

UBEZPIECZENIA GRUPOWE



Ceny ubezpieczeń grupowych – razem taniej

Grupowe ubezpieczenia na życie w Polsce stały się zjawiskiem powszechnym i śmiało można stwierdzić, że obecnie nie ma większego pracodawcy, który nie oferowałby pracownikom możliwości skorzystania z grupowego ubezpieczenia na życie. Popularność tych ubezpieczeń wynika z prostych powodów, mianowicie za stosunkowo niewielką składkę, można otrzymać szeroki zakres ubezpieczenia – począwszy od wypłaty za zgon osoby ubezpieczonej, przez świadczenia rodzinne, kończąc na świadczeniach zdrowotnych, a wysokości tych świadczeń są całkiem atrakcyjne.

Maciej Barcik

dyrektor

Mentor Biuro Ubezpieczeń Grupowych

Można zadać pytanie, gdzie tu hazard? Otóż nigdzie. Konstrukcja ubezpieczenia, polegająca na rozproszeniu ryzyka na uczestników grupy, pozwala uzyskać tak atrakcyjne warunki. W innych branżach zabieg ten często nazywany jest zastosowaniem efektu skali. Im bardziej rozproszymy ryzyko, tym bardziej atrakcyjną otrzymamy

składkę. Oczywiście, sama liczba członków nie decyduje o wysokości składki.

Atrakcyjne warunki

Istotny wpływ odgrywają tu: struktura zatrudnienia, wiek uczestników oraz branża, niemniej jednak wielkość grupy ma również duże znaczenie. Często można to dostrzec, porównując warunki ubezpieczenia firm z tej samej branży o różnych stanach zatrudnienia. Mechanizm ten sprowokował rynek do szukania rozwiązań umożliwiających roz-

proszenie ryzyka, a mających na celu uzyskanie najatrakcyjniejszych warunków. Dzięki temu uczestnicy polis mają dostęp do atrakcyjnych warunków ubezpieczenia bez względu na wielkość jednostki, w której są zatrudnieni oraz struktury zatrudnienia w danej jednostce. Co więcej, w dużych firmach, o strukturze wielooddziałowej, wprowadzenie programu branżowego często porządkuje sprawę ubezpieczeń grupowych, a także daje większe możliwości wyboru odpowiedniego wariantu. Nie jest to jednak jedyne rozwiązanie występujące na rynku. W celu zminimalizowania ryzyka często do zawarcia grupowych umów wykorzystuje się różnego rodzaju stowarzyszenia, zrzeszenia, a ostatnio dużą popularnością cieszą się grupy otwarte. Osoby zainteresowane zawarciem grupowego ubezpieczenia, mogą zostać członkiem stowarzyszenia i po okresie karencji korzystać w pełni z ze swojej grupowej polisy.

Dla dzieci i małżonków

Ubezpieczenia grupowe same w sobie ewoluują, ubezpieczyciele, szukając większego potencjału do ubezpieczenia, stwarzają możliwość ubezpieczenia na takich samych zasadach członkom rodzin ubezpieczonego. Można uznać, że ubezpieczenie współmałżonka czy pełnoletniego dziecka, stało się standardem. To kolejny sposób na zminimalizowanie ryzyka ubezpieczeniowego. Co więcej, dzięki możliwości ubezpieczenia pełnoletnich dzieci, możemy „odmłodzić” grupę, co zmniejszy ryzyko wystąpienia części świadczeń. Ponadto dzięki możliwości ubezpieczenia współmałżonków, ubezpieczeni mogą wykupować polisy krzyżowo tzn. ubezpieczać u siebie w zakładzie zarówno siebie, jak i współmałżonka, co skutkuje wypłatami tych samych świadczeń z obu polis.

