

**REDAKCJA
NAUKOWA**

MACIEJ CYCOŃ

TOMASZ JEDYNAK

MICHAŁ WŁODARCZYK

AKTUALNE WYZWANIA UBEZPIECZEŃ GOSPODARCZYCH

PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ 2026

FUNDACJA UNIWERSYTETU EKONOMICZNEGO W KRAKOWIE



Aktualne wyzwania ubezpieczeń gospodarczych

Przegląd Ubezpieczeń 2026/1

redakcja naukowa

Maciej Cycoń

Tomasz Jedynak

Michał Włodarczyk

Fundacja Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie

Kraków, wrzesień 2026

Recenzenci
Prof. Robert Kurek
Dr Anna Jędrzychowska
Dr Paulina Rydwańska
Dr Alicja Szyszko
Dr Agnieszka Zwolenik

ISBN 978-83-65907-87-5
pdf online

Publikacja została wydana w ramach projektu „Aktualne wyzwania ubezpieczeń” realizowanego przez Koło Naukowe Ubezpieczeń „Risk Management” oraz Katedrę Zarządzania Ryzykiem i Ubezpieczeń w latach 2025-2026.

Poszczególne rozdziały nie były przez Wydawcę zmieniane ani korygowane pod względem edytorskim i zostały zamieszczone w oryginalnej formie przygotowanej przez autora.

© Copyright by Katedra Zarządzania Ryzykiem i Ubezpieczeń Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2026

Wydawnictwo:
Fundacja Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie
ul. Rakowicka 27, 31-510 Kraków

Spis treści

Wstęp	7
Rozdział 1 Skłonność społeczeństwa do skorzystania z nowych technologii w branży ubezpieczeniowej	11
1.1. Wprowadzenie	11
1.2. Przykłady zastosowania nowych technologii w branży ubezpieczeń	13
1.3. Metodyka badań własnych i charakterystyka próby	17
1.4. Wiedza społeczeństwa na temat telematyki i Internetu Rzeczy	23
1.5. Skłonność społeczeństwa do skorzystania z ubezpieczeń wykorzystujących telematykę oraz Internet Rzeczy	27
1.6. Czynniki mające wpływ na decyzje respondentów w zakresie wyboru ubezpieczeń wykorzystujących telematykę i Internet Rzeczy	33
1.7. Podsumowanie	39
Rozdział 2 Społeczna percepcja zjawiska przestępczości ubezpieczeniowej	44
2.1. Wprowadzenie	44
2.2. Istota przestępczości ubezpieczeniowej	45
2.3. Metody zapobiegania przestępczości ubezpieczeniowej	50
2.4. Skala przestępczości ubezpieczeniowej w Polsce w latach 2018-2023	56
2.5. Metodyka badań własnych	62
2.6. Świadomość społeczeństwa polskiego w obszarze przestępczości ubezpieczeniowej	65
2.7. Akceptowalność zachowań przestępczych w polskim społeczeństwie	72
2.8. Podsumowanie	81
Rozdział 3 Wpływ zmian klimatycznych oraz funkcjonowania sektora ubezpieczeń katastroficznych gruntów rolnych w Polsce na utrzymywanie się luki ubezpieczeniowej	85
3.1. Wprowadzenie	85
3.2. Pojęcie ubezpieczeń katastroficznych i determinanty luki ubezpieczeniowej w rolnictwie	86
3.3. Wpływ zmian klimatycznych na sektor rolniczy w Polsce	88
3.4. Zjawisko suszy w świecie ubezpieczeń	90
3.5. System ubezpieczeń katastroficznych gruntów rolnych w Polsce	92
3.6. Rola państwa w ograniczaniu luki ubezpieczeniowej	94
3.7. Analiza ofert ubezpieczeń katastroficznych gruntów rolnych wybranych zakładów	95
3.8. Podsumowanie	98
Rozdział 4 Świadomość ubezpieczeniowa młodych podróżnych w dobie mobilności transgranicznej. Analiza postaw studentów wobec systemu EKUZ i komercyjnych polis turystycznych	102
4.1. Wprowadzenie	102

4.2. Uwarunkowania prawne EKUZ a zjawisko asymetrii informacyjnej jako determinanta decyzji ubezpieczeniowych	103
4.3. Metodyka badań i charakterystyka próby badawczej.....	106
4.4. Wyniki badań i weryfikacja hipotez.....	108
4.5. Podsumowanie	113
Rozdział 5 Postawy młodych Polaków wobec ryzyk sztucznej inteligencji i ich behawioralna determinanta	117
5.1. Wprowadzenie	117
5.2. Ryzyko sztucznej inteligencji jako nowe wyzwanie dla sektora ubezpieczeń	119
5.3. Ubezpieczenia systemów AI na rynku globalnym i polskim	121
5.4. Behawioralne uwarunkowania oceny ryzyka	123
5.5. Analiza empiryczna postaw respondentów – badanie własne	126
5.6. Podsumowanie	135
Rozdział 6 Ubezpieczenia na życie w Polsce - analiza rynku i percepcji społecznej	140
6.1. Wprowadzenie	140
6.2. Produkty ubezpieczeń na życie	142
6.3. Struktura rynku ubezpieczeń na życie w Polsce	152
6.4. Metodyka badań własnych.....	158
6.5. Świadomość społeczna w obszarze ubezpieczeń na życie	162
6.6. Doświadczenia społeczeństwa w obszarze ubezpieczeń na życie	169
6.7. Edukacja w obszarze ubezpieczeń na życie	178
6.8. Podsumowanie	181
Rozdział 7 Wybrane czynniki behawioralne a decyzje dotyczące ubezpieczeń na życie – analiza na przykładzie studentów i młodych dorosłych	184
7.1. Wprowadzenie	184
7.2. Racjonalność decyzji w teorii ekonomii głównego nurtu	185
7.3. Racjonalność decyzji w teorii ekonomii behawioralnej	189
7.4. Wybrane inklinacje behawioralne a decyzje konsumenckie w zakresie ubezpieczeń na życie	193
7.5. Metodyka badań	197
7.6. Heurystyka dostępności w kontekście postrzegania ryzyka i doświadczeń życiowych.....	202
7.7. Efekt ramowania jako czynnik wpływający na decyzję ubezpieczeniową	208
7.8. Podsumowanie	215

Rozdział 8 Polskie Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych i malezyjskie instytucje takaful – analiza porównawcza polityki lokacyjnej i mechanizmów transferu wartości.....	220
8.1. Wprowadzenie	220
8.2. Fundamenty prawno-organizacyjne alternatywnych modeli ubezpieczeń	221
8.3. Założenia metodyczne i charakterystyka próby badawczej	224
8.4. Wyniki studium przypadku: Ocena działalności lokacyjnej i mechanizmów transferu wartości ...	227
8.5. Podsumowanie	234
Rozdział 9 Rezerwy techniczno–ubezpieczeniowe – kluczowy element kapitałów obcych zakładów ubezpieczeń.....	237
9.1. Wprowadzenie	237
9.2. Kapitały własne zakładów ubezpieczeń	238
9.3. Istota i znaczenie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych.....	244
9.4. Rodzaje i zasady tworzenia rezerw techniczno-ubezpieczeniowych	250
9.5. Podsumowanie	257
Rozdział 10 Rezerwy techniczno – ubezpieczeniowe jako instrument stabilizacji finansowej zakładów ubezpieczeń.....	260
10.1. Wprowadzenie	260
10.2. Znaczenie rezerw techniczno–ubezpieczeniowych w kontekście wypłacalności zakładów ubezpieczeń.....	262
10.3. Metodyka analizy poziomu rezerw techniczno-ubezpieczeniowych w wybranych zakładach ubezpieczeń w latach 2019-2023	269
10.4. Poziom rezerw techniczno-ubezpieczeniowych i wypłacalność wybranych zakładów ubezpieczeń działu I	271
10.5. Poziom rezerw techniczno-ubezpieczeniowych i wypłacalność wybranych zakładów ubezpieczeń działu II	283
10.6. Podsumowanie	295
Rozdział 11 Rola zakładów ubezpieczeń Działu II w gospodarce oraz odporność wybranych zakładów na ryzyko systemowe – analiza porównawcza Polski i Niemiec	300
11.1. Wprowadzenie	300
11.2. Teoretyczne fundamenty i systematyka funkcji ubezpieczeniowych	302
11.2.1. Mikroekonomiczny wymiar ubezpieczeń – perspektywa przedsiębiorstwa.....	303
11.2.2. Sektor ubezpieczeń jako stabilizator makroekonomiczny – analiza danych PIU	304
11.2.3. Powiązania rynkowe – bancassurance i Rekomendacja U.....	306
11.3. Ryzyko systemowe i stabilność finansowa zakładów ubezpieczeń w świetle doświadczeń kryzysowych lat 2020–2024	307

11.4. Analiza reakcji na szoki systemowe i ocena odporności (studium porównawcze Polska – Niemcy)	310
11.5. Podsumowanie	315
Spis rysunków	318
Spis tabel	320

Wstęp

Współczesny rynek ubezpieczeń gospodarczych funkcjonuje w warunkach dynamicznych przemian społecznych, technologicznych, klimatycznych i ekonomicznych. Rozwój nowych technologii, postępująca cyfryzacja usług finansowych, wzrost znaczenia sztucznej inteligencji, nasilające się skutki zmian klimatycznych, a także ewolucja oczekiwań konsumentów stawiają przed sektorem ubezpieczeniowym szereg nowych wyzwań. Ubezpieczenia, jako jeden z kluczowych mechanizmów zarządzania ryzykiem, muszą odpowiadać zarówno na tradycyjne potrzeby ochrony majątkowej i osobowej, jak i na nowe rodzaje zagrożeń wynikających ze zmieniającego się otoczenia społeczno-gospodarczego.

Szczególne znaczenia nabierają m.in. zagadnienia związane z poziomem świadomości ubezpieczeniowej społeczeństwa, gotowością do korzystania z innowacyjnych rozwiązań technologicznych, percepcją ryzyka oraz zaufaniem do instytucji ubezpieczeniowych. Równocześnie rynek ubezpieczeń mierzy się z problemami takimi jak przestępczość ubezpieczeniowa, luka ubezpieczeniowa w obszarze ryzyk katastroficznych, zmieniające się potrzeby młodych konsumentów, a także konieczność zapewnienia stabilności finansowej zakładów ubezpieczeń.

Autorzy poszczególnych rozdziałów niniejszej monografii podjęli próbę wieloaspektowego spojrzenia na wymienione wyżej wyzwania. Zamieszczone w monografii teksty koncentrują się zarówno na społecznych i behawioralnych uwarunkowaniach decyzji ubezpieczeniowych, jak i na zagadnieniach instytucjonalnych, finansowych oraz systemowych. Publikacja nie wyczerpuje przy tym wszystkich problemów współczesnego rynku ubezpieczeniowego, jednak stanowi próbę uchwycenia wybranych kierunków zmian oraz obszarów wymagających dalszej, pogłębionej refleksji badawczej.

Prezentowana monografia stanowi zbiór jedenastu opracowań poświęconych wybranym aspektom funkcjonowania i rozwoju ubezpieczeń gospodarczych. W pierwszym rozdziale autorka analizuje skłonność społeczeństwa do korzystania z nowych technologii w branży ubezpieczeniowej. Szczególną uwagę poświęca wykorzystaniu telematyki i Internetu Rzeczy w ubezpieczeniach, poziomowi świadomości respondentów w tym zakresie, a także ich gotowości do korzystania z telematycznych polis komunikacyjnych oraz ubezpieczeń nieruchomości opartych na systemach smart home. Przedmiotem analizy są również czynniki wpływające na akceptację tych rozwiązań oraz poziom zaufania do udostępniania danych zakładom ubezpieczeń.

Rozdział drugi poświęcono społecznej percepcji zjawiska przestępczości ubezpieczeniowej. Autorka przedstawia istotę i skalę tego zjawiska w Polsce, analizuje poziom świadomości społecznej w obszarze przestępczości ubezpieczeniowej oraz postawy wobec nadużyć ubezpieczeniowych, ze szczególnym uwzględnieniem akceptowalności zachowań przestępczych i ich związku z zaufaniem do zakładów ubezpieczeń.

W rozdziale trzecim podjęto problem wpływu zmian klimatycznych oraz funkcjonowania sektora ubezpieczeń katastroficznych gruntów rolnych w Polsce na utrzymywanie się luki ubezpieczeniowej. Autorka wskazuje na rosnące znaczenie ryzyk klimatycznych dla rolnictwa oraz potrzebę rozwoju skutecznych mechanizmów ochrony ubezpieczeniowej.

Czwarty rozdział koncentruje się na świadomości ubezpieczeniowej młodych podróżnych w dobie mobilności transgranicznej. Autor analizuje postawy studentów wobec Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego oraz komercyjnych polis turystycznych, zwracając uwagę na znaczenie wiedzy ubezpieczeniowej w podejmowaniu decyzji związanych z podróżami zagranicznymi.

W rozdziale piątym omówiono postawy młodych Polaków wobec ryzyk związanych ze sztuczną inteligencją oraz ich behawioralne determinanty. Autorka wskazuje, że rozwój sztucznej inteligencji tworzy nowe kategorie ryzyk, które mogą w przyszłości wpływać zarówno na zachowania konsumentów, jak i na ofertę sektora ubezpieczeniowego.

Rozdział szósty poświęcono ubezpieczeniom na życie. Autorka przedstawia charakterystykę i rozwój rynku ubezpieczeń na życie w latach 2014–2023 oraz analizuje postawy społeczeństwa wobec tego rodzaju produktów ubezpieczeniowych. Szczególną uwagę zwraca na identyfikację

czynników społecznych i demograficznych wpływających na posiadanie ubezpieczenia na życie oraz motywów skłaniających Polaków do zakupu tych produktów.

Tematyka decyzji dotyczących ubezpieczeń na życie jest kontynuowana w rozdziale siódmym, w którym autorka analizuje wpływ czynników behawioralnych na podejmowanie decyzji ubezpieczeniowych. Rozdział ukazuje, że decyzje konsumentów cechują się ograniczoną racjonalnością i są kształtowane nie tylko przez przesłanki ekonomiczne, lecz również przez heurystykę dostępności, efekt ramowania oraz indywidualne doświadczenia życiowe wpływające na postrzeganie ryzyka i wybór ubezpieczenia na życie.

W rozdziale ósmym autor porównuje polskie towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych i malezyjskie instytucje takaful, uwzględniając ich podstawy prawno-organizacyjne, politykę lokacyjną oraz mechanizmy transferu wartości.

Rozdział dziewiąty dotyczy rezerw techniczno-ubezpieczeniowych jako kluczowego elementu kapitałów obcych zakładów ubezpieczeń. Autorka wyjaśnia znaczenie rezerw dla prawidłowego funkcjonowania zakładów ubezpieczeń oraz ich zdolności do realizacji zobowiązań wobec ubezpieczonych. W rozdziale dziesiątym problematyka rezerw techniczno-ubezpieczeniowych została rozwinięta z perspektywy stabilności finansowej zakładów ubezpieczeń. Autorka koncentruje się na roli płynności i wypłacalności w zapewnieniu stabilności finansowej zakładów ubezpieczeń oraz analizuje zależność między poziomem rezerw techniczno-ubezpieczeniowych a bezpieczeństwem kapitałowym i wypłacalnością badanych ubezpieczycieli.

Ostatni, jedenasty rozdział poświęcono roli zakładów ubezpieczeń Działu II w gospodarce oraz ich odporności na ryzyko systemowe. Autor przedstawia analizę porównawczą, wskazując na znaczenie ubezpieczeń majątkowych i pozostałych osobowych dla stabilności gospodarki oraz bezpieczeństwa podmiotów gospodarczych i gospodarstw domowych.

Wyrażamy nadzieję, że niniejsza monografia stanie się wartościowym źródłem wiedzy dla studentów, środowiska naukowego oraz praktyków rynku ubezpieczeniowego. Liczymy również, że publikacja ta będzie inspiracją do dalszych badań nad kierunkami rozwoju ubezpieczeń gospodarczych oraz nad sposobami skutecznego odpowiadania na nowe rodzaje ryzyk pojawiających się we współczesnej gospodarce.

Przedkładana publikacja nie powstałaby bez wsparcia liczного grona osób. Poza autorami poszczególnych rozdziałów i redaktorami naukowymi, w badaniach, których efektem jest niniejsza książka brali również udział studenci z Koła Naukowego Ubezpieczeń „Risk Management”, których nie sposób wymienić tutaj wszystkich z imienia i nazwiska. Za okazane wsparcie w procesie wydawniczym dziękujemy pracownikom Fundacji Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie. Ponadto szczególne podziękowania należą się recenzentom – prof. Robertowi Kurkowi oraz dr Annie Jędrzychowskiej z Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, dr Paulinie Rydwańskiej i dr Agnieszce Zwolenik z Akademii Nauk Stosowanych w Nowym Sączu oraz dr Alicji Szyszko z Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

Maciej Cycoń

Tomasz Jedynak

Michał Włodarczyk

Rozdział 1

Skłonność społeczeństwa do skorzystania z nowych technologii w branży ubezpieczeniowej

Alicja Gonet¹

1.1. Wprowadzenie

W ciągu ostatnich 300 lat sektor ubezpieczeń charakteryzował się niewielką liczbą innowacji i stosunkowo nieznacznymi zmianami. Spowodowane to było silnymi regulacjami oraz wysoką rentownością podmiotów działających na rynku ubezpieczeniowym. Dynamiczny rozwój rozwiązań InsurTech przyczynił się do ekspansji rynku ubezpieczeń, głównie poprzez innowacje w kanałach dystrybucji oraz stymulowanie popytu rynkowego. Postęp technologiczny sprawił, że produkty oparte na innowacjach stanowią nowy kierunek rozwoju branży ubezpieczeniowej². W celu opracowywania innowacji produktowych i rozszerzaniu oferty zakładów ubezpieczeń wykorzystywane są: sztuczna inteligencja, automatyka, robotyka, voiceboty i chatboty. Ponadto rośnie zainteresowanie technologiami takimi jak wirtualna rzeczywistość (VR), rozszerzona rzeczywistość (AR), kryptowaluty i tokeny kryptograficzne.

Celem badawczym niniejszego rozdziału jest analiza poziomu wiedzy społeczeństwa na temat Internetu Rzeczy (IoT) oraz telematyki, a także ocena skłonności do skorzystania z ubezpieczeń opartych na tych technologiach, tj. telematycznych polis komunikacyjnych oraz ubezpieczenia nieruchomości oparte na inteligentnym systemie typu *smarthome*. Dodatkowo, postanowiono zidentyfikować istniejące bariery implementacji takich produktów na rynku ubezpieczeń.

¹ Koło Naukowe Ubezpieczeń „Risk Management”, Katedra Zarządzania Ryzykiem i Ubezpieczeń, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie. Niniejszy rozdział został opracowany przez autorkę na podstawie pracy dyplomowej obronionej w Uniwersytecie Ekonomicznym w Krakowie w 2025 r.

²S. Cosma, G. Rimo, *Redefining insurance through technology: Achievements and perspectives in InsurTech*; “Research in International Business and Finance” 2024, 102301.

Realizacja określonego celu badawczego wiąże się z odpowiedzią na następujące pytania badawcze:

- w jaki sposób telematyka i Internet Rzeczy są wykorzystywane w ubezpieczeniach komunikacyjnych?
- jaki jest poziom świadomości w obszarze telematyki i Internetu Rzeczy?
- czy respondenci są skłonni do skorzystania z telematycznych polis komunikacyjnych?
- czy respondenci są skłonni do skorzystania z ubezpieczeń nieruchomości wykorzystujących system smarthome?
- jakie są główne czynniki, które zachęciłyby lub zniechęciły klientów do skorzystania z omawianych ubezpieczeń?
- czy społeczeństwo ma większe zaufanie do udostępniania danych w Internecie niż do zakładów ubezpieczeń?

W celu znalezienia odpowiedzi na postawione pytania sformułowano następujące hipotezy badawcze:

- H1: Skłonność do korzystania z ubezpieczeń nieruchomości opartych na systemie smarthome jest istotnie zależna od dochodu netto.
- H2: Skłonność do korzystania z telematycznych polis komunikacyjnych jest istotnie zależna od miejsca zamieszkania.
- H3: Skłonność do korzystania z ubezpieczeń nieruchomości opartych na systemie smarthome jest istotnie zależna od ogólnego poziomu zaufania do zakładów ubezpieczeń.
- H4: Skłonność do korzystania z telematycznych polis komunikacyjnych jest istotnie zależna od opinii na temat tego, czy zakład ubezpieczeń powinien mieć dostęp do informacji o sposobie użytkowania pojazdu.

W celu weryfikacji postawionych hipotez badawczych oraz znalezienia odpowiedzi na postawione pytania o charakterze teoretycznym dokonano przeglądu krajowej i zagranicznej literatury przedmiotu, analizy aktów prawnych, a także raportów udostępnianych przez instytucje rynku ubezpieczeń, m.in. Polską Izbę Ubezpieczeń. Dodatkowo, przeprowadzono przegląd obecnej, innowacyjnej oferty polskich zakładów ubezpieczeń. Empiryczna część niniejszego

rozdziału została opracowana na podstawie własnego badania wstępnego (przeprowadzonego w maju 2024 roku) oraz badania właściwego (marzec 2025).

Oba etapy procedury badawczej skupiały się na analizowaniu skłonności społeczeństwa do skorzystania z telematycznych polis komunikacyjnych, a etap drugi badań został rozszerzony o zainteresowanie klientów ubezpieczeniami nieruchomości z systemem *smarthome*. Odpowiedzi dotyczące preferencji społeczeństwa zostały zbadane za pomocą kwestionariusza ankiety, a zebrane wyniki opracowano za pomocą statystycznego testu niezależności Chi-kwadrat (χ^2) oraz wykorzystując współczynnik V-Cramera do określenia siły związku zmiennych. Wybrany test statystyczny posłużył do zbadania zależności pomiędzy skłonnością do skorzystania z wybranych rodzajów ubezpieczeń, a zmiennymi niezależnymi: wiekiem, dochodem netto, miejscem zamieszkania, ogólnym poziomem zaufania do zakładów ubezpieczeń oraz opinii na temat zasadności udostępniania zakładom ubezpieczeń informacji o sposobie użytkowania pojazdu. Ponadto, badanie wstępne oraz postawione pytania badawcze przyczyniły się do uwypuklenia obszarów problematycznych, zniechęcających społeczeństwo do aktywnego korzystania z produktów ubezpieczeniowych bazujących na technologiach.

1.2. Przykłady zastosowania nowych technologii w branży ubezpieczeń

Nieustanny rozwój technologiczny oraz coraz powszechniejsze zastosowanie innowacji wprowadza zmiany w funkcjonowaniu zakładów ubezpieczeń oraz sposobu obsługi klienta. W poniższym podrozdziale zostaną opisane przykłady zastosowania technologii w branży ubezpieczeniowej, na podstawie polskiego rynku ubezpieczeniowego. Cashless.pl we współpracy z PZU S.A. oraz UNIQA S.A. oraz partnerem merytorycznym – astoraya.vc opracował raport „Insurtechy w Polsce” vol. 4. Według danych za 2024 rok na rynku ubezpieczeniowym działały 30 polskie podmioty, które zostały sklasyfikowane przez ekspertów jako insurtechy. Firmy oferują jednocześnie działania w różnych obszarach, a najwięcej z nich, gdyż aż 21 podmiotów, działała w zakresie dystrybucji ubezpieczeń. Proces tworzenia nowych produktów, ocenę ryzyka oraz underwriting ubezpieczeń wspiera 13 podmiotów oraz 9 z nich działa w zakresie likwidacji szkód. Najczęściej wybieraną linią biznesową są ubezpieczenia majątkowe, w której działa aż 17 insurtechów, a zaraz po nich ubezpieczenia komunikacyjne (aktywna działalność 16

podmiotów). Dużo mniejszą popularnością cieszą się ubezpieczenia korporacyjne, zdrowotne czy ubezpieczenia na życie³.

Na rynku ubezpieczeniowym w ubezpieczeniach komunikacyjnych szerokie zastosowanie znajdują rozwiązania telematyczne, które są wykorzystywane do monitorowania zachowań kierowców oraz do oceny ryzyka. Rozwiązania telematyczne umożliwiają analizę jazdy kierowcy w czasie rzeczywistym, za pomocą, najczęściej wykorzystywanej, aplikacji na urządzeniach mobilnych. Monitoruje ona styl jazdy w obszarze: przyspieszania, hamowania, prędkości, pokonywania zakrętów oraz korzystania z telefonu w trakcie prowadzenia pojazdu. Analiza danych we wskazanych obszarach umożliwia kalkulację i ocenę ryzyka dotyczącego indywidualnego kierowcy, prowadząc do obniżenia składki dla osób jeżdżących bezpiecznie oraz jej podwyższenia dla tzw. „piratów drogowych”⁴. Telematyka występuje w zakresie zarówno ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych, autocasco, jak i assistance⁵. Systemy taryfikacji oparte na telematyce to: Pay How You Drive, Pay As You Drive oraz Pay As You Speed⁶. Na polskim rynku ubezpieczeniowym pierwsze zakłady ubezpieczeń (Ergo Hestia S.A, Wiener TU S.A. Vienna Insurance Group, Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji „Warta” S.A.) zaczęły rozszerzać swoją ofertę o produkty bazujące na rozwiązaniach telematycznych. W roku 2025 ubezpieczenia oferowane we współpracy z firmą janosik.pl, zostały rozszerzone o opcję Pay Per Mile (PPM), której czynnikiem warunkującym składkę jest dystans pokonywany przez ubezpieczonego. Promocja produktu YU!Kilometry podkreśla możliwości zaoszczędzenia na składce ubezpieczeniowej i nieprzeplacania za auto, które jest rzadko użytkowane⁷.

W klasycznym modelu obliczania ryzyka i składki w ubezpieczeniach komunikacyjnych, zakład ubezpieczeń musi brać pod uwagę wiele faktorów np. składkę za ryzyko (składkę czystą), koszty

³ *Insurtechy w Polsce vol. 4*, www.cashless.pl, dostęp: 18.12.2025 r.

⁴ A. Piorun-Wilczek, *Telematyka w służbie ubezpieczycieli*, Gazeta Ubezpieczeniowa, (www.gu.com.pl), dostęp: 30.11.2024 r.

⁵ M. Kawiński, *Transformacja cyfrowa w ubezpieczeniach*, [w:] *Ubezpieczenia*, red. M. Iwanicz-Drozdowska, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2024, s. 324.

⁶ Ł. Kuryłowicz, *Usage-based insurance: the concept and the study of available analyses*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe”, 2016 nr 4, s. 128.

⁷ *YU! Kilometry oferuje tańsze OC i pakiety ubezpieczeń*, Gazeta Ubezpieczeniowa, (www.gu.pl), dostęp: 05.04.2025 r.

działalności ubezpieczeniowej, inflację oraz inne czynniki dotyczące bezpośrednio pojazdu mechanicznego i jego właściciela np. rodzaj, markę i wiek pojazdu, pojemność silnika, rodzaj stosowanego paliwa czy wiek właściciela. Oprócz wymienionych, ubezpieczyciele uwzględniają dodatkowe czynniki, które mogą mieć odzwierciedlenie w końcowej wysokości składki, a zaliczamy do nich m.in. szacowany roczny przebieg pojazdu, miejsce parkowania (szczególnie w nocy), stan cywilny oraz liczbę posiadanych dzieci. W tym tradycyjnym systemie nie ma możliwości spersonalizowania składki odnosząc się do faktycznego użytkowania pojazdu i stylu jazdy oraz dostosowania jej do potrzeb indywidualnego klienta⁸. Na podstawie przedstawionych produktów oferowanych na polskim rynku widać, że proces kalkulacji składki i ocena ryzyka w innowacyjnych systemach taryfikacji ubezpieczeń przebiega inaczej niż w przypadku tradycyjnej metody.

Internet Rzeczy z kolei znajduje zastosowanie w szczególności w ubezpieczeniach nieruchomości poprzez wykorzystanie systemu inteligentnego domu (ang. BMS, *Building Management System* lub *smart home*). Istota tego systemu opiera się na zintegrowanym zarządzaniu wszystkimi instalacjami w domu czy mieszkaniu. Mogą to być kamery, czujniki, sensory oraz oświetlenie, które są połączone z centralą odbierającą sygnały przesyłane z zespołu urządzeń. Zaletami inteligentnego domu są m.in. możliwość planowania cyklicznej pracy urządzeń w domu, zwiększenie bezpieczeństwa, pomoc w funkcjonowaniu osób niepełnosprawnych oraz zwiększenie oszczędności energii⁹. W Polsce można uzyskać takie ubezpieczenie dzięki współpracy PKO Ubezpieczenia oraz Fibar Group S.A. Istota tego rozwiązania opiera się na urządzeniach smart home obejmujących centralę sterującą pozostałymi urządzeniami takimi jak: czujniki zalania, dymu i czadu, ruchu oraz otwarcia drzwi i okien. Dodatkowo można zaopatrzyć się w narzędzia sterujące, które umożliwiają oszczędzanie energii poprzez zdalne sterowanie urządzeniami elektrycznymi w domu. Zainstalowane w domu czujniki pozwalają na wykrycie

⁸M. Leciejewski, *System kalkulacji składki w ubezpieczeniach komunikacyjnych (OC p.p.m.) typu Pay As You Drive*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2017, nr 4, s. 104-105.

⁹O. Sulikowska, A. Brzuzy, *System inteligentny dom – nowoczesna technologia stosowana w budownictwie*, „Biuletyn Wojskowej Akademii Technicznej” 2019, vol. 68, nr 2, s.72.

usterki, awarii czy włamania oraz przesyłają informacje o takim zdarzeniu ubezpieczonemu oraz jego ubezpieczycielowi, który proponuje pomoc i usuwa usterkę¹⁰.

Rozwój nowych technologii jest istotnym elementem postępu w większości sektorów gospodarki oraz życia społecznego. Poszukiwanie usprawnień, rozwiązań bardziej intuicyjnych i efektywnych, stanowi integralny element transformacji i unowocześniania procesów. Rozwój technologiczny posiada wiele zalet, lecz także pociąga za sobą zagrożenia. Tabela 1.1. przedstawia korzyści oraz wady postępującego wykorzystania i rozwoju rozwiązań InsurTech w branży ubezpieczeń.

Tabela 1.1. Korzyści oraz zagrożenia związane z wykorzystaniem i rozwojem rozwiązań InsurTech w branży ubezpieczeniowej.

Korzyści	Zagrożenia
Zmniejszenie kosztów prowadzenia działalności ubezpieczeniowej	Ryzyko wykluczenia pewnej grupy klientów z powodu zbyt daleko idącej cyfryzacji i digitalizacji
Zwiększenie poziomu świadczonych usług	Wzrost podatności na cyber ataki oraz utratę danych
Poszerzenie oferty zakładów ubezpieczeń	Brak należytego nadzoru
Przyspieszenie i zwiększenie efektywności procesów	Brak jasnych i klarownych regulacji dotyczących stosowania technologii w sektorze ubezpieczeniowym
Zwiększenie grona klientów	Zwiększone ryzyko awarii
Lepsza personalizacja usług i komunikacji z klientem	
Redukcja ryzyka związanego z cyberprzestępczością	
Lepsze radzenie sobie z przestępczością ubezpieczeniową	

Źródło: opracowanie własne na podstawie K. Szpyt, *InsurTech – zarys zjawiska*, [w:] *InsurTech. Nowe technologie w branży ubezpieczeń*, red. K. Szpyt, C.H. Beck, Warszawa 2023, s. 14-16.

Istnieje wiele korzyści związanych z wykorzystaniem nowych narzędzi i technologii w działalności ubezpieczycieli, gdyż poza usprawnianiem procesów, zwiększaniem efektywności oraz jakości oferowanych usług, innowacje są przeznaczane na poprawę warunków funkcjonowania czy ochrony klientów. Przykładem tego jest m.in. system *smarthome* wspomagający osoby z niepełnosprawnością ruchową.

Pomimo widocznych zalet, istnieje wiele ukrytych zagrożeń, a najpoważniejszym z nich jest ryzyko związane z regulacjami prawnymi, wynikające z dynamicznego postępu technologicznego.

¹⁰PKO *Inteligentny dom*, Powszechna Kasa Oszczędności Ubezpieczenia S.A., (www.pkoubezpieczenia.pl), dostęp: 07.12.2024 r.

Tempo rozwoju, przewyższa możliwości organów prawnych do opracowywania i implementacji odpowiednich regulacji. W związku z tym brakuje aktów prawnych, które nadzorowałyby wykorzystywanie technologii w instytucjach finansowych oraz chroniłyby przed negatywnymi skutkami stosowania innowacji. Jedno z najpoważniejszych zagrożeń wykorzystania insurtechów dotyczy kwestii związanych z prywatnością klientów, lecz nie tylko w sektorze ubezpieczeniowym, gdyż jest to problem związany z ogólnie postępującą cyfryzacją procesów¹¹. Zakłady ubezpieczeń codziennie gromadzą i przetwarzają wrażliwe dane osobowe klientów, informacje dotyczące ich zdrowia oraz majątku. Posługiwanie się takimi danymi pociąga za sobą zwiększone ryzyko cyberataków oraz utraty danych lub ich kradzieży. Oszuści wykorzystują sposoby takie jak phishing (fałszywe strony internetowe), ransomware (szkodliwe oprogramowanie blokujące dostęp do danych) czy zero day exploit (luka w zabezpieczeniach systemu komputerowego)¹². Ponadto, katalog oszustw ubezpieczeniowych będzie się stale poszerzał, ze względu na możliwość zdobycia przez przestępców kompetencji w zakresie technologii. Specjalistyczna wiedza może przyczynić się do zniekształcania danych wpływających na np. kwalifikację szkody czy system wyceny¹³. Dodatkowo, znacząca część społeczeństwa, w szczególności osoby starsze, nie posiadają odpowiedniej wiedzy w dziedzinie bezpieczeństwa cyfrowego i ochrony swoich danych wrażliwych, co sprawia, że stają się podatne na ataki cyberprzestępcze.

1.3. Metodyka badań własnych i charakterystyka próby

Procedura badawcza, przedstawiona w Tabeli 1.2, obejmowała dwa etapy, składające się z badania wstępnego, na podstawie którego skonstruowano późniejsze badanie właściwe. Pierwsze badanie zostało przeprowadzone w celu zapoznania się z skłonnością społeczeństwa do skorzystania z telematycznych polis komunikacyjnych, które są stosunkowo nowym produktem na rynku ubezpieczeniowym. Badanie miało także wskazać obszary newralgiczne, mogące mieć

¹¹D. Bar, *Przeciwdziałanie i zwalczanie przestępczości ubezpieczeniowej przy wykorzystaniu nowych technologii*, [w:] *InsurTech. Nowe technologie w branży ubezpieczeń*, red. K. Szpyt, C.H. Beck, Warszawa 2023, s. 402.

¹²M. Tomporowska, *Spółeczna percepcja nowych technologii w branży ubezpieczeniowej*, [w:] *Nowe horyzonty ubezpieczeń gospodarczych. Przegląd ubezpieczeń 2024*, red. M. Cycoń, T. Jedynak, Fundacja Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2024, s. 41.

¹³D. Bar, op. cit., s. 402.

wpływ na implementację wskazanego produktu na rynek. W związku z tematem badań, w obu z nich przyjęto procedurę badawczą korelacyjną, której celem jest wyznaczenie współzależności zjawisk. Znajduje ona zastosowanie w badaniu zależności zmiennej zależnej od kilku wybranych zmiennych niezależnych. Następnie, na podstawie otrzymanych wyników skonstruowano kwestionariusz ankiety badania właściwego, którego celem była analiza obecnej postawy społeczeństwa wobec ubezpieczeń bazujących na nowych technologiach.

Tabela 1.2. Schemat procedury badawczej

Badanie wstępne (etap 1)	Termin	6.05 - 10.05.2024 r.
	Próba	133 osoby
	Rodzaj procedury	Procedura korelacyjna
	Zmienne zależne	Skłonność do skorzystania z telematycznych polis komunikacyjnych
	Zmienne niezależne	Wiek oraz dochód netto
	Sposób zbierania danych	Kwestionariusz ankiety
	Rodzaj testu statystycznego	Test χ^2 (Chi-kwadrat)
Badanie właściwe (etap 2)	Termin	06.03 -14.03.2025 r.
	Próba	170 osób
	Rodzaj procedury	Procedura korelacyjna
	Zmienne zależne	Skłonność do skorzystania z telematycznych polis komunikacyjnych oraz ubezpieczeń nieruchomości opartych na systemie smarthome
	Zmienne niezależne	Dochód netto, miejsce zamieszkania, ogólny poziom zaufania do zakładów ubezpieczeń oraz opinia na temat tego, czy sposób użytkowania pojazdu jest sprawiedliwym sposobem na ustalenie wysokości składki ubezpieczeniowej
	Sposób zbierania danych	Kwestionariusz ankiety
	Rodzaj testu statystycznego	Test χ^2 (Chi-kwadrat)

Źródło: opracowanie własne.

Badanie wstępne zostało przeprowadzone w maju 2024 roku pt. „Świadomość społeczeństwa i stopień akceptacji telematycznych polis komunikacyjnych” na potrzeby konferencji pt. „Problemy współczesnej ekonomii i finansów” organizowanej przez Koło Naukowe Analiz Gospodarczych działające przy Uniwersytecie Szczecińskim. Jego rezultaty zostaną opublikowane w monografii studenckiej *Ewolucja ubezpieczeń w dobie cyfryzacji i globalizacji. Przegląd ubezpieczeń 2025*. Wyniki badania wstępnego zostały poddane analizie oraz porównane z ówczesnymi danymi publikowanymi na rynku. W badaniu wzięły udział 133 osoby, z czego 123 zadeklarowały, że posiadają prawo jazdy (są kierowcami). Najważniejsze pytanie skierowane wówczas do respondentów brzmiało: *Czy byłby/aby Pan/i skłonny/a korzystać z telematycznej polisy komunikacyjnej i zainstalować w samochodzie urządzenie monitorujące styl jazdy?* Badanie wykazało, że skłonność do skorzystania z telematycznych polis komunikacyjnych jest warunkowana wiekiem, jednak najwięcej potencjalnych zainteresowanych odnotowano w grupie wiekowej powyżej 45 roku życia, choć ta grupa wynosiła jedynie 17,9% wszystkich ankietowanych. Wyniki te były zaskakujące, ponieważ z danych udostępnionych przez Polską Izbę Ubezpieczeń wynika, że to najmłodszy klienci wykazują największe zainteresowanie udostępnianiem danych do zakładów ubezpieczeń, dotyczących m.in. stylu jazdy, w celu obniżenia składki ubezpieczenia OC¹⁴. W odniesieniu do tej informacji, podczas weryfikacji postawionej hipotezy: *Skłonność do korzystania z telematycznych polis komunikacyjnych jest istotnie zależna od wieku*, została ujawniona rozbieżność między danymi z raportu PIU, a wynikami badania przeprowadzonego w maju 2024 roku. Zapytano wówczas respondentów o czynniki zniechęcające do skorzystania z takiego rozwiązania. Jednak na podstawie zgromadzonych odpowiedzi i rodzaju posiadanych danych, nie było możliwe jednoznaczne stwierdzenie głównej przyczyny tej niechęci, gdyż odpowiedzi były zbierane w formie wielokrotnego wyboru i przez wszystkich uczestników badania (niezależnie od deklarowanej skłonności do skorzystania z omawianego produktu). Pomimo tego największą liczbę wskazań (70) odnotowano w odniesieniu do obawy związanej z utratą prywatności, brakiem kontroli nad zbieranymi danymi oraz ryzykiem ich manipulacji.

¹⁴Pogłębiona analiza ucyfrowienia person, Polska Izba Ubezpieczeń, (www.piu.org.pl), s. 92, dostęp: 07.12.2024 r.

Badanie właściwe sprawdzało postawę społeczeństwa wobec dwóch wybranych ubezpieczeń majątkowych, bazujących na telematyce i Internecie Rzeczy (IoT): ponownie – telematycznych polis komunikacyjnych, a także ubezpieczeń mienia i nieruchomości wykorzystujących technologie *smarthome*. Biorąc pod uwagę wcześniejszy brak zainteresowania szczególnie ze strony młodych osób oraz powszechność korzystania z urządzeń mobilnych (nie tylko przez tą grupę wiekową), postanowiono zapytać także o dane, jakie udostępniają respondenci podczas korzystania z aplikacji na smartfonach na co dzień i zestawić je ze skłonnością do skorzystania z ubezpieczeń, które wymagają monitorowania najbliższego otoczenia i aktywności klienta w czasie rzeczywistym. W tym celu przeprowadzono badanie ankietowe w dniach 06.03.2025 – 14.03.2025 r., w którym wzięło udział 170 osób powyżej 18 roku życia. Głównym celem badania empirycznego było zweryfikowanie postawionych hipotez badawczych, zbadanie ogólnego poziomu zaufania do zakładów ubezpieczeń oraz postawy społeczeństwa wobec dostępu przez zakład ubezpieczeń do danych o sposobie użytkowania pojazdu/nieruchomości, ustalania składki na podstawie sposobu jazdy oraz analizowania tych danych w czasie rzeczywistym.

Osoby biorące udział w ankiecie odpowiadały na minimalnie 24, a maksymalnie 30 pytań, zebranych w sześciu sekcjach. Pierwszy zestaw pytań sprawdzał, ile respondentów udostępniła swoją lokalizację, umożliwiła dostęp do mikrofonu, galerii zdjęć oraz podstawowych danych takich jak: imię i nazwisko, datę urodzenia i adres zamieszkania podczas korzystania z aplikacji na urządzeniach mobilnych. Miało to na celu sprawdzenie jaki odsetek ankietowanych na co dzień udostępnia dane, które byłyby także przetwarzane i wykorzystywane w telematycznych ubezpieczeniach komunikacyjnych i/lub ubezpieczeniach nieruchomości opartych na technologii *smarthome* (m.in. lokalizacja, dane osobowe). Następnie zapytano o znajomość pojęcia telematyki oraz Internetu Rzeczy. Respondentów, którzy zadeklarowali wcześniejszą znajomość zagadnień poproszono, o subiektywne wskazanie na skali Likerta poziomu wiedzy, a następnie o zaznaczenie, które z podanych w ankiecie przykładów, bazują na danej technologii. Na sam koniec zapytano, każdego respondenta odpowiadającego na pytania w tej sekcji, czy na co dzień korzysta z rozwiązań Internetu Rzeczy i telematyki. Przed sprawdzeniem stopnia zainteresowania skorzystaniem z omawianych ubezpieczeń wszystkim uczestnikom badania wytłumaczono

wskazane pojęcia, aby każdy z pytanych, mógł świadomie odpowiedzieć na resztę pytań. Osoby niewykazujące pełnej skłonności do skorzystania ze wskazanych ubezpieczeń (odpowiedzi „nie” oraz „raczej nie”), zostały poproszone o wskazanie czynników (w formie wielokrotnego wyboru) warunkujących tą niechęć oraz faktorów, które mogłyby skłonić je do zmiany decyzji. Ostatnim krokiem było zebranie danych socjodemograficznych, które zostały zestawione w Tabeli 1.3.

