie pozytywnie wpływało na wysokość składki ubezpieczeniowej.

tych urządzeń bezpośrednio do diagnostyki klinicznej, ze względu na brak ich standaryzacji, to pozwalają one na przejście przez pacjentów większej kontroli nad własnym zdrowiem. Przyszłością mogą być urządzenia noszone odpowiednio certyfikowane, z możliwością udostępnienia z nich danych on-line np. lekarzowi rodzinnemu.

Medycyna precyzyjna

Wiele badań pokazuje sporą nieskuteczność w terapiach lekowych u pacjentów. Medycyna precyzyjna, a wraz z nią farmakogenomika, oparta na analizie danych genetycznych pacjenta, umożliwia indywidualne podejście do leczenia. Znajomość ludzkiego genotypu pozwoli na spojrzenie na terapię przez pryzmat człowieka, nie tylko jego choroby i precyzyjne dobranie terapii i zestawów leków do charakterystyki konkretnego pacjenta i przypadku. To wydatnie zwiększy skuteczność leczenia i zminimalizuje ryzyko działań niepożądanych.

Druk 3D w medycynie

Rozwój technologii druku 3D pozwala już na udostępnienie pacjentom dedykowanych im protez, „części zamiennych” szytych na miarę, a w niedalekiej przyszłości spersonalizowanych leków. To oczywiście wpływa na zwiększenie skuteczności terapii i ograniczenie skutków ubocznych.

Roboty medyczne i automatyzacja procesów

Roboty odgrywają coraz większą rolę w opiece zdrowotnej. Roboty chirurgiczne pozwalają na precyzyjne i mniej inwazyjne operacje, co

2. Monitoring stanu zdrowia z pomocą urządzeń noszonych. Urządzenia te będą na życzenie klientów przekazywały okresowo np. raz w miesiącu, dane do lekarza rodzinnego, dietetyka, kardiologa lub wstępnie filtrującego te dane AI. Na tej podstawie pacjenci będą uzyskiwali krótkie zalecenia lub skierowania na pogłębiłą diagnostykę.
3. Zabiegi chirurgiczne wykonywane z pomocą robotów, w tym w ramach tzw. chirurgii jednego dnia. Zabiegi wykonywane będą szybko i bez konieczności hospitalizacji czy długiej rekonwalescencji. Jeśli technologia ta będzie tańsza, a już widzimy, że będzie, to jej zastosowanie się bardzo mocno upowszechni.

4. Usługa audytu lekowego pacjenta i precyzyjne dobranie stosowanych leków i dawek z użyciem technologii medycyny precyzyjnej.
5. Wsparcie klientów w opiece nad osobami bliskimi np. rodzicami z pomocą urządzeń do zdalnego monitoringu stanu zdrowia, która niejednokrotnie pozwoli klientom wyjść z domu, podjąć pracę zawodową czy wyjechać na urlop.

Na koniec mały apel do instytucji i organizatorów opieki medycznej. Edukujcie Państwo klientów i brokerów w zakresie wykorzystania udostępnianych technologii i możliwości. Mam wrażenie, że zbyt dużą uwagę poświęca się prezentowaniu zakresu oferty, negocjowaniu cen, a zbyt małą temu, jak poruszać się w oferowanym systemie i środowisku, jak korzystać z udostępnionych narzędzi, w które przecież dużo inwestujecie. Ja wiem, że to się dzieje, ale jakoś za mało i za wolno.

Wpływ ubezpieczeń na polską gospodarkę

W 2021 r. udział ubezpieczycieli w PKB Polski wyniósł 2,25 proc. Oznacza to blisko 59 mld zł wartości dodanej w gospodarce. Zakłady ubezpieczeń zapłaciły niemal 2 mld podatków – te pieniądze trafiły do polskiej gospodarki.