Zakresowy rozwój

Warto również zwrócić uwagę na fakt, że ubezpieczenia grupowe

wciąż się rozwijają zakresowo. Liczba oraz rodzaj świadczeń spakietowanych w grupowych polisach wciąż rośnie. Jakość tych świadczeń weryfikuje rynek. Nie wszystkie produkty wprowadzane przez ubezpieczycieli znajdują uznanie klientów, część znika z oferty grupówek, a na ich miejsce tworzone są nowe, cieszące się większym zainteresowaniem.

Uwzględniając powyższe, śmiało można stwierdzić, iż rynek ubezpieczeń grupowych w Polsce wciąż się rozwija, a kolejne pokolenia całymi rodzinami stają się uczestnikami grupowych polis. Atrakcyjność grupówek ma wiele aspektów – zakres ubezpieczenia, bezproblemowa dostępność, sposób opłacania składki, łatwość likwidacji świadczeń no i oczywiście cena. Rosnąca liczba osób ubezpieczonych w polisach grupowych, wzrost liczby programów branżowych, stowarzyszeń oferujących grupowe ubezpieczenia potwierdzają tezę: razem taniej.

W ubezpieczeniach nie będzie nudno

Ostatni okres to czas gwałtownego przeobrażenia rynku pracy, z rynku pracodawcy, w bardzo wymagający rynek pracownika. Jest to skutek nie tylko spadającego bezrobocia, lecz również konsekwencje milionowej emigracji i wieloletniej błędnej polityki edukacyjnej, tj. odejścia od kształcenia zawodowego, zarówno na poziomie przed-, jak i pomaturalnym. To czas nie tylko rosnącej presji na wzrost wynagrodzeń, lecz również rosnącego zapotrzebowania na wszelkiego rodzaju świadczenia typu employee benefit.



Xenia Kruszewska

prezes zarządu

Towarzystwa Ubezpieczeń ZDROWIE

Pracownicze ubezpieczenia zdrowotne stały się „oczywistym oczekiwaniem” nie tylko dla „młodych, wykształconych z wielkich miast”, lecz również dla pracowników na stanowiskach robotniczych, dla

mieszkańców średnich i małych miast, nie tylko dla wielkich zagranicznych korporacji, ale i dla małych i średnich rodzimych firm. Na rozwój ubezpieczeń zdrowotnych wpływ ma również pojawienie się nowej grupy ubezpieczonych. Co raz więcej firm oferuje ubezpieczenia zdrowotne zatrudnianym przez siebie pracownikom z Ukrainy i wszystko wskazuje, że ta grupa ta będzie dalej gwałtownie rosła.

Najatrakcyjniejsze świadczenie dodatkowe

Od wielu lat opieka medyczna, zwłaszcza w formie pracowniczych

ubezpieczeń zdrowotnych, to najpopularniejsze, najbardziej oczekiwane pozapłacowe świadczenie pracownicze. Wg badań Sedlak & Sedlak z 2016 r. dla 50,2 proc. pracowników najatrakcyjniejszym świadczeniem dodatkowym jest „rozszerzony pakiet opieki medycznej” taki jaki gwarantują pracownicze ubezpieczenia zdrowotne. Jednocześnie nie zmienia się zapotrzebowanie na pracownicze ubezpieczenia życiowe, lecz nie wydaje się by w najbliższych latach nastąpiła jakaś gwałtowna zmiana oferowanych produktów ubezpieczeniowych.

Rynek ubezpieczeń grupowych, a zwłaszcza pracowniczych ubezpieczeń zdrowotnych, podlega przeobrażeniom, które w następnych latach będą się nasilać.

Rosnąca świadomość

Bardzo charakterystyczna jest rosnąca świadomość oczekiwania i potrzeb pracowników, bardzo jasno deklarowana przez pracodaw-



ZESTAWIENIE WYBRANYCH OFERT UBEZPIECZENIOWYCH

Szanowni Państwo

przedstawiamy Państwu zestawienie najbardziej w naszym przekonaniu interesujących ubezpieczeń grupowych. Coraz więcej osób w Polsce ma świadomość konieczności posiadania ubezpieczenia, a koszty tego

grupowego są relatywnie najniższe. Choć, jak przekonują nasi eksperci, nie tylko o koszt tu chodzi. O co zatem? O tym dowiecie się Państwo, poświęcając czas na lekturę tekstów.