Tabela 1.3. Dane socjodemograficzne respondentów

Płeć		Kobieta		Mężczyzna	
		116		54	
Wiek	18-26 lat	47	40,5%	30	55,6%
	27-34 lata	13	11,2%	3	5,6%
	35-44 lata	18	15,5%	4	7,4%
	45-54 lata	26	22,4%	8	6,9%
	55-64 lat	8	6,9%	5	4,3%
	Powyżej 65 lat	4	3,4%	4	3,4%
Miejsce zamieszkania	Miasto ≥ 500 tys. mieszkańców	21	18,1%	18	3,3%
	Miasto 200-500 tys. mieszkańców	5	4,3%	1	1,9%
Płeć		Kobieta		Mężczyzna	
Miejsce zamieszkania	Miasto 100-200 tys. mieszkańców	12	10,3%	2	3,7%
	Miasto 20-100 tys. mieszkańców	37	31,9%	17	31,5%
	Miasto ≤ 20 tys. mieszkańców	7	6%	6	5,2%
	Wieś	34	29,3%	10	18,5%
Wykształcenie	Podstawowe niepełne	0	0%	1	1,9%
	Podstawowe	2	1,7%	2	3,7%
	Zasadnicze zawodowe	2	1,7%	2	3,7%
	Średnie/techniczne	38	32,8%	23	42,5%
	Wyższe (licencjackie, magisterskie, inżynierskie)	74	63,8%	26	48,1%
Dochód	Poniżej 1000 zł	11	9,5%	6	5,2%
	1000 zł – 2000 zł	13	11,2%	3	5,6%
	2000 zł – 4000 zł	25	21,6%	9	16,7%

	4000 zł – 6000 zł	39	33,6%	14	25,9%
	6000 zł – 8000 zł	17	14,7%	5	9,3%
	8000 zł – 10 000 zł	6	5,2%	8	14,8%
	Powyżej 10 000 zł	5	4,3%	9	16,7%

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników własnych badań ankietowych

W badaniu wzięło udział więcej kobiet niż mężczyzn, z czego większość z nich (63,8%) posiadała wykształcenie wyższe lub średnie/techniczne (32,8%). Wśród mężczyzn także dominowało wykształcenie wyższe (48,1%), jednak niewiele mniejszy odsetek stanowili osoby z wykształceniem średnim/technicznym (ukończone liceum ogólnokształcące/technikum i/lub osoby w trakcie studiów).

Z punktu widzenia ubezpieczeń nieruchomości opartych na systemie smarthome, ważnym aspektem jest fakt dotychczasowego ubezpieczenia swojego mieszkania/domu. Na pytanie czy *ubezpiecza Pan/i swoją nieruchomość?* 47,1% ankietowanych odpowiedziało twierdząco, jednak 9,4% nie posiada takiego ubezpieczenia, a aż 43,5% osób wskazało, że nie jest właścicielem nieruchomości, którą mógłby ubezpieczyć. Istotnym czynnikiem dotyczącym ubezpieczenia opartych na systemie inteligentnego domu jest dochodu, gdyż można zakładać, że najwięcej potencjalnych klientów w zakresie tych ubezpieczeń dysponuje wyższym dochodem netto, ze względu na koszt montażu instalacji. W przeprowadzonym badaniu znacząca część respondentów rozporządza dochodem netto wyższym niż ustawowa kwota wynagrodzenia minimalnego, wynosząca, od stycznia 2025 roku 4666 zł brutto, czyli 3510,92 zł netto¹⁵.

W przypadku telematycznych polis komunikacyjnych istotnym aspektem wydaje się być miejsce zamieszkania, gdyż najczęściej warunkuje to miejsce użytkowania pojazdu, tym samym przekładając się na wysokość składki. Składka za ubezpieczenie OC p.p.m. mieszkańców większych miast jest wyższa niż kierowców ze wsi czy mniejszych miejscowości. Wśród respondentów 33,6% zamieszkuje miasta o liczbie mieszkańców przewyższającej 100 tys. Reszta ankietowanych mieszka w miastach o populacji nieprzekraczającej 100 tys. (33,6%) lub na wsi (31,8%).

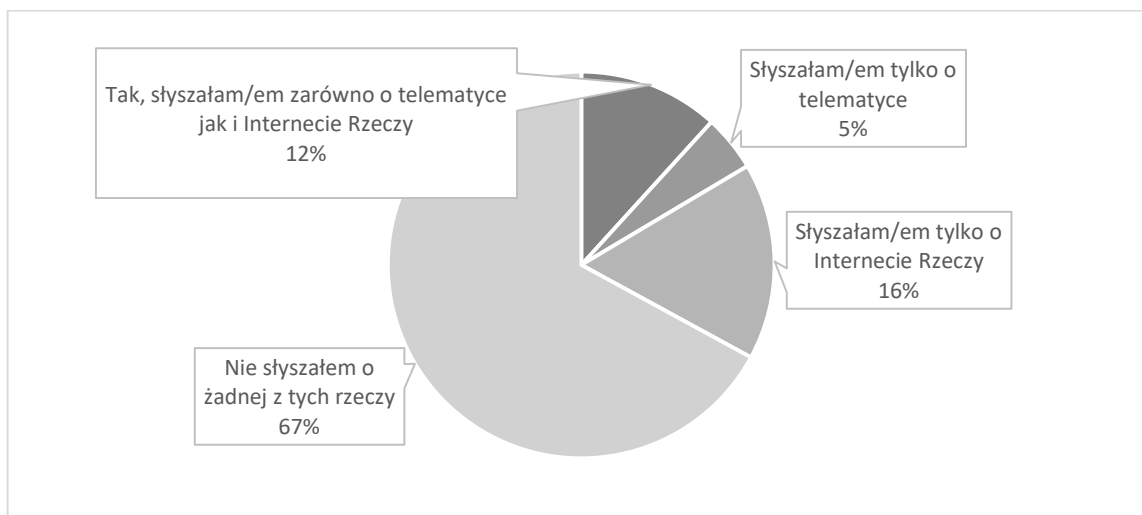
¹⁵ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 12 września 2024 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę oraz wysokości minimalnej stawki godzinowej w 2025 r., (Dz. U. 2023 poz. 1362)

Struktura wiekowa respondentów jest zróżnicowana, a najliczniejszą jej grupą wiekową ponownie były osoby młode w wieku 18-26 lat i stanowiły 45,3% wszystkich ankietowanych. Pozostałe 54,7% stanowiły przede wszystkim osoby w wieku 45-54 lata (aż 20%) oraz 33- 44 lata (12,9%). O ile najmłodsza i najliczniejsza grupa respondentów może nie mieć jeszcze doświadczenia w podejmowaniu istotnych decyzji finansowych dotyczących m.in. wyboru umowy ubezpieczenia, o tyle starsi respondenci, którzy posiadają na własność nieruchomości oraz samochody, pełnią kluczową rolę w procesach decyzyjnych dotyczących ubezpieczeń.

Dodatkowo w celu zbadania stosunku społeczeństwa do ubezpieczeń wykorzystujących telematykę oraz Internet Rzeczy (w podrozdziale 4) przeprowadzono test χ^2 (Chi-kwadrat), który określił statystyczną istotność pomiędzy zmiennymi: skłonnością do skorzystania z telematycznych polis komunikacyjnych a miejscem zamieszkania i subiektywną opinią na temat tego, czy zakłady ubezpieczeń powinny mieć dostęp do informacji o sposobie użytkowania pojazdu, a także ubezpieczeniami nieruchomości, a dochodem netto oraz ogólnym poziomem zaufania do ubezpieczycieli.

1.4. Wiedza społeczeństwa na temat telematyki i Internetu Rzeczy

Punktem wyjścia w badaniu stosunku społeczeństwa i jego skłonności do skorzystania z ubezpieczeń bazujących na technologiach było zweryfikowanie poziomu wiedzy w kontekście telematyki oraz Internetu Rzeczy (zob. Rysunek 1.1). W badanej grupie, aż 67,1% respondentów wskazała, że nie słyszała wcześniej o żadnej z tych technologii, co pozwala sądzić, że wśród społeczeństwa występuje stosunkowo niska znajomość innowacji, która może wpływać na zainteresowanie i skłonność do skorzystania z produktów na nich bazujących.

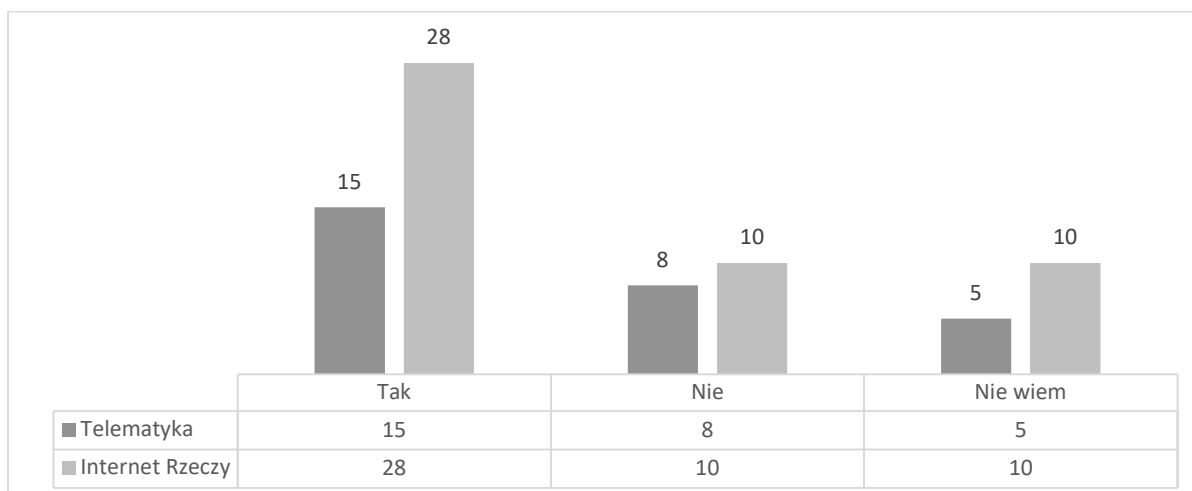


Rysunek 1.1. Czy spotkał/a się Pan/Pani wcześniej z pojęciem telematyki i Internetu Rzeczy?

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników własnych badań ankietowych.

Osobom, które zadeklarowały wcześniejszą znajomość chociaż jednej z wymienionych technologii, zadano dodatkowe pytania, które miały wykazać na jakim poziomie kształtuje się wiedza respondentów. Zadano po dwa pytania:

- Na ile Pan/i ocenia swoją wiedzę na temat telematyki i/lub Internetu Rzeczy?
 - Czy korzysta Pan/i na co dzień z rozwiązań wykorzystujących telematykę/Internet Rzeczy?
- (zob. Rysunek 1.2)



Rysunek 1.2. Czy korzysta Pan/i na co dzień z rozwiązań wykorzystujących telematykę/Internet Rzeczy?

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników własnych badań ankietowych.

Wyniki badania wskazują, że zdecydowanie więcej respondentów (48 osób) deklaruje znajomość pojęcia Internetu Rzeczy (IoT), podczas gdy o teematyce słyszała prawie połowa mniej osób (28 wskazań). Subiektywna ocena poziomu wiedzy na temat telematyki ujawnia generalnie niski poziom wiedzy. Tylko jedna osoba określiła swój poziom wiedzy jako ekspercki, a cztery zadeklarowały dobrą znajomość zagadnienia. Najwięcej wskazań uzyskała odpowiedź „niski poziom wiedzy” (11 osób) oraz „umiarkowany poziom wiedzy” (9 osób). Pozostali ankietowani zadeklarowali całkowity brak wiedzy w tym obszarze, mimo tego, że wcześniej o tym słyszeli. W odniesieniu do Internetu Rzeczy odnotowano bardziej zróżnicowany poziom wiedzy w porównaniu z telematyką. Stosunkowo wysoki poziom zadeklarowało 14 badanych, a 5 osób zadeklarowało wiedzę ekspercką. Największą liczebność odpowiedzi stwierdzono dla opcji „umiarkowany poziom wiedzy” (15 osób), a zaraz po niej „niski poziom wiedzy” (13 osób). Ogólna świadomość w obszarze IoT jest wyższa, chociaż wciąż występowała znaczna liczba osób o ograniczonej znajomości tego zagadnienia.

Chcąc sprawdzić, czy respondenci znają przykładowe zastosowanie omawianych technologii, poproszono o wskazanie spośród możliwych przykładów tych, które ich zdaniem opierają się na tych technologiach. W zestawie odpowiedzi, znajdowały się zarówno odpowiedzi poprawne, jak i takie, które nie spełniają założeń omawianych innowacji. Pomimo niskiej subiektywnej oceny wiedzy respondentów wyniki wykazują, że osoby, które wcześniej słyszały o telematyce i Internecie Rzeczy potrafią wskazać ich zastosowanie w codziennym życiu. Poniższa Tabela 1.4 prezentuje odpowiedzi (zbierane w formie wielokrotnego wyboru) jakie ankietowani mieli do wyboru oraz strukturę ich wskazań.

Tabela 1.4. Przykłady rozwiązań bazujących na telematyce i Internecie Rzeczy na co dzień – odpowiedzi respondentów

Telematyka			Internet Rzeczy		
Przykład	Liczba wskazań	Poprawność	Przykład	Liczba wskazań	Poprawność
System wykrywania wypadków w telefonie	13	Tak	Czujniki zalania	17	Tak
Kamery monitorujące ruch	15	Tak	Współdzielenie pojazdów (car/bike sharing)	20	Tak
Systemy eCall w samochodzie	12	Tak	Pralki, które samodzielnie dobierają ilość detergentu	25	Tak
System alarmowy w samochodzie	0	Nie	Bilet elektroniczny w telefonie	9	Nie
Lokalizator GPS	16	Tak	Systemy sygnalizacji świetlnej	24	Tak
Śledzenie przesyłek kurierskich	15	Tak	Sterowane oświetlenie miejskie	26	Tak
System wspomagania kierowcy	5	Tak	Roboty sprząające	35	Tak
Radio samochodowe	0	Nie	Elektroniczny zamek na kod PIN	13	Nie
Aplikacje oceniające styl jazdy kierowcy	13	Tak			

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników własnych badań ankietowych.

W przypadku telematyki, odpowiedzi respondentów wskazują na poprawne rozpoznanie przykładów - żaden respondent nie zaznaczył błędnej odpowiedzi (tj. systemu alarmowego w samochodzie oraz radia samochodowego). Większy problem, w identyfikacji poprawnych zastosowań, pojawił się w kontekście Internetu Rzeczy. Dwie odpowiedzi (bilet elektroniczny w telefonie oraz elektroniczny zamek na kod PIN) są niepoprawne i nie stanowią przykładu IoT, jednak odpowiednio: 9 oraz 13 respondentów wskazało te przykłady. Elektroniczny bilet

w telefonie nie spełnia kryteriów, ponieważ nie jest odrębnym urządzeniem podłączonym do sieci. Natomiast elektroniczny zamek PIN mógłby być częścią IoT, gdyby był podłączony do Internetu i sieci innych urządzeń. Pomimo tego, ogólny rozkład wyników wskazuje, że większość respondentów potrafi poprawnie zidentyfikować rozwiązania związane z telematyką i IoT.

1.5. Skłonność społeczeństwa do skorzystania z ubezpieczeń wykorzystujących telematykę oraz Internet Rzeczy

Pomimo relatywnie niskiego rozpowszechnienia telematycznych polis komunikacyjnych oraz ubezpieczeń wykorzystujących technologię smarthome w stosunku do „tradycyjnych” ubezpieczeń na polskim rynku ubezpieczeniowym, wśród ankietowanych znaleźli się nieliczni klienci, którzy zakupili takie produkty. Sześć osób posiada jednocześnie zarówno telematyczną polisę komunikacyjną, jak i ubezpieczenie nieruchomości zintegrowane z systemem smarthome, dwie osoby posiadają wyłącznie polisę komunikacyjną, a jedna zadeklarowała posiadanie wyłącznie ubezpieczenia nieruchomości opartych na technologii smarthome. Ich obecność, może świadczyć o stopniowym wzroście zainteresowania innowacyjnymi produktami ubezpieczeniowymi, który w przyszłości przyczyni się do rozbudowania ofert zakładów ubezpieczeń. Należy jednak podkreślić, że zdecydowana większość (94,7% ankietowanych) nie posiada tych produktów ubezpieczeniowych.

W celu zbadania zależności między zainteresowaniem wskazanymi produktami, a zmiennymi niezależnymi zastosowano test niezależności Chi-kwadrat (χ^2). Weryfikacja hipotez badawczych wymagała określenia poziomu istotności (α), który w przeprowadzanym teście został ustalony na poziomie $\alpha=0,05$. Poziom istotności określa prawdopodobieństwo popełnienia statystycznego błędu I rodzaju, czyli odrzucenia hipotezy zerowej, gdy jest ona prawdziwa. Reguła weryfikacji postawionych hipotez następuje na podstawie porównania prawdopodobieństwa testowego (p) z poziomem istotności:

- jeżeli $p \leq \alpha$, to na konwencjonalnie przyjętym poziomie istotności odrzucamy hipotezę zerową (H_0) na rzecz hipotezy alternatywnej (H_1),
- jeżeli $p > \alpha$, to na konwencjonalnie przyjętym poziomie istotności nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej (H_0).

Do zbadania zależności i przeprowadzenia badania na potrzeby niniejszej pracy postawiono następujące zestawy hipotez:

1. H_0^1 : Skłonność do korzystania z ubezpieczeń nieruchomości opartych na systemie smarthome nie jest istotnie zależna od dochodu netto.

H_1^1 : Skłonność do korzystania z ubezpieczeń nieruchomości opartych na systemie smarthome jest istotnie zależna od dochodu netto.

2. H_0^2 : Skłonność do korzystania z telematycznych polis komunikacyjnych nie jest istotnie zależna od miejsca zamieszkania.

H_1^2 : Skłonność do korzystania z telematycznych polis komunikacyjnych jest istotnie zależna od miejsca zamieszkania.

3. H_0^3 : Skłonność do korzystania z ubezpieczeń nieruchomości opartych na systemie smarthome nie jest istotnie zależna od ogólnego poziomu zaufania do zakładów ubezpieczeń.

H_1^3 : Skłonność do korzystania z ubezpieczeń nieruchomości opartych na systemie smarthome jest istotnie zależna od ogólnego poziomu zaufania do zakładów ubezpieczeń.

4. H_0^4 : Skłonność do korzystania z telematycznych polis komunikacyjnych nie jest istotnie zależna od opinii na temat tego, czy zakład ubezpieczeń powinien mieć dostęp do informacji o sposobie użytkowania pojazdu.

H_1^4 : Skłonność do korzystania z telematycznych polis komunikacyjnych jest istotnie zależna od opinii na temat tego, czy zakład ubezpieczeń powinien mieć dostęp do informacji o sposobie użytkowania pojazdu.

Pierwszym krokiem w analizie zależności było zebranie danych i zestawienie ich w postaci tabeli wielodzzielczej (krzyżowej). Komórki tabeli zawierają liczebności osób badanych w poszczególnych grupach, odpowiadających zmiennym zależnym i deklarowanej skłonności respondentów (lub braku zainteresowania) do skorzystania ze wskazanych w badaniu ubezpieczeń. Przeprowadzenie prawidłowego testu niezależności Chi-kwadrat (χ^2) wymaga spełnienia kilku założeń. Jednym z nich jest wymóg minimalnej liczebności w każdej z komórek tabeli wielodzzielczej. Zgodnie z tym założeniem w każdej komórce tabeli liczba obserwacji nie

może być niższa niż 5¹⁶. W celu spełnienia tego założenia koniecznym było połączenie niektórych grup zmiennych niezależnych, tak aby po przekonwertowaniu danych wymagania do przeprowadzenia testu zostały spełnione. W związku z tym, w przypadku miejsca zamieszkania koniecznym było ograniczenie się do 4 grup, a także połączenie odpowiedzi „raczej tak” i „raczej nie” do odpowiedzi „tak” i „nie” w przypadku zainteresowania danym ubezpieczeniem.

Tabela 1.5. Skłonność do skorzystania z ubezpieczeń wykorzystujących telematykę w zależności od miejsca zamieszkania

Miejsce zamieszkania	Tak		Nie	
	Liczebność	Procent	Liczebność	Procent
Wieś i miasto poniżej 20 tys. mieszkańców	17	30,91%	40	34,78%
Miasto o liczbie mieszkańców 20-100 tys.	19	34,55%	35	30,43%
Miasto o liczbie mieszkańców 100-500 tys.	5	9,09%	15	13,04%
Miasto o liczbie mieszkańców powyżej 500 tys.	14	25,45%	25	21,74%
<i>razem</i>	55		115	
<i>p.value</i>	0,7813			

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników własnych badań ankietowych.

W pierwszej kolejności zbadano zależność pomiędzy skłonnością do skorzystania z telematycznych polis komunikacyjnych, a miejscem zamieszkania respondentów. Wyniki badanej korelacji zaprezentowano w Tabeli 1.5. Prawdopodobieństwo testowe w tym badaniu przyjęło wartość 0,7813, zgodnie z zasadą weryfikacji hipotez: $p > \alpha$, więc nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej mówiącej, że nie istnieje istotna zależność między badanymi zmiennymi. Nie można więc stwierdzić istotnego związku między skłonnością do zakupu polis komunikacyjnych bazujących na telematyce, a miejscem zamieszkania. Jednak analiza danych zestawionych w tabeli wykazuje, że w grupie osób zainteresowanych produktem, największą skłonność wykazują mieszkańcy wsi oraz mniejszych miast. Ogółem liczba osób deklarujących

¹⁶M. Sobczyk, *Statystyka*, Wydawnictwo Naukowe PWN SA, Warszawa 2007, s. 228

skłonność nabycia telematycznych polis komunikacyjnych pozostaje niewielka, gdyż ponad dwukrotnie więcej respondentów wyraziło brak zainteresowania. Ponadto, w porównaniu z badaniem przeprowadzonym w maju 2024 roku, odsetek osób odpowiadających twierdząco na pytanie czy *byłby/aby Pan/i skłonny do skorzystania z telematycznych polis komunikacyjnych?* nie uległ zmianie (także 55 osób było skłonnych), natomiast liczba respondentów deklarujących niechęć do omawianego produktu niemal się podwoiła.

Tabela 1.6. Skłonność do skorzystania z ubezpieczeń wykorzystujących Internet Rzeczy w zależności od dochodu

Dochód netto	Tak		Nie	
	Liczebność	Procent	Liczebność	Procent
Dochód netto	Tak		Nie	
	Liczebność	Procent	Liczebność	Procent
Poniżej 1000 zł	6	9,23%	11	10,48%
Od 1000 zł do 2000 zł	5	7,69%	11	10,48%
Od 2000 zł do 4000 zł	13	20,00%	21	20,00%
Od 4000 zł do 6000 zł	21	32,31%	32	30,48%
Od 6000 zł do 8000 zł	8	12,31%	14	13,33%
Od 8000 zł do 10000 zł	6	9,23%	8	7,62%
Powyżej 10 000 zł	6	9,23%	8	7,62%
<i>razem</i>	65		105	
<i>p.value</i>	0,994			

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników własnych badań ankietowych.

W Tabeli 1.6. przedstawiono wyniki testu statystycznej niezależności Chi-kwadrat (χ^2) badającego związek między zainteresowaniem ubezpieczeniami wykorzystującymi technologię Internetu Rzeczy a dochodem netto ankietowanych. Obliczone prawdopodobieństwo testowe w tym przypadku wynosi 0,994 i również wskazuje na to, że nie ma podstaw, aby odrzucić hipotezę zerową mówiącą o braku statystycznie istotnej zależności między badanymi zmiennymi. Zaskakującym jest ten fakt, gdyż na etapie formułowania hipotez spodziewano się, że ze względu na wysokie koszty urządzeń i systemów tworzących sieć obiektów składających się na Internet

Rzeczy, najwięcej zainteresowanych będzie w warstwie społeczeństwa rozporządzającej wysokim dochodem netto. Pomimo tego, dane w Tabeli 1.6 wskazują, że IoT jest zainteresowane 10 osób więcej niż w przypadku polis telematycznych. Być może wynika to z większej świadomości i wcześniejszej znajomości tej technologii wśród respondentów.

Tabela 1.7. Skłonność do skorzystania z ubezpieczeń wykorzystujących Internet Rzeczy w zależności od ogólnego poziomu zaufania do zakładów ubezpieczeń

Ogólny poziom zaufania do zakładów ubezpieczeń	Tak		Nie	
	Liczebność	Procent	Liczebność	Procent
Brak zaufania do zakładów ubezpieczeń	14	25,00%	42	75,00%
Brak opinii na temat zaufania do zakładów ubezpieczeń	31	39,74%	47	60,26%
Zaufanie do zakładów ubezpieczeń	20	55,56%	16	44,44%
<i>razem</i>	65		105	
<i>Współczynnik V-Cramera</i>	0,2275			
<i>p.value</i>	0,0123			

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników własnych badań ankietowych.

Na podstawie danych przedstawionych w Tabeli 1.7 została wykazana statystycznie istotna zależność w związku pomiędzy zainteresowaniem ubezpieczeniami bazującymi na Internecie Rzeczy, a ogólnym poziomem zaufania do zakładów ubezpieczeń. Prawdopodobieństwo testowe, osiągające wartość 0,0123, pozwala na odrzucenie hipotezy zerowej H_0^3 , na rzecz hipotezy alternatywnej. W związku z wykazaną statystyczną istotnością, postanowiono dodatkowo obliczyć współczynnik V-Cramera, który jest miarą korelacji pomiędzy zmiennymi. Współczynnik ten przyjmuje wyłącznie wartości dodatnie z przedziału $[0;1]$, przy czym im wyższa wartość współczynnika, tym silniejszy związek między zmiennymi. W przypadku badanej korelacji możemy mówić o słabym związku pomiędzy zmiennymi, pomimo wykazanej zależności. Oznacza to, że choć poziom zaufania wpływa na skłonność klientów, to nie jest on czynnikiem w głównej mierze

determinującym wybory konsumenckie. Jednak, w związku ze stwierdzeniem braku wpływu wskazanych danych socjodemograficznych i ekonomiczno-finansowych na zainteresowanie ubezpieczeniami bazującymi na technologiach, kierunek badań związany z relacją zakład ubezpieczeń-klient okazał się trafny.

Tabela 1.8. Skłonność do skorzystania z telematycznych polis komunikacyjnych, a opinią dotyczącą tego, czy zakład ubezpieczeń powinien mieć dostęp do informacji o sposobie użytkowania pojazdu

Czy ubezpieczyciele powinni mieć dostęp do danych o sposobie użytkowania pojazdu?	Tak		Nie	
	Liczebność	Procent	Liczebność	Procent
Tak	11	73,33%	4	26,67%
Raczej tak	19	45,24%	23	54,76%
Nie mam zdania	0	0,00%	1	100,00%
Raczej nie	20	30,77%	45	69,23%
Nie	5	10,64%	42	89,36%
<i>razem</i>	55		115	
<i>Współczynnik V-Cramera</i>	0,3863			
<i>p.value</i>	0,00004			

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników własnych badań ankietowych.

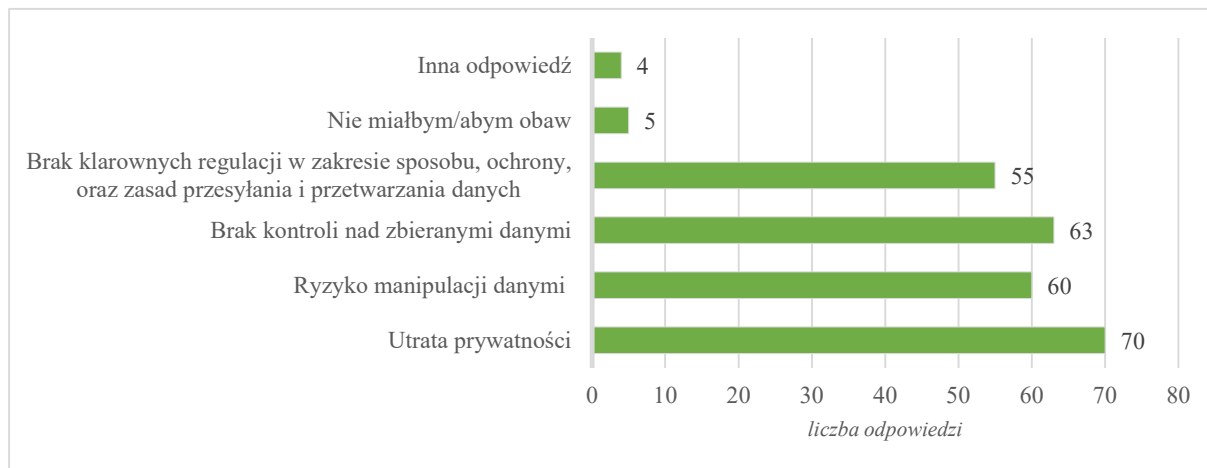
Test Chi-kwadrat okazał się nieskuteczny w przypadku badania zależności pomiędzy skłonnością do skorzystania z telematycznych polis komunikacyjnych, a: subiektywnym poczuciem komfortu w stosunku do udostępniania danych ubezpieczycielowi w czasie rzeczywistym oraz opinią dotyczącą analizowania stylu jazdy kierowców w celu sprawiedliwego ustalenia składki na ubezpieczenie komunikacyjne. W tych dwóch wspomnianych przypadkach w tabeli krzyżowej, ilość obserwacji w poszczególnych komórkach, uniemożliwiła przeprowadzenie testu Chi-kwadrat. Jednak bardziej liberalne podejście do testu Chi-kwadrat dopuszcza sytuację, w której $\frac{3}{4}$ komórek w tabeli dwudzielczej zawiera co najmniej 5 obserwacji. Przy takim założeniu możliwe było zbadanie zależności pomiędzy skłonnością do skorzystania z telematycznych polis komunikacyjnych, a subiektywną opinią na temat tego, czy zakład

ubezpieczeń powinien mieć dostęp do informacji na temat sposobu użytkowania pojazdu (Tabela 1.8) np. w celu dokładniejszego oszacowania ryzyka i personalizacji składki. Obliczone prawdopodobieństwo testowe jest bardzo niskie i wynosi 0,0004, co oznacza, że na konwencjonalnie przyjętym poziomie istotności odrzucamy hipotezę zerową mówiącą o braku statystycznej istotności. Dodatkowo, obliczono współczynnik V-Cramera, który w przypadku tego testu wynosi 0,3863, co według umownych progów oznacza umiarkowany związek pomiędzy badanymi zmiennymi. Choć siła związku jest niewielka, jest to jedyna zmienna zależna, z którą wykryto statystyczną zależność ze skłonnością do skorzystania z telematycznych polis komunikacyjnych.

Wyniki badania, przeprowadzonych testów i weryfikacja wskazanych hipotez mogą wskazywać na to, że poziom świadomości, wiedza, powszechna dostępność informacji oraz relacje i stosunek do zakładów ubezpieczeń może mieć wpływ na decyzje konsumenckie dotyczące wyboru produktów ubezpieczeniowych, niezależnie od czynników socjodemograficznych oraz ekonomiczno-finansowych.

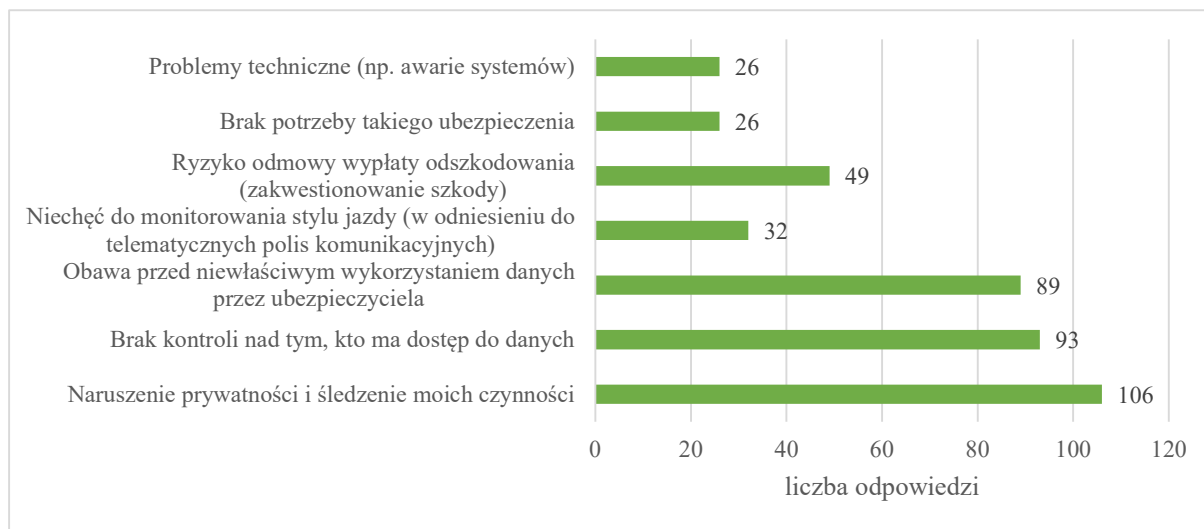
1.6. Czynniki mające wpływ na decyzje respondentów w zakresie wyboru ubezpieczeń wykorzystujących telematykę i Internet Rzeczy

Z przeprowadzonych badań wynika, że respondenci wciąż nie są skłonni do skorzystania z ubezpieczeń bazujących na technologiach. Zarówno w badaniu przeprowadzonym w maju 2024 roku, jak i podczas tegorocznej ankiety zapytano respondentów o faktory mające wpływ na niechęć do omawianych ubezpieczeń. Na Rysunku 3 oraz Rysunku 4 zestawione są odpowiedzi respondentów.



Rysunek 1.3. Obawy respondentów związane z wykorzystywaniem urządzeń monitorujących styl jazdy wskazane w maju 2024

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników własnych badań ankietowych



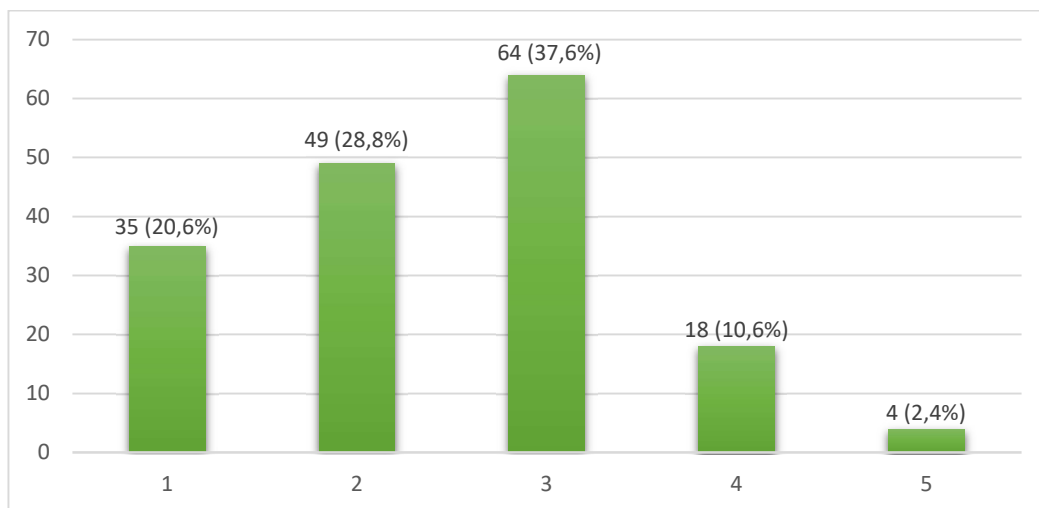
Rysunek 1.4. Czynniki zniechęcające respondentów do skorzystania z ubezpieczeń bazujących na telematyce i Internecie Rzeczy

Źródło: A., Gonet, *Telematyka jako przykład rozwiązań InsurTech*, [w:] *Ewolucja ubezpieczeń w dobie cyfryzacji i globalizacji. Przegląd ubezpieczeń 2025*, red. M. Cycoń, T. Jedynak, M. Włodarczyk, Fundacja Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2025.

Zarówno w jednym, jak i w drugim badaniu najczęściej wybieranym czynnikiem warunkującym niechęć ankietowanych była utrata/naruszenie prywatności oraz obawa przed niewłaściwym wykorzystaniem danych i ich trafeniem w niewłaściwe ręce. W związku z tym, podczas formułowania pytań do ankiety w 2025 roku, postanowiono pogłębić analizę tej kwestii. W szczególności zbadano poziom zaufania do przetwarzania danych osobowych w Internecie oraz zapytano, jakie dane, które mogą być przetwarzane w czasie rzeczywistym, ankietowani udostępniają w sieci. Dodatkowo zapytano o ogólne zaufanie do zakładów ubezpieczeń oraz poczucia komfortu związanego z potencjalnym dostępem ubezpieczycieli do aktywności klientów w czasie rzeczywistym, na wzór rozwiązań stosowanych w telefonach. Ankietowani odpowiedzieli na dwa pytania, których wyniki zostały zaprezentowane na Rysunku 1.5 oraz Rysunku 1.6:

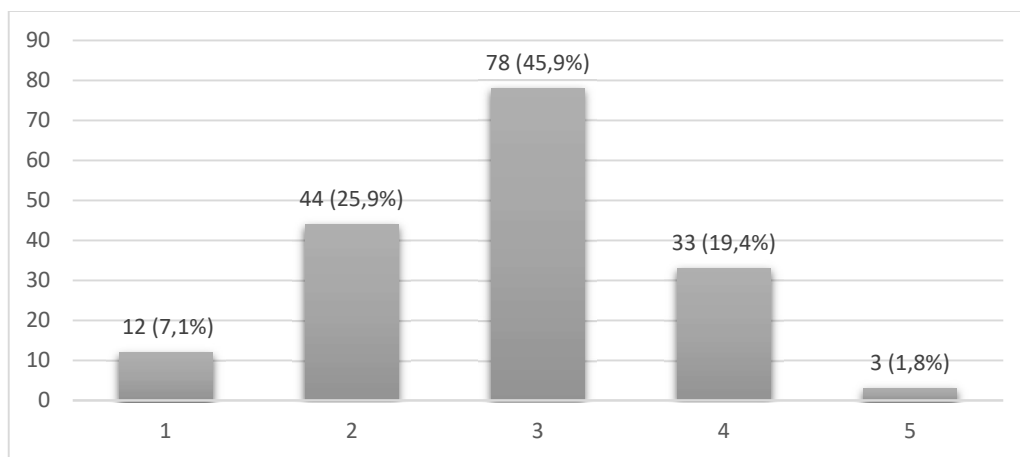
- na ile ufa Pan/i, że dane, które udostępnia Pan/i w Internecie są odpowiedzialne przetwarzane przez przedsiębiorstwa?
- jak oceniłby/aby Pan/i swój ogólny poziom zaufania do zakładów ubezpieczeń?

Odpowiedzi na powyższe pytania udzielano na pięciostopniowej skali Likerta, gdzie: 1 oznaczało całkowity brak zaufania (bardzo niski poziom zaufania), a 5 pełne zaufanie (bardzo wysoki poziom zaufania). Odpowiedź 3 wskazywała neutralny stosunek respondentów lub brak wyraźnej opinii. Zaskakującym jest fakt, że poziom zaufania do zakładów ubezpieczeń jest zbliżony do poziomu zaufania w zakresie odpowiedzialnego przetwarzania danych przez przedsiębiorstwa w Internecie. Co więcej, najczęściej wybieraną odpowiedzią jest 3 w skali Likerta, co oznacza brak wyraźnego nastawienia wobec obu grup podmiotów, który może wynikać z braku wiedzy lub ograniczonej świadomości respondentów dotyczących przetwarzania danych.



Rysunek 1.5. Zaufanie do przedsiębiorstw w zakresie odpowiedzialnego przetwarzania danych w Internecie

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników własnych badań ankietowych



Rysunek 1.6. Ogólny poziom zaufania do zakładów ubezpieczeń

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników własnych badań ankietowych

W kontekście omawiania poziomu zaufania w zakresie przetwarzania informacji osobowych warto zaznaczyć, że według Rozporządzenia w sprawie ochrony danych osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych (RODO) za dane osobowe uznaje się imię i nazwisko, numer PESEL, adres zamieszkania, dane kontaktowe,

identyfikatory internetowe (adres IP), a także wizerunek lub zdjęcia, które mogą prowadzić do jednoznacznego zidentyfikowania danej osoby¹⁷.

Podczas badania aż 62,9% respondentów wskazało, że zezwala na udostępnienie swojej lokalizacji podczas korzystania z aplikacji na urządzeniach mobilnych, 4,7% zezwala na to cały czas, zaś 30,6% osób wskazało, że nie wyraża takiej zgody. Nieznaczny odsetek ankietowanych (1,8%) zadeklarował brak świadomości w zakresie udostępniania swojej. W odniesieniu do dostępu do galerii zdjęć i filmów (np. podczas przesyłania plików na komunikatorach internetowych czy publikowania postów w mediach społecznościowych), 48,8% respondentów odpowiedziało twierdząco. Dodatkowo, zapytano o udostępnianie danych takich jak: imię i nazwisko, data urodzenia, adres zamieszkania podczas korzystania z aplikacji (np. przy zakładaniu kont, tworzeniu kart lojalnościowych, podczas zakupów internetowych). Aż 75,3% ankietowanych wskazało, że przekazuje tego rodzaju informacje w Internecie.

Codziennie, podczas korzystania z Internetu zostawiamy po sobie ślad, który nazywany jest „cyfrowym śladem”. Powstaje on podczas każdej czynności, które wykonujemy online, takich jak: przesyłanie wiadomości, publikowanie zdjęć, odwiedzanie stron internetowych itp. Cyfrowym śladem są także zbiory informacji (adres IP, język, lokalizacja, system informacyjny), które podają wykorzystywane przez nas aplikacje i przeglądarki¹⁸. Oprócz tego, nasze telefony zawierają listę kontaktów, zdjęcia filmy, przechowują historię lokalizacji, a także nieczęsto dane medyczne i te, dotyczące naszych finansów. Co więcej, odwiedzając strony internetowe wyrażamy zgodę na przetwarzanie naszych danych osobowych przez administratora strony i jego partnerów, a także na wykorzystywanie ich w celach analitycznych, marketingowych, zwiększenia funkcjonalności stron czy personalizacji oferowanych nam treści. Wszystkie działania podejmowane w Internecie są dobrowolne, często dostarczając dużej ilości danych osobowych, które stanowią „walutę” internetową. Niemniej jednak, większość respondentów wskazała brak zaufania do odpowiedzialnego przetwarzania tych danych w sieci.

¹⁷Art. 4, Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, w skrócie: RODO

¹⁸*Twoja prywatność w sieci – jak o nią dbać na co dzień?*, Baza Wiedzy, (www.gov.pl), dostęp: 15.03.2024 r.

Zakłady ubezpieczeń ze względu na charakter oraz specyfikę prowadzonej działalności określane są mianem instytucji zaufania publicznego. Oznacza to, że ich działalność podlega regulacjom ustawowym, co oznacza, że państwo może wpływać na jej działania poprzez odpowiednie przepisy. Dodatkowo, ze względu na to, że zakłady ubezpieczeń są instytucjami finansowymi podlegają kontroli organów nadzoru. W związku z tym, zaskakującym jest fakt, że w badaniu jedynie 1,8% respondentów deklaruje pełne zaufanie do zakładów ubezpieczeń oraz 19,4% wskazało odpowiedź „raczej ufam”. Najwięcej ankietowanych (45,9%) zajęło neutralne stanowisko w kwestii zaufania. Wyniki te sugerują, że pomimo charakteru instytucji dominującą postawą wobec ubezpieczycieli jest neutralne nastawienie lub brak zaufania, który może wynikać z wcześniejszych doświadczeń lub obaw dotyczących przejrzystości procesów zachodzących w zakładach ubezpieczeń.