Przede wszystkim jednak ubezpieczenia wpływają na nasze życie – ograniczają niepewność finansową, która towarzyszy ryzyku złych zdarzeń. Siłę oddziaływania ubezpieczeń pokazujemy w najnowszym raporcie „wpływ ubezpieczeń na polską gospodarkę i społeczeństwo”. Polska Izba Ubezpieczeń opublikowała właśnie raport pt. „Wpływ ubezpieczeń na polską gospodarkę i społeczeństwo” pokazujący, jak ubezpieczenia pomagają Polakom. Materiał zawiera też zaktualizowaną mapę ryzyka Polaków. To badanie, które powtarzamy już po raz trzeci, pokazuje, jak w ciągu roku zmieniły się obawy Polaków. Badanie przeprowadziliśmy w trudnym dla wszystkich momencie, właśnie rozpoczynała się wojna w Ukrainie. Polskę nawiedziła też fala wicher – huraganowe wiatry spowodowały ogromne zniszczenia. W podsumowaniu wyników rynku po III kwartałach 2022 r. wpływ lutowych wicher przełożył się w dużej mierze na wzrost wypłat odszkodowań o ponad 30 proc.

Najnowsza mapa ryzyka polaków
Główne obawy Polaków zmieniły się więc w stosunku do poprzednich badań. Polacy obawiają się huraganów, wojny, zwiększyły się obawy dotyczące braku pieniędzy na poważne zachorowania, ale też braku pieniędzy na bieżące potrzeby. Nadal silne obawy związane są ze zdrowiem i życiem – nas samych i naszych bliskich.

Zasługujemy na zaufanie
Większość głównych obaw można ubezpieczyć, Polacy zdają sobie z tego sprawę. Po pierwsze wyrażają zaufanie do branży. Ubezpieczycielom ufa 72 proc. Polaków. Po drugie, 83 proc. Polaków uważa, że ubezpieczenia są przydatne, gdy dzieje się coś złego. W naszym raporcie pokazujemy, że na to zaufanie jako branża zasługujemy. Pokazujemy, że jesteśmy w stanie sprostać trudnym sytuacjom, niesiemy pomoc, chronimy życie, zdrowie, majątek, ale też jesteśmy istotnym i stabilnym sektorem gospodarki.

Bez ubezpieczeń ani społeczeństwo, ani gospodarka nie mogły się rozwijać, bo niepewność i ryzyko temu

nie służą. Nasza publikacja to ważny element budujący świadomość Polaków, jak istotnym narzędziem finansowym są ubezpieczenia.

Raport wpływu – co nas wyróżnia

Wpływ sektora i jego siłę oddziaływania najlepiej przedstawiają liczby dotyczące polis i likwidowanych szkód oraz kwot wypłaconych świadczeń i odszkodowań. W 2021 roku ubezpieczyciele wypłacili 41,3 mld zł z tytułu odszkodowań i świadczeń. Przeliczając tę kwotę na mieszkańca Polski to 1086 zł, z czego 485 zł to świadczenia z ubezpieczeń na życie, a 418 zł dotyczyło ubezpieczeń komunikacyjnych. W 2021 roku zawartych zostało 68,4 mln umów ubezpieczenia. 29,8 mln z nich dotyczyło OC komunikacyjnego, 8,1 mln AC, a 13,9 mln to były ubezpieczenia mieszkań i domków letniskowych. 23,5 mln osób objętych zostało ubezpieczeniami na życie, z tego 12,2 mln zawartych zostało w ramach ubezpieczeń grupowych.

Wpływ ubezpieczeń na polską gospodarkę i społeczeństwo

Najważniejszą liczbą obrazującą wpływ sektora na gospodarkę jest udział ubezpieczeń w PKB. W 2021 r. było to 2,25 proc. To oznacza niemal 60 mld wartości dodanej w gospodarce.

Zakłady ubezpieczeń są drugim co

do wielkości komercyjnym inwestorem krajowym na rynku obligacji skarbowych na koniec 2021 r. W samym 2021 roku zapłaciły 1,2 mld podatku dochodowego oraz szacunkowo 650 mln zł podatku od aktywów. Oznacza to prawie 2 mld zł, które trafiły do gospodarki.