Nazwa ubezpieczyciela	Nazwa produktu	Opis produktu
Compensa TU na Życie VIG	Między Nami	Kompleksowy program indywidualnego ubezpieczenia na życie, który ma na celu zapewnienie ochrony życia i zdrowia przy zachowaniu atrakcyjnych składek i adekwatnych kwot wypłacanych świadczeń. Elastyczna konstrukcja produktu pozwala na dopasowanie zakresu ochrony do potrzeb i preferencji. Ubezpieczeniem może zostać objęta każda osoba w wieku od 18 do 55 lat. Szeroki zakres ubezpieczenia z umowami dodatkowymi, zapewniają ochronę życia ubezpieczonego (śmierć, śmierć w następstwie nieszczęśliwego wypadku, śmierć w następstwie wypadku komunikacyjnego), zdrowia ubezpieczonego (trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, pobyt w szpitalu, rekonwalescencja po pobycie w szpitalu, leczenie specjalistyczne, operacja chirurgiczna, poważne zachorowanie), życia i zdrowia małżonka i dziecka, życia rodzica lub życia teścia.
Open Life TU Życie	Grupowe Ubezpieczenie na Życie	Grupowe ubezpieczenie na życie Open Life TU Życie oferuje w swoich rozwiązaniach dla biznesu korzyści zarówno dla przedsiębiorcy jak i pracowników w ubezpieczeniach grupowych. Przedsiębiorca ubezpieczeniem grupowym zwiększa atrakcyjność warunków pracy, ale również ma możliwość przeniesienia ryzyka wypłaty odprawy pośmiertnej w przypadku zgonu pracownika. Na przykład dla zdarzenia zgonu pracownika, który zarabia minimalną krajową 2 tys. zł, pracodawca wypłaci uprawnionym do renty rodzinnej po zmarłym co najmniej 2 tys. zł. Za kilka złotych miesięcznie na pracownika może przerzucić ten potencjalny ciężar na ubezpieczyciela. Dla pracowników organizuje w ubezpieczeniu grupowym wybór wariantów, jakie najbardziej pasują do oczekiwań poszczególnych pracowników. Pracownik w rozwiązaniach oferowanych przez Open Life TU Życie otrzymuje nie tylko samą ochronę ubezpieczeniową, ale również może korzystać z dodatkowych usług pomagających przebrnąć przez trudne sytuacje życiowe oraz dodatkowych korzyści pozwalających wygospodarować oszczędności w domowym budżecie, polegające na obniżeniu comiesięcznych płatności za usługi telekomunikacyjne, rachunki za energię. Dodatkowo ubezpieczony uzyskuje dodatkowe rabaty czy zniżki na zakupy innych produktów czy usług.
TUnŻ Warta	Warta Dla Ciebie i Rodziny	Produkt pozwala wybrać rozwiązanie odpowiadające potrzebom niemal każdego klienta. W jego skład wchodzi aż 43 warianty ochrony, różniące się wysokością świadczeń oraz składką. Część wariantów zawiera dodatkowo Assistance Medyczny, który zapewnia m.in. organizację i pokrycie kosztów wizyty lekarskiej lub pielęgniarskiej, czy opiekę domową po hospitalizacji. Warta Dla Ciebie i Rodziny może obejmować bardzo szeroki zakres ochrony np. urodzenie się dziecka, czy zgon rodziców lub teściów. Ponadto ubezpieczenie to umożliwia zawarcie umowy na bardzo wysokie kwoty świadczeń – nawet 480 tys. zł w przypadku zgonu w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy. Oprócz tego, można wybrać spośród opcji obejmujących tylko życie i zdrowie ubezpieczonego lub kompleksowo zabezpieczających całą rodzinę.