Badanie obejmowało także pytania dotyczące obaw respondentów w zakresie niewłaściwego wykorzystania ich danych, komfortu (bądź dyskomfortu) w zakresie dostępu do aktywności klientów w czasie rzeczywistym przez zakłady ubezpieczeń oraz preferencji w zakresie „tradycyjnych” ubezpieczeń. Jednym z kluczowych pytań w zakresie niniejszego badania było pytanie *czy czułby/aby się Pan/i komfortowo, gdyby ubezpieczyciel miał dostęp do danych o Pana/i aktywności w czasie rzeczywistym?* Większość ankietowanych wyraziła zdecydowany sprzeciw – 35,9 %, a aż 53% odpowiedziało „raczej nie”. Odpowiedzi te wskazują na wyraźny brak komfortu i akceptacji do możliwości analizowania danych w czasie rzeczywistym przez zakłady ubezpieczeń. Z kolei obawy o możliwe złe wykorzystanie danych przez ubezpieczycieli wyraziło łącznie 61,9%, a tylko jedna osoba całkowicie odrzuciła obawy z nieuprawnionym oraz niewłaściwym użyciem przez nich danych i wyraziła pełne zaufanie.

Istotnym aspektem wydaje się też być gotowość do ponoszenia przez respondentów wyższych kosztów za „tradycyjne” ubezpieczenie niewymagające monitorowania aktywności i otoczenia. Wyniki wykazały, że prawie połowa osób (46,3%) zgadza się ze stwierdzeniem *wolałbym/abym zapłacić więcej za tradycyjne ubezpieczenie, które nie wymaga monitorowania mojego otoczenia i aktywności w czasie rzeczywistym*, a neutralność w tej kwestii wyraziło 33,1% badanych. Odmiennie zdanie wyraziło jedynie 20,7% osób, które byłyby gotowe skorzystać z tego typu ubezpieczeń w zamian za niższą składkę za ubezpieczenie.

Otrzymane wyniki są szczególnie zaskakujące w zestawieniu z częścią odpowiedzi dotyczącą dobrowolnego udostępniania danych w Internecie. Ze względu na istotną rolę jaką pełnią zakłady ubezpieczeń niezbędne jest rozwijanie regulacji prawnych i podnoszenie standardów oraz praktyk w zakresie ochrony prywatności, aby zwiększać zaufanie klientów. W przeciwnym wypadku może to negatywnie wpłynąć na rozwój branży ubezpieczeniowej i rozszerzanie oferty zakładów ubezpieczeń o produkty bazujące na technologiach. Z uzyskanych odpowiedzi wynika, że podczas wyboru nowych produktów, klienci oczekują, że przyniosą im one korzyści finansowe w postaci zmniejszenia kosztów oraz wpłyną na ich poczucie bezpieczeństwa

Warto także spojrzeć na czynniki zniechęcające do skorzystania z telematycznych polis komunikacyjnych oraz ubezpieczeń nieruchomości opartych na systemie smarthome wynikające z odpowiedzi „inne”, które respondenci mogli sami uzupełnić. Podczas badania przeprowadzonego w marcu 2025 roku pojawiły się głosy, że nic nie jest w stanie skłonić niektórych ankietowanych do skorzystania z takich ubezpieczeń, gdyż część z nich jest zdecydowanym przeciwnikiem „tego typu rozwiązań”. Z kolei odpowiedzi udzielone w maju 2024 roku w kontekście telematycznych polis komunikacyjnych wskazują na to, że ogólna niechęć młodych ludzi do skorzystania z tego typu polis wynika z tego, że styl ich jazdy może wpłynąć na zwiększenie składki, a także zakwestionowanie wypłaty odszkodowania ze względu na nieprzestrzeganie przepisów drogowych i ryzykowny styl jazdy.

1.7. Podsumowanie

Niewątpliwie, postęp technologiczny znacząco wpłynął i ukształtował rynek ubezpieczeń, tworząc przestrzeń do oferowania nowych, innowacyjnych produktów. Zarówno powszechna cyfryzacja procesów, rozwój sztucznej inteligencji, jak i nowe sposoby zbierania i przetwarzania danych pozwoliły na wdrożenie udoskonalonych technik, procesów oraz produktów, zwiększając konkurencyjność branży. W niniejszym opracowaniu przedstawiono zastosowanie nowoczesnych technologii w sektorze ubezpieczeniowym, które zyskują na znaczeniu i znajdują szersze zastosowanie w większości obszarów działalności ubezpieczeniowej.

W przeprowadzonym badaniu, oceniono wpływ czterech zmiennych na skłonność do skorzystania z innowacyjnych produktów ubezpieczeniowych: telematycznych polis

komunikacyjnych oraz ubezpieczeń nieruchomości opartych na systemie *smarthome*. Analizie poddano zależność między zainteresowaniem tymi rozwiązaniami a miejscem zamieszkania, wysokością dochodu netto, ogólnym poziomem zaufania do zakładów ubezpieczeń oraz opinią na temat zasadności udostępniania ubezpieczycielowi danych dotyczących sposobu użytkowania pojazdu.

Z przeprowadzonego badania wynika, że odsetek respondentów, deklarujących zainteresowanie ubezpieczeniami bazującymi na technologii *smarthome* jest o 6 punktów procentowych większy niż w przypadku telematycznych polis komunikacyjnych. Być może większa skłonność wyboru ubezpieczeń nieruchomości oparte na systemie *smarthome* wynika z tego, że część gospodarstw domowych już korzysta z elementów tzw. „inteligentnego domu” i pojęcie to jest znane na większą skalę. System ten obejmuje przecież nie tylko specjalistyczne urządzenia, sensory i czujniki, lecz także przedmioty codziennego użytku takie jak: pralki, zmywarki, lodówki, system rolet zewnętrznych. Dodatkowo, telematyczne polisy komunikacyjne mogą spowodować podwyższenie składki ubezpieczeniowej, ze względu na ryzykowny styl jazdy, a ubezpieczenia wykorzystujące system *smarthome* nie mogą przyczynić się do zwiększenia składki. Pomimo niechęci respondentów do telematycznych polis komunikacyjnych (albo w związku z niskim zainteresowaniem tym produktem) ubezpieczyciele próbują dostosować ofertę, aby zyskać większe grono klientów.

Weryfikacja postawionych hipotez wykazała, że zaobserwowana skłonność respondentów nie jest zależna od badanych czynników socjodemograficznych i ekonomiczno-finansowych (płci, wieku, dochodu netto, miejsca zamieszkania oraz wykształcenia). Choć w części właściwej nie wykazano istotnego związku między omawianymi ubezpieczeniami, a wiekiem respondentów, to taka zależność wystąpiła podczas badania wstępnego. Przyczyną różnicy otrzymanych wyników może być m.in. różnica w wielkości próby badawczej oraz konieczność przekształcania danych podczas etapu pierwszego (łączenie grup wiekowych) w celu uzyskania założeń wymaganych do przeprowadzenia testu Chi-kwadrat (χ^2).

Podczas analizy danych, dotyczących hipotezy H1 okazało się, że zainteresowanie ubezpieczeniami nieruchomości wykorzystującymi system *smarthome*, jak już wspomniano, nie jest istotnie zależne od dochodu netto. Tym samym wskazana hipoteza została zweryfikowana

negatywnie. Początkowo zakładano, że zależność ta się pojawi ze względu na stosunkowo wysoki koszt sprzętu i jego montażu. Jednak być może brak zależności między zmiennymi może wskazywać na to, że technologie wchodzące w skład inteligentnego domu, ze względu na ich powszechność na rynku, nie są już postrzegane jako dobra luksusowe, a jako technologie dostępne niezależnie od sytuacji materialnej. W przypadku telematycznych polis komunikacyjnych, najpierw zbadano powiązanie między gotowością do skorzystania z tego rozwiązania, a miejscem zamieszkania respondentów, które jest brane pod uwagę w trakcie kalkulowania składki na ubezpieczenie OC p.p.m. Spodziewano się, że szczególnie osoby z większych miast będą skłonne do wyboru telematycznych polis komunikacyjnych, ze względu na podwyższony czynnik ryzyka. Jednak podczas weryfikacji hipotezy H2 wykazano, że w grupie osób zainteresowanych tą polisą, jedynie 25,5% zamieszkuje największe miasta (powyżej 500 tys. mieszkańców). Brak istotnej zależności między wskazanymi zmiennymi może sugerować, że czynniki, inne niż finanse gospodarstw domowych i czynniki socjodemograficzne. Czynniki wywierającymi większy wpływ na decyzje konsumenckie dotyczące ubezpieczeń mogą być przykładowo zakres wiedzy i świadomość technologiczna.

Istotny związek został natomiast wykazany pomiędzy ubezpieczeniami wykorzystującymi system *smarthome* a ogólnym poziomem zaufania do ubezpieczycieli oraz telematycznymi polisami komunikacyjnymi, a opinią respondenta dotyczącą tego, czy zakład ubezpieczeń powinien mieć dostęp do informacji o sposobie użytkowania pojazdu. Weryfikacja hipotezy H3, która została zweryfikowana pozytywnie, pozwala na sformułowanie wniosku, że poziom zaufania do zakładów ubezpieczeń ma istotny wpływ na wybór ubezpieczenia wykorzystującego Internet Rzeczy. Jednak wyniki ankiety pokazują, że aż 78 osób ma neutralny stosunek do ubezpieczycieli, a 56 osób nie ma zaufania do ich działalności. Wykazana zależność oraz społeczna percepcja ubezpieczycieli wskazują, że w celu zwiększenia zainteresowania tym produktem zakłady ubezpieczeń muszą skupić się na relacji z klientem. Dodatkowo, pozytywna weryfikacja ostatniej hipotezy H4 ujawniła istotną zależność między telematycznymi polisami komunikacyjnymi, a opinią na temat tego czy zakłady ubezpieczeń powinny mieć dostęp do informacji o sposobie użytkowania pojazdu. Wyniki wskazują, że osoby pozytywnie nastawione do tych polis, zazwyczaj uważają taki dostęp za uzasadniony, natomiast przeciwnicy wyraźnie wyrażają sprzeciw wobec

takiego rozwiązania. Ponadto, widoczna jest także współzależność między przedstawionym stanowiskiem, a poziomem zaufania respondenta do zakładów ubezpieczeń.

Przeprowadzone badanie pokazuje, że pomimo powszechności technologii w życiu codziennym, społeczeństwo nie jest w pełni gotowe do korzystania z nich w przypadku ubezpieczeń majątkowych. Wnioski wyciągnięte z weryfikacji postawionych hipotez uwypuklają istotność dbania o relacje zakładów ubezpieczeń z klientem, w celu zwiększenia poziomu zaufania. Dodatkowo, istotną kwestią jest edukacja społeczeństwa na temat technologii wykorzystywanych w codziennym życiu. W związku z tym zasadnym wydaje się być przeprowadzenie szeregu działań takich jak kampanie reklamowe, edukacyjne, współpraca z wyspecjalizowanymi podmiotami, czy zwiększenie transparentności procesów. Ważna jest zarówno edukacja dotycząca istoty innowacji, jak i uświadamianie w obszarze konsekwencji ich implementacji. Wprowadzone kroki mogą przyczynić się do zmiany postawy klientów oraz zwiększenia zainteresowania nowymi produktami w taki sposób, aby ułatwić ich rozpowszechnienie na rynku. W końcu każda technologia na początku swojego istnienia (nawet telefon i komputer) spotkała się z początkowym oporem społeczeństwa i wątpliwościami, a teraz trudno sobie wyobrazić codzienności bez komputera czy smartfonu.

Literatura

Piśmiennictwo

- Bar D., *Przeciwdziałanie i zwalczanie przestępczości ubezpieczeniowej przy wykorzystaniu nowych technologii*, [w:] *InsurTech. Nowe technologie w branży ubezpieczeń*, red. K. Szpyt, C.H. Beck, Warszawa 2023.
- Cosma S., Rimo G., *Redefining insurance through technology: Achievements and perspectives in InsurTech*, "Research in International Business and Finance" 2024, 102301.
- Gonet A., *Telematyka jako przykład rozwiązań InsurTech*, [w:] *Ewolucja ubezpieczeń w dobie cyfryzacji i globalizacji. Przegląd ubezpieczeń 2025*, red. M. Cycoń, T. Jedynak, M. Włodarczyk, Fundacja Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2025.
- Kawiński M., *Transformacja cyfrowa w ubezpieczeniach*, [w:] *Ubezpieczenia*, red. M. Iwanicka-Drozdowska, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2024.
- Kuryłowicz Ł., *Usage-based insurance: the concept and the study of available analyses*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2016, nr 4.
- Leciejewski M., *System kalkulacji składki w ubezpieczeniach komunikacyjnych (OC p.p.m.) typu Pay As You Drive*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2016, nr 4.

Sobczyk M., *Statystyka*, Wydawnictwo Naukowe PWN SA, Warszawa 2007.

Sulikowska O., Brzuzy A., *System inteligentny dom – nowoczesna technologia stosowana w budownictwie*, „Biuletyn Wojskowej Akademii Technicznej” 2019, vol. 108, nr 2.

Szpyt K., *InsurTech – zarys zjawiska*, [w:] *InsurTech: Nowe technologie w branży ubezpieczeń*, red. K. Szpyt, C.H. Beck, Warszawa 2023.

Tomporska M., *Spółeczna percepcja nowych technologii w branży ubezpieczeniowej*, [w:] *Nowe horyzonty ubezpieczeń gospodarczych. Przegląd ubezpieczeń 2024*, red. M. Cycoń, T. Jedynak, Fundacja Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2024.

Źródła internetowe

Insurtechy w Polsce vol. 4, (www.cashless.pl), dostęp: 18.12.2025 r.

Piorun-Wilczek A., *Telematyka w służbie ubezpieczycieli*, Gazeta Ubezpieczeniowa, (www.gu.com.pl), dostęp: 30.11.2024 r.

PKO Inteligentny dom, Powszechna Kasa Oszczędności Ubezpieczenia S.A., (www.pkoubezpieczenia.pl), dostęp: 07.12.2024 r.

Pogłębiona analiza ucyfrowienia person, Polska Izba Ubezpieczeń, (www.piu.org.pl), dostęp: 07.12.2024 r.

Twoja prywatność w sieci – jak o nią dbać na co dzień?, Baza Wiedzy, (www.gov.pl), dostęp: 15.03.2025 r.

YU! Kilometry oferuje tańsze OC i pakiety ubezpieczeń, Gazeta Ubezpieczeniowa, (www.gu.pl), dostęp: 05.04.2025 r.

Akty prawne

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 12 września 2024 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę oraz wysokości minimalnej stawki godzinowej w 2025 r., (Dz. U. 2023 poz. 1362).

Rozdział 2

Społeczna percepcja zjawiska przestępczości ubezpieczeniowej

Martyna Kaczmarczyk¹

2.1. Wprowadzenie

Rynek ubezpieczeń odgrywa kluczową rolę w zapewnianiu bezpieczeństwa finansowego pojedynczym jednostkom jak i również przedsiębiorstwom. Natomiast gwałtowny rozwój tego sektora niesie za sobą nie tylko korzyści, ale również negatywne aspekty, wśród których wyróżnia się między innymi zjawisko przestępczości ubezpieczeniowej. Fikcyjne szkody, zawyżanie wartości roszczeń, celowe wywoływanie zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową to tylko niektóre z metod wykorzystywanych przez sprawców przestępstw ubezpieczeniowych. Działania te niosą za sobą ogromne straty finansowe nie tylko dla zakładów ubezpieczeń, ale pośrednio również dla uczciwych klientów. Niestety liczba wykrywanych wyłudzeń przybiera tendencję wzrostową, co czyni problem przestępczości w sektorze ubezpieczeniowym coraz bardziej istotnym. W ramach niniejszego opracowania postanowiono zatem zgłębić i w sposób bardziej dokładny przedstawić ten problem.

W celu analizy problemu przestępczości ubezpieczeniowej w Polsce, postanowiono przedstawić problem badawczy za pomocą pytań: *Jak definiowana jest przestępczość ubezpieczeniowa? Jaka jest świadomość polskiego społeczeństwa w obszarze zjawiska przestępczości ubezpieczeniowej? Jakie postawy wobec przestępczości ubezpieczeniowej przyjmuje społeczeństwo polskie?*

Postawione w ten sposób pytania pozwoliły na skonstruowanie hipotez badawczych:

- Większość polskiego społeczeństwa nie akceptuje zachowań przestępczych w obszarze ubezpieczeń.

¹ Koło Naukowe Ubezpieczeń „Risk Management”, Katedra Zarządzania Ryzykiem i Ubezpieczeń, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie. Niniejszy rozdział został opracowany przez autorkę na podstawie pracy dyplomowej obronionej w Uniwersytecie Ekonomicznym w Krakowie w 2025 r.

- Akceptowalność zachowań przestępczych jest istotnie zależna od zaufania do zakładów ubezpieczeń.

Podstawowym celem badawczym niniejszego opracowania jest analiza postaw społeczeństwa polskiego wobec przestępczości ubezpieczeniowej. Główny cel, zawiera w sobie następujące cele częściowe:

- charakterystyka przestępczości ubezpieczeniowej,
- analiza porównawcza danych dotyczących przestępczości ubezpieczeniowej w Polsce z lat 2018-2023,
- analiza świadomości społeczeństwa w obszarze przestępczości ubezpieczeniowej,
- ocena akceptowalności zachowań przestępczych w obszarze ubezpieczeń.

Cele oraz hipotezy badawcze stanowiły podstawę do stworzenia struktury niniejszego opracowania. Dokonano przy tym przeglądu literatury krajowej oraz zagranicznej, a także analizy raportów Polskiej Izby Ubezpieczeń. Przeprowadzono również przegląd Kodeksu karnego oraz Ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych. W celu zbadania świadomości oraz postaw społeczeństwa polskiego wobec przestępczości ubezpieczeniowej przeprowadzone zostało badanie ankietowe. Próba liczyła 108 osób, a w oparciu o udzielone odpowiedzi dokonana została analiza danych. Metodą wykorzystaną w celu analizy był test Chi-kwadrat, za pomocą którego zbadana została zależność pomiędzy wybranymi zmiennymi a akceptowalnością zachowań przestępczych.

2.2. Istota przestępczości ubezpieczeniowej

Chcąc zdefiniować pojęcie jakim jest przestępstwo ubezpieczeniowe warto zacząć od rozważenia przepisów zawartych w Kodeksie karnym. Ten termin nie jest zawarty w Kodeksie w sposób bezpośredni, istnieją natomiast dwie definicje legalne, które pomagają nam to pojęcie zdefiniować. Pierwszym istotnym pojęciem jest oszustwo, które przez Kodeks definiowane jest w następujący sposób: „kto, w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia własnym lub cudzym mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd albo wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsiębranego

działania, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”². Należy również wspomnieć o wyłudzeniu odszkodowania, które kodeksowo definiowane jest jako celowe spowodowanie zdarzenia, które stanowi podstawę do wypłaty odszkodowania. Wyłudzenie odszkodowania podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5³. Alternatywnym terminem dla wyłudzenia występującym w literaturze jest oszustwo asekuracyjne. Najczęściej z punktu widzenia literatury oszustwo asekuracyjne z art. 298 k.k. pełni pewną formę przygotowawczą w kierunku popełnienia oszustwa definiowanego poprzez art. 286 k.k.⁴.

Węższa definicja przestępstwa ubezpieczeniowego skupia się na poglądzie, że wykorzystanie umowy ubezpieczeniowej i stosunku ubezpieczeniowego stanowi kryterium do sklasyfikowania czynów przestępnych jako przestępstwa ubezpieczeniowego. Wynika z tego, że nie każde przestępstwo na szkodę zakładu ubezpieczeń musi być zaliczane jako przestępstwo ubezpieczeniowe, ponieważ niektóre z tych czynów są karane na mocy przepisów innych ustaw i są częściej spotykane. Zastanawiając się nad tym spojrzeniem można wyciągnąć wniosek, że umowa ubezpieczenia oraz stosunek ubezpieczeniowy stanowią podstawę do uznania konkretnego przestępstwa jako przestępstwo ubezpieczeniowe⁵.

Inne podejście dotyczy powiększenia wykazu przestępstw ubezpieczeniowych o wszystkie przestępstwa, które w sposób pośredni lub bezpośredni uderzają w interesy zakładów ubezpieczeniowych jak i rynku ubezpieczeniowego. W literaturze pojawiają się postulaty, aby za przestępstwa ubezpieczeniowe uznawać oszustwa ubezpieczeniowe, pogrupowane według cech typowych w Kodeksie karnym (art. 298, art. 286), ale również przestępstwa dotyczące działalności ubezpieczeniowej, które zostały popełnione w związku z pozostałymi stosunkami ubezpieczeniowymi, pogrupowane według cech typowych w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej⁶.

² Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny* (Dz.U. 1997 poz. 88.553 z późn. zm.), art. 286 §1, w skrócie k.k.

³ Art. 298 §1 k.k.

⁴ K. Buczkowski, *Podmiot czynu [w:] Oszustwo asekuracyjne jako jeden z przejawów przestępczości ubezpieczeniowej*, Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska SA, Warszawa 2015, s. 85.

⁵ J. Filiczowska, B. Oręziak, M. Płonka, M. Szaraniec, G. Strupczewski, M. Wielec, A. Witwicka-Szczepankiewicz, *Przykłady zastosowania nowych technologii w ubezpieczeniach jako instrument zwalczania przestępczości ubezpieczeniowej [w:] Rynek ubezpieczeniowy. Zapobieganie przyczynom przestępczości*, red. M. Płonka, B. Oręziak, M. Wielec, Wydawnictwo Instytutu Wymiaru Sprawiedliwości, Warszawa 2021, s. 51.

⁶ *Ibidem*, s. 52.

Analizując kolejne źródła można znaleźć pogląd, który przedstawia przestępstwo ubezpieczeniowe jako proces, w którym dana osoba celowo składa fałszywe roszczenia, które w rezultacie sztucznie podwyższają wartość odszkodowania. Należy również wspomnieć o sytuacji, gdzie dana osoba poszerza roszczenia o dodatkowe elementy. Sam zamiar uzyskania dodatkowych korzyści wykraczających poza uzasadnione świadczenie, pozostając przy tym nieuczciwym, jest rozumiany również jako przestępstwo ubezpieczeniowe⁷.

Biorąc pod uwagę inne podejście można stwierdzić, że działania mające na celu wykorzystanie stosunku ubezpieczeniowego, który łączy klienta z zakładem ubezpieczeniowym z zamiarem domagania się bezpodstawnego odszkodowania lub jakiegokolwiek innego świadczenia są uznawane za przestępstwo ubezpieczeniowe. Za ten rodzaj przestępstwa uchodzi również sytuacja, w której otrzymuje się takie odszkodowanie czy też inne świadczenie w drodze oszustwa. Kluczową cechą dla przestępstw ubezpieczeniowych jest fakt, że między osobą pokrzywdzoną a sprawcą istnieje powiązanie, które umożliwia żądanie odszkodowania. Równocześnie sam w sobie czyn musi być kwalifikowany jako oszustwo⁸.

Według Insurance Europe, przestępczość ubezpieczeniowa występuje w przypadku spełnienia co najmniej jednego z poniższych warunków:

- podanie fałszywych lub niekompletnych informacji w przypadku uzupełniania wniosku o ubezpieczenie;
- ubieganie się o odszkodowanie w oparciu o błędne lub nieprawdziwe okoliczności;
- jakiegokolwiek wprowadzanie w błąd ubezpieczyciela w celu uzyskania korzyści finansowych z umowy ubezpieczeniowej.

Zgodnie z opinią US Association of Certified Fraud Examiners, przestępstwo ubezpieczeniowe sytuuje się na drugim miejscu po oszustwie podatkowym jako najczęściej spotykana forma oszustwa⁹.

⁷ A. Bera, D. Kordela, D. Pauch, *Zjawisko i obszary przestępczości ubezpieczeniowej – zakres pojęciowy i uwarunkowania* [w:] *Przestępczość ubezpieczeniowa. Uwarunkowania, skala, przeciwdziałanie*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2019, s. 12-13.

⁸ W. Dadak, *Przestępstwa związane z działalnością ubezpieczeniową w zakresie ubezpieczeń gospodarczych*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2006, nr 1, s. 154.

⁹ *Insurance fraud: not a victimless crime*, (<https://www.insuranceeurope.eu>), dostęp: 07.03.2025 r.

Z perspektywy definicji autorstwa E. Kędry, przestępstwem ubezpieczeniowym jest „społecznie szkodliwy, bezprawny, zawiniony, karalny zamach na majątkowe i niemajątkowe dobra ubezpieczone, czyniący w nich podlegającą kompensacji szkodę, oraz zamach na wszelkie inne dobra prawne ubezpieczyciela”¹⁰. Do oszustwa ubezpieczeniowego dochodzi także w sytuacji, kiedy ubezpieczyciel, pośrednik ubezpieczeniowy, rzeczoznawca lub konsument doprowadza do celowego oszustwa w celu uzyskania nielegalnego zysku. Przestępstwo to polega na oszustwie systemu ubezpieczeń. Najczęściej popełniane jest przez ubezpieczonego lub w przypadku świadczenia związanego z polisą ubezpieczeniową, przez osobę trzecią¹¹. Ze względu na ilość podmiotów mogących stać się sprawcami przestępstwa ubezpieczeniowego, wyróżnia się podział na:

- przestępstwa zewnętrzne - osoby powiązane z umową ubezpieczeniową zawartą z konkretnym zakładem, którego nie są pracownikami, agentami ubezpieczeniowymi ani właścicielami;
- przestępstwa wewnętrzne - pracownicy zakładu ubezpieczeniowego, agenci ubezpieczeniowi tego zakładu, członkowie zarządu lub rady nadzorczej¹².

Wszystkie rodzaje ubezpieczeń mogą być wykorzystane w celu popełnienia przestępstwa, w wyniku którego sprawca uzyskuje korzyści finansowe¹³. W. Dadak w ramach swojego podziału przestępstw związanych z działalnością ubezpieczeniową wyróżnił również grupę pozostałych przestępstw w których wyodrębnia czyny naruszające zasady ładu rynkowego a także te godzące w interesy klientów¹⁴. Podział ten został przedstawiony na rysunku 1.1.

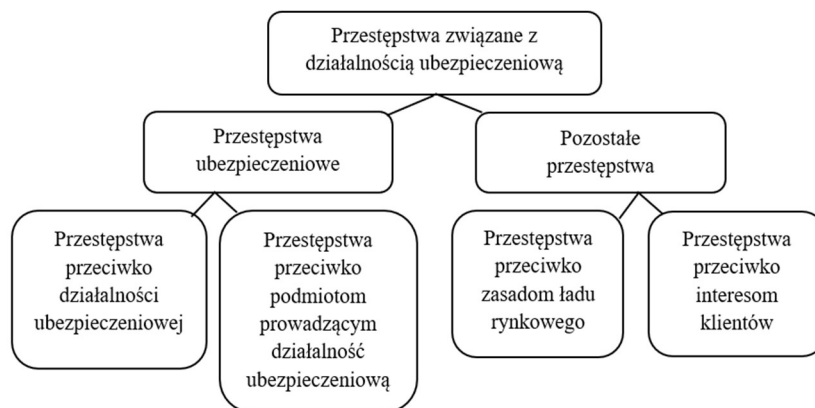
¹⁰ E. Otocka, *Przestępczość ubezpieczeniowa w Polsce: formy wyłudzeń*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica” 2008, t. 222, s. 63 za: E. Kędra.

¹¹ A. Bera, D. Pauch, *The Perception of Insurance Crime Held by Students*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio H-Oeconomia” 2022, vol. 56, s. 9.

¹² A. Bera, D. Kordela, D. Pauch, *Zjawisko i obszary przestępczości ubezpieczeniowej – zakres pojęciowy i uwarunkowania...*, s. 15.

¹³ A. Bera, D. Pauch, *op. cit.*, s. 9.

¹⁴ W. Dadak, *op. cit.*, s. 157.



Rysunek 2.1. Podział przestępstw związanych z działalnością ubezpieczeniową

Źródło: W. Dadak, *Przestępstwa związane z działalnością ubezpieczeniową w zakresie ubezpieczeń gospodarczych*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2006, nr 1, s. 157.

Jak można zauważyć, pojęcie przestępczości ubezpieczeniowej jest trudne do jednoznacznego zdefiniowania, a określenie jednolitej definicji wciąż pozostaje tematem sporów¹⁵. W literaturze przedmiotu istnieje wiele różnorodnych czynników, które w pewnym stopniu niejako determinują występowanie przestępstw w sektorze ubezpieczeń. Do najważniejszych z nich należą:

- nadubezpieczenie - przeszacowanie wartości sumy ubezpieczeniowej;
- wielokrotne ubezpieczenie - równoczesne ubezpieczenie w większej ilości zakładów z zamiarem pobrania wielu odszkodowań za tę samą szkodę;
- zatajenie informacji - równocześnie w celu płacenia niższej składki, zawarcia umowy ubezpieczeniowej, ale również w celu uzyskania od zakładu nieuprawnionego odszkodowania;
- przekształcenie nieubezpieczonej szkody w roszczenie ubezpieczeniowe;
- fałszywe szkody - ubieganie się o odszkodowanie związane ze szkodą, która nigdy nie miała miejsca;

¹⁵ E. Otocka, *op. cit.*, s. 63.

- umyślne spowodowanie szkody - przez samego ubezpieczonego, w większości przypadków za pomocą osób trzecich¹⁶.

Nie tylko pojęcie przestępczości jest trudne do zdefiniowania. Wiele problemów powoduje również określenie skali tej przestępczości. Dzieje się tak ponieważ tzw. ciemna liczba przestępstw, zazwyczaj stanowi wielokrotność ujawnionych przestępstw. Najczęściej powodem, przez który występuje taki stan rzeczy, jest fakt, że uczestnicy celowo zatajają prawdę. Należy mieć też na uwadze, że niektóre ujawnienia mogą być błędne. Z tego powodu jakiekolwiek dane statystyczne związane ze skalą przestępczości ubezpieczeniowej, powinny być brane pod uwagę ze sporą ostrożnością, ponieważ nie odzwierciedlają one prawdziwego obrazu sytuacji¹⁷.

2.3. Metody zapobiegania przestępczości ubezpieczeniowej

Przestępczość ubezpieczeniowa wiąże się z niemałym zagrożeniem dla działalności zakładów ubezpieczeniowych, ponieważ niebezpieczeństwo, które stwarza, ma wpływ nie tylko na konkretne podmioty rynku ubezpieczeniowego, ale również na całość sektora. Przestępczość ubezpieczeniowa uderza we wzajemne zaufanie, które istnieje pomiędzy zakładem ubezpieczeniowym a ubezpieczającym, niszcząc przy tym podstawową wartość, o którą zakład ubezpieczeniowy opiera swoją działalność¹⁸. Rozwój rynku powoduje zwiększanie się zasięgu oraz liczby sprawców przestępstw ubezpieczeniowych, jednak nie jest to jedyny skutek jaki wywołuje. Ma on również wpływ na to, że wraz z rozwojem rynku tworzą się coraz to nowsze sposoby i metody wyłudzeń. Przez dłuższy okres w Polsce, dominującymi czynami przestępczymi były wyłudzenia okazjonalne i dotyczyły w większości likwidacji szkód komunikacyjnych. Aktualnie problem przestępczości ubezpieczeniowej poszerzył się o pozostałe ubezpieczenia majątkowe,

¹⁶ A. Bera, D. Kordela, D. Pauch, *Zjawisko i obszary przestępczości ubezpieczeniowej – zakres pojęciowy i uwarunkowania...*, s. 13.

¹⁷ J. Filiczowska, B. Oręziak, M. Płonka, M. Szaraniec, G. Strupczewski, M. Wielec, A. Witwicka-Szczepankiewicz, *Potencjalne obszary i metody zarządzania ryzykiem przestępczości na rynku ubezpieczeń – aspekty behawioralne i ekonomiczne* [w:] *Rynek ubezpieczeniowy. Zapobieganie przyczynom przestępczości*, red. M. Płonka, B. Oręziak, M. Wielec, Wydawnictwo Instytutu Wymiaru Sprawiedliwości, Warszawa 2021, s. 16-17.

¹⁸ J. Handschke, M. Osak, J. Talarek, *Postulowane zasady przeciwdziałania przestępczości ubezpieczeniowej przez zakłady ubezpieczeń i branżę ubezpieczeniową*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu” 2011, nr 181, s. 62-63.

osobowe a także ubezpieczenia na życie. Na skutek czego doszło do sytuacji, w której zagrożeniem objęty został cały sektor finansowy¹⁹.

Biorąc pod uwagę tempo w jakim rozwija się przestępczość ubezpieczeniowa, zaczęto wdrażać metody zapobiegawcze. Wśród podstawowych sposobów na zapobieganie przestępczości ubezpieczeniowej wyróżnia się metody prewencyjne, które są wykorzystywane przez zakłady ubezpieczeniowe oraz otoczenie instytucjonalne rynku ubezpieczeń. Pośród nich występuje wewnętrzny podział na metody o charakterze systemowym oraz partykularnym²⁰. Do pierwszych z nich zalicza się:

- czynności prawne, które w głównej mierze związane są z licencjonowaniem oraz nadzorem działalności ubezpieczeniowej;
- normy związane z etyką zawodową (kodeks etyczny, rekomendacje KNF, dobre praktyki i zwyczaje);
- współpraca instytucji zaangażowanych w prewencję i wykrywanie działań przestępczych, która widoczna jest poprzez wzajemną wymianę informacji pomiędzy zakładami ubezpieczeniowymi a także kreowanie centralnych baz ostrzegających (np. lista ostrzeżeń publicznych KNF, lista klauzul niedozwolonych UOKiK, bazy policyjne);
- proces podnoszenia świadomości społeczeństwa z zakresu przestępczości ubezpieczeniowej poprzez odpowiednią edukację (w naszym społeczeństwie w sposób ciągły funkcjonuje opinia, że wyłudzenie odszkodowania nie jest traktowane jako czyn przestępczy i moralnie nieodpowiedni, lecz jest powszechnie akceptowany);
- ochrona konsumencka, w sytuacji, gdzie rolę poszkodowanego odgrywa konsument (np. rejestr klauzul niedozwolonych, który jest prowadzony przez Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów);
- zagrożenie utratą reputacji²¹.

¹⁹ A. Bera, D. Kordela, D. Pauch, *Narzędzia i innowacje w przeciwdziałaniu przestępczości ubezpieczeniowej* [w:] *Przestępczość ubezpieczeniowa. Uwarunkowania, skala, przeciwdziałanie*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2019, s. 75-76.

²⁰ J. Filiczowska, B. Oręziak, M. Płonka, M. Szaraniec, G. Strupczewski, M. Wielec, A. Witwicka-Szczepankiewicz, *Potencjalne obszary i metody zarządzania ryzykiem przestępczości na rynku ubezpieczeń – aspekty behawioralne i ekonomiczne...*, s. 37.

²¹ *Ibidem*, s. 37-40.

Natomiast do metod partykularnych, które w sposób bezpośredni związane są z działalnością zakładów ubezpieczeniowych, zalicza się:

- unikanie ryzyka, które przejawia się poprzez oferowanie przez zakłady ubezpieczeń określonych grup ubezpieczeń oraz wyodrębnianie poszczególnych grup klientów (należy pamiętać, że zakład ubezpieczeń nigdy nie uniknie ryzyka w pełni, ponieważ jest ono istotą jego działalności);
- administrację i monitorowanie ryzyka, przejawiające się w działaniach zakładu ubezpieczeń skupiających się na minimalizacji ryzyka przestępczości ubezpieczeniowej poprzez np. odpowiedni dobór kadr, prowadzenie własnego monitoringu przestępczości ubezpieczeniowej, współpracę z policją oraz służbami zajmującymi się wykrywaniem przestępczości;
- konstrukcję produktu ubezpieczeniowego, którą cechuje charakter cenowy, prawny oraz techniczno-ubezpieczeniowy. Ma ona za zadanie służyć zapobieganiu przestępczości jeszcze przed zawarciem umowy ubezpieczenia. W skład tych działań wchodzi między innymi: kwantyfikacja oraz selekcja ryzyka; analiza ryzyka; odmowa zawarcia umowy (ubezpieczenia dobrowolne); klauzule umowne; kształtowanie ceny ubezpieczenia poprzez wymóg spełnienia określonych warunków, które gwarantują ochronę przed ryzykiem²².

Równie ważnymi metodami zapobiegawczymi są te o charakterze prawnym. Znajdują się w nich przepisy karne, do których zalicza się między innymi:

- przepisy penalizujące czyny przeciwko ubezpieczonemu mieniu;
- przepisy penalizujące czyny przeciwko życiu i zdrowiu;
- przepisy penalizujące czyny przeciwko bezpieczeństwu publicznemu.

Środki zapobiegawcze o charakterze prawnym obejmują przepisy karne, które nakładają odpowiedzialność za zabronione działania związane z ubezpieczeniami. Obecnie istnieją również inne środki prawne takie jak przepisy cywilne oraz te zawarte w ogólnych warunkach ubezpieczenia. Ograniczają one odpowiedzialność ubezpieczyciela w sytuacji podjęcia przez ubezpieczającego zabronionych czynów przed powstaniem szkody lub zaniechania podjęcia

²² *Ibidem*, s. 40-42.

wymaganych działań po zaistniałym zdarzeniu²³. Przykładem przepisu związanego z ubezpieczeniem OC komunikacyjnym, działającego na korzyść zakładu ubezpieczeniowego jest ten dotyczący prawa regresu, który skupia się na możliwości dochodzenia od sprawcy zdarzenia, przez zakład ubezpieczeń zwrotu kwoty wypłaconego odszkodowania, w określonych przepisem sytuacjach (np. w przypadku, w którym sprawca zdarzenia był pod wpływem alkoholu)²⁴.

Warto również wspomnieć o ekonomicznych metodach zapobiegania przestępczości ubezpieczeniowej. Uwzględniają one działania finansowe, których głównym zadaniem jest zniechęcić ubezpieczającego do podjęcia działań zmierzających do popełnienia przestępstwa.

W skład tych działań wchodzi:

- udział własny ubezpieczonego (ubezpieczenie wypłacane pomniejszone jest o wcześniej ustaloną część, zwaną właśnie wkładem własnym. W myśl założeń ma zachęcać ubezpieczającego do dbania o swoje ubezpieczone mienie);
- franszyza (jakaś część szkody, obciążająca w części lub w całości ubezpieczającego. Franszyza dzieli się na względną oraz bezwzględną. W przypadku tej pierwszej, w sytuacji, w której nie przekroczymy pewnej granicznej wartości strat, zakład ubezpieczeniowy nie wypłaci nam odszkodowania. Natomiast franszyza bezwzględna to stała kwota (lub procent), która jest odejmowana od wypłaconego odszkodowania i dotyczy każdej wielkości szkody);
- system bonus-malus (są to dodatki i obniżenia taryfowe występujące w składce ubezpieczeniowej. Obniżenia składki (bonusy) odnoszą się do przypadku, w którym ubezpieczający jest wynagradzany za np. bezszkodowy okres ubezpieczenia. Natomiast podwyższenia składki (malusy) mają miejsce w przypadku, w którym np. ubezpieczający w krótkim czasie trwania ubezpieczenia zgłasza wystąpienie kilku szkód ubezpieczeniowych)²⁵.

Zważając na rosnącą popularność sektora *FinTech*, znaczącym elementem w procesie przeciwdziałania przestępczości ubezpieczeniowej stały się nowe technologie, które z pewnością

²³ M. Pecio, *Przeciwdziałanie przestępczości na rynku ubezpieczeń ogniowych*, „Bezpieczeństwo. Teoria i praktyka” 2016, nr 4, s. 125-126.

²⁴ Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U 2003 poz. 124.1152 z późn. zm.), art. 43.

²⁵ M. Pecio, op. cit., s. 125.

można stwierdzić, że są szybsze, tańsze, w lepszy sposób dostosowane do konkretnych potrzeb, a także w większym stopniu niezawodne oraz bardziej przejrzyste. Jednym z elementów *FinTechu* jest *InsurTech* w skład którego wchodzi ubezpieczeniowe przedsiębiorstwa technologiczne świadczące usługi ubezpieczeniowe oparte na technologii informacyjnej (IT)²⁶.

Wśród nowych technologii można wyróżnić duże zbiory danych (*Big Data*), które są wykorzystywane przede wszystkim do przetwarzania i analizy danych. Pozyskane w ten sposób informacje mają ułatwić np. wykrywanie powtarzalnych wzorców, przewidywanie przyszłych zdarzeń w sposób bardziej precyzyjny, ale też mogą się przyczynić do ułatwienia procesu tworzenia nowych pomysłów i rozwiązań²⁷. Zakłady ubezpieczeń mają dostęp do większej liczby danych o swoich klientach i potrafią je efektywnie wykorzystywać, z uwagi na wykorzystywanie przez nie technologii *Big Data*. Dobrym przykładem jest proces tworzenia profilu behawioralnego potencjalnego klienta, co skutkuje między innymi:

- możliwością indywidualnego doboru ubezpieczenia w oparciu o historię wyszukiwanych stron w Internecie;
- możliwością generowania dopasowanych ofert do konkretnego klienta (np. w przypadku ubezpieczenia na życie, dopasowywanie oferty będzie opierać się o historię medyczną osoby ubezpieczonej);
- tworzeniem ofert opierając się o doświadczenie klienta (*Synerscope*);
- zapobieganiem oszustwom ubezpieczeniowym i analizowaniem ryzyka, za pomocą mediów społecznościowych poprzez śledzenie aktywności potencjalnych klientów oraz ubezpieczonych²⁸.

Kolejnym przykładem na wykorzystanie nowych technologii jest Internet rzeczy, odpowiadający za modelowanie ryzyka. Związany jest z dynamicznym rozwojem zastosowań sieci. Przykładem wykorzystania tej technologii są opaski *Fibit* i *Withings* lub *tracker* aktywności

²⁶ J. Filiczowska, B. Oręziak, M. Płonka, M. Szaraniec, G. Strupczewski, M. Wielec, A. Witwicka-Szczepankiewicz, *Przykłady zastosowania nowych technologii w ubezpieczeniach jako instrument zwalczania przestępczości ubezpieczeniowej...*, s. 62.

²⁷ *Ibidem*, s. 62.

²⁸ R. Kurek, *Insurtechowe trendy na rynku ubezpieczeniowym*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2018, nr 541, s. 143.

fizycznej, który znajduje się na urządzeniu mobilnym. Te przedmioty mają za zadanie monitorować główne funkcje fizyczne człowieka w celu umożliwienia zakładowi ubezpieczeń dokonania precyzyjnej wyceny składki i oceny ryzyka. Natomiast innym przykładem jest urządzenie *Blackbox*, wykorzystywane we Włoszech. Instalowane jest w samochodzie i ma za zadanie monitorować styl jazdy oraz porę dnia podróży. Następnie GPS przekazuje zgromadzone dane do ubezpieczyciela, co znacznie ułatwia rozpatrzenie roszczeń klienta. Warto również wspomnieć o *aerobotics*, które zbierają dane dla branży rolniczej, logistycznej i wydobywczej przy użyciu dronów technologicznych. Dzięki temu rozwiązaniu, ubezpieczyciel może dokonać skuteczniejszej analizy zakresu i kosztów potencjalnych szkód w oparciu o zdjęcia wykonane przez drony²⁹. Urządzenia i czujniki ostrzegające przed nieoczekiwanymi zdarzeniami, ułatwiają zakładom ubezpieczeniowym sprawować kontrolę nad ryzykiem, analizować dane a także identyfikować obszary wymagające dodatkowego ubezpieczenia³⁰.