Ubezpieczyciele tworzą także ponad 221 tysięcy miejsc pracy. Na każdy etat w branży ubezpieczeń przypada jednocześnie prawie siedem w pozostałych sektorach. W samym przetwórstwie przemysłowym jest to 60 tys. miejsc pracy utworzonych dzięki ubezpieczeniom.

Jak pomagają ubezpieczenia?

Jednak dla Polaków istotniejsze są inne liczby – w raporcie pokazujemy, jak ubezpieczenia pomagają Polakom:

- U 43-letniej kobiety wykryto nowotwór tarczycy. Ubezpieczyciel wypłacił 129 tys. zł. Kobieta była ubezpieczona na życie grupowo, ze składką roczną 1500 zł. Pieniądze ze świadczenia pomogły przetrwać najtrudniejsze momenty leczenia. Kobieta nie musiała martwić się o brak funduszy, gdy z powodu choroby nie mogła pracować.

- Mężczyzna opłacał składkę 160 zł miesięcznie na ubezpieczenie na życie od 2019 r. Zmarł na skutek marskości wątroby. Ubezpieczyciel wypłacił rodzinie 575 tys. zł. Pieniądze

pozwoły na przetrwanie najtrudniejszych chwil po śmierci głównego żywiciela rodziny.

- Ubezpieczenie majątku – kierowca opłacił składkę w autocasco – 2226 zł. Miał pecha, zderzył się ze zwierzęciem leśnym. Ubezpieczyciel wypłacił 106 tys. zł.

- Rodzina podróżowała do Włoch, niestety zepsuł się samochód. Na szczęście mieli wykupiony asystancje samochodowy – składka 494 zł. Ubezpieczyciel zorganizował i pokrył koszty holowania do Polski, transport lotniczy dla rodziny – to ponad 20 tys. zł.

- W mieszkaniu wybuchł pożar, na szczęście udało się dość szybko ugasić ogień. Niestety straty i tak były duże, ubezpieczyciel wypłacił 504 tys. zł. Składka za polisę wynosiła 527 zł.

- Ubezpieczony rowerzysta zderzył się z autem, ubezpieczyciel wypłacił 35 tys. zł za szkody, które spowodował. Rowerzysta za ubezpieczenie OC w życiu prywatnym zapłacił 30 zł.

To liczby, które pokazują siłę ubezpieczeń – narzędzia finansowego, które pomaga nam w trudnych chwilach. Te liczby zobowiązują nas też do coraz intensywniejszej pracy, do podnoszenia jakości obsługi, dostosowania oferty do potrzeb klientów, do wspierania społeczeństwa w sytuacjach kryzysowych.

Źródło: PIU, Jan Grzegorz Prądyński

Grupowe ubezpieczenia zdrowotne – „must have” przydatny nie tylko pracownikowi

Ubezpieczenie zdrowotne to jeden z podstawowych benefitów pracowniczych funkcjonujących na polskim rynku. Ochrona zdrowia pracowników, a co za tym idzie zapewnienie im opieki medycznej na jak najwyższym poziomie, staje się priorytetem coraz większej grupy pracodawców.



Joanna Szwarz

kierownik Zespołu Rozwoju Portfela, SIGNAL IDUNA

Jakiś czas temu przeprowadziliśmy wśród pośredników ubezpieczeniowych (brokerów i agentów) ciekawe badanie, którego tematem były „Kluczowe cechy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego”. W ankiecie wzięło udział ponad 100 specjalistów polskiego rynku ubezpieczeń osobowych, którzy na co dzień doradzają tysiącom firm przy wyborze tego benefitu. Naszym celem było wyodrębnienie czyn-

ników, które mogą być istotne dla większości pracodawców. Podsumowaniem badania było opracowanie „Zdrowotnej 10-tki”, czyli punktów wspólnych zdefiniowanych przez wszystkich naszych rozmówców:

1. Czy dostawca zapewnia możliwość dowolnego wyboru placówki z danej sieci, czy sam wybiera, w której placówce ubezpieczony może wykonać daną procedurę.
2. Czy dostawca będzie honorował skierowania na badania wystawione przez dowolnego lekarza, czy będzie wymagał, aby skierowania wystawiał lekarz placówki własnej.
3. Czy dostawca zapewnia SLA, czyli standardy dostępności?
4. Liczba placówek dostępnych w ramach sieci dostawcy. Możliwość kontraktowania placówek medycznych na życzenie klienta.