UNIQA TU na Życie	Bezpieczna przyszłość	Ubezpieczenie skierowane przede wszystkim do pracowników zatrudnionych w zakładach pracy. Mogą również przystąpić do ubezpieczenia osoby prowadzące działalność gospodarczą, jak i osoby zatrudnione na „umowy zlecenia” oraz współubezpieczeni tj. współmałżonek, partner, pełnoletnie dziecko. Grupowe ubezpieczenie zapewnia finansowe wsparcie w trudnych sytuacjach życiowych, jak choroba, pobyt w szpitalu, czy operacja. Głównym atutem produktu jest jego „elastyczność” polegająca na dostosowaniu zakresu ochrony, wysokości świadczeń i składki do oczekiwań i możliwości finansowych pracowników. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje swoim zakresem życie i zdrowie ubezpieczonego pracownika, jak również członków jego rodziny. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na 12 miesięcy z możliwością przedłużenia na kolejny roczny okres, i obowiązuje od pierwszego dnia miesiąca wskazanego w polisie.
WTUŻiR Concordia Capital	Asysta Premium	Ubezpieczenie skierowane do pracowników banków spółdzielczych, współpracujących z Concordią Ubezpieczenia. Jest to produkt, który: nie wymaga pytań o stan zdrowia – w przypadku pracowników banków, przystępujących do ubezpieczenia. Na pytania medyczne nie odpowiadają również współmałżonkowie i dzieci pracowników – pod warunkiem, że byli wcześniej ubezpieczeni i zakończyli ochronę w poprzednim zakładzie ubezpieczeń; umożliwia zniesienie karencji – jeżeli w banku funkcjonuje ten produkt – jako jedyne grupowe ubezpieczenie na życie, bądź też do ubezpieczenia przystąpi minimum 65 proc. pracowników, wówczas w stosunku do ubezpieczonych pracowników zniesione zostają wszystkie karencje. W pozostałych przypadkach obowiązują karencje jedynie na ryzyko urodzenia dziecka (9,5 mc) oraz zgon rodzica/teścia (6 mc). Concordia, każdorazowo honoruje również fakt, że dana osoba była wcześniej ubezpieczona w innym zakładzie ubezpieczeń. Także w przypadku, gdy pomiędzy poprzednim ubezpieczeniem, a ubezpieczeniem w Concordii nastąpiła przerwa – nawet do 35 dni. zapewnia indywidualną kontynuację dla pracowników odchodzących z grupy lub takich, którzy osiągną wiek powodujący wygaśnięcie odpowiedzialności w ubezpieczeniu grupowym (71 lat). Concordia proponuje skorzystanie z oferty indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia grupowego, dostępnej w dwóch zakresach i dwóch wysokościach składek. W ramach kontynuacji pracownicy banku mogą skorzystać również z pozostałej oferty ubezpieczenia indywidualnego Concordii, jeśli spełnione są warunki wybranego produktu. Gwarantuje ochronę przez 24 h na dobę, na terenie całego świata. Wyjątkiem jest pobyt w szpitalu, gdzie ochrona obowiązuje na terenie państw Unii Europejskiej.