Wartą odnotowania kwestią są również ubezpieczenia społecznościowe *peer-to-peer*, które pojawiły się na rynku wraz z rozwojem platform internetowych. Główną cechą wyróżniającą ten typ ubezpieczeń jest to, że całość usług świadczona jest drogą internetową. Ubezpieczenia P2P swój schemat opierają na ubezpieczeniu grupy osób o podobnych potrzebach. Swoją nazwę zawdzięczają społeczności, która wspólnie dąży do uzyskania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym jej członkowie nie są anonimowi, choć nie tworzą również formalnej organizacji. Wyróżniającym aspektem jest także fakt, że członkowie mają wpływ na zakres ubezpieczenia oraz wysokość składek, zarówno własnych jak i pozostałych członków grupy. Pierwowzorem dla tego rodzaju ubezpieczenia, są ubezpieczenia wzajemne. Jednak ubezpieczenia społecznościowe nie są objęte przepisami dotyczącymi działalności towarzystw ubezpieczeń wzajemnych. Biorąc pod uwagę platformy ubezpieczeniowe *peer-to-peer*, rozróżnia się te działające we współpracy z zakładem ubezpieczeń, które w konsekwencji objęte są nadzorem ze strony państwa oraz te które działają samodzielnie i takiemu nadzorowi nie podlegają. Szczególną formę tych

²⁹ J. Filiczowska, B. Oręziak, M. Płonka, M. Szaraniec, G. Strupczewski, M. Wielec, A. Witwicka-Szczepankiewicz, *Przykłady zastosowania nowych technologii w ubezpieczeniach jako instrument zwalczania przestępczości ubezpieczeniowej...*, s. 65-67.

³⁰ R. Kurek, *op. cit.*, s. 143.

ubezpieczeń stanowi współpraca ubezpieczeń społecznościowych z komercyjnym zakładem ubezpieczeń. Pośrednik ubezpieczeniowy odgrywa rolę wyspecjalizowanej platformy, która ma na celu skupienie osób szukających podobnej umowy ubezpieczenia, redukując przy tym zjawisko szkodowości. Takie rozwiązanie skutkuje mniejszą liczbą oszustw ze względu na relacje występujące w grupie ubezpieczonych³¹.

2.4. Skala przestępczości ubezpieczeniowej w Polsce w latach 2018-2023

Polska Izba Ubezpieczeń (PIU) działa jako ustawowa organizacja samorządu branżowego od 1990 roku. PIU reprezentuje wszystkie zakłady ubezpieczeń, które działają na terenie Polski³². Do podstawowych zadań Izby należy: „reprezentowanie i podejmowanie działań w celu ochrony wspólnych interesów członków Izby, współdziałanie w zapobieganiu zagrożeniom rynku ubezpieczeń, kształtowanie, upowszechnianie i czuwanie nad przestrzeganiem zasad uczciwej konkurencji i zasad etyki w działalności ubezpieczeniowej”. W statucie wymienione jest również, że jest odpowiedzialna za: „tworzenie i wykonywanie informatycznych baz danych w zakresie statystyki ubezpieczeniowej, a w szczególności baz danych o przebiegu szkodowości w poszczególnych rodzajach ubezpieczeń oraz baz danych niezbędnych do przeciwdziałania przestępczości ubezpieczeniowej”³³. Izba jest obecnie jedyną organizacją w Polsce, która odpowiada za analizę przestępczości ubezpieczeniowej na tak szeroką skalę. PIU publikuje również coroczne raporty z danymi dotyczącymi przestępstw, które zostały ujawnione zarówno w Dziale I jak i Dziale II³⁴.

Według raportu opublikowanego przez PIU dotyczącego przestępstw popełnionych w 2023 roku, odnotowanych zostało 37 815 przypadków wyłudzeń odszkodowań i świadczeń ubezpieczeniowych, w tym 9848 dotyczących wyłudzeń z Działu I oraz 27 967 przypadków ujawnionych w Dziale II. Analizując raporty Polskiej Izby Ubezpieczeniowej wykonane za lata

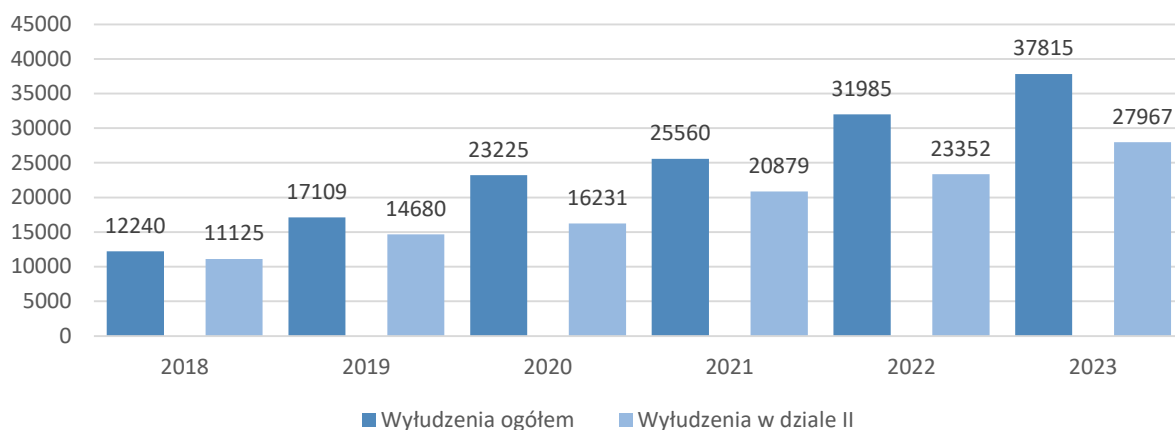
³¹ J. Filiczowska, B. Oręziak, M. Płonka, M. Szaraniec, G. Strupczewski, M. Wielec, A. Witwicka-Szczepankiewicz, *Przykłady zastosowania nowych technologii w ubezpieczeniach jako instrument zwalczania przestępczości ubezpieczeniowej...*, s. 70-72.

³² *Organizacja*, Polska Izba Ubezpieczeń, (piu.org.pl), dostęp: 14.03.2025 r.

³³ *Statut Polskiej Izby Ubezpieczeń*, Polska Izba Ubezpieczeń, (piu.org.pl), dostęp: 14.03.2025 r.

³⁴ K. Dąbek, A. Kamiński, *Analiza przestępczości ubezpieczeniowej w Polsce na przestrzeni lat 2012-2015*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2017, nr 488, s. 15.

2018-2023 można zauważyć, że liczba wyłudzeń z roku na rok znacznie wzrastała. Liczba odnotowanych wyłudzeń łącznie z obu działów wzrosła z 12 240 w roku 2018, do 37 815 w roku 2023, co stanowi prawie trzykrotny przyrost oszustw na przestrzeni sześciu lat. Zobrazowanie skali tego problemu zostało przedstawione na rysunku 2.2.



Rysunek 2.2. Ujawnione wyłudzenia odszkodowań i świadczeń ubezpieczeniowych w ujęciu ilościowym w latach 2018-2023 w Polsce, z wyszczególnieniem Działu II

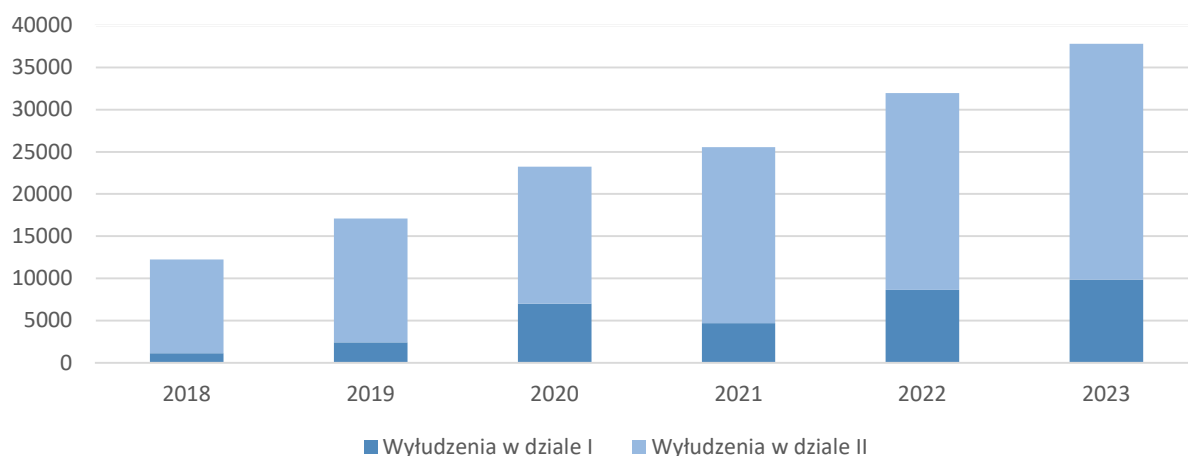
Źródło: opracowanie własne na podstawie: Analiza danych dotyczących przestępstw ubezpieczeniowych ujawnionych w 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023 roku, Polska Izba Ubezpieczeń, (piu.org.pl), dostęp: 14.03.2025 r.

Zauważalny stały wzrost przestępstw na przestrzeni analizowanego okresu świadczy o nieprzerwanym zagrożeniu przestępczością ubezpieczeniową. Warto również zwrócić uwagę na wzrost skuteczności w wykrywaniu wyłudzeń, co może być skutkiem doskonalenia technik i współpracy wszystkich uczestników rynku, wykorzystywania systemów IT w zaawansowanej analityce, a także poprawy współpracy zakładów ubezpieczeniowych z policją oraz prokuraturą³⁵.

Porównując liczbę wyłudzeń z Działu I oraz II można zauważyć corocznie występującą dysproporcję zanotowanych fraudów między tymi działami. Udział wyłudzeń z Działu II w odniesieniu do całości, każdego roku stanowi ponad połowę ujawnionych przestępstw ubezpieczeniowych. Ten stan rzeczy może wynikać z faktu, że to nadal ubezpieczenia komunikacyjne stanowią większość na Polskim rynku. Warto także zauważyć, że ilość ujawnionych

³⁵ Analiza danych dotyczących przestępstw ujawnionych w 2019 roku w związku z działalnością zakładów ubezpieczeń – członków Polskiej Izby Ubezpieczeń, Polska Izba Ubezpieczeń, (piu.org.pl), dostęp: 14.03.2025 r., s. 18.

wyłudzeń związanych z ubezpieczeniami na życie, znacząco wzrosła w roku 2020. Ilość oszustw ujawnionych w 2020 roku stanowiła prawie trzykrotność przestępstw zanotowanych w roku 2019. Jest to skutek tego, że zakłady ubezpieczeń działu I coraz lepiej zaczęły wykrywać przestępstwa ubezpieczeniowe, natomiast tak duży wzrost jest wynikiem również znaczącej poprawy skuteczności detekcji drobnych wyłudzeń związanych ze świadczeniami w ubezpieczeniach grupowych³⁶. Rozkład przestępstw ubezpieczeniowych z Działu I i II został przedstawiony na rysunku 2.3.



Rysunek 2.3. Udział przestępstw ubezpieczeniowych z działu I i II w przestępstwach ubezpieczeniowych ogółem w Polsce w latach 2018-2023 w ujęciu ilościowym

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Analiza danych dotyczących przestępstw ubezpieczeniowych ujawnionych w 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023 roku, Polska Izba Ubezpieczeń, (piu.org.pl), dostęp: 15.03.2025 r.

Analiza raportów z poszczególnych lat pozwala dostrzec wyraźną tendencję, zgodnie z którą ilość wyłudzeń ubezpieczeń komunikacyjnych co roku przewyższa pozostałe ubezpieczenia. Natomiast należy również zauważyć sporą wartość wyłudzeń związanych z ubezpieczeniami mieszkań, gdzie w 2023 roku było to już ponad 2800 przypadków o wartości 19 mln zł. Znaczną popularność wśród przestępców zyskały również ubezpieczenia turystyczne i assistance, w 2023 roku liczba przypadków wyniosła już lekko ponad 2000 na kwotę 2 mln zł. Warto również zwrócić

³⁶ Analiza danych dotyczących przestępstw ujawnionych w 2020 roku w związku z działalnością zakładów ubezpieczeń – członków Polskiej Izby Ubezpieczeń, Polska Izba Ubezpieczeń, piu.org.pl, dostęp 15.03.2025 r., s. 11.

uwagę na liczbę ujawnionych przestępstw OC innych niż komunikacyjne i rolników, gdzie w 2023 wykryto ponad 1500 przypadków o wartości 26 mln zł. W tabeli 2.1 przedstawione zostały dane dotyczące liczby wykrytych wyłudzeń w Dziale II na przestrzeni wszystkich badanych lat.

Tabela 2.1. Liczba wyłudzeń w dziale II w Polsce w latach 2018-2023

Ryzyko/Produkt	2018	2019	2020	2021	2022	2023
OC komunikacyjne	6 619	9 243	9 324	12 574	12 579	14 105
Autocasco	1 929	2 494	2 862	4 254	4 762	5 890
OC rolników	490	201	153	126	62	35
Od kradzieży z włamaniem (biznes)	166	35	99	63	112	133
Od ognia i innych żywiołów (biznes)	36	78	83	69	172	296
Ubezpieczenia mieszkań i domów	584	931	1 308	1 922	1 950	2 844
Turystyczne i Assistance	23	28	16	15	1 967	2 012
NNW	479	426	681	288	247	720
Inne OC	614	851	1 377	1 177	1 419	1 524
Kredytu, Finansowe, D&O	11	15	19	19	16	3
Gwarancja ubezpieczeniowa	5	2	40	9	4	2
Inne	169	376	269	363	62	403
Razem ubezpieczenia	11 125	14 680	16 231	20 879	23 352	27 967

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Analiza danych dotyczących przestępstw ubezpieczeniowych ujawnionych w 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023 roku, Polska Izba Ubezpieczeń, (piu.org.pl), dostęp: 15.03.2025 r.

Szukając przyczyny, dla której ubezpieczenia komunikacyjne w dalszym stopniu pozostają największym zainteresowaniem przestępców, można stwierdzić, że dzieje się tak ponieważ:

— wypadki drogowe zdarzają się często;

- ubezpieczenie OC ma charakter powszechny i obowiązkowy, więc odmowa jego zawarcia jest praktycznie niemożliwa i gwarantuje ochronę, nawet jeśli składka nie została opłacona w pełni;
- OC komunikacyjne oferuje szeroką ochronę oraz relatywnie długi okres przedawnienia;
- społeczeństwo w sposób znaczny przyzwala na tego typu działania.

Przestępcy generując szkody w OC i AC nagminnie wykorzystują fakt, że koszty nawet niewielkich napraw zaawansowanych technicznie pojazdów są wysokie, co przyczynia się do wysokiej wartości wyłudzeń w ubezpieczeniach komunikacyjnych. Oprócz uszkodzeń pojazdów, sprawcy często fałszują także rzekome obrażenia ciała, które miałyby wynikać z wypadków drogowych³⁷. Zakłady ubezpieczeń zmagają się również z problemem fikcyjnych kradzieży pojazdów, co skutkuje wysokimi kosztami, które obciążają ubezpieczyciela. Pomimo tego, że metody wykorzystywane przez przestępców w ubezpieczeniach komunikacyjnych są ubezpieczycielom doskonale znane, to niestety zjawisko w sposób nieustanny ewoluuje tworząc nowe sposoby wyłudzeń. Natomiast dzięki bazie danych Ośrodka Informacji UFG, a także Zintegrowanej Platformie Identyfikacji i Weryfikacji Zjawisk Przestępczości Ubezpieczeniowej UFG, zakłady ubezpieczeniowe mogą w łatwiejszy sposób zidentyfikować podejrzane szkody, związane z pojazdami i osobami, które regularnie i umyślnie uczestniczą w wypadkach³⁸. Ujęcie wartościowe ujawnionych przestępstw ubezpieczeniowych związanych z działem II na przestrzeni badanego okresu ukazane zostało w tabeli 2.2.

Tabela 2.2. Wartość wyłudzeń w dziale II w Polsce w latach 2018-2023 (w mln zł)

Ryzyko/Produkt	2018	2019	2020	2021	2022	2023
OC komunikacyjne	96,10	175,70	185,43	188,72	179,36	203,32
Autocasco	59,72	96,08	95,44	98,94	95,97	103,83
OC rolników	6,81	7,83	3,41	5,42	1,15	0,57

³⁷ Analiza danych dotyczących przestępstw ujawnionych w 2022 roku w związku z działalnością zakładów ubezpieczeń – członków Polskiej Izby Ubezpieczeń, Polska Izba Ubezpieczeń, piu.org.pl, dostęp: 15.03.2025 r., s. 10.

³⁸ Analiza danych dotyczących przestępstw ujawnionych w 2023 roku w związku z działalnością zakładów ubezpieczeń – członków Polskiej Izby Ubezpieczeń, Polska Izba Ubezpieczeń, piu.org.pl, dostęp: 15.03.2025 r., s. 13-16.

Od kradzieży z włamaniem (biznes)	3,46	5,13	10,47	12,29	5,28	5,92
Od ognia i innych żywiołów (biznes)	10,64	5,31	6,62	30,27	12,14	9,9
Ubezpieczenia mieszkań i domów	7,91	7,32	9,84	16,70	21,46	19,35
Turystyczne i Assistance	0,16	0,31	0,32	0,05	3,96	2,37
NNW	4,64	4,47	4,69	10,26	1,10	3,45
Inne OC	9,44	19,49	19,92	19,79	31,22	26,12
Kredytu, Finansowe, D&O	0,48	1,15	0,87	1,27	0,65	0,01
Gwarancja ubezpieczeniowa	0,00	1,98	0,15	0,18	1,16	0,03
Inne	15,25	26,24	17,08	24,28	3,91	14,45
Razem ubezpieczenia	214,60	351,01	354,23	408,16	357,37	389,33

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Analiza danych dotyczących przestępstw ubezpieczeniowych ujawnionych w 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023 roku, Polska Izba Ubezpieczeń, (piu.org.pl), dostęp: 15.03.2025 r.

Przestępczość ubezpieczeniowa w dalszym ciągu pozostaje zjawiskiem, które jest trudne do wykrycia i oszacowania w sposób wiarygodny. Skala tego zjawiska nie jest znana nikomu w pełni, ponieważ wlicza się do niej również przestępstwa nieujawnione - tzw. ciemną liczbę przestępstw. Według szacunków PIU ciemna liczba przewyższa dziesięciokrotnie dane, które zostały ujawnione i ujęte w statystykach³⁹. Niemniej jednak zakłady ubezpieczeń skuteczniej analizują słuszność świadczeń i eliminują te, które wzbudzają ich podejrzenia. Wzajemna wymiana informacji pomiędzy zakładami oraz poprawa współpracy z policją, przyczyniają się do zwiększenia wykrywalności oszustw⁴⁰. Niestety całkowite wyeliminowanie zjawiska przestępczości ubezpieczeniowej jest niemożliwe do osiągnięcia. Określenie przez zakład w jakich warunkach

³⁹ Analiza danych dotyczących przestępstw ujawnionych w 2022 roku w związku z działalnością zakładów ubezpieczeń – członków Polskiej Izby Ubezpieczeń, Polska Izba Ubezpieczeń, (piu.org.pl), dostęp: 17.03.2025 r., s. 8.

⁴⁰ Analiza danych dotyczących przestępstw ujawnionych w 2023 roku w związku z działalnością zakładów ubezpieczeń – członków Polskiej Izby Ubezpieczeń, Polska Izba Ubezpieczeń, (piu.org.pl), dostęp: 17.03.2025 r., s. 5.

doszło do szkody oraz jakie straty faktycznie zostały poniesione, zależy w dużej mierze od uczciwości klienta. Należy pamiętać, że zakład ubezpieczeń chcąc jak najszybciej zlikwidować szkodę, opiera się między innymi na oświadczeniach składanych przez ubezpieczonych czy też poszkodowanych, dlatego kluczową kwestią jest ich uczciwość i wiarygodność⁴¹.

2.5. Metodyka badań własnych

Celem przeprowadzonego badania ankietowego było zgłębienie tematyki związanej z świadomością oraz postawami polskiego społeczeństwa wobec zjawiska jakim jest przestępczość ubezpieczeniowa. Badanie ankietowe zostało przeprowadzone w dniach od 30.03.2025 do 30.04.2025 z wykorzystaniem formularza Google. Grupę badawczą stanowiło 108 osób. Link do ankiety upowszechniany był głównie przy użyciu platformy społecznościowej jaką jest Facebook oraz poprzez rodzinę i znajomych ankietera.

Ankieta składała się całościowo z 23 pytań. Przeważającą część stanowiły pytania jednokrotnego wyboru, a 2 pytania miały opcję wielokrotnego wyboru. Tylko w jednym pytaniu pojawiła się opcja „inne” w której respondent mógł wpisać własną odpowiedź, pozostałe pytania miały charakter zamknięty. W 3 pytaniach do udzielenia odpowiedzi ankieter zastosował skalę Likerta⁴². Nie na wszystkie pytania należało udzielić odpowiedzi – konieczność udzielenia odpowiedzi była uzależniona od opcji wskazanej w poprzedzającym je pytaniu. Pierwsze 6 pytań stanowiła metryczka, w której ankieter pytał o płeć, wiek, wielkość miejscowości zamieszkania, wykształcenie, status (uczeń, student, pracujący student, osoba pracująca, osoba bezrobotna,

⁴¹ Analiza danych dotyczących przestępstw ujawnionych w 2019 roku w związku z działalnością zakładów ubezpieczeń – członków Polskiej Izby Ubezpieczeń, Polska Izba Ubezpieczeń, (piu.org.pl), dostęp: 17.03.2025 r., s. 6.

⁴² Cyt.: „Nazwa pochodzi od nazwiska amerykańskiego badacza społecznego, założyciela Instytutu Badań Społecznych - Rensisa Likerta (1903-1981). Miał on na celu przełamanie ograniczeń skal prostych w 1932 roku. Skala Likerta jest najczęściej stosowanym narzędziem pomiaru postaw. Decyduje o tym prostota budowy skali, możliwości dostrzeżenia wielu aspektów zjawiska, które badamy, zasady sprawdzania jednowymiarowości oraz dogodność używania formy zmiennej syntetycznej. Na skali Likerta respondenci dokonują wyboru jednej z kategorii odpowiadając na dane stwierdzenie (zwykle są to kolejne liczby naturalne, od kilku do kilkunastu pozycji). Dowolny jest dobór źródeł, na których podstawie są one przygotowywane. Może być to wiedza na temat problemu, literatura przedmiotu, doświadczenie badacza, wyniki badań empirycznych lub informacje pochodzące z mediów. Zgodnie z operacyjną teorią pomiaru możemy traktować te liczby jako wyniki pomiaru na skali przedziałowej, jeżeli zostaną odpowiednio zagregowane i przekształcone, oraz jeżeli metody pomiaru zapewniają, że różnice na skali odpowiadają w przybliżeniu różnicom w natężeniu cech psychologicznych. Potrzeba jednak zastosowania trafnego i rzetelnego narzędzia pomiaru.”, *Skala Likerta*, (https://mfiles.pl/pl/index.php/Skala_Likerta), dostęp: 01.05.2025 r.

emeryt/rencista) oraz o miesięczny dochód respondenta. Pełne informacje dotyczące odpowiedzi na pierwszą część ankiety zostały przedstawione w tabeli 2.3.

W następnej części ankiety zadano 11 pytań, które swoim zakresem tematycznym obejmowały: świadomość na temat zjawiska przestępczości ubezpieczeniowej; posiadanie ubezpieczeń w sektorze ubezpieczeń majątkowych; zaufanie do zakładu ubezpieczeń. Ostatnią część kwestionariusza stanowiło 6 pytań związanych z postawą wobec przestępczości ubezpieczeniowej na przykładzie poszczególnych sytuacji.

Tabela 2.3. Respondenci według kryteriów społeczno-ekonomicznych

Cechy społeczno-demograficzne	Liczebność	Procentowo
Płeć		
Kobieta	62	57,4%
Mężczyzna	46	42,6%
Wiek		
18-26	78	72,2%
27-39	15	13,9%
40-65	13	12%
>65	2	1,9%
Wielkość miejscowości zamieszkania		
Wieś	39	36,1%
Miasto do 20 tys. mieszkańców	11	10,2%
Miasto od 20 tys. mieszkańców do 50 tys. mieszkańców	15	13,9%
Miasto od 50 tys. mieszkańców do 100 tys. mieszkańców	6	5,6%
Miasto od 100 tys. mieszkańców do 250 tys. mieszkańców	5	4,6%
Miasto od 250 tys. mieszkańców do 500 tys. mieszkańców	2	1,9%
Miasto powyżej 500 tys. mieszkańców	30	27,8%
Wykształcenie		
Podstawowe	2	1,9%
Gimnazjalne	0	0%
Zasadnicze zawodowe	11	10,2%

Średnie	68	63%
Wyższe	27	25%
Status		
Uczeń	1	0,9%
Student	37	34,3%
Pracujący student	24	22,2%
Osoba pracująca	44	40,7%
Osoba bezrobotna	0	0%
Emeryt/rencista	2	1,9%
Dochód		
Do 2500 zł	41	38%
Od 2500 - 3500 zł	13	12%
Od 3500 - 5000 zł	25	23,1%
Od 5000 - 6000 zł	16	14,8%
Od 6000 - 7000 zł	4	3,7%
Powyżej 7000 zł	9	8,3%

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego.

Analizując powyższą tabelę, można zauważyć, że większa część respondentów była płci żeńskiej i stanowiła prawie 58% osób objętych badaniem ankietowym. W obrębie całej grupy osób ankietowanych, najliczniejszą grupę tworzyły osoby z przedziału wiekowego 18-26. Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania, dominującą część próby badawczej stanowiły osoby z miast o liczbie ludności powyżej 500 tys. mieszkańców (30) oraz mieszkańcy wsi (39). Dokonując analizy wykształcenia osób objętych badaniem ankietowym, można zauważyć przeważający odsetek osób posiadających wykształcenie wyższe lub średnie. W badaniu wzięło udział 68 osób pracujących. Rozpatrując odpowiedzi dotyczące wysokości miesięcznego dochodu, można stwierdzić, że wyróżniającą grupę stanowiły osoby, których miesięczny dochód nie przekraczał 2500 zł (41) oraz ankietowani z miesięcznym dochodem w przedziale od 3500 zł do 5000 zł (25).

W celu dokonania pogłębionej analizy wyników przeprowadzonej ankiety, zastosowany został test chi-kwadrat Pearsona (χ^2), który oparty jest na weryfikacji hipotez. Z definicji:

„Hipotezą statystyczną nazywamy każdy sąd o zbiorowości generalnej wypowiedziany bez pełnej znajomości tej zbiorowości”. W celu przeprowadzenia testu konieczne jest sformułowanie hipotezy zerowej, której poprawność sprawdzamy (H_0) oraz hipotezy alternatywnej (H_1), która jest przyjmowana w przypadku odrzucenia hipotezy zerowej⁴³⁴⁴.

H_0 : nie istnieje zależność pomiędzy badanymi zmiennymi

H_1 : istnieje zależność pomiędzy badanymi zmiennymi

Błąd rodzaju I, polega na odrzuceniu hipotezy prawdziwej. Najczęściej używanym poziomem istotności jest $\alpha=0,05$ i taki sam poziom został przyjęty w badaniu. Aby zweryfikować hipotezy, wyliczono wartość prawdopodobieństwa testowego (wartość p) i uzyskane wyniki porównano z poziomem istotności ($\alpha=0,05$), kierując się następującą regułą⁴⁵:

jeżeli $p \leq \alpha$, to odrzucano H_0 i przyjmowano H_1

jeżeli $p > \alpha$, to nie było podstaw do odrzucania H_0 .

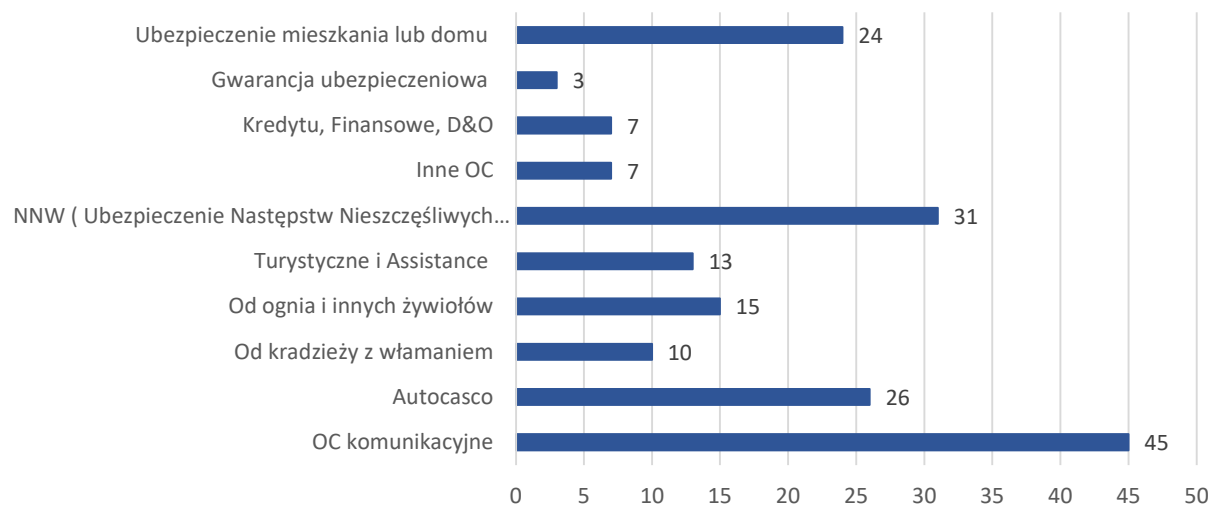
2.6. Świadomość społeczeństwa polskiego w obszarze przestępczości ubezpieczeniowej

Pierwszym pytaniem w tej części kwestionariusza, na które ankietowani musieli odpowiedzieć było pytanie: „Czy posiada Pan/Pani ubezpieczenie w sektorze ubezpieczeń majątkowych?”. Spośród badanych 60 osób posiada ubezpieczenie w sektorze majątkowym, natomiast pozostałe 48 osób takowego ubezpieczenia nie posiada. W przypadku odpowiedzi twierdzącej ankietowany proszony był o wskazanie jakie ubezpieczenia z tego sektora są przez niego posiadane. Zestawienie ilościowe posiadanych poszczególnych ubezpieczeń w sektorze ubezpieczeń majątkowych zostało ukazane na rysunku 2.4.

⁴³ S. M. Kot, J. Jakubowski, A. Sokołowski, *Weryfikacja hipotez statystycznych* [w:] *Statystyka. Wyd. II*, Difin, Warszawa 2011, s. 235-239.

⁴⁴ H. Baranek, *Weryfikacja hipotez statystycznych* [w:] *Statystyka ogólna*, red. M. Woźniak, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Krakowie, Kraków 2002, s. 192.

⁴⁵ S. M. Kot, J. Jakubowski, A. Sokołowski, *op. cit.*, s. 236-240.



Rysunek 2.4. Liczba respondentów posiadająca poszczególne ubezpieczenia w sektorze ubezpieczeń majątkowych

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego

Analizując powyższe zestawienie, nie jest zaskoczeniem, że największy odsetek badanych posiada OC komunikacyjne, dalej znajduje się ubezpieczenie Następstw Nieszczęśliwych Wypadków (NNW), a następnie równie licznie wybierane były opcje „autocasco” oraz „ubezpieczenie mieszkania lub domu”. Taki rozkład odpowiedzi, może świadczyć o powszechności posiadania pojazdów mechanicznych wśród osób badanych i związanego z nimi ubezpieczenia OC komunikacyjnego.

Kolejne pytanie miało na celu zweryfikować, czy osoby badane kiedykolwiek słyszały o zjawisku przestępczości ubezpieczeniowej. Odpowiedziami do wyboru były: tak, nie, nie jestem pewien/pewna. Wyniki odpowiedzi na to pytanie zostały przedstawione poniżej w tabeli 2.4.

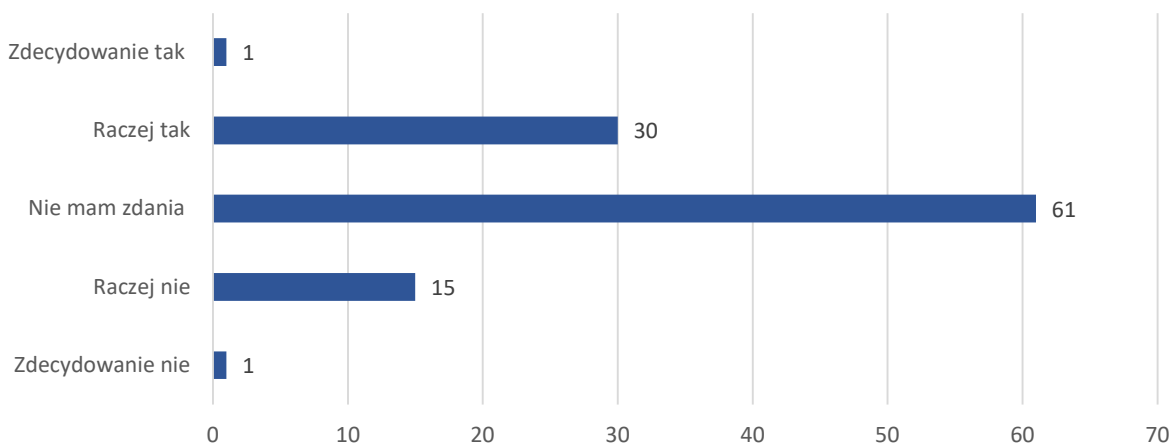
Tabela 2.4. Odpowiedzi na pytanie: „Czy kiedykolwiek słyszał/a Pan/Pani o przestępczości ubezpieczeniowej?”

Odpowiedź	Liczba odpowiedzi	Procent
Tak	69	63,9%
Nie	19	17,6%
Nie jestem pewien/pewna	20	18,5%

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego

Jak wynika z powyżej przedstawionych danych około 64% osób ankietowanych słyszało o przestępczości ubezpieczeniowej, co sugeruje stosunkowo wysoki poziom świadomości społeczeństwa w tym zakresie. Niepokojący wydaje się fakt, że aż 36% osób badanych nie słyszało o tym pojęciu lub nie była tego pewna. Ankieter w tej części kwestionariusza zadał również pytanie wielokrotnego wyboru z możliwością wpisania własnej odpowiedzi. Na pytanie: „Skąd najczęściej zdobywa Pan/Pani informacje na temat przestępczości ubezpieczeniowej?” ankietowani najczęściej odpowiadali, że informacje o przestępczości ubezpieczeniowej pozyskują z mediów (81) oraz w trakcie rozmów z rodziną i przyjaciółmi (31). Następnie dwie osoby stwierdziły, że pozyskują je od towarzystw ubezpieczeniowych. Jedna osoba ankietowana odpowiedziała, że informacje uzyskuje na uczelni oraz również jedna osoba w wyniku pracy w towarzystwie ubezpieczeniowym.

Następne pytanie polegało na zbadaniu wiedzy ankietowanych na temat wielkości problemu przestępczości ubezpieczeniowej, przy zastosowaniu skali Likerta. Osoby ankietowane były proszone, aby zaznaczyć jedną z opcji (zdecydowanie nie, raczej nie, nie mam zdania, raczej tak, zdecydowanie tak) w odpowiedzi na pytanie: „Czy według Pana/Pani problem przestępczości ubezpieczeniowej w Polsce jest duży?”. Ponad połowa osób objętych badaniem ankietowym (61) zaznaczyła opcję „nie mam zdania”, może to wskazywać, że społeczeństwo wykazuje obojętne podejście na problem jakim jest przestępczość ubezpieczeniowa albo że nie posiada wiedzy w tym zakresie. Dokładny rozkład odpowiedzi na to pytanie został przedstawiony na rysunku 2.5.



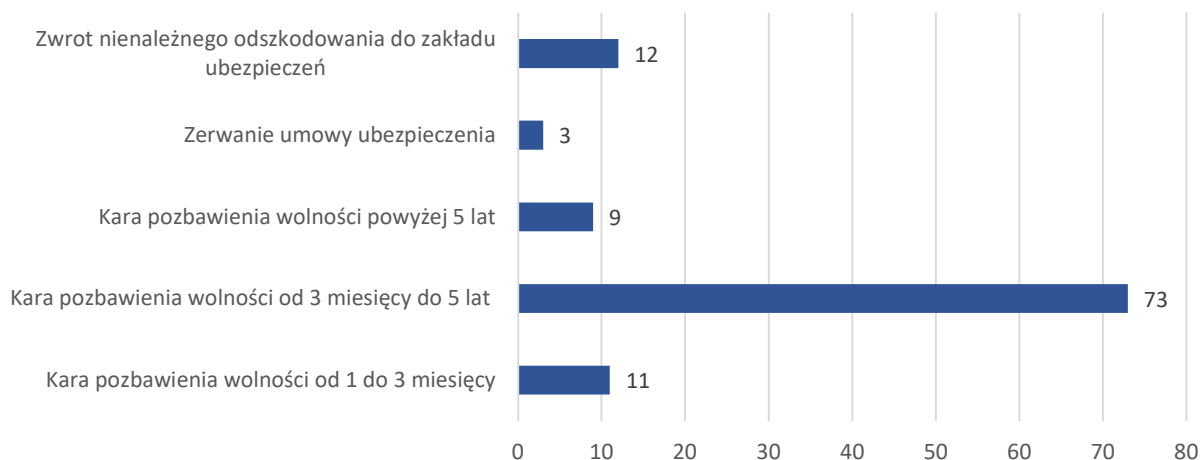
Rysunek 2.5. Odpowiedzi na pytanie „Czy według Pana/Pani problem przestępczości ubezpieczeniowej w Polsce jest duży?”

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego

W kolejnym pytaniu ankietowani musieli odpowiedzieć na pytanie: „Czy kiedykolwiek był/a Pan/Pani świadkiem przestępczości ubezpieczeniowej lub znał/a Pan/Pani osobę, która miała z nią do czynienia?”. Wśród 108 badanych, odpowiedź twierdzącą udzieliło tylko 14 osób, natomiast pozostałe 94 osoby stwierdziło, że nie spotkało się osobiście z sytuacją wyłudzenia odszkodowania w gronie osób im znanych. Taki rozkład odpowiedzi, może wskazywać na niską przestępczość wśród osób badanych. Niemniej jednak może również sugerować, że przestępczość ubezpieczeniowa pozostaje zjawiskiem mało widocznym w codziennym życiu badanych lub nie jest łatwa do rozpoznania. Taki stan rzeczy może świadczyć o występowaniu potrzeby zwiększenia świadomości społecznej w zakresie tego typu przestępstw.

Kolejne z pytań zadanych przez ankietera miało na celu zbadanie samooceny osób ankietowanych w obszarze prawnokarnych skutków dotyczących dopuszczenia się przestępstwa ubezpieczeniowego. W odpowiedzi na pytanie: „Czy jest Pan/Pani świadomy/świadoma konsekwencji prawnych wiążących się z popełnieniem przestępstwa ubezpieczeniowego?” 43 osoby zaznaczyły odpowiedź „tak”, kolejne 31 osób odpowiedziało się za opcją „nie”, natomiast pozostałe 34 osoby wybrały opcję „nie jestem pewien/pewna”. Następujące po tym pytanie miało na celu uzupełnić wyniki poprzedniego i sprawdzić czy badani faktycznie są świadomi

konsekwencji popełnienia oszustwa asekuracyjnego. Ankieter poprosił o wskazanie, która kara odpowiada tej za popełnienie przestępstwa ubezpieczeniowego. Do wyboru, respondenci mieli jedną z następujących opcji: „kara pozbawienia wolności od 1 do 3 miesięcy”, „kara pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat”, „kara pozbawienia wolności powyżej 5 lat”, „zerwanie umowy ubezpieczenia” oraz „zwrot nienależnego odszkodowania do zakładu ubezpieczeń”. Wyniki odpowiedzi na to pytanie przedstawiono na rysunku 2.6.



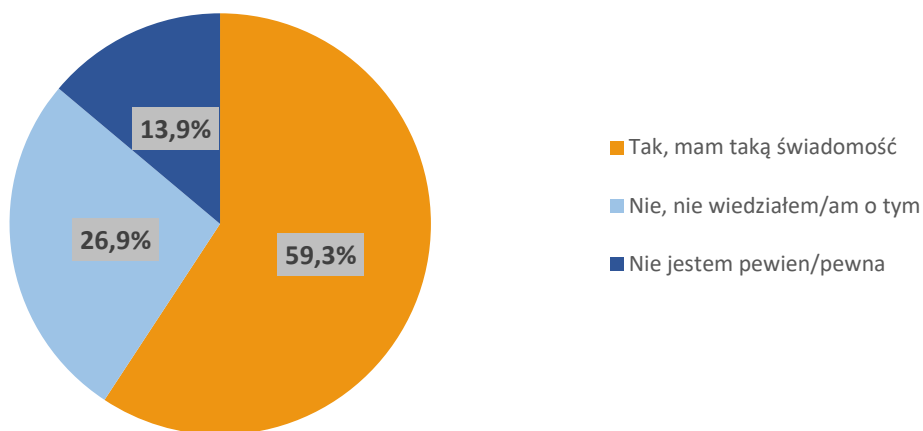
Rysunek 2.6. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Jakie konsekwencje prawne Pana/Pani zdaniem przewiduje się za upozorowanie zdarzenia, będącego podstawą do wypłaty odszkodowania?”

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego

Jak można zauważyć, 73 osoby wskazały dobrą odpowiedź, którą była: „kara pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat”. Co więcej, spośród 43 osób, które zadeklarowały znajomość konsekwencji prawnych, jedynie 9 udzieliło niepoprawnej odpowiedzi w pytaniu dotyczącym prawnokarnych skutków takiego czynu. Taki rozkład odpowiedzi świadczy o relatywnie wysokim poziomie świadomości osób ankietowanych w zakresie konsekwencji prawnych dopuszczenia się takiego czynu.

Kolejne zagadnienie, które poddano analizie, dotyczyło świadomości osób badanych w zakresie wykorzystywania ich danych osobowych w celu identyfikacji przestępstw ubezpieczeniowych. Przykładowo dostęp do historii medycznej klienta pozwala na wcześniejsze

wykrycie próby wyłudzenia ubezpieczenia (np. dany klient usiłuje wyłudzić świadczenie z tytułu usunięcia wyrostka robaczkowego, który już wcześniej był usunięty)⁴⁶. W odpowiedzi na pytanie ankietera: 64 respondentów zaznaczyło „tak, mam taką świadomość”, 29 osób natomiast wskazało „nie, nie wiedziałem/am o tym”, a pozostałe 15 osób stwierdziło, że nie są pewni odpowiedzi. Można zatem wysunąć wniosek, że pomimo zauważalnej świadomości pośród osób badanych, nadal istnieje znaczący odsetek (40%) respondentów, którzy nie posiadają pełnej wiedzy na temat sposobu wykorzystania ich danych. Procentowy rozkład odpowiedzi został przedstawiony na rysunku 2.7.



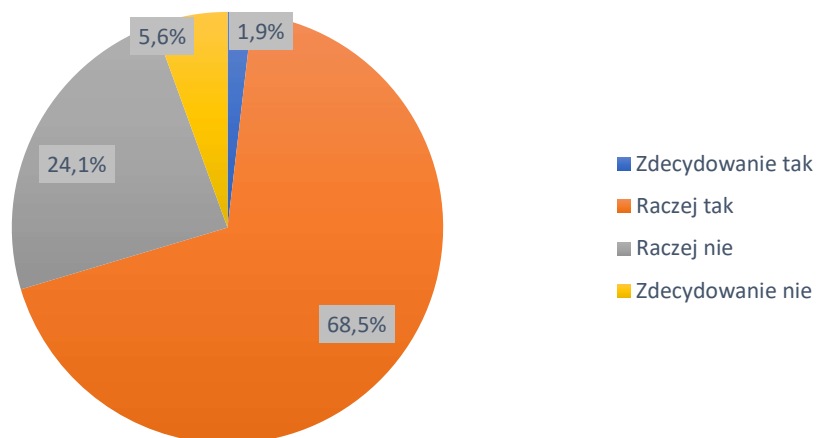
Rysunek 2.7. Procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie „Czy ma Pan/Pani świadomość, że Pana/Pani dane osobowe mogą być wykorzystywane w celach związanych z wykrywaniem oszustw ubezpieczeniowych?”