5. Czy dostawca zapewni możliwość refundacji kosztów leczenia zrealizowanego poza jego siecią placówek?

6. Czy infolinia obsługuje ubezpieczonych anglojęzycznych?

7. Czy oprócz pakietów ambulatoryjnych jest możliwość rozszerzenia pakietu o usługi dodatkowe, takie jak: leczenie szpitalne, rehabilitacja, stomatologia, wizyty domowe, profilaktyczny przegląd zdrowia?

8. Czy dostawca zapewni możliwość funkcjonowania kilku wariantów ubezpieczenia u jednego ubezpieczającego?

9. Czy dostawca zapewnia elektroniczne narzędzia do obsługi ubezpieczenia?

10. Stabilność kontraktu.

Wzięliśmy sobie do serca sugestie naszych partnerów i z satysfakcją informujemy, że na każdy z powyższych punktów SIGNAL IDUNA może odpowiedzieć twierdząco!

Zadowolenie klientów

Grupowe Ubezpieczenie zdrowotne w SIGNAL IDUNA to przede wszystkim duża swoboda dla osoby ubezpieczonej. Produkt daje możliwość dowolnego

wyboru placówki medycznej, zrzeszonej w ramach sieci medycznej SIGNAL IDUNA, w której ubezpieczeni chcą skorzystać z wizyty lub badania bez konieczności autoryzacji wizyty przez Call Center. Jeżeli ubezpieczony jednak chciałby skorzystać z wizyty u lekarza lub placówki spoza sieci placówek SIGNAL IDUNA ubezpieczony otrzymuje częściową refundację poniesionych kosztów za usługi znajdujące się w pakiecie. Proces refundacji odbywa się w pełni on-line.

Zgodnie z naszymi standardami wizyta u lekarza POZ umawiana jest w ciągu 24 godzin, natomiast do pozostałych lekarzy specjalistów w ciągu 5 dni roboczych. Pracodawcy mają możliwość wyboru spośród 5 podstawowych pakietów opieki oraz 5 rozszerzeń dodatkowych takich jak: stomatologia, rehabilitacja, limitowane konsultacje z psychologiem, psychiatrą, seksuologiem, logopedą i dietetykiem, profilaktyczny przegląd zdrowia, pomoc doraźna, czyli wizyt domowe oraz dyżurowe.

Konsultacje telemedyczne oraz usługi Assistance stanowią integralną część każdego pakietu

podstawowego. Zapewniamy przyjazne narzędzia elektroniczne zarówno do zarządzania ubezpieczeniem, jak i procesem badań medycyny pracy.

Obecnie nasza sieć medyczna to ponad 1800 placówek medycznych. Oferujemy również możliwość kontraktowania placówek medycznych na życzenie klienta. W naszej ocenie najbardziej wiarygodnym potwierdzeniem słuszności drogi rozwoju, jaką obraliśmy, jest zadowolenie naszych klientów, których z roku na rok przybywa oraz tych, którzy zostają z nami na długie lata. Poziom odnowień, jaki notujemy przez ostatnie 5 lat, nie spada poniżej 95 proc., co pokazuje, że klienci są bardzo zadowoleni z produktu i modelu realizacji proponowanych przez SIGNAL IDUNA.

Jeśli jeszcze nie znacie Państwo naszej oferty, zapraszam do kontaktu z Managerami Regionalnymi. Kontakt dostępny jest na naszej stronie internetowej <https://www.signal-iduna.pl/partnerzy/dla-firm-i-brokerow/>.