źródło: firmy

ców. Polacy stają się coraz bardziej świadomymi i wymagającymi konsumentami. Skutkuje to zmianami

w ofercie produktowej ubezpieczeń zdrowotnych, stałym podnoszeniem jakości obsługi klienta przez

Towarzystwa i rozwojem nowych dodatków zapewniających większe zabezpieczenie zdrowia i komfort życia, np. programy zdrowotne typu consierge medyczny.

Pracodawcy oferujący ubezpieczenia zdrowotne swoim pracownikom wymagają wysokiej jakości, którą Towarzystwa Ubezpieczeń muszą zagwarantować. Niezbędna jest nie tylko bardzo szeroka sieć dostępnych bezgotówkowo placówek medycznych, ale również gwarancje czasu uzyskania usługi. Brak spełnienia gwarancji to konieczność ponoszenia wyższych kosztów po stronie Ubezpieczycieli.

Pamiętać o wszystkich

Mysząc o przyszłości ubezpieczeń grupowych, nie wolno zapomnieć o Millenialsach, pokoleniu Y. Już niedługo ta grupa wiekowa będzie stanowiła 30 proc. wszystkich zatrudnionych. To najbardziej świadoma i wymagająca produktów dopasowanych do własnych potrzeb grupa odbiorców. Millenials nie zwykle łatwo zmieniają pracę, nie znają pojęcia przywiązania do firmy, szukają nowych

wyzwań, lepszych pieniędzy i lepszych benefitów.

Słabsze zdrowie i lęk o zdrowie (potwierdzone licznymi badaniami) już teraz powodują, że pozapłacowe benefity oferowane przez pracodawców, utrzymujące zdrowie (abonamenty do klubów fitness, porady dietetyków, etc.) i chroniące zdrowie (ubezpieczenia zdrowotne) są oczywistym oczekiwaniem. Jak pokazują wyniki badania Motywacje Młodych 2015 dla 34 proc. ankietowanych informacja o benefitach w firmie jest istotnym czynnikiem decydującym o wyborze pracodawcy.

Oczekiwania

Millenials oczekują coraz lepszych, bardziej wyspecjalizowanych usług doradczych. Nie tylko udostępnienia i opłacenia, tej czy innej usługi, ale również pomocy, doradztwa w trudnych sytuacjach zdrowotnych, np. w przypadku podejrzenia choroby nowotworowej, sytuacji po urazach, czy po leczeniu szpitalnym. Oczekują wskazania sposobu i zorganizowania postawienia najszybszego rozpoznania, czy doprowadzenia do

powrotu do zdrowia. I to nie przez anonimowego konsultanta infolinii, ale zawsze tą samą osobą znaną z imienia i nazwiska. Konieczna będzie personalizacja usług świadczonych przez Towarzystwa.

Jednocześnie pokolenie Y przyspieszy rozwój technologii branży ubezpieczeń zdrowotnych, rozwój elektronicznych kanałów komunikacji z Ubezpieczonym. Millenials to pokolenie śpiące ze smartfonem, który nie koniecznie służy do rozmów telefonicznych, ale do kontaktu ze światem. Będąc hitem 10-15 lat temu 24 godzinne infolinie, dzięki którym można było umawiać usługi medyczne, są powoli wypierane przez kontakt on – line.

Reasumując, grupowe, pracownicze ubezpieczenia zdrowotne, będą stanowiły coraz istotniejszą grupę ubezpieczeń grupowych. Będą coraz lepsze, bardziej dopasowane do rzeczywistych potrzeb i oczekiwań. Kontakt z klientem, Ubezpieczonym będzie coraz bardziej personalizowany, indywidualny wykorzystujący najnowocześniejsze technologie.

W najbliższych latach ubezpieczenia grupowe nie będą nudne.



W grupie taniej, w grupie siła

Ludzie ubezpieczali się już od setek lat. Jeden z najstarszych zachowanych dokumentów ubezpieczeniowych pochodzi z Genui z XIV w. Umowę ubezpieczenia nazywamy polisą, ponieważ pochodzi od włoskiego słowa „polizza”, oznaczającego pokwitowanie.



Jerzy Dera

prezes zarządu Polifinance

nieje możliwość przystąpienia każdej osoby zatrudnionej, a także członków jej najbliższej rodziny, do grupowego ubezpieczenia na życie.

Przystąpienie do ubezpieczenia grupowego w pracy jest dobrowolne dla każdego pracownika. Ubezpieczenia grupowe w pracy zawiera Zakład z Towarzystwem Ubezpieczeniowym. Zadaniem pracodawcy jest negocjowanie z Towarzystwem Ubezpieczeniowym warunków, na jakich jego podwładni będą mogli być ubezpieczeni. Zakres negocjacji z ubezpieczycielem to najczęściej:

- suma ubezpieczenia,
- wykaz zdarzeń, jakie będą objęte ochroną ze strony firmy ubezpieczeniowej,
- wysokość składki od każdego, pojedynczego członka grupy.