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego

Następne pytanie miało na celu zbadać poziom zaufania do zakładów ubezpieczeń. Na pytanie: „Czy ufa Pan/Pani zakładom ubezpieczeń?” ankietowani w znaczącej większości wybrali opcję „raczej tak”, grupa ta stanowiła 74 osoby. Zdecydowane zaufanie wykazały natomiast tylko 2 osoby ankietowane. Opcję „raczej nie” wybrało 26 respondentów, natomiast 6 osób stwierdziło,

⁴⁶ Analiza danych dotyczących przestępstw ujawnionych w 2023 roku w związku z działalnością zakładów ubezpieczeń – członków Polskiej Izby Ubezpieczeń, Polska Izba Ubezpieczeń, piu.org.pl, dostęp: 23.05.2025 r., s. 6.

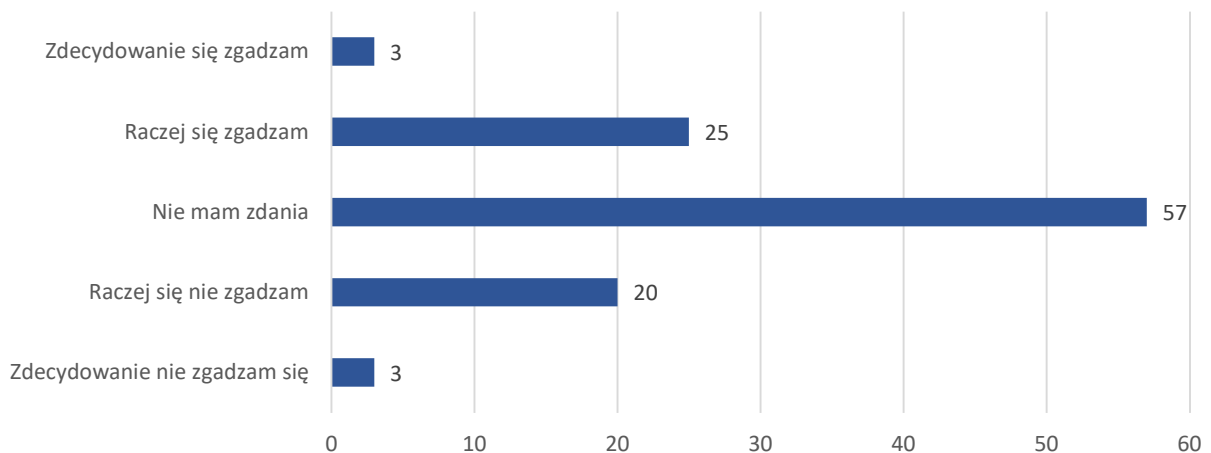
że zdecydowanie nie ufają one zakładom ubezpieczeń. Procentowy rozkład odpowiedzi na to pytanie został ukazany na rysunku 2.8.



Rysunek 2.8. Procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie „Czy ufa Pan/Pani zakładom ubezpieczeń?”

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego

Ostatnim pytaniem zadany przez ankietera w tej części kwestionariusza było: „Czy zgadza się Pan/Pani ze stwierdzeniem, że zakłady ubezpieczeń w sposób skuteczny zapobiegają przestępczości ubezpieczeniowej?”. W przypadku tego pytania, do odpowiedzi, ankieter również zastosował skalę Likerta. Najwięcej respondentów odpowiedziało się za opcją „nie mam zdania”, następną najczęściej zaznaczaną opcją było „raczej się zgadzam”, kolejno „raczej się nie zgadzam” oraz w równej wartości zaznaczonych odpowiedzi znalazły się opcje „zdecydowanie się zgadzam”, a także „zdecydowanie się nie zgadzam”. Dokładny rozkład odpowiedzi na to pytanie został ukazany na rysunku 2.9.



Rysunek 2.9. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Czy zgadza się Pan/Pani ze stwierdzeniem, że zakłady ubezpieczeń w sposób skuteczny zapobiegają przestępczości ubezpieczeniowej?”

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego

Na podstawie powyższych danych, można zauważyć, że wśród badanych spory odsetek (53%) respondentów wykazuje niepewność w kwestii oceny skuteczności działań podejmowanych przez zakłady ubezpieczeń w celach zapobiegawczych przestępczości ubezpieczeniowej. Taki wynik może świadczyć o niskim poziomie wiedzy na temat działań prewencyjnych stosowanych przez zakłady ubezpieczeń. Tylko 28 respondentów uznało, że zakłady w sposób skuteczny zapobiegają działaniom oszustów ubezpieczeniowych, natomiast 23 osoby badane stwierdziły, że zakłady ubezpieczeń nie są skuteczne w swoich działaniach prewencyjnych.

2.7. Akceptowalność zachowań przestępczych w polskim społeczeństwie

W ostatniej części badania ankietowego, ankieter miał na celu pozyskanie informacji na temat postaw społeczeństwa polskiego wobec zjawiska przestępczości ubezpieczeniowej. Ostatnia część kwestionariusza oparta została na 6 pytaniach poruszających kwestie moralne związane z nienależnym wyłudzeniem odszkodowania.

Kluczowym dla ankietera pytaniem było: „Czy Pana/Pani zdaniem można usprawiedliwić, gdy ktoś wyłudza nienależne odszkodowanie?”, ponieważ na podstawie odpowiedzi udzielonych na to pytanie przeprowadzony został test niezależności chi-kwadrat. Badanie polegało na zbadaniu zależności pomiędzy akceptacją zachowań przestępczych w sektorze ubezpieczeń, a poszczególnymi predyktorami (x_n) tj.:

1. Płeć;
2. Wiek;
3. Wykształcenie;
4. Dochód;
5. Wielkość miejscowości zamieszkania;
6. Status społeczny;
7. Zaufanie do zakładu ubezpieczeń;
8. Posiadanie ubezpieczenia w sektorze ubezpieczeń majątkowych.

Uzupełnieniem do głównego pytania, było wskazanie powodu, dla którego w przypadku, gdy ktoś zaznaczył opcję „nigdy”, nie można usprawiedliwić wyłudzenia nienależnego odszkodowania. Natomiast w przypadku, kiedy osoba badana zaznaczyła opcję „czasem”, „często” bądź „zawsze”, była proszona, aby wskazać powód, dla którego jej zdaniem można usprawiedliwić, gdy ktoś wyłudza nienależne odszkodowanie.

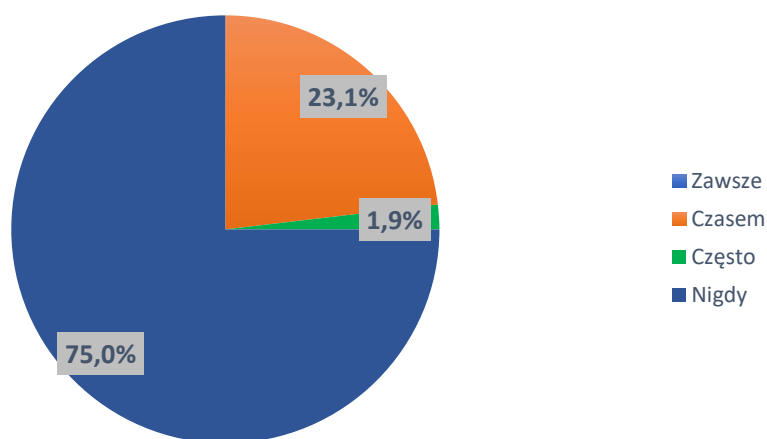
W celu zbadania za pomocą testu chi-kwadrat zależności pomiędzy wymienionymi zmiennymi, a akceptacją zachowań przestępczych w sektorze ubezpieczeniowym sformułowano następujące hipotezy:

H_0 : nie istnieje zależność pomiędzy predyktorem x_n a akceptowalnością zachowań przestępczych w sektorze ubezpieczeniowym

H_1 : istnieje zależność pomiędzy predyktorem x_n a akceptowalnością zachowań przestępczych w sektorze ubezpieczeniowym

Na główne pytanie dotyczące tej części kwestionariusza, którym było: „Czy Pana/Pani zdaniem można usprawiedliwić, gdy ktoś wyłudza nienależne odszkodowanie?”, respondenci odpowiadali w sposób następujący: 81 osób, stanowiących zarazem 75% badanych odpowiedziało

się za opcją, że nie ma sytuacji, która mogłaby usprawiedliwić wyłudzenie nienależnego odszkodowania, kolejne 25 osób stwierdziło, że czasami można usprawiedliwić wyłudzenie odszkodowania oraz 2 osoby uznały, że często można znaleźć powód dla którego można usprawiedliwić to przestępstwo. Co ciekawsze, żadna z osób badanych nie zaznaczyła opcji twierdzącej, w myśl, której zawsze można znaleźć wytłumaczenie na wyłudzenie odszkodowania. Procentowy rozkład odpowiedzi na to pytanie został przedstawiony na rysunku 2.10.



Rysunek 2.10. Procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie „Czy Pana/Pani zdaniem można usprawiedliwić, gdy ktoś wyłudza nienależne odszkodowanie?”

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego

Osoby, które na powyższe pytanie zaznaczyły odpowiedź „nigdy”, jako powód swojego wyboru najczęściej wskazywały, że nie można usprawiedliwić nienależnego wyłudzenia odszkodowań, ponieważ jest to niezgodne z prawem (56,8%), kolejnym wybieranym powodem była niemoralność tego typu zachowań (40,7%). Najmniejszy odsetek zebrała odpowiedź „zbyt duże ryzyko wypadki” (2,5%). Natomiast respondenci, którzy zaznaczyli opcję „czasem” lub „często” swoją odpowiedź najczęściej usprawiedliwiali tym, że ubezpieczyciele nie zawsze są uczciwi wobec klientów (66,7%), alternatywnie wybraną opcją była trudna sytuacja finansowa (33,3%).

Pierwszą zależnością poddaną badaniu, był wpływ płci osoby badanej na akceptację zachowań przestępczych w sektorze ubezpieczeniowym. Obliczone za pomocą testu chi-kwadrat

prawdopodobieństwo testowe wyniosło 0,46843 - uzyskana wartość przekracza przyjęty poziom istotności ($\alpha=0,05$). W związku z tym wynikiem nie można stwierdzić statystycznie istotnej zależności pomiędzy badanymi zmiennymi. Brak zaobserwowanej zależności może wynikać z niskiej akceptowalności zachowań przestępczych wśród respondentów. Analizując wyniki badania ankietowego można zauważyć, że przeważająca część respondentów nie akceptuje wyłudzenia nienależnych odszkodowań. W tej grupie znalazło się 46 kobiet oraz 35 mężczyzn. Tymczasem respondentów, którzy w jakimś stopniu akceptują tego typu zachowanie było znacznie mniej, w tym zestawieniu znalazło się 16 kobiet oraz 11 mężczyzn. Wyniki badania tej zależności zostały ukazane w tabeli 2.5.

Tabela 2.5. Akceptacja zachowań przestępczych w sektorze ubezpieczeń w zależności od płci

Płeć	Akceptacja zachowań przestępczych			
	Nigdy	Czasem	Często	Zawsze
	Liczebność			
Kobieta	46	14	2	0
Mężczyzna	35	11	0	0
Statystyka Chi-kwadrat	1,516746			
Wartość p	0,46843			

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego.

Kolejna przeprowadzona analiza miała na celu zbadać, czy istnieje statystycznie istotna zależność pomiędzy wiekiem osób badanych a ich skłonnością do akceptacji zachowań przestępczych w sektorze ubezpieczeniowym. Większa akceptowalność zachowań przestępczych występowała wśród osób do 39 roku życia niż u osób starszych. W tabeli 2.6 zostały ukazane szczegółowe wyniki badania tej zależności.

Tabela 2.6. Akceptacja zachowań przestępczych w sektorze ubezpieczeń w zależności od wieku

Wiek	Akceptacja zachowań przestępczych			
	Nigdy	Czasem	Często	Zawsze
	Liczebność			
18-26	58	18	2	0
27-39	11	4	0	0
40-65	10	3	0	0
>65	2	0	0	0
Statystyka Chi-kwadrat	1,495521			
Wartość p	0,95979			

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego.

Niemniej jednak w tym przypadku prawdopodobieństwo testowe również wykazało wartość większą niż przyjęty poziom istotności, co pozwoliło na stwierdzenie, że nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej o braku zależności pomiędzy zmiennymi. Uzyskane wyniki mogą natomiast wskazywać na ogólny brak przyzwolenia na czynności przestępcze w sektorze ubezpieczeniowym niezależnie od wieku.

Następnie badaniu zależności został poddany predyktor wykształcenia. Na podstawie wyników badania przedstawionych w tabeli 2.7 można zauważyć ponowny brak zależności pomiędzy badanymi zmiennymi. Prawdopodobieństwo testowe wyniosło 0,92776 co przekracza wartość α na poziomie 0,05. Reasumując wykształcenie osób badanych nie miało istotnego wpływu na poziom akceptacji wyłudzeń nienależnych odszkodowań.

Tabela 2.7. Akceptacja zachowań przestępczych w sektorze ubezpieczeń w zależności od wykształcenia

Wykształcenie	Akceptacja zachowań przestępczych			
	Nigdy	Czasem	Często	Zawsze
	Liczebność			
Podstawowe	2	0	0	0
Zasadnicze zawodowe	8	3	0	0
Średnie	50	17	1	0
Wyższe	21	5	1	0

Statystyka Chi-kwadrat	1,910291
Wartość p	0,92776

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego.

Nie znajdując zależności pomiędzy powyższymi zmiennymi, postanowiono zbadać czy wielkość miejscowości osób badanych wpływa na tolerancję nadużyć w sektorze ubezpieczeniowym. Przeprowadzona analiza statystyczna przy wykorzystaniu testu chi-kwadrat wykazała wartość p na poziomie 0,33121, co oznacza brak podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej o niewystępowaniu zależności pomiędzy wielkością miejscowości zamieszkania a akceptowalnością zachowań przestępczych w sektorze ubezpieczeniowym. Wartości uzyskane za pomocą testu zostały ukazane w tabeli 2.8.

Tabela 2.8. Akceptacja zachowań przestępczych w sektorze ubezpieczeń w zależności od wielkości miejscowości zamieszkania

Wielkość miejscowości zamieszkania	Akceptacja zachowań przestępczych			
	Nigdy	Czasem	Często	Zawsze
	Liczebność			
Wieś	30	9	0	0
Miasto do 20 tys. mieszkańców	6	5	0	0
Miasto od 20 tys. mieszkańców do 50 tys. mieszkańców	13	2	0	0
Miasto od 50 tys. mieszkańców do 100 tys. mieszkańców	4	1	1	0
Miasto od 100 tys. mieszkańców do 250 tys. mieszkańców	4	1	0	0
Miasto od 250 tys. mieszkańców do 500 tys. mieszkańców	2	0	0	0
Miasto powyżej 500 tys. mieszkańców	22	7	1	0
Statystyka Chi-kwadrat	13,53758			
Wartość p	0,33121			

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego.

Poddając badaniu kolejne zmienne, postanowiono sprawdzić, czy istnieje zależność pomiędzy osiąganym dochodem miesięcznym a akceptacją zachowań przestępczych. Jednakże zarówno w tym przypadku na podstawie uzyskanego prawdopodobieństwa testowego, taka zależność nie została stwierdzona. Dokładne wyniki testu chi-kwadrat zostały przedstawione w tabeli 2.9.

Tabela 2.9. Akceptacja zachowań przestępczych w sektorze ubezpieczeń w zależności od dochodu miesięcznego

Dochód miesięczny	Akceptacja zachowań przestępczych			
	Nigdy	Czasem	Często	Zawsze
	Liczebność			
Do 2500 zł	35	5	1	0
Od 2500 zł do 3500 zł	10	3	0	0
Od 3500 zł do 5000 zł	16	9	0	0
Od 5000 zł do 6000 zł	11	4	1	0
Od 6000 zł do 7000 zł	4	0	0	0
Powyżej 7000 zł	5	4	0	0
Statystyka Chi-kwadrat	11,18130			
Wartość p	0,34357			

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego.

Następną zmienną poddaną analizie testem chi-kwadrat był status społeczny osoby badanej. Wartość p wyniosła 0,78785, co w znaczący sposób przekracza ustalony poziom istotności ($\alpha=0,05$). Podobnie jak w przypadku analizowanych wcześniej zmiennych, nie wykazano związku pomiędzy statusem a akceptowalnością zachowań nielegalnych związanych z wyłudzeniem nienależnych odszkodowań. Wyniki badania tej zależności zostały ukazane w tabeli 2.10.

Tabela 2.10. Akceptacja zachowań przestępczych w sektorze ubezpieczeń w zależności od statusu

Status	Akceptacja zachowań przestępczych			
	Nigdy	Czasem	Często	Zawsze
	Liczebność			
Uczeń	1	0	0	0
Student	31	6	0	0
Pracujący student	17	6	1	0
Osoba pracująca	30	13	1	0
Emeryt/rencista	2	0	0	0
Statystyka Chi-kwadrat	4,712157			
Wartość p	0,78785			

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego.

Przedostatnią zmienną poddaną badaniu było zaufanie do zakładu ubezpieczeń. Wyniki testu chi-kwadrat miały na celu wskazać czy ten predyktor w sposób istotnie znaczący wpływa na akceptowalność zachowań przestępczych w sektorze ubezpieczeniowym. Obliczone prawdopodobieństwo testowe na poziomie 0,14580 pozwoliło na ponowne wyciągnięcie wniosku, że nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej mówiącej o braku zależności pomiędzy badanymi zmiennymi. Wyniki tego testu zostały ukazane w tabeli 2.11.

Tabela 2.11. Akceptacja zachowań przestępczych w sektorze ubezpieczeń w zależności od zaufania do zakładu ubezpieczeń

Czy ufa Pan/Pani zakładom ubezpieczeń?	Akceptacja zachowań przestępczych			
	Nigdy	Czasem	Często	Zawsze
	Liczebność			
Tak	60	14	2	0
Nie	21	11	0	0
Statystyka Chi-kwadrat	3,851053			
Wartość p	0,14580			

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego.

Na zakończenie procesu analizy podjęto próbę zbadania zależności pomiędzy posiadaniem ubezpieczenia w sektorze ubezpieczeń majątkowych a skłonnością do zezwalania na działania przestępcze w sektorze ubezpieczeniowym. Prawdopodobieństwo testowe wyniosło 0,25007 przekraczając tym samym ustalony poziom istotności. Zgodnie z założeniami testu chi-kwadrat w sytuacji, kiedy $p > 0,05$, należy przyjąć postawę, w której badane zmienne nie wykazują między sobą statystycznie istotnej zależności. Rezultaty przeprowadzonego testu zostały ukazane w tabeli 2.12.

Tabela 2.12. Akceptacja zachowań przestępczych w sektorze ubezpieczeń w zależności od posiadania ubezpieczenia w sektorze ubezpieczeń majątkowych

Czy posiada Pan/Pani ubezpieczenie w sektorze ubezpieczeń majątkowych?	Akceptacja zachowań przestępczych			
	Nigdy	Czasem	Często	Zawsze
	Liczebność			
Tak	42	16	2	0
Nie	39	9	0	0
Statystyka Chi-kwadrat	2,772000			
Wartość p	0,25007			

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego.

W celu zachowania warunków testu chi-kwadrat (zgodnie z którym w każdej komórce powinno znajdować się co najmniej 5 obserwacji) dokonano przekodowania polegającego na połączeniu odpowiedzi „czasem”; „często”; „zawsze” w odpowiedź „tak”, natomiast odpowiedź „nigdy” w odpowiedź „nie”. Przekodowaniu uległy również pytania odpowiadające predyktorom, w przypadkach, w których było możliwe zastosowanie alternatywnego podziału odpowiedzi. Miało to na celu umożliwić rzetelne przeprowadzenie analizy statystycznej przy użyciu testu chi-kwadrat. Natomiast pomimo przekodowania odpowiedzi w celu zachowania minimalnej liczby obserwacji, wyniki testu nadal wykazywały brak statystycznie istotnej zależności pomiędzy badanymi zmiennymi.

Podsumowując, na podstawie powyższych wyników można stwierdzić, że żaden z predyktorów w znaczący sposób nie definiuje skłonności do przyzwolenia na zachowania

przestępcze w sektorze ubezpieczeniowym. Taki rezultat badania może wynikać z tego, że zdecydowana większość osób ankietowanych (75%) wykazywała się moralną postawą w decyzji odnośnie do usprawiedliwiania zachowań przestępczych. W związku z tym nie zaobserwowano zróżnicowania w tym obszarze w żadnym z kryteriów poddanych badaniu. W odpowiedzi na podobne pytania, dotyczące konkretnych sytuacji, respondenci wykazywali podobną tendencję odpowiedzi. W pytaniu: „Czy można usprawiedliwić wyłudzenie nienależnego odszkodowania, gdy ktoś znajduje się w trudnej sytuacji finansowej?” najwięcej osób wskazało odpowiedź „nigdy” (75%), kolejno „czasem” (23,1%) oraz „często” (1,9%). Co ciekawsze w odpowiedzi na pytanie: „Czy można usprawiedliwić, gdy ktoś powoduje wypadek komunikacyjny by uzyskać nienależne odszkodowanie?” znaczący odsetek osób wybrał opcję „nigdy” (94,4%), w tym przypadku tylko niewielka liczba respondentów (5,6%) odniosła się za opcją „czasem”. Wyjątkiem, w którym odpowiedzi sugerujące przyzwolenie na zachowania przestępcze oraz te nie akceptujące tego typu zachowań były rozłożone w miarę równomiernie było pytanie: „Czy można usprawiedliwić, gdy ktoś zawyża wartość poniesionych szkód by uzyskać nienależne odszkodowanie?”. Na to pytanie odsetek osób, którzy wybrali odpowiedź „nigdy” wyniósł 56,5% natomiast za opcją „czasem” odpowiedziało się 39,8% respondentów, a pozostałe 3,7% osób badanych wskazało wariant „często”.

2.8. Podsumowanie

Przestępczość ubezpieczeniowa w dalszym ciągu stanowi poważny problem, który w sposób negatywny wpływa na funkcjonowanie rynku ubezpieczeń oraz zaufanie społeczne do całego systemu. Celem niniejszego opracowania było przedstawienie i analiza zjawiska przestępczości ubezpieczeniowej w Polsce oraz zbadanie postaw społeczeństwa polskiego, wobec tego problemu.

Studium literatury przedmiotu oraz aktów prawnych pozwala stwierdzić, że pojęcie przestępczości ubezpieczeniowej w dalszym ciągu pozostaje trudne do jednoznacznego zdefiniowania. Skuteczna walka z przestępczością w sektorze ubezpieczeń wymaga stosowania między innymi ekonomicznych, prawnych i technologicznych rozwiązań w celu zapobieganiu temu zjawisku. Analiza raportów publikowanych przez PIU, dała podstawę do wyciągnięcia

wniosku, że liczba wyłudzeń z roku na rok stale wzrasta, stanowiąc tym samym poważne wyzwanie dla rynku ubezpieczeniowego.

Pierwsza hipoteza głosząca, że większość społeczeństwa nie akceptuje zachowań przestępczych w sektorze ubezpieczeń została zweryfikowana w sposób pozytywny. Badanie ankietowe wykazało, że zdecydowana większość (75% osób ankietowanych) nie akceptuje nienależnego wyłudzenia ubezpieczeń. Wyniki te mogą wskazywać na wysoki poziom moralności wśród osób poddanych badaniu ankietowemu.

Natomiast druga hipoteza zakładająca, że akceptowalność zachowań przestępczych jest istotnie zależna od zaufania do zakładów ubezpieczeń, została zweryfikowana w sposób negatywny. Przeprowadzony w tym celu test Chi-kwadrat wykazał, że prawdopodobieństwo testowe w tym przypadku wykazuje wartość na poziomie 0,14580 co przekracza ustalony poziom $\alpha = 0,05$. Tym samym uzyskane wartości pozwalają na jednoznaczne stwierdzenie, że nie istnieje statystycznie istotna zależność pomiędzy zaufaniem do zakładu ubezpieczeń a akceptowalnością zachowań przestępczych. Warto jednak przypomnieć, że na wynik testu mogła mieć wpływ moralna postawa osób badanych, co w rezultacie skutkowało niskim zróżnicowaniem odpowiedzi w badaniu ankietowym.

Podsumowując, w wyniku przeprowadzonych badań zaprezentowanych w niniejszym opracowaniu, można stwierdzić, że przestępczość ubezpieczeniowa stanowi poważne wyzwanie dla sektora finansowego i organów ścigania. Należy pamiętać, że ilość przestępstw ubezpieczeniowych wykazuje tendencję wzrostową, a rzeczywista skala tego zjawiska w dalszym ciągu pozostaje trudna do oszacowania przez występowanie ciemnej liczby przestępstw. Wskazuje to na potrzebę ciągłego rozwoju i doskonalenia działań prewencyjnych, które umożliwiają skuteczniej przeciwdziałać zjawisku przestępczości ubezpieczeniowej, a także ograniczać jego negatywne skutki wpływające zarówno na rynek ubezpieczeniowy jak i społeczeństwo.

Literatura

Piśmiennictwo

- Baranek H., *Weryfikacja hipotez statystycznych* [w:] *Statystyka ogólna*, red. M. Woźniak, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Krakowie, Kraków 2002
- Bera A., Kordela D., Pauch D., *Narzędzia i innowacje w przeciwdziałaniu przestępczości ubezpieczeniowej* [w:] *Przestępczość ubezpieczeniowa. Uwarunkowania, skala, przeciwdziałanie*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2019
- Bera A., Kordela D., Pauch D., *Zjawisko i obszary przestępczości ubezpieczeniowej – zakres pojęciowy i uwarunkowania* [w:] *Przestępczość ubezpieczeniowa. Uwarunkowania, skala, przeciwdziałanie*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2019
- Bera A., Pauch D., *The Perception of Insurance Crime Held by Students*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio H-Oeconomia” 2022, vol. 56
- Buczkowski K., *Podmiot czynu* [w:] *Oszustwo asekuracyjne jako jeden z przejawów przestępczości ubezpieczeniowej*, Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska SA, Warszawa 2015
- Dadak W., *Przestępstwa związane z działalnością ubezpieczeniową w zakresie ubezpieczeń gospodarczych*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2006, nr 1
- Dąbek K., Kamiński A., *Analiza przestępczości ubezpieczeniowej w Polsce na przestrzeni lat 2012-2015*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2017, nr 488
- Filiczowska J., Oręziak B., Płonka M., Szaraniec M., Strupczewski G., Wielec M., Witwicka-Szczepankiewicz A., *Przykłady zastosowania nowych technologii w ubezpieczeniach jako instrument zwalczania przestępczości ubezpieczeniowej* [w:] *Rynek ubezpieczeniowy. Zapobieganie przyczynom przestępczości*, red. M. Płonka, B. Oręziak, M. Wielec, Wydawnictwo Instytutu Wymiaru Sprawiedliwości, Warszawa 2021
- Filiczowska J., Oręziak B., Płonka M., Szaraniec M., Strupczewski G., Wielec M., Witwicka-Szczepankiewicz A., *Potencjalne obszary i metody zarządzania ryzykiem przestępczości na rynku ubezpieczeń – aspekty behawioralne i ekonomiczne* [w:] *Rynek ubezpieczeniowy. Zapobieganie przyczynom przestępczości*, red. M. Płonka, B. Oręziak, M. Wielec, Wydawnictwo Instytutu Wymiaru Sprawiedliwości, Warszawa 2021
- Handschke J., Osak M., Talarek J., *Postulowane zasady przeciwdziałania przestępczości ubezpieczeniowej przez zakłady ubezpieczeń i branżę ubezpieczeniową*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu” 2011, nr 181
- Kot S.M., Jakubowski J., Sokołowski A., *Weryfikacja hipotez statystycznych* [w:] *Statystyka. Wyd. II*, Difin, Warszawa 2011
- Kurek R., *Insurtechowe trendy na rynku ubezpieczeniowym*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2018, nr 541
- Otocka E., *Przestępczość ubezpieczeniowa w Polsce: formy wyłudzeń*, „Acta Universitatis Lodzensis. Folia Oeconomica” 2008, t. 222, za: E. Kędra
- Pecio M., *Przeciwdziałanie przestępczości na rynku ubezpieczeń ogniowych*, „Bezpieczeństwo. Teoria i praktyka” 2016, nr 4

Akty Prawne

- Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U 2003 poz. 124.1152 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. 1997 poz. 88.553 z późn. zm.)

Źródła internetowe

Analiza danych dotyczących przestępstw ujawnionych w 2018 roku w związku z działalnością zakładów ubezpieczeń – członków Polskiej Izby Ubezpieczeń, Polska Izba Ubezpieczeń, (piu.org.pl), dostęp: 15.03.2025 r.

Analiza danych dotyczących przestępstw ujawnionych w 2019 roku w związku z działalnością zakładów ubezpieczeń – członków Polskiej Izby Ubezpieczeń, Polska Izba Ubezpieczeń, (piu.org.pl), dostęp: 15.03.2025 r.

Analiza danych dotyczących przestępstw ujawnionych w 2020 roku w związku z działalnością zakładów ubezpieczeń – członków Polskiej Izby Ubezpieczeń, Polska Izba Ubezpieczeń, (piu.org.pl), dostęp: 15.03.2025 r.

Analiza danych dotyczących przestępstw ujawnionych w 2021 roku w związku z działalnością zakładów ubezpieczeń – członków Polskiej Izby Ubezpieczeń, Polska Izba Ubezpieczeń, (piu.org.pl), dostęp: 15.03.2025 r.

Analiza danych dotyczących przestępstw ujawnionych w 2022 roku w związku z działalnością zakładów ubezpieczeń – członków Polskiej Izby Ubezpieczeń, Polska Izba Ubezpieczeń, (piu.org.pl), dostęp: 15.03.2025 r.

Analiza danych dotyczących przestępstw ujawnionych w 2023 roku w związku z działalnością zakładów ubezpieczeń – członków Polskiej Izby Ubezpieczeń, Polska Izba Ubezpieczeń, (piu.org.pl), dostęp: 15.03.2025 r.

Insurance fraud: not a victimless crime, (<https://www.insuranceeurope.eu>), dostęp: 7.03.2025 r.

Organizacja, Polska Izba Ubezpieczeń, (piu.org.pl), dostęp: 15.03.2025 r.

Skala Likerta, (https://mfiles.pl/pl/index.php/Skala_Likerta), dostęp: 1.05.2025 r.

Statut Polskiej Izby Ubezpieczeń, Polska Izba Ubezpieczeń, (piu.org.pl), dostęp: 15.03.2025 r.

Rozdział 3

Wpływ zmian klimatycznych oraz funkcjonowania sektora ubezpieczeń katastroficznych gruntów rolnych w Polsce na utrzymywanie się luki ubezpieczeniowej

Maria Pawlak¹

3.1. Wprowadzenie

Wraz z postępującymi zmianami klimatycznymi z roku na rok ryzyko występowania katastrof naturalnych rośnie. W Polsce sektorem, który z tego powodu ponosi największe straty jest sektor rolniczy, gdzie w latach 2001-2019 wyniosły one ponad 50% wszystkich strat powstałych w wyniku zjawisk ekstremalnych². Najbardziej bezpośrednią formą zabezpieczenia majątku przed wystąpieniem tego typu nagłych strat, jest zakup przez producentów rolnych odpowiedniego ubezpieczenia. Jednak z badań przeprowadzonych w Polsce w 2022 roku przez SW Research na zlecenie grupy Wiener wynika, iż ziemiopłody w tym też roku ubezpieczyło jedynie około 22% ankietowanych rolników³. Problem niskiego poziomu ubezpieczonych upraw ma charakter globalny, gdyż w 2024 roku aż 55% upraw możliwych do ubezpieczenia pozostawało bez ochrony. Przy tak niskim procentowym udziale chronionych upraw rolnych, powstawanie luki ubezpieczeniowej w sektorze rolniczym jest nieuniknione. Zdaje się to potwierdzać fakt, iż w 2024 roku jej wartość na świecie szacowano na około 76 miliardów dolarów⁴. Uprawy rolne są głównym źródłem dochodów uzyskiwanych przez gospodarstwa rolne, dlatego powinny być one należycie

¹ Koło Naukowe Ubezpieczeń „Risk Management”, Katedra Zarządzania Ryzykiem i Ubezpieczeń, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie

² *Atlas skutków zjawisk ekstremalnych w Polsce*, Instytut Ochrony Środowiska–Państwowy Instytut Badawczy, (https://klimada2.ios.gov.pl/files/2023/Atlas_skutkow_zjawisk_ekstremalnych_w_Polsce.pdf), dostęp: 22.02.2026 r.

³ *Jak ubezpieczają się polscy rolnicy?*, Wiener Towarzystwo Ubezpieczeń, (<https://wiener.pl/Jak-ubezpieczaj%C4%85-si%C4%99-polscy-rolnicy>), dostęp: 22.02.2026 r.

⁴ *Growing exposure*, Swiss Re, (<https://www.swissre.com/institute/research/topics-and-risk-dialogues/climate-and-natural-catastrophe-risk/growing-exposure/global-crop-insurance.html>), dostęp: 22.02.2026 r.

ubezpieczane. Mimo tego dane empiryczne wskazują na wzrastającą trudność zapewniania im odpowiedniej ochrony, co sprzyja utrzymywaniu się luki ubezpieczeniowej w sektorze rolnym.

W związku z zaobserwowanym zjawiskiem problem badawczy można przedstawić za pomocą następujących pytań:

- jakie są determinanty występowania luki ubezpieczeniowej w sektorze rolniczym w Polsce?
- jakie zjawiska szczególnie wpływają na kształtowanie się owej luki?
- jak funkcjonuje system ubezpieczeń gruntów rolnych w Polsce w kontekście katastrof naturalnych?
- czy państwo odgrywa istotną rolę w redukowaniu zidentyfikowanej luki ubezpieczeniowej?

Celem niniejszej pracy jest analiza przyczyn powstawania luki ubezpieczeniowej w zakresie ubezpieczeń katastroficznych gruntów rolnych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem zmian klimatycznych oraz sposobu funkcjonowania systemu tychże ubezpieczeń. W ramach realizacji zaprezentowanego celu badawczego przyjęto następującą hipotezę badawczą:

H1: Postępujące zmiany klimatyczne oraz sposób funkcjonowania systemu ubezpieczeń katastroficznych gruntów rolnych w Polsce prowadzą do utrzymywania się w ostatnich latach luki ubezpieczeniowej sektora rolnego.

Do zweryfikowania postawionej hipotezy wykorzystano dostępną literaturę przedmiotu, a także analizę aktów prawnych, danych udostępnionych przez m.in. KNF, PIU, NIK oraz Ogólnych Warunków Ubezpieczenia wybranych zakładów ubezpieczeń.

3.2. Pojęcie ubezpieczeń katastroficznych i determinanty luki ubezpieczeniowej w rolnictwie

Katastrofa naturalna określona jest w ustawie z dnia 18 kwietnia 2002 r. o stanie klęski żywiołowej jako zdarzenie związane z działaniem sił natury, w szczególności wyładowania atmosferyczne, wstrząsy sejsmiczne, silne wiatry, intensywne opady atmosferyczne, długotrwałe występowanie ekstremalnych temperatur, osuwiska ziemi, pożary, susze, powodzie, zjawiska lodowe na rzekach i morzu oraz jeziorach i zbiornikach wodnych, masowe występowanie szkodników, chorób roślin lub zwierząt albo chorób zakaźnych ludzi, albo też działanie innego żywiołu⁵. W niniejszej pracy pojęcie „ubezpieczenie katastroficzne” odnosi się do ubezpieczenia,

⁵ Ustawa z dnia 18 kwietnia 2002 r. o stanie klęski żywiołowej (Dz. U. 2002 nr 62 poz. 558 z późn. zm.)

mającego na celu pokrycie ekonomicznych strat, powstałych na skutek wystąpienia katastrofy naturalnej zdefiniowanej tą też ustawą. W kontekście ubezpieczeń gruntów rolnych, będą to ubezpieczenia należące do grupy ósmej i dziewiątej działu drugiego (pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe)⁶.

Luka ubezpieczeniowa przez szereg czynników, które wpływają na jej powstawanie, jest zjawiskiem trudnym do całkowitego wyeliminowania. W odniesieniu do majątku, oznacza ona straty finansowe poniesione w wyniku zajścia określonych zdarzeń, które nie zostały zabezpieczone zarówno w systemie ubezpieczeń prywatnych, jak i publicznych. Za straty finansowe uważa się wtedy wartość środków potrzebnych do odtworzenia mienia, które uległo zniszczeniu⁷. Luka ubezpieczeniowa może być również definiowana, jako różnica pomiędzy ekonomicznymi stratami powstałymi w wyniku zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, a sumą wypłaconych odszkodowań i świadczeń, uwzględniając zasoby własne przeznaczone na pokrycie owych strat. W kontekście gruntów rolnych jest to zatem rozbieżność między realnymi potrzebami ubezpieczeniowymi producentów rolnych, a ochroną plonów zapewnianą przez zakłady ubezpieczeń⁸.

Do zagrożeń występujących w sektorze rolnym możemy zaliczyć ryzyko klimatyczne, sanitarne, geologiczne, rynkowe i antropogeniczne (ang. *climatic, sanitary, geological, market, man made*). Ryzyko klimatyczne związane jest z występowaniem ekstremalnych zjawisk atmosferycznych, takich jak susze, powodzie bądź grad. Ryzyko sanitarne odnosi się do chorób roślin i zwierząt czy też masowego występowania szkodników. Zagrożenia geologiczne obejmują zjawiska związane z procesami geologicznymi, takimi jak trzęsienia ziemi czy erupcje wulkanów. Ryzyko rynkowe wiąże się ze zmiennością cen na rynku krajowym i międzynarodowym oraz zmianami wymogów dotyczących standardów jakości. Ryzyko antropogeniczne, a zatem wynikające z działalności człowieka, obejmuje zdarzenia mogące w istotny sposób pogarszać

⁶ Podmioty rynku ubezpieczeniowego - grupy działu II, KNF, (https://www.knf.gov.pl/podmioty/Podmioty_ryнку_ubezpieczeniowego/Grupy_działu_II), dostęp: 18.02.2026 r.

⁷ Polacy i ryzyko – jak się ubezpieczamy? Luka ubezpieczeniowa w Polsce, PIU, Warszawa 2024, (https://piu.org.pl/wp-content/uploads/2024/05/PIU_luka-ubezpieczeniowa_low_21_05_24.pdf), dostęp: 22.02.2026 r.

⁸ M. Kozachenko, *Analiza i przyczyny rozmiarów luki ubezpieczeniowej w Polsce*, [w:] *Nowe horyzonty ubezpieczeń gospodarczych Przegląd Ubezpieczeń 2024/1*, red. M. Cycoń, T. Jedynak, Fundacja Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2024, s. 11

sytuację ekonomiczną i rynkową państwa, takie jak wojna, kryzys finansowy czy osłabienie stabilności instytucjonalno-prawnej⁹.

Wymienione rodzaje ryzyka mogą przyczyniać się do kształtowania luki ubezpieczeniowej w sektorze rolnym, ponieważ bezpośrednio wpływają na skalę potencjalnych strat, a także na możliwość zapewnienia odpowiedniego poziomu ochrony ubezpieczeniowej. Na powstawanie luki w odniesieniu do gruntów rolnych wpływają zatem zarówno czynniki środowiskowe, jak i ekonomiczne. Za najważniejsze z nich można uznać postępujące zmiany klimatyczne, wysoki poziom inflacji czy też niedoszacowanie posiadanego majątku, w tym upraw. Należy także zauważyć, że szczególnie istotne w kontekście ubezpieczeń gruntów rolnych w Polsce są klęski żywiołowe występujące na coraz większą skalę, powodujące straty trudne do precyzyjnego oszacowania, które dokładniej opisano w dalszej części pracy¹⁰.

3.3. Wpływ zmian klimatycznych na sektor rolniczy w Polsce

Postępujące zmiany klimatyczne, a co za tym idzie większa częstotliwość występowania katastrof naturalnych w Polsce, bezpośrednio wpływają na zwiększenie się strat spowodowanych żywiołami. W Polsce w ostatnich latach można było zaobserwować szereg katastrof naturalnych o coraz większej intensywności i zasięgu ich występowania. Powodzie (zwłaszcza w latach: 1997, 2010, 2024), susze, burze i huragany przyczyniły się do ogromnych strat, przede wszystkim majątkowych. W latach 2017-2019 największe straty w rolnictwie były spowodowane przez suszę (77%) z przymrozkami wiosennymi na drugim miejscu (15%)¹¹. Istnieją różne metody ochrony upraw rolnych, jednak w przypadku wystąpienia szczególnie silnej klęski żywiołowej, nawet najlepsze zabezpieczenia nie będą w stanie w pełni zapobiec utracie części plonów. Rolnikom pozostaje zatem zakup odpowiednich ubezpieczeń katastroficznych, w celu ograniczenia ciężaru finansowego strat spowodowanych przez te zjawiska. W samym 2024 roku wypłacono 809,2 miliona zł odszkodowań i świadczeń brutto z tytułu dobrowolnego ubezpieczenia upraw rolnych,

⁹ M. Wenner, D. Arias, *Agricultural Insurance in Latin America: Where Are We?*, USAID, 2003, (<https://www.dhan.org/askmi/docs/Documentation%20on%20insurance/Agricultural%20Insurance%20in%20Latin%20America%20Where%20are%20we.pdf>), dostęp: 24.06.2026 r.

¹⁰ M. Kozachenko, *op. cit.*, s. 11

¹¹ *Atlas skutków zjawisk...*, *op. cit.*

przy rocznej składce przypisanej brutto wynoszącej 886,2 miliona zł. Dla porównania w 2023 roku kwota ta wynosiła zaledwie 260,8 miliona zł, przy składce przypisanej brutto wynoszącej 553,6 miliona zł¹². Może to wynikać ze skumulowania się w 2024 roku ekstremalnych zjawisk pogodowych – przede wszystkim opadów gradu, deszczu nawalnego skutkującego powodzią, przymrozków wiosennych, huraganu, a także suszy rolniczej, obejmującej liczne regiony.

W 2024 roku straty w rolnictwie wywołane na skutek powodzi we wrześniu zostały oszacowane na około 118 milionów zł, a powierzchnia upraw dotkniętych klęską wyniosła ponad 29 tysięcy hektarów o łącznej wartości wynoszącej około 93 miliony zł¹³. Skala tych strat wskazuje na potrzebę zapewniania skutecznych mechanizmów zarządzania ryzykiem, w tym adekwatnej ochrony ubezpieczeniowej. W polskim sektorze ubezpieczeń, pomimo stosunkowo wysokiej penetracji ubezpieczeniowej (50%-75%) przez duże ryzyko wystąpienia powodzi, występuje zjawisko luki ubezpieczeniowej. Świadczy o tym wskaźnik obecnej luki ubezpieczeniowej (ang. current protection gap) o wartości 2,5 dla Polski utrzymujący się w latach 2022-2025. Kwalifikuje ją to do państw, które powinny być monitorowane przez Europejski Urząd Nadzoru Ubezpieczeń i Pracowniczych Programów Emerytalnych pod względem kształtowania się luki ubezpieczeniowej¹⁴.