Ale ten rodzaj ubezpieczeń jest dość powszechny i dobrze znany.

Indywidualne ubezpieczenia grupowe

Dzisiaj chciałbym Państwu przybliżyć modyfikację grupowego ubezpieczenia, które bardzo dynamicznie rozwija się w ostatnich latach. To tzw. indywidualne ubezpieczenia grupowe, czyli grupa otwarta. Nazwa może na początek niewiele mówić. Ale tylko nazwa, bo zasada funkcjonowania takich umów ubezpieczenia w formie grupy otwartej jest bardzo prosta. Otwarta grupa to modyfikacja grupowych ubezpieczeń w zakładach pracy, ale z cechami umów indywidualnych, i przeznaczona praktycznie dla każdego tzw. Kowalskiego. Ubezpieczającym w tego typu umowach nie jest pracodawca, tylko

inny podmiot niezwiązany stosunkiem prawnym z ubezpieczonym. Grupy otwarte charakteryzują się bardzo szerokim zakresem i stosunkowo niewysoką składką, nierzadko dużo lepszymi niż w zakładach pracy. Wielu pośredników ubezpieczeniowych posiada w swojej ofercie takie rozwiązania.

Otwarta formuła produktu pozwala na przystąpienie do ubezpieczenia niemal każdemu. Pewnym ograniczeniem pozostaje zazwyczaj co prawda wiek ubezpieczonego – ubezpieczyciele w warunkach wyraźnie określają tzw. wiek wstępu, aczkolwiek i w tym zakresie są propozycje dedykowane nawet seniorom.

Ankieta medyczna jest maksymalnie skrócona (lub jej nie ma) i najczęściej

ograniczona do krótkich oświadczeń o stanie zdrowia, a tak zwana „kontynuacja”, czyli brak karencji na niektóre zdarzenia, jest honorowana przez większość Ubezpieczycieli.

Umowy w formie grupy otwartej są coraz popularniejsze, bo adresowane są do bardzo szerokiej listy odbiorców:

- Dla pracowników, w których zakładach w ogóle nie ma ubezpieczenia.
- Dla osób, które prowadzą własną działalność gospodarczą, wolne zawody
- Dla studentów, którzy nie rozpoczęli jeszcze kariery zawodowej.
- Dla rolników.
- Dla klientów, którzy prócz standardowej ochrony oczekują także usług assistance.

• Do grup otwartych mogą przystąpić także osoby bezrobotne lub gospodynie domowe.

Dodatkową zaletą tego typu ubezpieczenia jest jego łatwa dostępność, z racji tego, że grupa tworzona jest przez osoby względem siebie obce, a wniosek można zawrzeć także przez Internet. Równie prosta jest droga zgłaszania roszczeń, nie potrzeba do tego zaświadczeń, czy podpisu pracodawcy potwierdzających trwający stosunek pracy.

Na koniec... Pamiętajmy pewną mądrość: Życie podobne jest do drogi pełnej zakrętów, widzimy tylko odcinek do kolejnego zakrętu... Nie odwołaj decyzji. Jutro może być za późno!



Powody, jakimi kierujemy się przy zakupie polisy, są praktycznie niezmiennie od tysięcy lat – czujemy się odpowiedzialni za siebie i swoich bliskich, nie mamy wpływu na zdarzenia losowe, chcemy finansowo ochronić swój majątek. Niestety, często zapominamy, że ubezpieczenie można kupić TYLKO przed szkodą, NIGDY po szkodzie.

Tradycyjnie

Może na początek kilka słów o ubezpieczeniach życiowych, a dokładniej grupowych. Wg definicji: ubezpieczenie na życie – rodzaj ubezpieczenia, którego przedmiotem jest życie ubezpieczonego. W wielu, zwłaszcza większych zakładach pracy, ist-

Na co trzeba uważać?