Do określania, pod jakimi względami polski klimat uległ zmianie, wykorzystywane są różne wskaźniki oparte na długoterminowych pomiarach meteorologicznych i analizach statystycznych. Za te szczególnie istotne dla polskiego rolnictwa można przyjąć następujące wskaźniki:

- Średnia wartość Klimatycznego Bilansu Wodnego (KBW) dla kraju określa, czy w danym okresie wystąpiła przewaga opadów nad parowaniem (wartość dodatnia wskaźnika), czy sytuacja przeciwna - parowanie przewyższyło opady (ujemna wartość KBW)¹⁵. Zbieraniem

¹² *Rocznik Statystyczny Rolnictwa 2025*, GUS, Warszawa 2025, (<https://new.stat.gov.pl/porta1-publikacje/rocznik-statystyczny-rolnictwa-2025>), dostęp: 22.02.2026 r.

¹³ *Raport z przeglądu i aktualizacji wstępnej oceny ryzyka powodziowego w 3 cyklu planistycznym: załącznik nr 7 - powódź we wrześniu 2024*, Państwowe Gospodarstwo Wodne Wody Polskie, 2025, (24.planistycznymhttps://powodz.gov.pl/www/powodz/aWORP/3W-12_Zal7_Raport_Powodz_we_wrzesniu_2024_20250124_v1.00.pdf), dostęp: 22.02.2026 r.

¹⁴ *Dashboard on insurance protection gap for natural catastrophes*, EIOPA, (https://www.eiopa.europa.eu/tools-and-data/dashboard-insurance-protection-gap-natural-catastrophes_en), dostęp: 22.02.2026 r.

¹⁵ *Klimatyczny bilans wodny*, IMGW-PIB, (<https://klimat.imgw.pl/pl/klimatyczny-bilans-wodny/#2021/01/>), dostęp: 22.02.2026 r.

danych potrzebnych do wyliczenia KBW zajmuje się System Monitoringu Suszy Rolniczej, który został opracowany przez Instytut Uprawy Nawożenia i Gleboznawstwa - Państwowy Instytut Badawczy w Puławach zgodnie z ustawą z dnia 7 lipca 2005 r. o ubezpieczeniach upraw rolnych i zwierząt gospodarskich. KBW jest istotnym wskaźnikiem na podstawie którego określa się zagrożenie suszą rolniczą w danym roku¹⁶.

- Średnia obszarowa temperatura powietrza, mierzona na terenie całej Polski w poszczególnych miesiącach, pozwala wytypować najcieplejsze regiony w danym roku oraz zidentyfikować, w których miesiącach wystąpiła anomalia temperatury. Średnia ta, wyliczana dla roku, porównywana jest do średniej rocznej wieloletniej (klimatologiczny okres normalny 1991-2020) w celu ustalenia, czy nastąpiło zjawisko ocieplenia klimatu Polski. Warto mieć na uwadze, iż 2024 rok był najcieplejszym rokiem w historii pomiarów temperatury powietrza w Polsce, w którym to średnia obszarowa temperatura powietrza była wyższa od średniej rocznej wieloletniej o 2,2°C¹⁷.

3.4. Zjawisko suszy w świetle ubezpieczeń

Ze względu na to, że za lekkie grunty orne, które w szczególności narażone są na niedobór wody, uznaje się około 80% gruntów rolnych w Polsce, ryzyko wystąpienia na nich suszy jest prawie pewne. Susza to długotrwały okres, podczas którego następuje brak opadów atmosferycznych, mała wilgotność powietrza i gleb, czy też niski stan wody w rzekach. Z tego względu można wyróżnić 3 rodzaje suszy: glebową, hydrologiczną i atmosferyczną¹⁸.

W sektorze ubezpieczeń rolniczych istotne jest to, w jaki sposób ustawa definiuje suszę oraz powstałe w jej wyniku szkody. Wynika to z faktu, iż ma ona bezpośredni wpływ na odpowiedzialność ubezpieczyciela, a także sposób szacowania strat w ramach dotacji do świadczeń. Szkody powstałe w wyniku suszy określone są przez ustawę, jako szkody spowodowane wystąpieniem, w dowolnym sześciodekadowym okresie od dnia 21 marca do dnia

¹⁶ System Monitoringu Suszy Rolniczej, Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi, (<https://www.gov.pl/web/rolnictwo/system-monitoringu-suszy-rolniczej>), dostęp: 23.02.2026 r.

¹⁷ Klimat Polski 2024, IMGW-PIB, 2025, (<https://imgw.pl/wp-content/uploads/2025/07/RAPORT-IMGW-PIB-Klimat-Polski-2024.pdf>), dostęp: 23.02.2026 r.

¹⁸ S. Wieteska, *Metody oceny ryzyka suszy w ubezpieczeniach upraw rolnych w polskim obszarze klimatycznym*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2010, nr 117.

30 września, spadku klimatycznego bilansu wodnego poniżej konkretnej wartości¹⁹. Oznacza to, iż uprzednio opisany wskaźnik KBW, odgrywa kluczową rolę w stwierdzaniu, czy dany okres może zostać zakwalifikowany jako stan wystąpienia suszy rolniczej. Tabela 1 przedstawia, w jakich przedziałach czasowych na przestrzeni lat odnosząc się do danych opublikowanych w ramach Systemu Monitoringu Suszy Rolniczej (SMSR), stwierdzono wystąpienie suszy rolniczej na terytorium Polski. Analizą objęto 14 lat, znakiem „✓” oznaczono okresy, w których w danym roku stwierdzono wystąpienie suszy rolniczej na terytorium Polski, natomiast znakiem „✗” brak stwierdzenia suszy rolniczej.

Zawarte w Tabeli 3.1 litery odpowiadają następującym okresom:

- A - okres od 21.03 do 20.05, przy czym dla lat 2011-2016 okres ten zmienia się na okres od 01.04 do 31.05
- B - okres od 21.05 do 20.07
- C - okres od 21.07 do 20.09

Tabela 3.1. Okresy, w których SMSR ogłosił wystąpienie suszy rolniczej na terenie Polski w latach 2011-2024

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
A	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✓	✗	✓	✗	✓
B	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
C	✗	✗	✗	✗	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Źródło: opracowanie własne na podstawie komunikatów publikowanych w ramach Systemu Monitoringu Suszy Rolniczej, (<https://susza.iung.pulawy.pl/>), dostęp: 20.02.2026 r.

Dane zaprezentowane w tabeli wskazują na znaczny wzrost zagrożenia wystąpienia suszy rolniczej w Polsce w ostatnich latach. Dla ubezpieczycieli oznacza to, że zaoferowanie ubezpieczenia od ryzyka suszy wiąże się z wysokim prawdopodobieństwem konieczności wypłacenia z tego tytułu odszkodowania, a zatem z niższą potencjalną dochodowością tego rodzaju ubezpieczeń. Taka sytuacja może sprzyjać skłonności do podwyższania składek bądź

¹⁹ Ustawa z dnia 7 lipca 2005 r. o ubezpieczeniach upraw rolnych i zwierząt gospodarskich (Dz. U. 2005 Nr 150 poz. 1249, z późn. zm.)

wprowadzania różnych form wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń do umów w celu utrzymania rentowności działalności.

3.5. System ubezpieczeń katastroficznych gruntów rolnych w Polsce

System ubezpieczeń gruntów rolnych w Polsce opiera się w głównej mierze na treści odpowiednich aktów prawnych oraz rozporządzeń. W odniesieniu do ubezpieczeń katastroficznych można go zatem określić jako ogół ustanowionych przez państwo regulacji kształtujący mechanizmy działania rynku ubezpieczeniowego, obejmującego ryzyko katastroficzne i skierowanego do producentów rolnych.

Ubezpieczenia dostępne dla producentów rolnych można podzielić na dwie kategorie - obowiązkowe, a zatem wymagane przez obowiązujące obecnie prawo, oraz dobrowolne, czyli pozostałe oferowane przez aktualnie operujące zakłady ubezpieczeń. Producent rolny w tym przypadku oznacza osobę fizyczną, osobę prawną lub jednostkę organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej, w której posiadaniu lub współposiadaniu jest gospodarstwo rolne prowadzące działalność rolniczą.

Oprócz ogólnych regulacji dotyczących działalności zakładów ubezpieczeń i reasekuracji, działalność w zakresie ubezpieczeń rolnych reguluje również ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych²⁰, a także ustawa o ubezpieczeniach upraw rolnych i zwierząt gospodarskich²¹. Pierwsza z wymienionych określa zasady zawierania umów z zakładami ubezpieczeń dla producentów rolnych dwóch obowiązkowych ubezpieczeń: ubezpieczenia budynków wchodzących w skład gospodarstwa rolnego od ognia i innych zdarzeń losowych, a także ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej rolników z tytułu posiadania gospodarstwa rolnego (tzw. ubezpieczenie OC rolników).

W ustawie o ubezpieczeniach upraw rolnych i zwierząt gospodarskich opisano wymogi co do oferowanych z budżetu państwa dopłat do składek ubezpieczeń katastroficznych - ubezpieczenia

²⁰ Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. 2003 nr 124 poz. 1152, z późn. zm.)

²¹ Ustawa z dnia 7 lipca 2005 r. o ..., *op. cit.*

minimum 50% powierzchni upraw od co najmniej jednego z następujących ryzyk: powodzi, suszy, gradu, ujemnych skutków przezimowania lub przymrozków wiosennych. Obowiązek posiadania tego ubezpieczenia dotyczy wyłącznie rolników, którzy uzyskali płatności bezpośrednie z budżetu Unii Europejskiej. Za maksymalny czas trwania umowy ubezpieczenia dotowanego z budżetu ustalono 12 miesięcy. Oprócz tego na mocy ustawy co roku wydawane jest rozporządzenie Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi określające maksymalne sumy ubezpieczenia z dopłatą państwa dla poszczególnych upraw rolnych i zwierząt gospodarskich na rok następny. Ustalane są one na podstawie aktualnych cen płodów rolnych, wyników plonowania i prognoz rynkowych²². Ustawa określa także, od ilu procent szkody plonu głównego zakład ubezpieczeń odpowiada za straty spowodowane przez konkretne zjawiska pogodowe bądź katastrofy naturalne. W przypadku suszy jest to minimum 25% natomiast dla huraganu, powodzi, deszczu nawalnego, gradu, pioruna, obsunięcia się ziemi, lawiny, ujemnych skutków przezimowania lub przymrozków wiosennych, co najmniej 10%.

Takie progi zostały wprowadzone 25 lipca 2008 roku²³ i do czasu pisania niniejszej pracy nie zostały zmienione. Biorąc pod uwagę zwiększenie się częstotliwości występowania wcześniej zidentyfikowanego zjawiska suszy rolniczej, producenci rolni działający na zagrożonych obszarach czerpią mniejsze korzyści z ubezpieczeń dotowanych. W konsekwencji zmuszeni są oni do pokrywania większej liczby mniejszych strat z „własnej kieszeni”, co może zniechęcać ich do zakupu ubezpieczeń katastroficznych innych niż obowiązkowe, pogłębiając tym samym zjawisko luki ubezpieczeniowej. Trzeba mieć jednak na uwadze, iż obniżenie lub całkowite zniesienie owych progów mogłoby skutkować znacznym obciążeniem budżetu państwa bądź zmniejszeniem maksymalnej wartości dofinansowania do składki, jakie można otrzymać w ramach dotowanego ubezpieczenia.

²² Maksymalne sumy ubezpieczeń upraw rolnych 2026 – co się zmienia?, VH POLSKA 2026, (<https://www.vh-polska.pl/aktualnosci/maksymalne-sumy-ubezpieczen-upraw-rolnych-2026-co-sie-zmienia/>), dostęp: 22.02.2026 r.

²³ Ustawa z dnia 25 lipca 2008 r. o zmianie ustawy o ubezpieczeniach upraw rolnych i zwierząt gospodarskich oraz ustawy o krajowym systemie ewidencji producentów, ewidencji gospodarstw rolnych oraz ewidencji wniosków o przyznanie płatności (Dz. U. 2008 nr 145 poz. 918)

3.6. Rola państwa w ograniczaniu luki ubezpieczeniowej

W celu zredukowania ciężaru strat powstałych na skutek katastrof naturalnych, państwo podejmuje szereg działań o charakterze regulacyjnym i finansowym, mających na celu ograniczanie luki ubezpieczeniowej. W zakresie gruntów rolnych są to przede wszystkim dopłaty do składek ubezpieczeń upraw, wprowadzenie obowiązkowego ubezpieczenia, a także wsparcie finansowe w postaci dotacji dla rolników, którzy ponieśli straty w wyniku żywiołów.

Dopłaty z budżetu państwa wynoszą do 65% składki i wypłacane są przez właściwego ministra do spraw rolnictwa. Minister Rolnictwa i Rozwoju Wsi co roku zawiera umowy z zakładami ubezpieczeń w sprawie stosowania dopłat ze środków budżetu państwa do składek ubezpieczenia upraw rolnych i zwierząt gospodarskich. Oznacza to, iż w danym roku właśnie te zakłady ubezpieczeń będą zapewniały możliwość nabycia dotowanego ubezpieczenia producentom rolnym.

Na rok 2026 lista prezentowała się następująco²⁴:

1. Powszechny Zakład Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie,
2. Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych „TUW” z siedzibą w Warszawie,
3. Generali Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie,
4. AGRO Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych z siedzibą w Warszawie,
5. InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń SA Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie,
6. TUZ Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie,
7. VH VVaG Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych Oddział w Polsce z siedzibą w Poznaniu,
8. Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. z siedzibą w Sopocie,
9. Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji WARTA S.A. z siedzibą w Warszawie.

W porównaniu z rokiem 2022, w którym to zawarto owe umowy z ośmioma zakładami ubezpieczeń, liczba zakładów działających we współpracy z Ministrem Rolnictwa i Rozwoju Wsi

²⁴ *Lista zakładów ubezpieczeń zapewniających dotowane ubezpieczenia*, Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi, (<https://www.gov.pl/web/rolnictwo/lista-zakladow-ubezpieczen-zapewniajacych-dotowane-ubezpieczenia>), dostęp: 22.02.2026 r.

wzrosła²⁵. Dla producentów rolnych oznacza to poszerzenie możliwości ubezpieczeniowych, bez utraty dostępu do dodatkowej pomocy finansowej w postaci dotacji od państwa. Dane podawane przez Najwyższą Izbę Kontroli (NIK) wskazują jednak, iż w latach 2009-2018 realizowany system dopłat był mało skuteczny i nie spełnił oczekiwań ubezpieczających ani ubezpieczycieli. Nie spowodował on także bezpośredniego wzrostu obszarów objętych ochroną ubezpieczeniową, czego przyczyną było m.in. wypłacanie rolnikom dużych sum w ramach niezależnego od systemu ubezpieczeń wsparcia finansowego²⁶.

Wprowadzanie obowiązkowych ubezpieczeń również można zakwalifikować, jako działanie państwa mające na celu zredukowanie luki ubezpieczeniowej. Nałożenie przymusu zakupu polisy ubezpieczeniowej powinno bowiem zwiększyć liczbę osób, których majątek jest chroniony przez ubezpieczenie. Wprowadzenie kary za brak posiadania owego ubezpieczenia ma dodatkowo wzmacniać skuteczność działania tego mechanizmu. Zgodnie z prawem, w przypadku niewywiązania się z uprzednio opisanego obowiązku ubezpieczenia minimum 50% powierzchni upraw, rolnik zmuszony jest do wniesienia opłaty, która stanowi równowartość w złotych 2 euro od 1 ha, ustalaną przy zastosowaniu kursu średniego ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski²⁷. Pomimo ustawowego obowiązku zawarcia ubezpieczenia, w 2017 roku wywiązywało się z niego jedynie około 16% producentów rolnych, natomiast w 2018 roku około 18%. Przyczyn tego zjawiska ponownie można doszukiwać się w dużej kwocie wsparcia finansowego rolników w ramach szkód spowodowanych niekorzystnymi warunkami klimatycznymi. Mając pewność, iż otrzyma się dofinansowanie niezależnie od tego, czy posiada się ubezpieczenie zabezpieczające przed tego rodzaju ryzykiem, może maleć chęć do należytego ubezpieczania majątku²⁸.

3.7. Analiza ofert ubezpieczeń katastroficznych gruntów rolnych wybranych zakładów

W zakresie ubezpieczeń dotowanych, ustawa pozostawia swobodę zakładom ubezpieczeń w kwestiach takich jak franszyza redukcyjna, wysokość składek dla konkretnych plonów czy

²⁵ D. Michalak, *Ekonomiczne aspekty adaptacji do zmiany klimatu branży rolnej na przykładzie produkcji roślinnej w Polsce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2025, s. 109, 110

²⁶ Informacje o wynikach kontroli, NIK 2020, (<https://www.nik.gov.pl/najnowsze-informacje-o-wynikach-kontroli/system-ubezpieczen-rolniczych.html>), dostęp: 22.02.2026 r.

²⁷ Ustawa z dnia 7 lipca 2005 r. o ..., op. cit.

²⁸ D. Michalak, op. cit., s. 111

poniektóre wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela. W Tabeli 3.2 porównano oferty 3 różnych zakładów ubezpieczeń świadczących ubezpieczenia upraw rolnych pod względem prezentowanych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia (OWU) na luty 2026 roku. Analiza ma na celu zidentyfikowanie rozbieżności w przedstawianych warunkach wypłacenia odszkodowania za straty powstałe w wyniku poszczególnych katastrof naturalnych. Za katastrofy naturalne, które uwzględniono przy sporządzaniu Tabeli 3.2, przyjęto zjawiska wpisujące się w uprzednio przytoczoną ustawową definicję katastrofy naturalnej.

Tabela 3.2. Najważniejsze różnice w Ogólnych Warunkach Ubezpieczeń wybranych zakładów oferujących ubezpieczenia gruntów rolnych

	AGRO Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych	Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych „TUV”	Generali Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
Nazwa ubezpieczenia	Ubezpieczenie upraw rolnych „Bezpieczne uprawy”	Obowiązkowe oraz dobrowolne ubezpieczenie upraw rolnych od zdarzeń losowych	Generali ubezpieczenie upraw rolnych
Czas trwania umowy	Okres wskazany w umowie ubezpieczenia, nie dłuższy niż 12 miesięcy.	Okres wegetacji uprawy rolnej, nie dłuższy niż 12 miesięcy.	Okres nie dłuższy niż roczny.
Katastrofy naturalne ubezpieczane w ramach ubezpieczenia obowiązkowego	Susza, powódź, ujemne skutki przezimowania, grad, przymrozki wiosenne.	Susza, powódź, ujemne skutki przezimowania, grad, przymrozki wiosenne.	Susza, powódź, ujemne skutki przezimowania, grad, przymrozki wiosenne.
Katastrofy naturalne i inne zdarzenia ubezpieczane w ramach ubezpieczeń dobrowolnych	Huragan, deszcz nawalny, lawina, obsunięcie się ziemi, uderzenie pioruna, pożar, transport plonów rolnych, wszystkie ryzyka pogodowe niezdefiniowane w Ustawie z dnia 7 lipca 2005 r.	Huragan, deszcz nawalny, uderzenie pioruna, obsunięcie się ziemi, lawina, ogień, eksplozja, tąpnięcie, upadek statku powietrznego, opady śniegu, wymarzanie roślin.	Huragan, deszcz nawalny, uderzenie pioruna, lawina, ogień, obsunięcie się ziemi inne ryzyka w ramach klauzuli.
Franszyza redukcyjna	Franszyza redukcyjna w wysokości 20%, 25% albo	bd.	bd.

	30% sumy ubezpieczenia w zależności od umowy.		
Udział własny	Udział własny wynoszący 10% wysokości szkody w umowie ubezpieczenia upraw rolnych, z wyłączeniem ryzyka suszy oraz upraw drzew i krzewów owocowych oraz truskawek (możliwość zniesienia udziału własnego za opłatą dodatkowej składki).	Udział własny ustalany na potrzeby poszczególnych polis.	bd.
Okres karencji	14 dni w przypadku ryzyka wyłączenia powodzi, suszy, gradu, przymrozków wiosennych, huraganu, deszczu nawalnego, pioruna, obsunięcia się ziemi, lawiny, pożaru oraz wszystkich ryzyk pogodowych.	14 dni w przypadku ryzyka wyłączenia powodzi, suszy, gradu, przymrozków wiosennych, huraganu, deszczu nawalnego, pioruna, obsunięcia się ziemi, lawiny, ognia, eksplozji, tąpnięcia, upadku statku powietrznego, opadów śniegu oraz wymarznienia.	14 dni, z możliwością skrócenia tego okresu za zgodą ubezpieczyciela, brak okresu karencji dla ubezpieczeń od ryzyka ujemnych skutków przezimowania.
Franszyza integralna dla szkód spowodowane przez suszę	Franszyza integralna 25% dla szkód spowodowanych przez suszę, bez możliwości obniżenia.	Franszyza integralna 25% dla szkód w plonie głównym spowodowanych przez suszę.	Franszyza integralna 25% dla szkody przewidywanej wielkości plonu głównego spowodowanej przez suszę, bez możliwości obniżenia.
Franszyza integralna dla szkód spowodowane przez inne zjawiska	Franszyza integralna 10% dla szkód w plonie głównym spowodowanych przez huragan, powódź, grad, ujemne skutki przezimowania, przymrozki wiosenne, deszcz nawalny, piorun, obsunięcie się ziemi, lawinę, wszystkie ryzyka pogodowe z możliwością jej obniżenia za opłatą dodatkowej składki.	Franszyza integralna 10% dla szkód w plonie głównym spowodowanych przez powódź, grad, ujemne skutki przezimowania, przymrozki wiosenne, huragan, deszcz nawalny, piorun, obsunięcie się ziemi, lawinę, eksplozję, tąpnięcie, upadek statku powietrznego, opady śniegu oraz wymarznienie.	Franszyza integralna 10% dla szkód w plonie głównym spowodowanych przez grad, huragan, deszcz nawalny, lawinę, obsunięcie się ziemi, przymrozki wiosenne, powódź, piorun, ujemne skutki przezimowania.

Dopłata państwa do 65% składki	Tak	Tak	Tak
--------------------------------	-----	-----	-----

Źródło: opracowanie własne na podstawie Ogólne Warunki Ubezpieczenia Upraw Rolnych „Bezpieczne Uprawy” AGRO Ubezpieczenia; Ogólne warunki obowiązkowego oraz dobrowolnego ubezpieczenia upraw rolnych od zdarzeń losowych TUW; Ogólne Warunki Ubezpieczenia Upraw Rolnych Generali.

Jako że każdy z wybranych zakładów ubezpieczeń zawarł umowę w ramach dopłat do składki ubezpieczeniowej, ich oferty charakteryzują się podobieństwem w zakresie oferowanych ubezpieczeń katastroficznych, czy też maksymalnego czasu trwania umowy. Franszyza integralna w wysokości 25% dla suszy oraz 10% dla innych zjawisk wydaje się standardem niezależnie od tego, czy oferowane ubezpieczenie jest dotowane z budżetu państwa. Jej wysokości z reguły nie da się obniżyć, jednak spośród porównywanych ofert wyjątek stanowi oferta AGRO Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych. Różnice da się przede wszystkim zaobserwować w zakresie ubezpieczanych ryzyk innych niż obowiązkowe, specyfikacji dotyczących okresu karencji oraz funkcjonowania udziału własnego.

3.8. Podsumowanie

Za główne determinanty luki ubezpieczeniowej można uznać postępującą inflację, skłonność do niedoszacowania wartości posiadanego majątku, czy też zmiany klimatyczne, szczególnie istotne dla sektora rolniczego. Postępujące zmiany klimatyczne w Polsce da się zauważyć przede wszystkim poprzez zwiększanie się częstotliwości występowania oraz nasilenia katastrof naturalnych. Zmiany te są monitorowane przy wykorzystaniu wskaźników takich jak średnia roczna wartość Klimatycznego Bilansu Wodnego (KBW), czy też średnia obszarowa temperatura powietrza. W ostatnich latach największe zagrożenie dla polskiego rolnictwa stanowiły długotrwałe susze rolnicze oraz powodzie, generujące znaczne straty majątkowe dla producentów rolnych. System ubezpieczeń katastroficznych gruntów rolnych jest ściśle regulowany przez akty prawne, lecz jego ochronę można uznać za niewystarczającą w obliczu rosnącej skali szkód. Władze państwa starają się pomniejszać ową lukę poprzez zastosowanie środków pomocy publicznej, takich jak dodatkowe wsparcie finansowe dla rolników, czy też dopłaty do składek wybranych ubezpieczeń katastroficznych. Działania te okazują się mało

skuteczne i nie eliminują problemu niedostatecznej ochrony zapewnianej przez system ubezpieczeń.

Mając to na uwadze, można stwierdzić, iż w polskim systemie ubezpieczeń katastroficznych gruntów rolnych w ostatnich latach utrzymywała się znacząca luka ubezpieczeniowa. Przeprowadzona analiza wskazuje, że do jej głównych przyczyn należą rosnąca częstotliwość, nasilenie i zasięg występowania katastrof naturalnych, a także niewystarczająca ochrona ubezpieczeniowa zapewniana w ramach systemu ubezpieczeń gruntów rolnych. Działą to na rzecz pierwotnie przyjętej hipotezy głoszącej, iż postępujące zmiany klimatyczne oraz sposób funkcjonowania systemu ubezpieczeń katastroficznych gruntów rolnych w Polsce prowadzą do utrzymywania się w ostatnich latach luki ubezpieczeniowej sektora rolnego.

Ze względu na złożoność tematu istotne jest również wskazanie ograniczeń przeprowadzonej analizy. Wynikają one w głównej mierze z ograniczonej dostępności szczegółowych danych dotyczących ubezpieczeń katastroficznych gruntów rolnych, a także objęcia analizą relatywnie krótkiego okresu. Dalsze badania mogłyby obejmować porównanie danych z innych krajów, dłuższy okres badawczy, identyfikację pozostałych przyczyn powstawania luki ubezpieczeniowej w rolnictwie, zastosowanie odmiennych metod analitycznych czy też podjęcie próby oszacowania luki ubezpieczeniowej w polskim sektorze rolnym z uwzględnieniem nowych metod jej pomiaru.

Literatura

Piśmiennictwo

Kozachenko M., *Analiza i przyczyny rozmiarów luki ubezpieczeniowej w Polsce*, [w:] *Nowe horyzonty ubezpieczeń gospodarczych Przegląd Ubezpieczeń 2024/1*, red. M. Cycoń, T. Jedynak, Fundacja Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2024

Michalak D., *Ekonomiczne aspekty adaptacji do zmiany klimatu branży rolnej na przykładzie produkcji roślinnej w Polsce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2025

Wieteska S., *Metody oceny ryzyka suszy w ubezpieczeniach upraw rolnych w polskim obszarze klimatycznym*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2010, nr 117.

Akty prawne

Ustawa z dnia 18 kwietnia 2002 r. o stanie klęski żywiołowej (Dz. U. 2002 nr 62 poz. 558 z późn. zm.)

Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. 2003 nr 124 poz. 1152, z późn. zm.)

Ustawa z dnia 7 lipca 2005 r. o ubezpieczeniach upraw rolnych i zwierząt gospodarskich (Dz. U. 2005 Nr 150 poz. 1249, z późn. zm.)

Ustawa z dnia 25 lipca 2008 r. o zmianie ustawy o ubezpieczeniach upraw rolnych i zwierząt gospodarskich oraz ustawy o krajowym systemie ewidencji producentów, ewidencji gospodarstw rolnych oraz ewidencji wniosków o przyznanie płatności (Dz. U. 2008 nr 145 poz. 918)

Źródła internetowe

Atlas skutków zjawisk ekstremalnych w Polsce, Instytut Ochrony Środowiska–Państwowy Instytut Badawczy, (https://klimada2.ios.gov.pl/files/2023/Atlas_skutkow_zjawisk_ekstremalnych_w_Polsce.pdf), dostęp: 22.02.2026 r.

Dashboard on insurance protection gap for natural catastrophes, EIOPA, (https://www.eiopa.europa.eu/tools-and-data/dashboard-insurance-protection-gap-natural-catastrophes_en), dostęp: 22.02.2026 r.

Growing exposure, Swiss Re, (<https://www.swissre.com/institute/research/topics-and-risk-dialogues/climate-and-natural-catastrophe-risk/growing-exposure/global-crop-insurance.html>), dostęp: 22.02.2026 r.

Informacje o wynikach kontroli, NIK 2020, (<https://www.nik.gov.pl/najnowsze-informacje-o-wynikach-kontroli/system-ubezpieczen-rolniczych.html>), dostęp: 22.02.2026 r.

Jak ubezpieczają się polscy rolnicy?, Wiener Towarzystwo Ubezpieczeń, (<https://wiener.pl/Jak-ubezpieczaj%C4%85-si%C4%99-polscy-rolnicy>), dostęp: 22.02.2026 r.

Klimat Polski 2024, IMGW-PIB, 2025, (<https://imgw.pl/wp-content/uploads/2025/07/RAPORT-IMGW-PIB-Klimat-Polski-2024.pdf>), dostęp: 23.02.2026 r.

Klimatyczny bilans wodny, IMGW-PIB, (<https://klimat.imgw.pl/pl/klimatyczny-bilans-wodny/#2021/01/>), dostęp: 22.02.2026 r.

Lista zakładów ubezpieczeń zapewniających dotowane ubezpieczenia, Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi, (<https://www.gov.pl/web/rolnictwo/lista-zakladow-ubezpieczen-zapewniajacych-dotowane-ubezpieczenia>), dostęp: 22.02.2026 r.

Maksymalne sumy ubezpieczeń upraw rolnych 2026 – co się zmienia?, VH POLSKA 2026, (<https://www.vh-polska.pl/aktualnosci/maksymalne-sumy-ubezpieczen-upraw-rolnych-2026-co-sie-zmienia/>), dostęp: 22.02.2026 r.

Ogólne warunki obowiązkowego oraz dobrowolnego ubezpieczenia upraw rolnych od zdarzeń losowych, Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych „TUW”, (<https://tuw.pl/>), dostęp: 22.02.2026 r.

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Upraw Rolnych „Bezpieczne Uprawy”, AGRO Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych, (<https://agroubezpieczenia.pl/>), dostęp: 22.02.2026 r.

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Upraw Rolnych, Generali Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., (<https://www.generali.pl/>), dostęp: 22.02.2026 r.

Podmioty rynku ubezpieczeniowego - grupy działu II, KNF, (https://www.knf.gov.pl/podmioty/Podmioty_ryнку_ubezpieczeniowego/Grupy_działu_II), dostęp: 18.02.2026 r.

Polacy i ryzyko – jak się ubezpieczamy? Luka ubezpieczeniowa w Polsce, PIU, Warszawa 2024, (https://piu.org.pl/wp-content/uploads/2024/05/PIU_luka-ubezpieczeniowa_low_21_05_24.pdf), dostęp: 22.02.2026 r.

Raport z przeglądu i aktualizacji wstępnej oceny ryzyka powodziowego w 3 cyklu planistycznym: załącznik nr 7 - powódź we wrześniu 2024, Państwowe Gospodarstwo Wodne Wody Polskie, 2025, (24.planistycznymhttps://powodz.gov.pl/www/powodz/aWORP/3W-12_Za17_Raport_Powodz_we_wrzesniu_2024_20250124_v1.00.pdf), dostęp: 22.02.2026 r.

Rocznik Statystyczny Rolnictwa 2025, GUS, Warszawa 2025, (<https://new.stat.gov.pl/portal-publicacje/rocznik-statystyczny-rolnictwa-2025>), dostęp: 22.02.2026 r.

System Monitoringu Suszy Rolniczej, Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi, (<https://www.gov.pl/web/rolnictwo/system-monitoringu-suszy-rolniczej>), dostęp: 23.02.2026 r.

Systemu Monitoringu Suszy Rolniczej - Komunikaty, (<https://susza.iung.pulawy.pl/>), dostęp: 20.02.2026 r.

Wenner M., Arias D., *Agricultural Insurance in Latin America: Where Are We?*, USAID, 2003, (<https://www.dhan.org/askmi/docs/Documentation%20on%20insurance/Agricultural%20Insurance%20in%20Latin%20America%20Where%20are%20we.pdf>), dostęp: 24.06.2026 r.

Rozdział 4

Świadomość ubezpieczeniowa młodych podróżnych w dobie mobilności transgranicznej. Analiza postaw studentów wobec systemu EKUZ i komercyjnych polis turystycznych

Tomasz Frączek¹

4.1. Wprowadzenie

W dobie rosnącej mobilności transgranicznej, napędzanej przez programy wymiany akademickiej oraz powszechną dostępność tanich linii lotniczych, podróżowanie po Europie stało się dla młodego pokolenia nieodłącznym elementem stylu życia. Współczesny student funkcjonuje w środowisku bez barier terytorialnych, co rodzi naturalne, lecz niejednokrotnie zwodnicze poczucie pełnego bezpieczeństwa. W debacie o turystyce międzynarodowej rzadko podejmuje się bowiem temat niewidzialnego ryzyka, które towarzyszy każdemu wyjazdowi – ryzyka nagłej utraty zdrowia i idących za tym poważnych konsekwencji finansowych.

Zarządzanie tym ryzykiem opiera się na dwóch fundamentalnych filarach: publicznym, symbolizowanym przez Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ), oraz prywatnym, który tworzą komercyjne polisy turystyczne. Karta EKUZ, będąca jednym z wyraźnych przejawów europejskiej integracji socjalnej, znajduje się w posiadaniu większości podróżujących obywateli. Sukces tego unijnego projektu wywołał jednak nieoczekiwany i niepożądany efekt uboczny w postaci zjawiska „bezpieczeństwa pozornego”. Posiadanie plastikowej karty z unijnym logo może obniżać skłonność do ostrożności wśród podróżnych, generując iluzję całkowitej, bezwarunkowej i darmowej opieki medycznej w całej Europie.

Rzeczywistość systemów ochrony zdrowia w państwach członkowskich bywa jednak znacznie bardziej skomplikowana. Zderzenie niepełnej wiedzy turystów z rygorystycznymi przepisami

¹ Koło Naukowe Ubezpieczeń „Risk Management”, Katedra Zarządzania Ryzykiem i Ubezpieczeń, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie.

o unijnej koordynacji bardzo często kończy się dla nieświadomego pacjenta rachunkiem na dziesiątki tysięcy euro – na przykład za akcję ratunkową w górach czy specjalistyczny transport medyczny (repatriację) do kraju ojczystego. Sytuację tę potęguje zauważalny brak systemowej edukacji ubezpieczeniowej skierowanej do osób młodych. Wkraczający w dorosłość konsumenci, pomimo wysokich kompetencji cyfrowych, rzadko dysponują wiedzą finansową pozwalającą na trafną identyfikację luk w publicznych systemach ochrony. Na tym tle zarysowuje się paradoks badawczy: dlaczego młodzi, wykształceni konsumenci, posiadający kompetencje cyfrowe, w tak kluczowej kwestii jak własne zdrowie i życie, decydują się na ogromne ryzyko finansowe, rezygnując z zakupu relatywnie taniej polisy komercyjnej? Czy jest to wyłącznie efekt zwiększonej skłonności do ryzyka w tej grupie wiekowej, czy raczej głębokiej asymetrii informacyjnej i wspomnianych deficytów edukacyjnych?

Niniejsza praca stanowi próbę odpowiedzi na powyższe pytania. Jego głównym celem jest analiza i zbadanie mechanizmów decyzyjnych studentów na rynku ubezpieczeń turystycznych oraz odpowiedź na pytanie, jak zderzenie unijnych regulacji z indywidualną percepcją ryzyka kształtuje ich zachowania konsumenckie. Poprzez krytyczną analizę uwarunkowań prawnych oraz zaprezentowanie wyników autorskich badań empirycznych, opracowanie to rzuca nowe światło na problem świadomości ubezpieczeniowej młodych Polaków.

4.2. Uwarunkowania prawne EKUZ a zjawisko asymetrii informacyjnej jako determinanta decyzji ubezpieczeniowych

Zrozumienie mechanizmów determinujących popyt na komercyjne ubezpieczenia turystyczne w grupie osób młodych wymaga pogłębionej analizy publicznego systemu ochrony zdrowia w Unii Europejskiej przez pryzmat luki świadomościowej jego beneficjentów. Podstawowym instrumentem w tym zakresie jest Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ). Jak wynika z oficjalnych wytycznych polskiego Ministerstwa Zdrowia oraz Narodowego Funduszu Zdrowia, EKUZ jest unijnym dokumentem potwierdzającym prawo ubezpieczonego do korzystania z niezbędnej i nieplanowanej opieki medycznej w państwach członkowskich UE oraz

EFTA w trakcie tymczasowego pobytu². Uzyskanie karty odbywa się w sposób nieskomplikowany – dokument ten wydawany jest bezpłatnie, a w przypadku studentów proces ten ma charakter rutynowy³. Ta powszechność i łatwość dostępu stanowią punkt wyjścia do analizy zjawiska „bezpieczeństwa pozornego”. Choć oficjalne portale informacyjne NFZ wyraźnie wskazują, że EKUZ nie stanowi alternatywy dla ubezpieczeń komercyjnych⁴, w świadomości społecznej dokument ten często funkcjonuje jako uniwersalna polisa.

Zderzenie tej społecznej percepcji z literaturą naukową oraz literą prawa wskazuje na istotne luki w wiedzy świadczeniobiorców. Z formalnoprawnego punktu widzenia funkcjonowanie EKUZ opiera się na unijnych przepisach o koordynacji, tj. na rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004⁵ oraz rozporządzeniu wykonawczym nr 987/2009⁶. Jak precyzuje F. De Wispelaere, w kontekście turystycznym zastosowanie ma wyłącznie wąska kategoria nieplanowanej, niezbędnej opieki medycznej, której udzielenie ma zapobiec przedwczesnemu powrotowi do kraju⁷. Badacze podkreślają, że unijny system opiera się na koordynacji, a nie harmonizacji czy integracji narodowych systemów⁸. Brak unifikacji koszyków świadczeń stanowi fundamentalne źródło nieświadomego ryzyka finansowego.

W literaturze przedmiotu identyfikuje się zjawisko formułowania wobec EKUZ „nadmiernych oczekiwań” (*too great expectations*)⁹. Konsumenci ulegają błędnemu przekonaniu, że symbol ten gwarantuje im bezpłatne leczenie na terenie całej wspólnoty¹⁰. Osią dysonansu poznawczego,

² Ministerstwo Zdrowia, *Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ)*, Serwis pacjent.gov.pl, (<https://pacjent.gov.pl/ekuz>), dostęp: 06.03.2026 r.

³ Narodowy Fundusz Zdrowia, *Jak wyrobić kartę EKUZ*, (<https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/nasze-zdrowie-w-ue/leczenie-w-krajach-unii-europejskiej-i-efta/jak-wyrobic-karte-ekuz/>), dostęp: 06.03.2026 r.

⁴ Ministerstwo Zdrowia, op. cit.

⁵ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. U. L 166 z 30.04.2004, s. 1).

⁶ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczące wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 (Dz. U. L 284 z 30.10.2009, s. 1).

⁷ F. De Wispelaere, *Cross-border healthcare in the EU under social security coordination from a statistical point of view*, KU Leuven HIVA, 2022, s. 3.

⁸ F. De Wispelaere, G. Berki, *The role and limits of the European Health Insurance Card: (Too) great expectations?*, „Journal of European Social Policy” 2021, Vol. 31(4), s. 2-3.

⁹ *Ibidem*.

¹⁰ S. Stan, R. Erne, S. Gannon, *Bringing EU citizens together or pulling them apart? The European Health Insurance Card, east-west mobility, and the failed promise of European social integration*, „Journal of European Social Policy” 2020, s. 14-15.

a zarazem główną przyczyną uzasadniającą potrzebę posiadania komercyjnej ochrony, jest nieznajomość zasady *lex loci* (prawa miejsca). Zgodnie z nią, posiadacz EKUZ ma prawo do świadczeń medycznych nie na zasadach obowiązujących w Polsce (gdzie publiczna opieka jest w pełni darmowa), lecz na warunkach, jakim podlegają obywatele państwa goszczącego¹¹. Jeśli w kraju pobytu standardem jest system partycypacji finansowej pacjenta (np. zryczałtowane opłaty za wezwanie karetki ratunkowej w Austrii czy koszty pobytu w szpitalu we Francji), polski turysta jest prawnie zobowiązany do ich uiszczenia¹². Zjawisko tzw. płatności z własnej kieszeni (*out-of-pocket payments*) stanowi dla studentów zauważalne obciążenie finansowe¹³.

Tę dysfunkcję potęgują kolejne ograniczenia infrastrukturalne. Należy wyraźnie oddzielić reżim koordynacji ubezpieczeń (EKUZ) od reżimu, jaki wprowadza unijna dyrektywa 2011/24/UE w sprawie praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej¹⁴. O ile dyrektywa umożliwia korzystanie z sektora prywatnego (wymagając jednak założenia własnych środków i żądania zwrotu w Polsce jedynie do wysokości stawek NFZ), o tyle karta EKUZ – co obnaża jej ograniczony charakter analizowany przez K. Sucheckiego¹⁵ – obowiązuje wyłącznie u świadczeniodawców posiadających umowy z publicznymi funduszami państwa pobytu¹⁶. Stanowi to istotną barierę w kurortach turystycznych, gdzie dominują prywatne kliniki. Ponadto, z punktu widzenia specyfiki wyjazdów studenckich – łączących się z turystyką aktywną – krytyczny okazuje się brak publicznego finansowania ratownictwa (poszukiwań w górach i na morzu) oraz komercyjnego transportu medycznego pacjenta z powrotem do Polski¹⁷. Koszty te obciążają poszkodowanego, a ich pokrycie to domena wyłącznie dobrowolnych ubezpieczeń.

Asymetria informacyjna na rynku usług medycznych, potęgowana przez nakładanie się na siebie dwóch różnych instrumentów prawnych (rozporządzeń i dyrektywy transgranicznej),

¹¹ F. De Wispelaere, G. Berki, *op. cit.*

¹² Narodowy Fundusz Zdrowia, *op. cit.*

¹³ F. De Wispelaere, G. Berki, *op. cit.*

¹⁴ Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz. U. L 88 z 04.04.2011).

¹⁵ K. Suchecki, *European Health Insurance Card as a tourism insurance in different EU health care systems*, „Journal of Tourism and Regional Development” 2016, Nr 5, s. 166-176.

¹⁶ Ministerstwo Zdrowia, *op. cit.*

¹⁷ Por. Ministerstwo Zdrowia, *op. cit.*; K. Suchecki, *op. cit.*, s. 166-176.

sprawia, że studenci napotykają wyraźne trudności w interpretacji własnych praw i obowiązków¹⁸. Ten deficyt wiedzy kreuje zjawisko nieuzasadnionego poczucia bezpieczeństwa. W odpowiedzi na tak zarysowany problem sformułowano następujące hipotezy badawcze:

- **H1:** Studenci posiadający wysoką obiektywną świadomość ograniczeń ochrony EKUZ (m.in. w zakresie zasady *lex loci*, kosztów ratownictwa i repatriacji) znacząco częściej decydują się na zakup dodatkowego ubezpieczenia.
- **H2:** Wśród młodych występuje istotny dysonans poznawczy – ich wysoka subiektywna samoocena wiedzy o systemie publicznym nie znajduje potwierdzenia w obiektywnej znajomości mechanizmów działania EKUZ.
- **H3:** Deklarowana wysoka aktywność sportowa podczas wyjazdów zagranicznych pełni rolę silnego stimulatora, który skłania studentów do transferu ryzyka na podmiot komercyjny.

4.3. Metodyka badań i charakterystyka próby badawczej

W celu empirycznej weryfikacji sformułowanych we wcześniejszej części opracowania hipotez badawczych (H1–H3) oraz szczegółowego zbadania mechanizmów decyzyjnych i poziomu świadomości ubezpieczeniowej studentów, przeprowadzono badanie ilościowe z wykorzystaniem metody sondażu diagnostycznego. Podstawowym narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety, udostępniony respondentom drogą elektroniczną (zastosowano technikę CAWI – *Computer-Assisted Web Interviewing*). Wybór tej techniki gromadzenia danych pierwotnych był podyktowany specyfiką grupy docelowej. Populacja studencka charakteryzuje się bowiem wysoką biegłością cyfrową oraz znaczną mobilnością, co sprawia, że ankiety internetowe stanowią najbardziej adekwatne i efektywne narzędzie pomiarowe, minimalizujące jednocześnie zjawisko braku odpowiedzi (*non-response bias*).

Badanie zrealizowano w pierwszym kwartale 2026 roku. Zastosowano celowy dobór próby – warunkiem brzegowym (weryfikowanym za pomocą pytania filtrującego), kwalifikującym respondenta do udziału w badaniu, było zadeklarowanie zagranicznych wyjazdów w obrębie państw członkowskich Unii Europejskiej oraz EFTA. Kryterium to gwarantowało, że badana

¹⁸ S. Stan, R. Erne, *Bringing society back into our understanding of European cross-border care*, „Journal of European Social Policy” 2021, s. 4-5.

zbiorowość składa się z rzeczywistych lub potencjalnych beneficjentów systemu koordynacji ubezpieczeń społecznych, posługujących się Europejską Kartą Ubezpieczenia Zdrowotnego. Po procesie weryfikacji bazy danych i odrzuceniu kwestionariuszy niekompletnych, do ostatecznej analizy statystycznej zakwalifikowano odpowiedzi 132 respondentów.

Zgromadzona próba badawcza charakteryzowała się relatywnie wysokim stopniem homogeniczności wiekowej, co jest zjawiskiem naturalnym w przypadku badań prowadzonych w środowisku akademickim. Średnia wieku ankietowanych wyniosła 20,1 lat, przy czym dominanta uplasowała się na poziomie 20 lat. W strukturze płci badanej populacji zaobserwowano przewagę kobiet, które stanowiły 58,3% ($n=77$) ogółu badanych, podczas gdy mężczyźni stanowili 41,7% ($n=55$). Wszyscy ankietowani stanowili aktywną turystycznie grupę młodych dorosłych, co czyniło z nich wysoce reprezentatywne środowisko do analizy postaw wobec transgranicznego ryzyka zdrowotnego.

Kwestionariusz ankiety został ustrukturyzowany i podzielony na bloki tematyczne, co pozwoliło na logiczną separację poszczególnych zmiennych badawczych. Oprócz metryczki oraz pytań dookreślających profil podróżnika, kluczowym elementem narzędzia był moduł diagnozujący zjawisko asymetrii informacyjnej. W pierwszej kolejności respondenci dokonywali subiektywnej samooceny swojej wiedzy na temat systemu EKUZ (z wykorzystaniem skali Likerta od 1 do 5). Następnie ich deklaracje były konfrontowane z testem wiedzy obiektywnej. Test ten, uwzględniający przepisy rozporządzeń (WE) nr 883/2004 i 987/2009, weryfikował znajomość dwóch krytycznych ograniczeń publicznego systemu: zasady współpłacenia pacjenta wynikającej z *lex loci* oraz faktu, że unijna karta honorowana jest wyłącznie w placówkach mających podpisaną umowę z publicznym płatnikiem danego państwa goszczącego. Ostatni blok pytań diagnozował zachowania rynkowe studentów.

Po sformułowaniu hipotez badawczych, konieczne było dokonanie ich weryfikacji za pomocą odpowiedniego aparatu matematycznego – w tym przypadku nieparametrycznego testu niezależności chi-kwadrat (χ^2). Test ten pozwala na zbadanie, czy pomiędzy dwiema zmiennymi jakościowymi występuje statystycznie istotna zależność. W tym celu przyjęto poziom istotności $\alpha = 0,05$. Obliczenie prawdopodobieństwa testowego (wartości p) dla każdej z analizowanych par

zmiennych i porównanie go z przyjętym poziomem istotności pozwoliło na weryfikację hipotez według następującej, sformalizowanej reguły decyzyjnej:

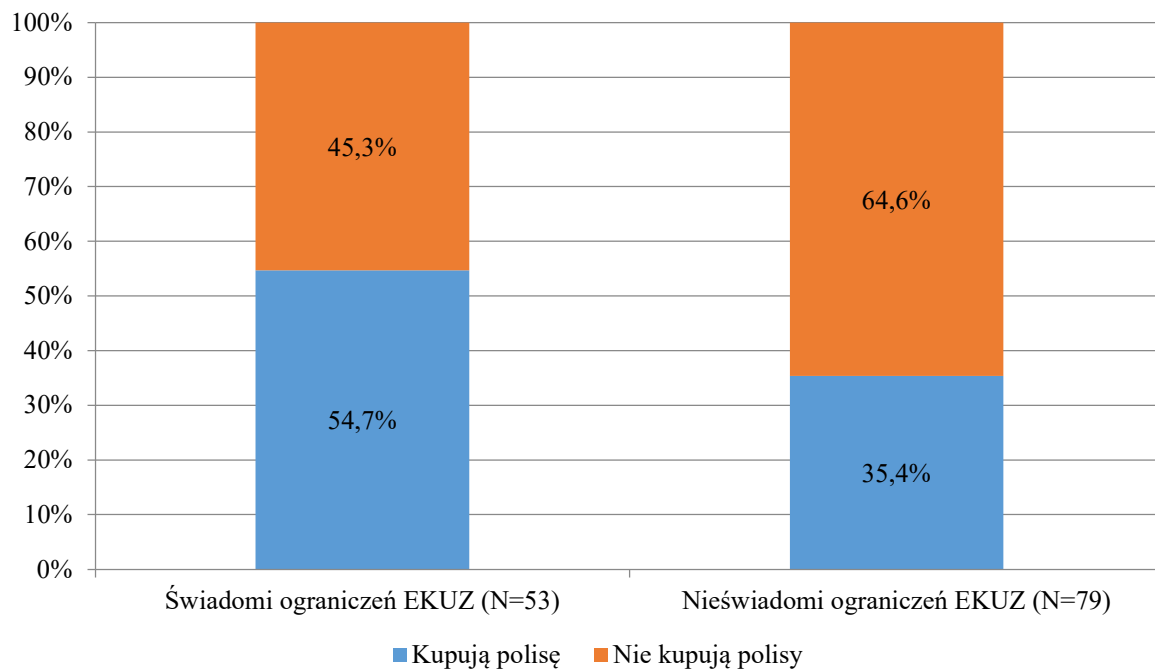
- jeżeli $p \leq \alpha$, to należy odrzucić hipotezę zerową H_0 o braku zależności i przyjąć hipotezę alternatywną H_1 , świadczącą o występowaniu powiązania między zmiennymi;
- jeżeli $p > \alpha$, to nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej H_0 , co oznacza, że badane zmienne są od siebie statystycznie niezależne.

4.4. Wyniki badań i weryfikacja hipotez

Analiza wiedzy obiektywnej a skłonność do zakupu ubezpieczenia (Weryfikacja H1)

Fundamentem zjawiska „bezpieczeństwa pozornego” na rynku usług medycznych jest asymetria informacyjna. Hipoteza badawcza H1 zakładała, że studenci posiadający wysoką obiektywną świadomość ograniczeń ochrony zapewnianej przez system publiczny znacząco częściej decydują się na zakup dodatkowej polisy komercyjnej. W celu jej zweryfikowania zdefiniowano grupę o „wysokiej wiedzy obiektywnej” jako tych respondentów ($n=53$), którzy w obiektywnym teście wiedzy poprawnie zidentyfikowali unijną zasadę *lex loci* – zaznaczając odpowiedź mówiącą o tym, że pacjent posiadający EKUZ może zostać obciążony częścią kosztów medycznych zgodnie z prawem kraju pobytu. Do grupy o „niskiej wiedzy” ($n=79$) zaliczono osoby żyjące w błędnym przeświadczeniu o powszechnej darmowości systemu. Skłonność do zakupu polisy mierzono natomiast deklaracją jej nabywania („zawsze”, „często” lub „czasami”).

Zgromadzone dane empiryczne jednoznacznie wskazują na różnice w postawach konsumenckich obydwu zdefiniowanych grup. Wśród 53 studentów wykazujących się rzetelną wiedzą o istnieniu mechanizmu tzw. *out-of-pocket payments* (bezpośrednich dopłat pacjenta), aż 54,7% ($n=29$) decyduje się na stały lub okresowy transfer ryzyka na podmiot komercyjny poprzez zakup dobrowolnej polisy turystycznej. Z kolei w grupie nieświadomej istnienia tych zagrożeń finansowych ($n=79$), odsetek osób kupujących ubezpieczenie turystyczne zauważalnie spada i wynosi zaledwie 35,4% ($n=28$).



Rysunek 4.1. Skłonność do zakupu polisy a obiektywna wiedza o EKUZ

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych.

W celu formalnej weryfikacji postawionej hipotezy przeprowadzono test niezależności chi-kwadrat. Obliczone prawdopodobieństwo testowe wyniosło $p = 0,0442$. Ponieważ spełniony został warunek $p \leq \alpha$, zaistniały wystarczające podstawy statystyczne do odrzucenia hipotezy zerowej o braku zależności i przyjęcia hipotezy H1. Otrzymany wynik sugeruje, że obiektywna wiedza ekonomiczno-prawna konsumenta stanowi kluczowy stymulator popytu na rynku turystycznych ubezpieczeń komercyjnych. Student, który potrafi zidentyfikować różnice między narodowymi systemami opieki zdrowotnej, rzadziej opiera się na błędnym założeniu o powszechnej bezpłatności opieki i wykazuje skłonność do aktywnego zarządzania własnym ryzykiem.

Dysonans poznawczy na tle wielowymiarowych mechanizmów EKUZ (Weryfikacja H2)

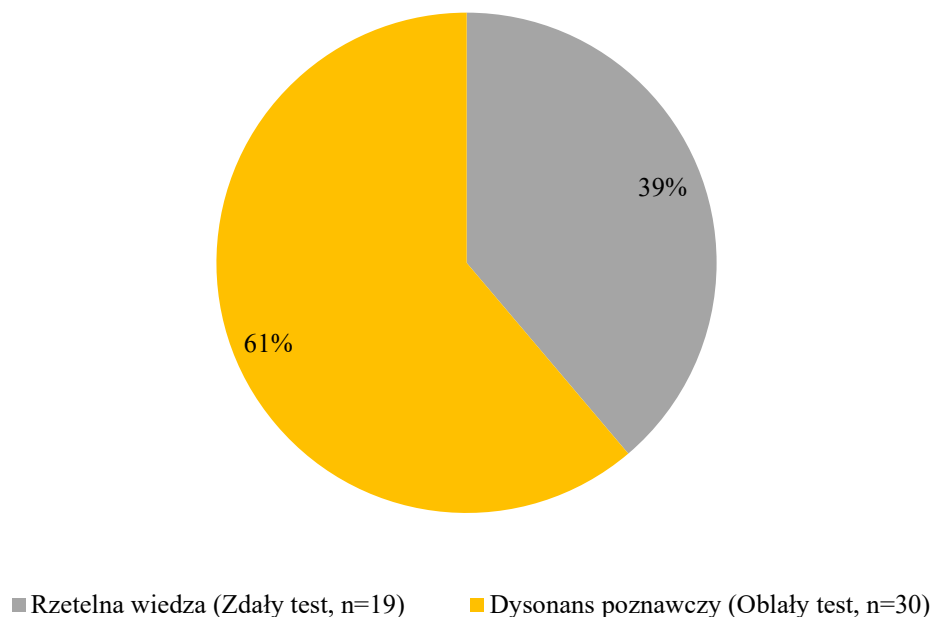
Kolejny, niezwykle istotny z punktu widzenia asymetrii informacji etap badawczy koncentrował się wokół weryfikacji hipotezy H2, podejmującej problem dysonansu poznawczego. Badano w niej, czy wysoka subiektywna samoocena własnych kompetencji ubezpieczeniowych znajduje realne odzwierciedlenie w faktycznej (obiektywnej) znajomości przepisów o unijnej

koordynacji. Z próby badawczej wyodrębniono subpopulację 49 osób (stanowiącą 37,1% ogółu badanych), które oceniły swoją wiedzę o EKUZ na poziomie przynajmniej „przeciętnym”, „dobrym” lub „bardzo dobrym” (wartości od 3 do 5 w 5-stopniowej skali Likerta).

Aby zminimalizować ryzyko uproszczeń, na potrzeby weryfikacji tej hipotezy sformułowano rygorystyczny wskaźnik wiedzy obiektywnej, oparty na podwójnej weryfikacji prawno-instytucjonalnej. Przyjęto, że aby móc posługiwać się kartą w sposób w pełni świadomy, badany musi poprawnie zidentyfikować dwa krytyczne i komplementarne ograniczenia systemu publicznego:

- wymóg korzystania wyłącznie z placówek medycznych działających w ramach państwowego systemu ochrony zdrowia państwa pobytu;
- zasadę *lex loci* (świadomość mechanizmu legalnego współpłacenia pacjenta, nawet w placówkach publicznych).

Konfrontacja subiektywnych deklaracji respondentów z wynikami tak skonstruowanego, podwójnego testu wiedzy obiektywnej dostarczyła interesujących wniosków badawczych. W wyodrębnionej grupie 49 studentów deklarujących zadowalającą znajomość mechanizmów karty, obiektywny test zdało zaledwie 19 z nich (38,8%). Oznacza to, że aż 30 osób (czyli 61,2% subpopulacji o wysokiej samoocenie) uzyskało negatywny wynik testu, udzielając błędnej odpowiedzi na przynajmniej jedno z fundamentalnych pytań warunkujących bezpieczeństwo finansowe za granicą. Rozbicie struktury błędów w tej grupie o wysokiej samoocenie wiedzy dostarcza dodatkowych argumentów na poparcie tezy o luce świadomościowej: 10 respondentów uległo błędnemu przekonaniu (nie znali ani zasady współpłacenia, ani ograniczeń dotyczących placówek), 12 badanych udzieliło błędnej odpowiedzi wyłącznie na kwestii finansowej, a 8 wykazało brak wiedzy w zakresie infrastruktury medycznej, błędnie zakładając, że EKUZ upoważnia do darmowego leczenia w sektorze komercyjnym.



Rysunek 4.2. Zjawisko dysonansu poznawczego w grupie o wysokiej samoocenie kompetencji (n=49)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych.

Przeprowadzony test statystyczny χ^2 wykazał istotną zależność krzyżową ($p = 0,0015$). Oznacza to, że pomimo faktu, iż osoby o wyższej samoocenie nieznacznie częściej odpowiadały poprawnie w zestawieniu z grupą kompletnie nieświadomą, to w wartościach bezwzględnych absolutna większość z nich wciąż porusza się w strefie złudnego wyobrażenia o bezpieczeństwie.

Zjawisko to wpisuje się w analizy S. Stan i R. Erne, którzy słusznie podnoszą, iż unijne instrumenty stały się dla obywateli symbolem politycznej obietnicy powszechnego bezpieczeństwa socjalnego UE, tracąc w ich percepcji swój rzeczywisty wymiar prawny¹⁹. W podobnym tonie wypowiadają się F. De Wispelaere i G. Berki, wskazując na fakt generowania przez samą materialną postać karty „zbyt wygórowanych oczekiwań” (*too great expectations*)²⁰. Biorąc pod uwagę skalę obiektywnej nieznamomości mechanizmów wspólnotowych w grupie osób pewnych swojej wiedzy, hipotezę badawczą H2 należy przyjąć. Współczesny student wykazuje

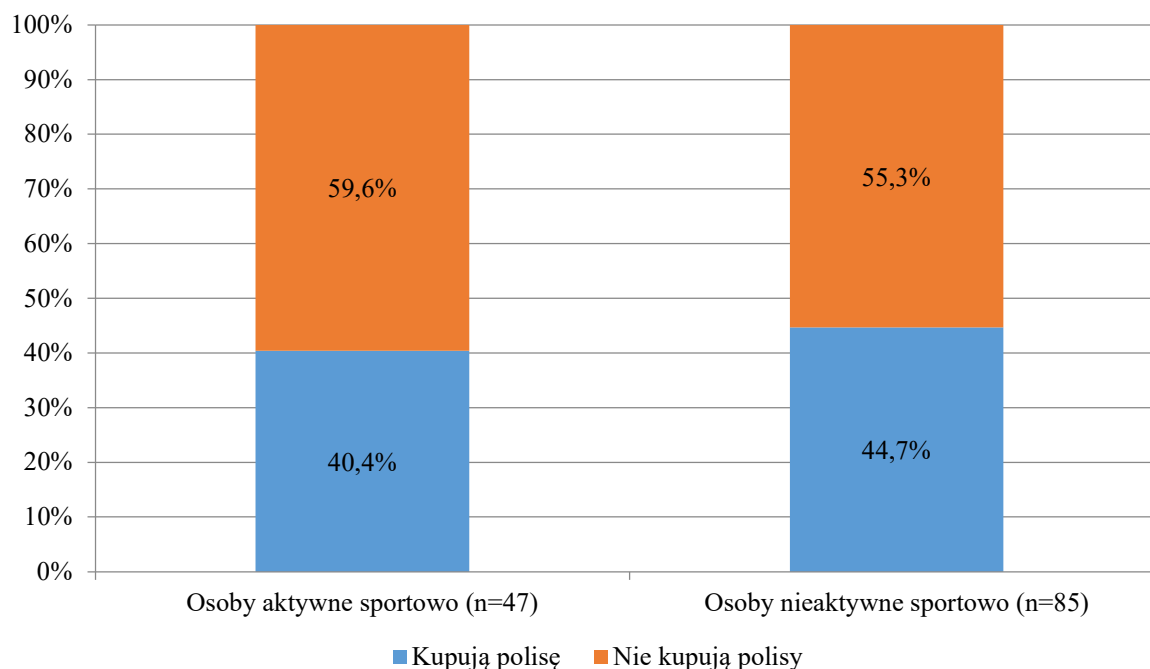
¹⁹ S. Stan, R. Erne, S. Gannon, *op. cit.*, s. 14-15.

²⁰ F. De Wispelaere, G. Berki, *op. cit.*, s. 2-3.

silną podatność na błąd nadmiernej pewności siebie, żywiąc nieuzasadnione przekonanie o kompleksowości niebieskiej karty.

Wpływ aktywności sportowej na zachowania rynkowe (Weryfikacja H3)

Ostatnia płaszczyzna analityczna dotyczyła weryfikacji hipotezy H3, w myśl, której podwyższona aktywność sportowa podczas wyjazdów zagranicznych ma stanowić silny stymulator nakłaniający do zakupu prywatnej polisy turystycznej. Do analizy wyodrębniono grupę 47 respondentów, którzy zadeklarowali podwyższony poziom aktywności sportowej za granicą (odpowiedzi 3, 4 i 5 w skali Likerta) oraz grupę 85 studentów o pasywnym i wybitnie niesportowym charakterze podróży (oceny 1 i 2).



Rysunek 4.3. Odsetek osób ubezpieczających się komercyjnie w zależności od profilu aktywności sportowej

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych.

Wbrew powszechnym założeniom rynkowym oraz klasycznej logice aktuariatu, studenci deklarujący aktywny wypoczynek za granicą (nierozdzielnie wiążący się z wyższym obiektywnym prawdopodobieństwem urazów ortopedycznych) nie wykazują statystycznie większej skłonności do ubezpieczania się niż ich rówieśnicy wybierający zwiedzanie i rekreację bierną. W grupie

o podwyższonej aktywności sportowej polisę komercyjną nabywało zaledwie 40,4% (n=19) badanych. Z kolei w grupie o niskiej aktywności odsetek ten był paradoksalnie wyższy i wyniósł 44,7% (n=38).

Przeprowadzony test statystyczny χ^2 ujawnił wartość prawdopodobieństwa testowego na poziomie $p = 0,7704$. Ze względu na fakt, że $p > \alpha$, nie ma podstaw matematycznych do odrzucenia hipotezy zerowej o braku zależności. Wobec całkowitego braku statystycznej korelacji, hipoteza H3 zostaje jednoznacznie odrzucona.

Wynik ten rzuca światło na psychologię podejmowania decyzji finansowych przez młodych dorosłych. Wskazuje on na silne występowanie błędu poznawczego, określanego w ekonomii behawioralnej jako „błąd optymizmu” (*optimism bias*). Młodzi konsumenci oddzielają w swojej świadomości ryzyko czysto fizyczne (kontuzja) od jego nieuchronnych konsekwencji majątkowych (np. kosztowna faktura za zagraniczną akcję poszukiwawczo-ratowniczą). Nawet w sytuacji skrajnej eskalacji własnego ryzyka wypadkowego poprzez turystykę sportową, rezygnują oni z transferu ryzyka na ubezpieczyciela, co dobitnie obnaża głębokie deficyty edukacji finansowej w analizowanej grupie.

4.5. Podsumowanie

Zderzenie rygorystycznych ram prawnych unijnej koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego z zaprezentowanymi wynikami autorskich badań empirycznych dostarcza wyrazistego, a zarazem wysoce niepokojącego obrazu rynku zdominowanego przez informacyjną próżnię. Przeprowadzona weryfikacja hipotez badawczych wskazała, że Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego – będąca w swoim prawnym założeniu wyłącznie dokumentem poświadczającym uprawnienia i ułatwiającym podstawową mobilność transgraniczną – dla ogromnej rzeszy studentów stała się swoistym iluzorycznym zabezpieczeniem. Znaczna część młodych użytkowników często przypisuje jej atrybuty pełnowymiarowej, komercyjnej polisy turystycznej. Tymczasem unijne prawodawstwo (na czele z rozporządzeniami nr 883/2004 oraz 987/2009) opiera się ściśle na mechanizmie koordynacji, a nie harmonizacji systemów. Gwarantuje ono pacjentowi dostęp do koszyka świadczeń w rygorystycznym reżimie prawnym państwa docelowego (zgodnie z zasadą *lex loci*), nie oferując jakiegokolwiek ochrony przed

kosztami akcji ratunkowych, ratownictwa górskiego czy też wysoce kosztochłonnej, specjalistycznej repatriacji medycznej do kraju ojczystego.

Wyniki uzyskane w ramach weryfikacji hipotez H1 oraz H2 uwydatniły wyraźną dysproporcję między subiektywnym poczuciem bezpieczeństwa młodych podróżnych a ich obiektywną wiedzą. Potwierdza to diagnozę stawianą przez S. Stan, R. Erne i S. Gannon, którzy w swoich pracach argumentują, iż polityka informacyjna Unii Europejskiej wykreowała wokół EKUZ narrację wysoce optymistyczną, budującą iluzję powszechnego „europejskiego obywatelstwa społecznego”. W efekcie konsumenci traktują ten dokument jako symbol bezwarunkowej opieki, ignorując jego twarde, restrykcyjne ramy prawne. Empirycznym dowodem tego zjawiska jest zidentyfikowany w badaniu głęboki dysonans poznawczy – ponad 60% studentów deklarujących wysoką, zadowalającą znajomość mechanizmów EKUZ w rzeczywistości porusza się w strefie „bezpieczeństwa pozornego”, oblewając fundamentalny test obiektywny z zakresu znajomości zasady współpłacenia (zjawisko out-of-pocket payments) oraz ograniczeń infrastrukturalnych (całkowite wykluczenie zagranicznych klinik prywatnych). Jak słusznie zauważają F. De Wispelaere i G. Berki, sam fizyczny, ujednolicony format niebieskiej karty generuje u pacjentów zbyt wygórowane oczekiwania, które w zderzeniu z zagranicznym systemem ochrony zdrowia (np. modelem ubezpieczeniowym z wysoką partycypacją pacjenta, opisywanym przez K. Suheckiego) prowadzą do katastrofalnych obciążeń finansowych.

Zwraca uwagę również fakt, który uwydatniło jednoznaczne odrzucenie hipotezy H3. Całkowity brak dodatniej korelacji statystycznej między uprawianiem sportów podwyższonego ryzyka a częstotliwością nabywania polis komercyjnych dobitnie ukazuje głęboki deficyt edukacji finansowej. Występujący w tej grupie silny „błąd optymizmu” (optimism bias) sprawia, że studenci obiektywnie eskalujący własne ryzyko wypadkowe (np. poprzez narciarstwo alpejskie, sporty wodne czy trekking) w równej mierze co turyści pasywni rezygnują z transferu ryzyka na zakład ubezpieczeń. Oddzielają oni fizyczne prawdopodobieństwo kontuzji od jej nieuchronnych, rujnujących konsekwencji majątkowych.

Interpretując powyższe wnioski, należy mieć na uwadze pewne ograniczenia przeprowadzonego badania. Przede wszystkim, próba badawcza (N=132), choć dobrana w sposób celowy, ma relatywnie niewielką objętość i obejmuje specyficzną, wysoce jednolitą wiekowo

grupę młodych dorosłych (studentów). Z tego względu uzyskanych wyników nie można w pełni generalizować na całą populację polskich turystów. Ponadto badanie opierało się na deklaracjach respondentów (metoda CAWI), co zawsze niesie ze sobą ryzyko rozbieżności między deklarowanymi postawami a faktycznymi zachowaniami rynkowymi w sytuacji wyjazdu zagranicznego. Zmiany te wskazują na potrzebę replikacji badań w przyszłości na szerszej i bardziej zróżnicowanej demograficznie grupie.

Mając na uwadze zdiagnozowane dysfunkcje poznawcze i rynkowe, konieczne jest sformułowanie i wdrożenie wielotorowych rekomendacji o charakterze systemowym, skierowanych do kluczowych interesariuszy. W pierwszej kolejności niezbędna jest modyfikacja publicznych kampanii informacyjnych. Narracja instytucji państwowych, takich jak Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia, wokół EKUZ musi ulec natychmiastowej ewolucji z promocyjnej na ściśle prewencyjną. Na każdym etapie wnioskowania o wydanie karty aplikant powinien otrzymywać bezpośrednią i czytelną informację o zjawisku dopłat z własnej kieszeni oraz twardy katalog świadczeń bezwzględnie wyłączonych z darmowej ochrony wspólnotowej. Równolegle nieodzowne staje się silniejsze zaangażowanie instytucji szkolnictwa wyższego. Uczelnie, jako główni kreatorzy mobilności akademickiej i beneficjenci programów takich jak Erasmus+, powinny wdrożyć obligatoryjne, chociażby skrócone moduły szkoleniowe z zakresu transgranicznej koordynacji ubezpieczeń zdrowotnych. Pozostawienie studenta samemu sobie z zawiłościami unijnego prawa sprzyja bowiem powstawaniu rażących nierówności i przeniesieniu obciążeń finansowych na barki nieświadomych, młodych pacjentów. Z kolei po stronie podażowej rynku, towarzystwa ubezpieczeniowe powinny aktywnie odpowiedzieć na zdiagnozowany w badaniu dysonans poznawczy pokolenia cyfrowego poprzez zwiększenie innowacyjności własnej oferty. Należy dążyć do tworzenia wysoce spersonalizowanych, elastycznych mikroubezpieczeń (tzw. on-demand insurance). Możliwość błyskawicznego wykupienia ochrony, na przykład wyłącznie na czas 48-godzinnej, intensywnej aktywności sportowej z poziomu intuicyjnej aplikacji mobilnej, znacząco obniżyłaby barierę wejścia i stanowiłaby naturalne, komercyjne dopełnienie szczątkowego w swym wymiarze systemu EKUZ.

Podsumowując, nowoczesne zarządzanie ryzykiem zdrowotnym w dobie bezprecedensowej mobilności międzynarodowej nie powinno dłużej opierać się na iluzjach i symbolach. Zapewnienie

realnego bezpieczeństwa młodym podróżnym na terytorium Unii Europejskiej wymaga stworzenia silnej synergii pomiędzy zdemokratyzowanym systemem publicznym a profesjonalnymi produktami komercyjnymi. Fundamentem tej symbiozy musi stać się jednak filar rzetelnej, wolnej od uproszczeń edukacji ubezpieczeniowej, bez której idea bezpiecznej i otwartej Europy pozostanie dla wielu obywateli jedynie źródłem nieprzewidzianych obciążeń finansowych.

Literatura

Piśmiennictwo

De Wispelaere F., *Cross-border healthcare in the EU under social security coordination from a statistical point of view*, KU Leuven HIVA, Leuven 2022.

De Wispelaere F., Berki G., *The role and limits of the European Health Insurance Card: (Too) great expectations?*, „Journal of European Social Policy” 2021, Vol. 31(4).

Stan S., Erne R., *Bringing society back into our understanding of European cross-border care*, „Journal of European Social Policy” 2021.

Stan S., Erne R., Gannon S., *Bringing EU citizens together or pulling them apart? The European Health Insurance Card, east-west mobility, and the failed promise of European social integration*, „Journal of European Social Policy” 2020.

Suchecki K., *European Health Insurance Card as a tourism insurance in different EU health care systems*, „Journal of Tourism and Regional Development” 2016, Nr 5.

Akty prawne

Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz. U. L 88 z 04.04.2011, s. 45).

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. U. L 166 z 30.04.2004, s. 1).

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczące wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 (Dz. U. L 284 z 30.10.2009, s. 1).

Źródła internetowe

Ministerstwo Zdrowia, *Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ)*, Serwis pacjent.gov.pl, (<https://pacjent.gov.pl/ekuz>), dostęp: 06.03.2026 r.

Narodowy Fundusz Zdrowia, *Jak wyrobić kartę EKUZ*, (<https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/nasze-zdrowie-w-ue/leczenie-w-krajach-unii-europejskiej-i-efta/jak-wyrobic-karte-ekuz/>), dostęp: 06.03.2026 r.

Rozdział 5

Postawy młodych Polaków wobec ryzyk sztucznej inteligencji i ich behawioralna determinanta

Patrycja Pintał¹

5.1. Wprowadzenie

Sztuczna inteligencja przestaje pełnić funkcję ciekawostki technologicznej, a staje się fundamentem nowoczesnej gospodarki. Choć AI oferuje możliwości optymalizacji procesów gospodarczych, jednocześnie jest źródłem specyficznych zagrożeń. Każda osoba korzystająca z zaawansowanych narzędzi cyfrowych powinna posiadać przynajmniej podstawową wiedzę na temat ryzyk technologicznych – od manipulacji typu *deepfake*, przez błędy algorytmiczne, aż po naruszenia sfery prywatności.

W literaturze wskazuje się, że tradycyjne prawo ubezpieczeniowe, oparte na udowadnianiu winy sprawcy, napotyka w starciu z AI barierę tzw. „czarnej skrzynki” (ang. *black box*), co czyni proces dochodzenia roszczeń niezwykle skomplikowanym. W związku z tym konieczna staje się ewolucja ram prawnych i oparcie ich na zasadzie ryzyka. Taka zmiana zapewni użytkownikom nowych technologii odpowiedni poziom ochrony finansowej.

W obliczu tak dynamicznych przemian technologicznych i prawnych wciąż brakuje kluczowego elementu - perspektywy samego człowieka. Choć ekonomia behawioralna od dawna dowodzi, że decyzje o zakupie polisy rzadko wynikają z chłodnej analizy statystycznej, w literaturze istnieje wyraźna luka badawcza w zakresie powiązania mechanizmów psychologicznych z percepcją specyficznych ryzyk AI na rynku polskim. Dotychczasowe opracowania traktują ryzyko technologiczne głównie w sposób makroekonomiczny lub czysto prawny, pomijając fakt, jak błędy poznawcze, takie jak błąd optymizmu, iluzja kontroli czy heurystyka dostępności, realnie zniekształcają ocenę zagrożeń cyfrowych u potencjalnych

¹ Koło Naukowe Ubezpieczeń „Risk Management”, Katedra Zarządzania Ryzykiem i Ubezpieczeń, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie.

ubezpieczonych. Luka ta jest szczególnie widoczna w odniesieniu do młodych dorosłych. Mimo że jako pierwsi masowo adaptują oni narzędzia AI do codziennej nauki i pracy, ich bariery psychologiczne oraz specyficzne reakcje na konstrukcję ofert ubezpieczeniowych nie zostały dotąd poddane głębszej analizie empirycznej. Niniejsze opracowanie stanowi próbę wypełnienia tej luki.

W odniesieniu do powyższych refleksji za cele niniejszego opracowania przyjęto:

- zdefiniowanie głównych kategorii zagrożeń generowanych przez systemy sztucznej inteligencji,
- analizę porównawczą oferty ubezpieczeń ryzyk AI na rynku globalnym i polskim,
- zbadanie wpływu mechanizmów behawioralnych na percepcję ryzyka technologicznego wśród młodych dorosłych,
- identyfikację postaw oraz preferencji ubezpieczeniowych młodych Polaków w obliczu zagrożeń generowanych przez sztuczną inteligencję.

W opracowaniu postanowiono odnaleźć odpowiedzi na następujące pytania badawcze: Jakie są główne bariery prawne w dochodzeniu roszczeń za błędy AI? Czy polski rynek ubezpieczeniowy oferuje produkty dedykowane wyłącznie sztucznej inteligencji? W jaki sposób błędy poznawcze wpływają na skłonność do zakupu ochrony ubezpieczeniowej? W ramach realizacji założonych celów postawiono trzy hipotezy badawcze:

- H1: Respondenci wykazują błąd optymizmu, oceniając własną odporność na zagrożenia AI wyżej niż odporność przeciętnej osoby.
- H2: Prezentacja składki w formie niskich kwot dziennych zwiększa atrakcyjność ubezpieczenia w oczach konsumenta.
- H3: Czynniki emocjonalne ograniczają skuteczność stosowania racjonalnych procedur bezpieczeństwa w sytuacjach zagrożenia cyfrowego.

W celu zweryfikowania postawionych hipotez dokonano przeglądu literatury, analizy raportów rynkowych oraz dokumentów Komisji Europejskiej. W części empirycznej przeprowadzono badanie ankietowe na celowo dobranej próbie 100 osób w wieku 18–29 lat. Zebrane dane posłużyły do weryfikacji teoretycznych założeń ekonomii behawioralnej w kontekście dynamicznie rozwijającego się rynku ubezpieczeń AI.

5.2. Ryzyko sztucznej inteligencji jako nowe wyzwanie dla sektora ubezpieczeń

Wraz z rozwojem sztucznej inteligencji wzrasta jej zastosowanie w różnych sektorach gospodarki. Zakłady ubezpieczeniowe, dostrzegając nowe możliwości, dążą do jak najefektywniejszego jej wykorzystania na wielu płaszczyznach. Początkowo głównym zastosowaniem było ustalanie wysokości składek oraz ocena ryzyka, które wносиła dana osoba. Zarówno praktyczne wyzwania związane z wdrażaniem tych algorytmów, jak i towarzyszące im kwestie prawne, są obecnie szeroko analizowane w literaturze przedmiotu². Z czasem dostrzeżono jednak, że poza korzyściami i znaczącą optymalizacją procesów operacyjnych, AI staje się źródłem specyficznych zagrożeń. Zrozumienie specyfiki tych wyzwań wymaga ich dokładnego zdefiniowania, co stanowi fundament dla rozwoju nowej oferty sektora – ubezpieczeń od ryzyk cybernetycznych.

W literaturze zagrożenia, jakie niesie ze sobą AI, są najczęściej ujmowane w trzech kategoriach³:

- Użycie AI do działań o charakterze przestępczym - AI pozwala na tworzenie spersonalizowanych ataków przy wykorzystaniu narzędzi, takich jak dezinformacja czy *deepfake* (wykorzystywanie sztucznej inteligencji do generowania realistycznych filmów lub dźwięków, w których wykorzystywane są techniki manipulacji), co może prowadzić do strat majątkowych po stronie konsumentów⁴.
- Błędy i awarie systemów AI - Błędy w algorytmach mogą skutkować decyzjami o charakterze niesprawiedliwym lub dyskryminacyjnym (np. w procesie przyznawania kredytu). Z kolei awarie systemów (np. kontroli infrastruktury krytycznej lub transportu autonomicznego) tworzą zagrożenie fizyczne i finansowe.

² *InsurTech: nowe technologie w branży ubezpieczeń*, red. K. Szpyt, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2022, Rozdział 3: Sztuczna inteligencja w ubezpieczeniach.

³ J. Chełchowski, A. Niekurzak, *Ryzyka dla bezpieczeństwa związane ze sztuczną inteligencją*, [w:] *Sztuczna inteligencja i prawo*, red. F. Giuliani, D. Lewandowski, Wydawnictwo Naukowe Szkoły Głównej Mikołaja Kopernika, Warszawa 2024, s. 54.

⁴ *Deepfake*, Komisja Nadzoru Finansowego (https://www.knf.gov.pl/dla_konsumenta/kampanie_informacyjne/cyberoszustwa_inwestycyjne/slownik/Deepfake), dostęp: 14.02.2026 r.

- Zagrożenia dla sfery prywatności - Wykorzystanie AI jako narzędzia do nadzoru i manipulacji ludźmi narusza ich poczucie bezpieczeństwa. Skutkiem tego może być spadek zaufania do algorytmów oraz wzrost liczby roszczeń związanych z nieuprawnionym przetwarzaniem danych osobowych.

Wymienione powyżej zagrożenia, jakie wnosi sztuczna inteligencja, prowadzą do rozważań w obszarze ponoszenia odpowiedzialności finansowej za błędy popełniane przez system, który nie jest w pełni przewidywalny. Ta specyficzna cecha algorytmów generuje istotną barierę dowodową, ponieważ w tradycyjnym prawie ubezpieczeniowym istotnym elementem przy próbie uzyskania odszkodowania jest udowodnienie winy sprawcy. W przypadku sztucznej inteligencji jest to trudne, ponieważ proces podejmowania decyzji przez AI nie jest całkowicie wytłumaczalny (ang. *black box*), więc trudno jest wskazać osobę odpowiedzialną za powstałe błędy. Problem ten został zidentyfikowany w Białej Księdze Komisji Europejskiej w sprawie sztucznej inteligencji, gdzie podkreślono, że trudno jest przeanalizować drogę między działaniem człowieka a powstaniem szkody. To prowadzi do zwiększenia kosztów dla poszkodowanych i sprawia, że wszelkie roszczenia wobec osób niebędących producentami będą trudne do udowodnienia.

W obliczu tych barier Komisja Europejska wskazuje na konieczność zapewnienia takiego samego poziomu ochrony osobom, które poniosły szkodę w związku z użyciem AI, jaką otrzymują użytkownicy innych technologii. Aby zrealizować ten cel, niezbędna jest adaptacja krajowych przepisów dotyczących odpowiedzialności cywilnej, tak aby odpowiadały wyzwaniom generowanym przez sztuczną inteligencję⁵. Wymaga to przede wszystkim rozstrzygnięcia, czy w świecie algorytmów nadal możemy polegać na tradycyjnej zasadzie winy, czy konieczne jest przejście na zasadę ryzyka.

W tej kwestii Anna Wilk⁶ uznaje, że należy opowiedzieć się za przyjmowaniem odpowiedzialności na zasadzie ryzyka. Autorka dostrzega zagrożenia dla sektora ubezpieczeń w przypadku stosowania zasady winy. Pozornie mogłoby się wydawać, że zasada winy jest

⁵ WHITE PAPER On Artificial Intelligence - A European approach to excellence and trust, European Commission, Brussels 19.2.2020, COM(2020) 65 final, (<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52020DC0065>), dostęp: 14.02.2026 r., s. 15.

⁶ A. Wilk, *Sztuczna inteligencja a rozwój prawa ubezpieczeń – przegląd najważniejszych wyzwań*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2023, nr 4, s. 56-58.

korzystna dla zakładów ubezpieczeń, ponieważ trudność w udowodnieniu winy przy błędach systemów AI ogranicza liczbę wypłacanych odszkodowań. Jednak w dalszej perspektywie takie podejście może zniechęcić przedsiębiorców do zakupu polis. Mogą oni uznać, że w ich przypadku ubezpieczenie jest zbędne, ponieważ prawdopodobieństwo faktycznej wypłaty świadczenia przez zakład ubezpieczeń jest znikome. Dlatego właściwszym rozwiązaniem wydaje się odpowiedzialność na zasadzie ryzyka. W polskim systemie prawnym jej odzwierciedlenie znajdujemy w art. 435 i art. 436 k.c., które obejmują odpowiedzialnością systemy o znacznym stopniu autonomiczności np. pojazdy autonomiczne⁷. Przyjęcie takiego modelu odpowiedzialności tworzy sprzyjające podstawy do rozwoju ubezpieczeń chroniących przed skutkami błędów sztucznej inteligencji.

5.3. Ubezpieczenia systemów AI na rynku globalnym i polskim

Analiza obecnej oferty wymaga rozróżnienia między rynkami globalnymi a kształtującym się rynkiem polskim. Niemiecka firma Munich Re oferuje specjalistyczne ubezpieczenie - aiSelf™, które chroni przed niewłaściwym działaniem algorytmu oraz stratami finansowymi wynikającymi z błędów generowanych przez sztuczną inteligencję⁸. Innym przykładem zaawansowanego podejścia na rynku globalnym jest firma Armilla AI (partner rynku Lloyd's of London). Jest ona całkowicie poświęcona ubezpieczeniom od zagrożeń, jakie wnosi AI, a ochrona obejmuje specyficzne ryzyka, takie jak: błędy algorytmów, halucynacje modeli generatywnych oraz utratę precyzji modelu w czasie⁹.

Na tle zaawansowanych rozwiązań globalnych polska oferta znajduje się w fazie adaptacji tradycyjnych ubezpieczeń do zmieniających się realiów rynkowych. Zamiast osobnych ubezpieczeń poświęconych wyłącznie sztucznej inteligencji dostępne są ubezpieczenia od ryzyk cybernetycznych oraz ubezpieczenia odpowiedzialności zawodowej. Zaistniała różnica w nazewnictwie i dostępności może wpływać na kształtowanie się postaw polskich konsumentów,

⁷ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. z 2024 r. poz. 1061 z późn. zm.), art. 435–436.

⁸ Factsheet aiSelf, Munich Re, (https://www.munichre.com/content/dam/munichre/contentlounge/website-pieces/documents/Factsheet_aiSelf.pdf), dostęp: 14.02.2026 r.