W przypadku ubezpieczeń grupowych, osoba zainteresowana ochroną, nie może być stroną umowy. Co więcej, członek ubezpieczanej organizacji (np. zakładu pracy), nie zawsze dysponuje możliwością wyboru wśród różnych wariantów grupowej polisy. To nie oznacza jednak, że osoba zainteresowana zbiorową ochroną, może ze spokojnym sumieniem „odpuścić” sobie czytanie ważnych dokumentów (np. ogólnych warunków ubezpieczenia – OWU). Przed przystąpieniem do ubezpieczenia oferowanego przez pracodawcę lub inny podmiot, warto sprawdzić, czy taka polisa w ogóle jest opłacalna. Czasem może się okazać, że zakup indywidualnej i dobrze dopasowanej polisy jest lepszym rozwiązaniem, niż skorzystanie z grupowej ochrony.



Andrzej Prajsnar

ekspert porównywarki ubezpieczeń Ubea.pl

Obowiązujące przepisy wprost nie przewidują obowiązku dostarczenia ogólnych warunków ubezpieczenia osobie zainteresowanej grupową polisą. Rzetelny agent lub pracodawca powinien jednak przekazać taki dokument, który zawiera wiele kluczowych informacji. Ogólne warunki ochrony często obligują pracodawcę lub innego ubezpieczającego do udostępnienia dokumentacji zainteresowanym osobom.

Definicje stosowane przez ubezpieczyciela mogą być zaskakujące

Ważne kwestie znajdziemy już na samym początku OWU. Mowa o definicjach stosowanych przez ubezpieczyciela. Warto zdawać sobie sprawę, że zakłady ubezpieczeń nie zostały zobowiązane do takiego samego definiowania poszczególnych pojęć. Dlatego definicje dotyczące zasad ubezpieczenia albo wypadku ubezpieczeniowego, mogą się znacznie różnić. Przykładem jest sytuacja, w której je-

den ubezpieczyciel wypłaca ustaloną kwotę również po zachorowaniu na nowotwór niezłośliwy (uwzględniony w umownej definicji nowotworów). W OWU drugiego ubezpieczyciela, z kategorii nowotworów mogą być wyłączone niezłośliwe zmiany tkanek. Pomimo, że obydwa ubezpieczenia grupowe zapewniają wypłatę środków na wypadek choroby nowotworowej, to faktyczny zakres ich ochrony jest nieco inny.

Podobne różnice mogą dotyczyć np. definicji wypadku ubezpieczeniowego albo pobytu w szpitalu skutkującego wypłatą odszkodowania. Warto sprawdzić w OWU również zasady ewentualnej wypłaty środków na wypadek choroby lub śmierci członków rodziny (np. małżonka, dzieci albo teściów). Nie można z góry przesądzać, że te zasady są identyczne, jak w przypadku osoby objętej ochroną.

Okres karencji w umowach czasem różni się nawet dwukrotnie

Kolejną ważną kwestią jest okres karencji przewidzianej w stosunku do różnych wypadków ubezpieczeniowych. Przykładem może być karencja związana z wypłatą świadczenia po zajściu w ciążę przez pracownicę. Ten okres w zależności od ubezpieczyciela wynosi np. 3 miesiące, 6 miesięcy lub 9 miesięcy. Podobne zróżnicowanie czasem dotyczy krótszej karencji związanej z pobytom ubezpieczonego w szpitalu. Z punktu widzenia osoby ubezpieczonej, najlepszym rozwią-

zaniem oczywiście jest jak najkrótszy okres karencji (o ile nie wiąże się ze sporym wzrostem kosztów ubezpieczenia). Pracownicy wykupujący grupową ochronę, powinni również zwrócić uwagę na warunki jej kontynuowania po rozwiązaniu umowy o pracę. W dzisiejszych czasach, pracownik nie może przewidzieć, czy np. za dwa lata nadal będzie zatrudniony przez tę samą firmę. Warto zdawać sobie sprawę, że indywidualna kontynuacja ochrony będzie możliwa tylko przez pewien czas od rozwiązania umowy o pracę (np. w ciągu 30 dni lub 60 dni trzeba złożyć deklarację). Dokładne informacje na ten temat, zwykle można znaleźć w OWU. Pracownik wyznaczony przez firmę do obsługi grupowego ubezpieczenia, też powinien udzielać odpowiednich informacji na temat warunków polisy.

Ubezpieczony powinien dobrze sprawdzić podawane informacje

Na uwagę zasługuje również kwestia informacji podawanych ubezpieczycielowi. Polisy grupowe cechują się ograniczoną liczbą danych na temat

ryzyka, które zbiera zakład ubezpieczeń. Tym niemniej trzeba pamiętać, że podanie nieprawdziwych informacji (dotyczących np. poważnych chorób ubezpieczonego), może skutkować problemami z wypłatą odszkodowania w przyszłości.

Ciekawym przykładem jest sytuacja pracownicy, o której w 2014 r. i 2015 r. informowały branżowe media. Ta osoba ze względu na pośpiech wymuszany przez pracodawcę i agenta, nie podała wymaganej informacji o tym, że znajduje się pod stałą opieką lekarską. Po śmierci ubezpieczonej (na wskutek udaru mózgu), krewni otrzymali odmowną decyzję w sprawie wypłaty odszkodowania z polisy grupowej. Sąd drugiej instancji ostatecznie przyznał odszkodowanie rodzinie, biorąc pod uwagę okoliczności wypełnienia dokumentów ubezpieczeniowych przez zmarłą (patrz wyrok Sądu Okręgowego w Nowym Sączu z sygnaturą akt III Ca 644/14). Trzeba jednak zdawać sobie sprawę, że w opisywanym przypadku przeważały błędy pracodawcy, agenta i ubezpieczyciela (stosującego nieczytelny formularz

przystąpienia do ochrony). W innej sytuacji, stanowisko zakładu ubezpieczeń mogłoby zostać uznane za prawidłowe.



Z punktu widzenia osoby ubezpieczonej, najlepszym rozwiązaniem oczywiście jest jak najkrótszy okres karencji (o ile nie wiąże się ze sporym wzrostem kosztów ubezpieczenia).

Zapewnić ochronę



Urszula Borowiecka

ekspert porównywarki OC AC mfinde

Dostępne na rynku grupowe ubezpieczenia na życie skierowane są głównie do pracodawców, którzy chcą zapewnić ochronę swoim pracownikom. Aby pracodawca mógł zawrzeć umowę na rzecz swoich pracowników, wymagane są pewne warunki, jakie firma powinna speł-

nić. Sprowadzają się one do liczby zatrudnianych przez firmę pracowników. Zazwyczaj najmniejsza wymagana liczba to 3 pracowników.

Ubezpieczający musi pamiętać, że zawierane przez niego ubezpieczenie nie obejmuje ochroną wszystkich pracowników, dlatego powinien wziąć pod uwagę zakres przedmiotowy oferowanego produktu. Przykładowo, ze względu na okres karencji, ochroną może nie być objęta kobieta, która już w chwili zawierania ubezpieczenia była w ciąży, lub osoba przewlekłe chora. Do pracowniczego ubezpieczenia grupowego najczęściej mogą przystąpić osoby w wieku 18-

69 lat. O ile to ograniczenie może nie mieć znaczenia dla pracownika, to dla jego rodziny, którą również może ubezpieczyć w ramach tego produktu, już tak.

Grupowe ubezpieczenia pracowników zróżnicowane są pod względem grup zawodowych, do których są adresowane. Polisę można bowiem dostosować do indywidualnych potrzeb oraz specyfiki branży i zagrożeń z nią związanych. Oprócz małych i dużych przedsiębiorstw, adresatem ubezpieczeń grupowych może być właściwie każda grupa formalna, tj. związek zawodowy czy spółdzielnia mieszkaniowa.