⁹ Armilla AI, Lloyd's, (<https://www.lloyds.com/insights/lloyds-lab/programmes-and-initiatives/lloyds-lab-accelerator/alumni/armilla-ai>), dostęp: 14.02.2026 r.

którzy często nie identyfikują ryzyk AI jako osobnej kategorii zagrożenia wymagającej konkretnych działań zapobiegawczych. PZU jako lider rynku oferuje ochronę przed naruszeniem prywatności oraz danych osobowych. Co istotne, w kontekście sztucznej inteligencji ubezpieczenie to obejmuje również naruszenie praw autorskich, własności przemysłowej oraz plagiat, co stanowi zabezpieczenie dla firm wykorzystujących AI do tworzenia treści. Zakres ochrony pokrywa również koszty specjalistów IT, obsługi prawnej oraz ochrony dobrego imienia po wystąpieniu szkody. Ponadto polisa przewiduje rekompensatę utraty zysku oraz pokrycie kosztów utrzymania ciągłości biznesowej w przypadku wystąpienia błędu operatora lub zakłóceń sieci informatycznej¹⁰. Uzupełnieniem oferty cybernetycznej na polskim rynku są ubezpieczenia OC wykonawcy systemów komputerowych, oferowane przez Ergo Hestię. Rozwiązanie skupia się na odpowiedzialności za błędy powstałe na etapie programowania, wdrażania i utrzymania oprogramowania. Z punktu widzenia rozwoju AI kluczowe jest, że ochrona obejmuje skutki finansowe błędów, które mogą prowadzić do realnych strat po stronie kontrahenta, takich jak nieprawidłowości w operacjach finansowych czy zakłócenia procesów logistycznych. Ponadto, rozszerzenie ochrony o klauzule dotyczące naruszenia praw własności intelektualnej pozwala na ograniczenie ryzyk prawnych związanych z wykorzystaniem generatywnych modeli AI. W przeciwieństwie do polis cybernetycznych, ochronie podlega twórca technologii przed roszczeniami z tytułu nienależytego wykonania umowy¹¹.

Zestawienie innowacyjnych rozwiązań globalnych z ofertą polskiego sektora ubezpieczeniowego wskazuje na znaczącą różnicę w podejściu do ryzyka sztucznej inteligencji. Podczas gdy rynek światowy kieruje się w stronę ubezpieczania precyzji i poprawności wyników generowanych przez algorytmy (rozwiązując problemy halucynacji czy błędów algorytmów), w Polsce ochrona przed tymi ryzykami nie przybrała jeszcze formy wyodrębnionych produktów. Jest ona realizowana jako część istniejących rozwiązań, jak ubezpieczenie cybernetyczne lub OC

¹⁰ *Ubezpieczenie od ryzyk cybernetycznych*, PZU, (<https://www.pzu.pl/dla-firm-i-pracownikow/majatek-firmy-i-oc/majatek/ubezpieczenie-od-ryzyk-cybernetycznych>), dostęp: 14.02.2026 r.

¹¹ *OC wykonawcy systemów komputerowych*, Ergo Hestia, (<https://www.ergohestia.pl/dla-firmy/oc/wykonawca-systemow-komputerowych/>), dostęp: 14.02.2026 r.

zawodowe dla sektora IT. W efekcie, ryzyko AI jest wciąż traktowane jako element szerszego błędu technologicznego, a nie jako osobna kategoria ubezpieczeniowa.

5.4. Behawioralne uwarunkowania oceny ryzyka

Aby zrozumieć, dlaczego rynek ubezpieczeń AI rozwija się w określony sposób, nie wystarczy analiza samej oferty ubezpieczycieli. W ekonomii klasycznej zakłada się, że człowiek (*homo oeconomicus*) podejmuje decyzje racjonalnie, ma stałe preferencje, nieograniczony dostęp do informacji i potrafi właściwie oceniać prawdopodobieństwo zdarzeń. Jednak ekonomia behawioralna dowodzi, że w obliczu nowych technologii, takich jak sztuczna inteligencja, proces decyzyjny ulega licznym zniekształceniom. Szerzej na temat wpływu mechanizmów behawioralnych na decyzje jednostek w warunkach niepewności piszą R.H. Thaler i C.R. Sunstein, wskazując na istotną rolę tzw. architektury wyboru¹². Zrozumienie psychologicznych mechanizmów stojących za zakupem polisy pozwala zrozumieć, dlaczego niektóre ryzyka są wyolbrzymiane, a inne – mimo realnego zagrożenia – ignorowane.

Podstawowym narzędziem analizy behawioralnej w kontekście ubezpieczeń jest teoria perspektywy opracowana przez Daniela Kahnemana i Amosa Tversky'ego¹³. Zakłada ona, że decydenci nie oceniają stanów końcowych, lecz wyniki jako zysk lub strata względem określonego punkt odniesienia. Istotnym elementem tej teorii jest awersja do strat (ang. *loss aversion*) mówiąca, że ból odczuwany w wyniku straty danej kwoty jest znacznie silniejszy niż radość z uzyskania zysku o identycznej wartości nominalnej. W kontekście ubezpieczania systemów AI składka jest postrzegana przez przedsiębiorcę jako pewna, natychmiastowa strata, podczas gdy ewentualne odszkodowanie jest niepewnym i odległym w czasie zyskiem. Prowadzi to do zjawiska, w którym przedsiębiorcy patrzą na składkę wyłącznie jako obciążenie finansowe, co utrudnia im ocenę zasadniczości tego kosztu w kontekście ochrony przed przyszłymi katastrofalnymi błędami algorytmów.

¹² R.H. Thaler, C.R. Sunstein, Impuls. *Jak podejmować właściwe decyzje dotyczące zdrowia, dobrobytu i szczęścia*, Wydawnictwo Zys i S-ka, Poznań 2023.

¹³ N. Duczkowski, *Wykorzystanie finansów behawioralnych do opisu wybranych zjawisk na polskim rynku ubezpieczeniowym*, „Zeszyty Naukowe Polskiego Towarzystwa Ekonomicznego w Zielonej Górze” 2021, nr 15, s.94.

Innym elementem teorii perspektywy jest efekt pewności (ang. *certainty effect*), objawiający się preferowaniem rozwiązań zapewniających całkowitą gwarancję bezpieczeństwa. W sferze ubezpieczeń może się to objawiać w chęci całkowitej likwidacji ryzyka, a nie tylko jego ograniczenia. Ponieważ oferta rynkowa (np. polisa Cyber w PZU czy OC zawodowe w Ergo Hestii) rzadko gwarantuje ochronę przed wszystkimi specyficznymi błędami algorytmów (np. halucynacjami modeli), ich atrakcyjność w oczach klientów maleje. W konsekwencji konsumenci są skłonni do niedoubezpieczenia, uznając niepełną ochronę za nieefektywną, nawet w obliczu ryzyka dotkliwych strat finansowych.

Uzupełnieniem tych mechanizmów jest efekt obramowania (ang. *framing effect*). Zgodnie z koncepcją sformułowaną przez D. Kahnemana oraz A. Tversky'ego, sposób prezentacji informacji może wpływać na decyzję, nawet jeśli treść pozostaje bez zmian. W kontekście rynku ubezpieczeń, efekt obramowania może przybierać formę strategii „groszowych kwot dziennych” (ang. *pennies-a-day*). Badania J.T. Gourville'a sugerują, że konsumenci chętniej akceptują koszt, gdy jest on przedstawiony jako mała, codzienna kwota (np. koszt jednej kawy), niż jako jednorazowy, roczny wydatek. Dzieje się tak, ponieważ niska kwota dzienna jest łatwiejsza do porównania z drobnymi, rutynowymi wydatkami, co obniża psychologiczny próg bólu związany z utratą środków finansowych¹⁴.

Kolejnym istotnym powodem ograniczonego popytu na ubezpieczenia z zakresu AI jest błąd optymizmu oraz nadmierna pewność siebie. Wymienione zjawiska tłumaczą, dlaczego mimo świadomości istnienia ryzyk technologicznych, prawdopodobieństwo wystąpienia ich w obrębie najbliższego otoczenia jest zaniżane. Błąd optymizmu to zjawisko, w którym jednostki bezpodstawnie wierzą, że negatywne sytuacje ich nie dotyczą lub prawdopodobieństwo ich wystąpienia jest niższe niż u innych. W kontekście sztucznej inteligencji prowadzi to do przekonania, że spektakularne awarie systemów lub wycieki danych dotyczą globalnych gigantów technologicznych lub firm o niskich standardach bezpieczeństwa. W konsekwencji spada popyt na polisy, które są postrzegane jako zbędne ze względu na ignorowanie własnej ekspozycji na ryzyko. Z kolei nadmierna pewność siebie polega na zbyt silnej wierze w trafność własnych sądów

¹⁴ J.T. Gourville, *The Effects of Monetary Magnitude and Level of Aggregation on the Temporal Framing of Price*, „Marketing Letters” 2003, vol. 14, nr 2, s. 125–135.

oraz przecenianiu posiadanej wiedzy. W branży IT objawia się to przekonaniem twórców systemów AI o bezbłędności tworzonego kodu oraz niezawodności procesów weryfikacji. Takie podejście sprawia, że ryzyko błędu algorytmicznego uznaje się za znikome, co zniechęca do nabycia ochrony ubezpieczeniowej¹⁵.

Równie istotną barierą w obiektywnej ocenie ryzyka stanowi iluzja kontroli. Przejawia się ona w przekonaniu, że mamy wpływ na sytuacje, które w rzeczywistości pozostają poza naszą kontrolą. Programiści mogą wierzyć, że skoro to oni zaprojektowali i wytrenowali dany model, to w pełni panują nad jego procesami decyzyjnymi. Stwarza to szczególne niebezpieczeństwo w kontekście modeli typu *black box*, gdzie przewidzenie wszystkich prawdopodobnych rezultatów jest niemożliwe. Subiektywne poczucie kontroli sprawia, że zakup ubezpieczenia wydaje się zbędnym wydatkiem, ponieważ osoba decydująca o zakupie twierdzi, że w razie problemu zareaguje szybciej i skuteczniej niż standardowe procedury odszkodowawcze.

Ostatnim istotnym mechanizmem wpływającym na ocenę ryzyka w obszarze technologii AI jest heurystyka dostępności. Zjawisko to polega na szacowaniu prawdopodobieństwa wystąpienia danego zdarzenia na podstawie łatwości, z jaką możliwe jest przywołanie z pamięci analogicznych sytuacji. W praktyce biznesowej oznacza to, że popyt na ubezpieczenia ryzyk cybernetycznych, takie jak analizowana wcześniej oferta PZU, jest w znacznym stopniu kształtowany przez przekazy medialne dotyczące wycieków danych czy ataków hakerskich. Nagłośnione incydenty sprawiają, że ryzyko staje się wysoce dostępne poznawczo, co prowadzi do wzrostu popytu na ochronę ubezpieczeniową.

Jednocześnie, ryzyka związane z błędami w logice decyzyjnej lub zjawiskiem dryfu modelu (ang. *model drift*) rzadziej stają się tematem artykułów medialnych. W konsekwencji te zjawiska są trudniejsze do przywołania, co skutkuje mniejszym zainteresowaniem wyspecjalizowanymi produktami ubezpieczeniowymi. Można zatem przyjąć, że decyzje o transferze ryzyka dotyczącego AI rzadziej wynikają z chłodnej analizy statystycznej, a częściej z tzw. efektu

¹⁵ N. Duczkowski, *op. cit.*, s. 98–99.

świeżości, polegającego na silnym oddziaływaniu informacji najnowszych i najbardziej wyrazistych¹⁶.

Podsumowując powyższe rozważania, należy stwierdzić, że rozwój sektora ubezpieczeń sztucznej inteligencji nie zależy wyłącznie od proponowanej oferty ubezpieczycieli, ale przede wszystkim od barier psychologicznych klientów. Analiza behawioralna ukazuje, że łączne działanie opisanych zjawisk tworzy paraliż decyzyjny lub prowadzi do wyboru niepełnej ochrony ubezpieczeniowej. W konsekwencji, dopóki klienci będą postrzegać składkę jako pewną stratę, a błąd algorytmu jako zdarzenie odległe lub dotyczące wyłącznie osób trzecich, ich subiektywne poczucie bezpieczeństwa będzie znacząco odbiegać od realnego poziomu zagrożeń, na jakie są narażeni. Zrozumienie tych mechanizmów stanowi fundament do budowania bardziej świadomych strategii zarządzania ryzykiem w obliczu postępującej autonomii systemów sztucznej inteligencji.

5.5. Analiza empiryczna postaw respondentów – badanie własne

W celu analizy postaw behawioralnych młodych dorosłych wobec ryzyk generowanych przez sztuczną inteligencję oraz ich skłonności do korzystania z produktów ubezpieczeniowych, przeprowadzono badanie własne. Przedmiotem analizy była percepcja ryzyka, zaufanie wobec algorytmów oraz wpływ błędów poznawczych na podejmowane decyzje finansowe. Badanie zrealizowano w formie ankiety internetowej (przy użyciu narzędzia Google Forms). Kwestionariusz składał się z 22 pytań, które zostały podzielone na cztery sekcje: metryczkę, nawyki korzystania z technologii AI, percepcję ryzyka oraz scenariusze behawioralne.

W badaniu postawiono następujące hipotezy:

- H1: Respondenci wykazują błąd optymizmu, oceniając własną odporność na zagrożenia AI wyżej niż odporność przeciętnej osoby.
- H2: Prezentacja składki w formie niskich kwot dziennych zwiększa atrakcyjność ubezpieczenia w oczach konsumenta.

¹⁶ E.A. Kubińska, *Czarny PR na polskim rynku kapitałowym*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia” 2015, vol. XLIX, 4, sectio H, s. 303–305.

— H3: Czynniki emocjonalne ograniczają skuteczność stosowania racjonalnych procedur bezpieczeństwa w sytuacjach zagrożenia cyfrowego.

W badaniu wzięło udział 100 osób w wieku od 18 do 29 lat, przy czym średnia wieku w badanej grupie wyniosła 21,37 lat. Dobór grupy miał charakter celowy, ponieważ obejmuje pokolenie, które dorastało w świecie zdominowanym przez nowoczesne technologie. Dla badanych Internet i cyfrowe narzędzia są naturalnym środowiskiem towarzyszącym im od najmłodszych lat. Przedstawiciele tej grupy najszybciej przyswajają nowe narzędzia, takie jak sztuczna inteligencja, co z jednej strony naraża ich na nowe ryzyka, a z drugiej czyni ich w przyszłości kluczowym odbiorcą ubezpieczeń typu Cyber.

Tabela 5.1. Struktura badanej próby

Kategoria	Liczebność	Wartość procentowa
Płeć		
Kobieta	65	65%
Mężczyzna	35	35%
Poziom wykształcenia		
Podstawowe	0	0%
Średnie	10	10%
W trakcie studiów/wyższe	90	90%
Kierunek studiów		
Finanse i Rachunkowość	11	11%
Zarządzanie	11	11%
Ekonomia	11	11%
Prawo	12	12%
Psychologia	12	12%
Informatyka	15	15%
Inny	28	28%
Miejsce zamieszkania do 18. roku życia		
Wieś	59	59%
Miasto do 50 tys. mieszkańców	20	20%

Miasto 50 – 250 tys. mieszkańców	10	10%
Miasto powyżej 250 tys. mieszkańców	11	11%
Sytuacja materialna w domu rodzinnym (średni dochód netto na jedną osobę)		
Poniżej 3500 zł	45	45%
3501-5500 zł	38	38%
5501-8500 zł	12	12%
Powyżej 8500 zł	5	5%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonego badania ankietowego.

Zgodnie z danymi zaprezentowanymi w tabeli 5.1, większość respondentów stanowiły kobiety (65%), natomiast udział mężczyzn wyniósł 35%. Pod względem wykształcenia dominującą grupę stanowiły osoby posiadające wykształcenie wyższe lub będące w trakcie studiów (90%), co sugeruje, że zebrane opinie pochodzą od osób o wysokiej wiedzy teoretycznej. Struktura kształcenia jest zróżnicowana: najliczniej reprezentowane są kierunki ekonomiczno-biznesowe (33%), informatyka (15%), prawo (12%) oraz psychologia (12%). Tak szeroki przekrój pozwala na weryfikację hipotezy dotyczącej wpływu wiedzy specjalistycznej na poziom zaufania do algorytmów AI. W strukturze miejsca zamieszkania przeważają osoby pochodzące ze wsi (59%). Pozostała część grupy wywodzi się z ośrodków miejskich o różnej wielkości: 20% to mieszkańcy małych miast (do 50 tys. mieszkańców), a 21% to osoby z miast średnich i dużych. Badanie uwzględniło również sytuację materialną gospodarstw domowych respondentów. Najliczniejszą grupę (45%) stanowią osoby z dochodem nieprzekraczającym 3500 zł na osobę, 38% mieści się w przedziale 3501–5500 zł, a 17% pochodzi z zamożniejszych gospodarstw domowych.

Po analizie profilu respondentów, kolejnym etapem badania było określenie stopnia znajomości technologii sztucznej inteligencji oraz intensywności jej wykorzystania w życiu codziennym. Szczegółowe zestawienie nawyków badanej grupy przedstawia tabela 5.2.

Tabela 5.2. Nawyki i intensywność korzystania z narzędzi sztucznej inteligencji

Pytania oraz odpowiedzi	Liczebność	Wartość procentowa
-------------------------	------------	--------------------

Jak często korzystasz z narzędzi opartych na AI?		
Codziennie lub prawie codziennie	43	43%
Kilka razy w tygodniu	39	39%
Raz na jakiś czas	17	17%
Wcale	1	1%
W jakim celu najczęściej wykorzystujesz narzędzia AI?		
Praca / Studia	93	93%
Rozrywka / Czas wolny	6	6%
Finanse / Inwestycje	0	0%
Nie korzystam	1	1%
Z jakich konkretnych rodzajów narzędzi opartych na AI korzystasz?		
Generatory tekstu	97	97%
Generatory grafiki/wideo	8	8%
Tłumacze i korekta	56	56%
Narzędzia analityczne	13	13%
Systemy rekomendacji	36	36%
Asystenci głosowi	10	10%
Nie korzystam	1	1%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonego badania ankietowego.

Zgromadzone dane wskazują na wysoką częstotliwość korzystania z narzędzi AI i potwierdzają ich powszechność w badanej grupie - dla 82% młodych dorosłych sztuczna inteligencja stała się trwałym elementem rutyny, ponieważ 43% ankietowanych korzysta z niej codziennie lub prawie codziennie, a 39% korzysta kilka razy w tygodniu. Tylko 1 osoba zadeklarowała całkowity brak korzystania z oferowanych narzędzi.

Dominującym motywem sięgania po AI jest praca i nauka (93%), podczas gdy rozrywka stanowi priorytet jedynie dla 6% osób. Najpopularniejszymi narzędziami są generatory tekstu, z których korzysta 97% oraz tłumacze i korekta wykorzystywane przez 56%. To wskazuje, że AI

służy głównie do sprawnego przetwarzania informacji i tworzenia treści. Znacznie rzadziej wykorzystywane są systemy rekomendacji (36%) czy narzędzia analityczne (13%). Co istotne, respondenci deklarują całkowity brak wykorzystania narzędzi AI w obszarze finansów i inwestycji. Sugeruje to, że choć młodzi dorośli ufają algorytmom w sferze pracy i nauki, to wciąż zachowują ostrożność w kwestiach pieniężnych.

Kolejny etap badania poświęcono percepcji ryzyka oraz poziomowi zaufania do algorytmów. Celem tej części była przede wszystkim weryfikacja Hipotezy 1 dotyczącej występowania błędu optymizmu w ocenie własnej odporności na cyberzagrożenia. Szczegółowe wyniki dotyczące subiektywnego poczucia bezpieczeństwa zestawiono w tabeli 5.3.

Tabela 5.3. Percepcja ryzyka i poziom zaufania do technologii AI

Pytania oraz odpowiedzi	Średnia
Ogólny poziom zaufania do algorytmów (1 - całkowity brak, 5 - pełne zaufanie)	3,03
Ryzyko oszustwa dla przeciętnego Polaka (1 - minimalne, 5 - pewne)	3,85
Ryzyko oszustwa dla respondenta (1 - minimalne, 5 - pewne)	2,36
Odporność na oszustwa względem innych (1 - znacznie poniżej przeciętnej, 5 -znacznie powyżej przeciętnej)	3,67
Doświadczenie z oszustwem	Wartość procentowa
Osobiste	9%
Osoba z bliskiego otoczenia	52%
Brak	39%
Największa obawa w kontekście AI	Wartość procentowa
Straty finansowe	66%
Wyciek danych/zdjęć	61%
Utrata dobrego imienia/wizerunku	30%
Błędne decyzje algorytmów	30%
Brak obaw	5%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonego badania ankietowego.

Dane zestawione w tabeli 5.3 jednoznacznie potwierdzają występowanie błędu optymizmu w badanej grupie (H1). Respondenci ocenili prawdopodobieństwo padnięcia ofiarą oszustwa AI przez przeciętnego Polaka na wysokim poziomie 3,85, podczas gdy ryzyko dotyczące ich samych ocenili zaledwie na 2,36. Ta różnica (1,49 pkt) wskazuje na silne przekonanie o własnym bezpieczeństwie, mimo obiektywnej świadomości istnienia zagrożeń w sieci. Zjawisko to znajduje odzwierciedlenie w samoocenie odporności – średni wynik 3,67 sugeruje, że większość młodych dorosłych uważa swoje kompetencje za wyższe od przeciętnych.

Aby pogłębić analizę, sprawdzono, czy kierunek studiów wpływa na poziom deklarowanej odporności. Wyniki przedstawia tabela 5.4.

Tabela 5.4. Zależność między kierunkiem studiów a oceną własnej odporności na zagrożenia AI

Profil studiów	Średnia ocena odporności
Informatyka	4,20
Ekonomia	4,09
Finanse i Rachunkowość	3,82
Zarządzanie	3,64
Psychologia	3,58
Prawo	3,25
Inny	3,39
Średnia	3,67

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonego badania ankietowego

Najwyższy poziom pewności siebie wykazali studenci informatyki (4,20). Można to interpretować jako przejaw błędu nadmiernej pewności siebie, przez który osoby tworzące technologię wierzą, że znają jej mechanizmy na tyle dobrze, by nie paść ofiarą oszustwa. Zaskoczeniem są wyniki studentów prawa, którzy ocenili swoją odporność najniżej (3,25). Oznacza to, że wbrew stereotypowej pewności siebie, wykazują się oni krytycyzmem wobec własnych umiejętności rozpoznawania oszustw. Z punktu widzenia rynku ubezpieczeń, to właśnie ta grupa może stanowić najbardziej świadomego klienta, który rozumie, że w starciu z zaawansowanym atakiem nawet wysoka inteligencja nie gwarantuje pełnego bezpieczeństwa.

Wnioski te sugerują, że wiedza merytoryczna, choć buduje poczucie pewności, nie eliminuje błędu optymizmu. Wysoka samoocena badanych utrzymuje się pomimo ich negatywnych doświadczeń – aż 61% respondentów miało styczność z oszustwem internetowym (osobiście lub w gronie najbliższych). Świadczy to o silnej iluzji kontroli, czyli przekonaniu, że własne kompetencje stanowią wystarczającą barierę ochronną przed ryzykiem. W konsekwencji powstaje wyraźna asymetria: ogólne poczucie bezpieczeństwa zderza się z wysokim poziomem lęku o zasoby finansowe (66%) oraz prywatność (61%), co dowodzi, że teoretyczna wiedza nie zapewnia badanym subiektywnego spokoju w obliczu konkretnych incydentów.

Zestawienie tych danych dowodzi, że młodzi dorośli boją się dokładnie tych sytuacji, przed których skutkami finansowymi chronią ubezpieczenia typu Cyber, jednak przez błąd optymizmu i wiarę we własną nieomyślność, nie odczuwają potrzeby posiadania zewnętrznej ochrony. Dodatkową przeszkodę stanowi niska świadomość rynkowa, ponieważ o istnieniu ubezpieczeń Cyber i przeciw błędom technologicznym słyszało jedynie 12% badanych.

Ostatni etap badania miał na celu sprawdzenie, jak deklarowana wcześniej pewność siebie i wiedza przekładają się na konkretne wybory. W tej części zweryfikowano odporność na manipulację emocjonalną, reakcję na sposób prezentacji ceny (efekt obramowania) oraz oczekiwania względem rynku ubezpieczeń. Wyniki przedstawia tabela 5.5.

Tabela 5.5. Reakcje na symulowane zdarzenia oraz preferencje ubezpieczeniowe

Pytania oraz odpowiedzi	Wynik
Dzwoni do Ciebie bliska osoba i potrzebuje 3000 zł przez BLIK, żeby zapłacić poszkodowanemu i uniknąć zatrzymania przez policję. Co robisz?	
Rozłączam się i oddzwaniam do tej osoby, by potwierdzić historię	59%
Zadaję pytanie kontrolne (np. Jak ma na imię nasz pies?)	26%
Ignoruję telefon, uznając to za próbę oszustwa bez weryfikacji	13%
Robię przelew od razu – głos bliskiej osoby jest dowodem	2%

System AI w banku odrzucił Twój wniosek kredytowy bez podania przyczyny. Kto powinien ponieść odpowiedzialność finansową za ewentualną stratę?	
Bank, który używa tej technologii	81%
Producent oprogramowania AI	9%
Ja – powinienem/powinnam wybrać bank, który nie używa AI	6%
Nikt – błędy technologii są wpisane w postęp	4%
Która oferta zabezpieczenia się przed błędami AI wydaje Ci się bardziej atrakcyjna?	
Oferta B: Pełna ochrona przed błędami AI za 250 zł rocznie	85%
Oferta A: Pełna ochrona przed błędami AI za 0,70 zł dziennie	15%
Co najbardziej skłoniłoby Cię do zakupu ochrony ubezpieczeniowej przed skutkami błędu AI?	
Wprowadzenie ustawowego obowiązku posiadania takiej polisy	37%
Gwarancja wypłaty odszkodowania bez konieczności udowadniania przyczyn błędu	31%
Bardzo niska cena składki (np. koszt jednej kawy miesięcznie)	20%
Głośna informacja w mediach o osobie, która straciła majątek przez błąd AI	12%
Czy ubezpieczenie od skutków działań AI powinno być, Twoim zdaniem, obowiązkowe dla firm wdrażających tę technologię? (1 - zdecydowanie nie; 5 - zdecydowanie tak)	Średnia: 4,01

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonego badania ankietowego

Wyniki uzyskane w scenariuszu dotyczącym próby o pilny przelew pozwalają na pozytywną weryfikację Hipotezy 3. Choć respondenci deklarują wysoką odporność i wiedzę o technologii, to w starciu z manipulacją emocjonalną ich czujność ulega osłabieniu. Fakt, że łącznie aż 41% ankietowanych nie wybrało najskuteczniejszej metody weryfikacji (oddzwonienie do nadawcy), dowodzi, że presja czasu i stres sprawiają, iż racjonalne procedury bezpieczeństwa ustępują miejsca rozwiązaniom mniej skutecznym lub impulsywnym. Potwierdza to, że największym wyzwaniem dla ubezpieczeń Cyber nie jest brak wiedzy technicznej klientów, lecz ich podatność

na ataki. Konfrontacja z realnym oszustwem pokazuje badanym, że nie zawsze są tak czujni, jak im się wydaje. Dlatego zamiast polegać tylko na sobie, wolą mieć konkretną gwarancję i pewność, że odpowiedzialność za ich środki zostanie przejęta przez instytucję. Zdecydowana większość (81%) respondentów uznała, że w obliczu straty odpowiedzialność finansową powinien ponosić bank korzystający z technologii. Tylko 9% wskazało producenta oprogramowania, a 6% obarczyłoby winą użytkownika. Sugeruje to, że konsumenci postrzegają AI jako narzędzie, za którego poprawne działanie odpowiada podmiot wdrażający usługę.

W badaniu poddano również próbie efekt obramowania. Zgodnie z teorią Gourville’a, przedstawienie ceny w formie niskiej stawki dziennej (Oferta A: 0,70 zł) powinno być postrzegane jako bardziej atrakcyjne. Wyniki eksperymentu przyniosły jednak odwrotny rezultat – aż 85% badanych wybrało jednorazową opłatę roczną (Oferta B: 250 zł). Powyższe dane pozwalają na odrzucenie Hipotezy 2, zakładającej skuteczność mechanizmu „*pennies-a-day*” w procesie wyboru polisy. Tak silna preferencja modelu rocznego może sugerować, że młodzi dorośli funkcjonujący w świecie pełnym modeli subskrypcyjnych, w obszarze bezpieczeństwa finansowego poszukują stabilności i transparentności ceny. Zapytani o to, co najbardziej nakłoni ich do zakupu polisy, 37% z nich wybrało ustawowy obowiązek posiadania takiego ubezpieczenia, a 31% gwarancję wypłaty bez konieczności udowadniania przyczyn błędu. Tylko 20% przyciągnęła niska cena, a wiadomość o osobie, która straciła majątek przez AI, zachęciła tylko 12%.

Uzupełnieniem badań ilościowych były wypowiedzi otwarte, w których respondenci mogli podzielić się swoimi obawami i refleksjami. Część badanych podchodzi do AI z dużym spokojem, traktując ją jako nieuchronny etap postępu, porównywany z rewolucją informatyczną: „Wprowadzanie AI do naszego codziennego użytkowania jest podobne jak wprowadzenie komputerów lata temu. Istnieją ryzyka z nim związane, czy też likwidowanie niektórych zawodów, ale nie oznacza to, że nie powstaną nowe”. Ta akceptacja postępu nie wyklucza jednak zachowania ostrożności. Respondenci uważają, że technologia nie powinna działać sama, a nadzór człowieka jest niezbędny. Dobrze widać to w tej wypowiedzi: „Należy być przezornym i zawsze weryfikować pracę AI na tyle, na ile jest to możliwe (...) to my powinniśmy podejmować ostateczną decyzję (*Human in the Loop*)”. To połączenie akceptacji dla innowacji z postulatem

ludzkiego nadzoru tłumaczy, dlaczego badani zachowują umiarkowany poziom zaufania do algorytmów, traktując je jako narzędzie wspomagające, a nie całkowicie autonomiczne.

Kolejnym istotnym wątkiem jest obawa przed bezkarnością systemów technologicznych. Respondenci wykazali się dużą świadomością w zakresie problemów administracyjnych, sugerując, że: „AI powinno być brane pod szerszą uwagę prawną i administracyjną, żeby dogonić coraz to szybszy rozwój”. Postulat ten znajduje swoje najmocniejsze uzasadnienie w argumentacji dotyczącej braku „człowieczeństwa” maszyn, co w kontekście ubezpieczeń jest kluczowe: „Nie można pociągnąć do odpowiedzialności sprzętu, który nie ma świadomości”. To zestawienie opinii idealnie uzasadnia, dlaczego aż 81% badanych wskazało instytucję (np. bank) jako podmiot odpowiedzialny za błędy AI. Skoro algorytm nie posiada podmiotowości prawnej ani świadomości, ciężar odszkodowawczy musi zostać systemowo przeniesiony na podmiot wdrażający technologię.

Wypowiedzi ankietowanych wykraczają poza standardowe obawy o wycieki danych, dotykając problemów globalnych i systemowych. Zwrócono uwagę na pomijany często aspekt środowiskowy: „AI zużywa dużo wody i energii, napędzając jeszcze bardziej ocieplenie klimatyczne”. Poza tym dominował lęk przed zastępowaniem ludzi przez algorytmy, zwłaszcza tam, gdzie współpraca mogłaby być korzystniejsza: „AI powinno tylko pomagać, nie zastępować (...) przedsiębiorcy nie powinni zwalniać pracowników na rzecz sztucznej inteligencji”. Takie wielowymiarowe podejście dowodzi, że młodzi dorośli postrzegają sztuczną inteligencję nie tylko przez pryzmat zagrożeń finansowych, ale jako skomplikowany system wywierający wpływ na rynek pracy i środowisko naturalne.

5.6. Podsumowanie

Kwestia ubezpieczeń od ryzyk związanych z wykorzystaniem sztucznej inteligencji stanowi obecnie jeden z najbardziej dynamicznych, a zarazem nieodkrytych obszarów współczesnego rynku finansowego. Zrozumienie mechanizmów behawioralnych, które kierują młodymi dorosłymi w starciu z nowymi technologiami, jest kluczowe nie tylko dla sektora ubezpieczeniowego, ale również dla budowania świadomego społeczeństwa cyfrowego.

Przeprowadzona w pracy analiza pozwoliła na pełną realizację celów teoretycznych oraz sformułowanie odpowiedzi na pytania badawcze. Pierwszy z celów zrealizowano poprzez klasyfikację zagrożeń AI na: wykorzystanie systemów AI do działań o charakterze przestępczym, błędy algorytmów oraz naruszenia sfery prywatności. Wykazano, że kluczową barierą prawną w dochodzeniu roszczeń za błędy AI jest zjawisko „czarnej skrzynki” (*black box*). Brak pełnej transparentności algorytmów uniemożliwia proste udowodnienie winy w tradycyjnym ujęciu prawa ubezpieczeniowego, co rodzi konieczność ewolucji sektora i przejścia na odpowiedzialność na zasadzie ryzyka.

Analiza porównawcza rynku ubezpieczeń wykazała natomiast, że polski rynek nie oferuje obecnie produktów dedykowanych wyłącznie sztucznej inteligencji. Podczas gdy na świecie standardem stają się samodzielne rozwiązania chroniące poprawność modeli (np. aiSelf™ czy Armilla AI), w Polsce ryzyko AI jest wciąż traktowane jako element szerszego błędu technologicznego. Ochrona realizowana jest pośrednio w ramach tradycyjnych polis cybernetycznych lub OC zawodowego sektora IT (oferowanych m.in. przez PZU czy Ergo Hestię), skupiając się głównie na naruszeniach praw własności intelektualnej czy błędach na etapie programowania.

Kolejnym, kluczowym etapem pracy było zbadanie wpływów behawioralnych na postrzeganie ryzyka. Aby sprawdzić, jak błędy poznawcze kształtują skłonność młodych Polaków do zakupu ochrony, założenia teoretyczne zestawiono z wynikami badania empirycznego. Pierwsza hipoteza, zakładająca występowanie błędu optymizmu w badanej grupie, została zweryfikowana pozytywnie. Choć aż 61% ankietowanych miało osobistą lub pośrednią styczność z oszustwem internetowym, ich samoocena kompetencji pozostaje nieadekwatnie wysoka. Uzyskany wynik jest zbieżny z założeniami ekonomii behawioralnej R.H. Thaler’a oraz C.R. Sunsteina, którzy wskazują na kluczową rolę błędów poznawczych w procesach decyzyjnych. Fakt, że zjawisko to występuje tak silnie u młodych dorosłych, dowodzi, że wysoka sprawność technologiczna nie chroni przed błędną oceną realnego ryzyka.

Druga hipoteza, dotycząca skuteczności efektu obramowania w procesie wyboru polisy, została odrzucona. W badaniu ankietowym zdecydowana większość, bo aż 85% respondentów, wybrała jednorazową opłatę roczną zamiast małych stawek dziennych. Uzyskany wynik stoi więc

w sprzeczności z wnioskami J.T. Gourville’a, który wskazywał na wysoką skuteczność strategii *pennies-a-day*. Ta rozbieżność wynika najprawdopodobniej ze specyfiki badanej grupy - młodzi Polacy, funkcjonujący na co dzień w świecie modeli subskrypcyjnych, w obszarze bezpieczeństwa cyfrowego poszukują pełnej transparentności kosztów, przez co marketingowe techniki rozbijania ceny mogą budzić w nich nieufność.

Weryfikacja trzeciej hipotezy dowiodła, że nawet wysoka świadomość technologiczna nie stanowi wystarczającej bariery w obliczu profesjonalnie przygotowanej manipulacji emocjonalnej. Scenariusz symulujący atak typu *deepfake* wykazał, że aż 41% badanych nie zachowałoby pełnej czujności, co potwierdza, że stres i presja czasu są w stanie zneutralizować nawet wysoką wiedzę merytoryczną. Jednocześnie badanie ujawniło silną potrzebę ochrony systemowej – aż 81% respondentów uważa, że to instytucje wdrażające AI (np. banki) powinny ponosić pełną odpowiedzialność za błędy algorytmów. Bardzo wysokie poparcie dla ubezpieczeń obowiązkowych (średnia 4,01 w skali 1–5) dowodzi, że konsumenci poszukują gotowych rozwiązań prawnych, które zdejmą z nich ciężar dowodzenia winy w przypadku awarii technologii. Wobec powyższego należy uznać, że sukces ubezpieczeń od ryzyk AI nie będzie zależał wyłącznie od technicznej precyzji algorytmów, ale przede wszystkim od zrozumienia i zabezpieczenia ludzkich słabości w dynamicznie zmieniającym się cyfrowym świecie.

Wyniki pozwalają na sformułowanie konkretnych rekomendacji dla sektora ubezpieczeniowego oraz ustawodawcy. Zamiast polegać na marketingu opartym na mikropłatnościach, zakłady ubezpieczeń powinny stosować składki roczne, które budują większe zaufanie wśród młodych konsumentów. Istotne jest również, aby programy edukacyjne dotyczące cyberbezpieczeństwa, poza przekazywaniem wiedzy technicznej, skupiły się na trenowaniu odporności na manipulacje emocjonalne. Jak wykazało badanie, to właśnie one stanowią obecnie największe wyzwanie dla bezpieczeństwa użytkowników. Poza tym wysokie poparcie dla ubezpieczeń obowiązkowych sugeruje, że rynek oczekuje od ustawodawcy uregulowania kwestii odpowiedzialności za błędy AI.

Należy również wskazać na ograniczenia powyższego badania. Zostało ono przeprowadzone na grupie młodych dorosłych, co sprawia, że uzyskane wyniki nie mogą być bezpośrednio

przekładane na starsze grupy wiekowe. Ponadto, choć scenariusze symulowały realne zagrożenia, rzeczywiste zachowania konsumentów w sytuacji silnego stresu mogą różnić się od ich deklaracji.

Podsumowując, o sukcesie ubezpieczeń w obszarze AI zadecydują jasne zasady odpowiedzialności i zrozumienie ludzkiej psychiki. Tylko wtedy polisy staną się realnym wsparciem, a nie jedynie zbędnym produktem, który w praktyce nie zapewnia realnego poczucia bezpieczeństwa.

Literatura

Piśmiennictwo

Chełchowski J., Niekurzak A., *Ryzyka dla bezpieczeństwa związane ze sztuczną inteligencją*, [w:] *Sztuczna inteligencja i prawo*, red. F. Giuliani, D. Lewandowski, Wydawnictwo Naukowe Szkoły Głównej Mikołaja Kopernika, Warszawa 2024.

Duczkowski N., *Wykorzystanie finansów behawioralnych do opisu wybranych zjawisk na polskim rynku ubezpieczeniowym*, „Zeszyty Naukowe Polskiego Towarzystwa Ekonomicznego w Zielonej Górze” 2021, nr 15.

Gourville J.T., *The Effects of Monetary Magnitude and Level of Aggregation on the Temporal Framing of Price*, „Marketing Letters” 2003, vol. 14, nr 2.

Kubińska E.A., *Czarny PR na polskim rynku kapitałowym*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia” 2015, vol. XLIX, 4, sectio H.

Szpyt K., *InsurTech: nowe technologie w branży ubezpieczeń*, red. K. Szpyt, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2022.

Thaler R. H., Sunstein C. R., *Impuls. Jak podejmować właściwe decyzje dotyczące zdrowia, dobrobytu i szczęścia*, Wydawnictwo Zys i S-ka, Poznań 2023.

Wilk A., *Sztuczna inteligencja a rozwój prawa ubezpieczeń – przegląd najważniejszych wyzwań*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2023, nr 4.

Akty prawne

Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny (Dz. U. z 2024 r. poz. 1061 z późn. zm.).

Źródła internetowe

Armilla AI, Lloyd’s,
(<https://www.lloyds.com/insights/lloyds-lab/programmes-and-initiatives/lloyds-lab-accelerator/alumni/armilla-ai>), dostęp: 14.02.2026 r.

Biała księga w sprawie sztucznej inteligencji – Europejskie podejście do doskonałości i zaufania, Komisja Europejska, Bruksela 2020,
(<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/PDF/?uri=CELEX:52020DC0065>), dostęp: 14.02.2026 r.

Deepfake, Komisja Nadzoru Finansowego,
(https://www.knf.gov.pl/dla_konsumenta/kampanie_informacyjne/cyberoszustwa_inwestycyjne/slownik/Deepfake), dostęp: 14.02.2026 r.

Factsheet aiSelf, Munich Re, (https://www.munichre.com/content/dam/munichre/contentlounge/website-pieces/documents/Factsheet_aiSelf.pdf), dostęp: 14.02.2026 r.

OC wykonawcy systemów komputerowych, Ergo Hestia,
(<https://www.ergohestia.pl/dla-firmy/oc/wykonawca-systemow-komputerowych/>), dostęp: 14.02.2026 r.

Ubezpieczenie od ryzyk cybernetycznych, PZU,
(<https://www.pzu.pl/dla-firm-i-pracownikow/majatek-firmy-i-oc/majatek/ubezpieczenie-od-ryzyk-cybernetycznych>), dostęp: 14.02.2026 r.

Rozdział 6

Ubezpieczenia na życie w Polsce - analiza rynku i percepcji społecznej

Magdalena Bieniek¹

6.1. Wprowadzenie

Współcześnie ubezpieczenia stanowią nieodzowny element rynku finansowego, pełniąc funkcję ochronną oraz w przypadku niektórych produktów, również funkcję inwestycyjną. W dobie rosnącej niepewności, zmian demograficznych i społecznych szczególnego znaczenia nabierają ubezpieczenia na życie. Ubezpieczenia na życie nie tylko zapewniają wsparcie finansowe w trudnych sytuacjach, takich jak śmierć, ciężka choroba czy trwała niezdolność do pracy, ale również są formą zabezpieczenia interesów bliskich. Mimo bogatej oferty produktów na polskim rynku, poziom zainteresowania i wiedzy Polaków w obszarze ubezpieczeń na życie nadal budzi pytania i pozostawia przestrzeń do analizy.

W obliczu takich wyzwań jak starzenie się społeczeństwa, zmniejszające się zaufanie do publicznych systemów zabezpieczenia oraz rosnące oczekiwania wobec prywatnych form ochrony, społeczna percepcja ubezpieczeń na życie staje się zagadnieniem niezwykle istotnym. Zrozumienie, w jaki sposób Polacy postrzegają te produkty, jakie mają doświadczenia i co wpływa na ich decyzje ubezpieczeniowe, pozwala lepiej dopasować ofertę rynkową oraz podejmować działania edukacyjne.

W celu analizy społecznej percepcji ubezpieczeń na życie w Polsce podjęto próbę znalezienia odpowiedzi na następujące pytania badawcze: *Jak zmieniała się struktura rynku ubezpieczeń na życie w Polsce w latach 2014-2023? Jakie postawy wobec ubezpieczeń na życie przyjmuje*

¹ Koło Naukowe Ubezpieczeń „Risk Management”, Katedra Zarządzania Ryzykiem i Ubezpieczeń, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie. Niniejszy rozdział został opracowany przez autora na podstawie pracy dyplomowej obronionej w Uniwersytecie Ekonomicznym w Krakowie w 2025 r.

społeczeństwo polskie? Które zmienne społeczne i demograficzne mają istotny wpływ na podejmowanie decyzji o zakupie ubezpieczenia na życie przez polskich obywateli?

Tak postawione pytania pozwoliły na skonstruowanie hipotez badawczych:

- H1: Posiadanie ubezpieczenia na życie jest istotnie zależne od wieku.
- H2: Posiadanie ubezpieczenia na życie jest istotnie zależne od wykształcenia.
- H3: Główną motywacją do zawarcia umowy ubezpieczenia na życie jest chęć zabezpieczenia sytuacji finansowej najbliższych członków rodziny.

W celu weryfikacji postawionych hipotez przyjęto następujące cele opracowania:

1. Zaprezentowanie produktów ubezpieczeń na życie dostępnych na polskim rynku,
2. Analiza rynku ubezpieczeń na życie w Polsce na przestrzeni ostatniej dekady,
3. Analiza społecznej percepcji ubezpieczeń na życie przez polskie społeczeństwo,
4. Identyfikacja czynników wpływających na decyzje o zakupie ubezpieczenia na życie.

Aby zrealizować powyższe cele dokonano przeglądu krajowej i zagranicznej literatury przedmiotu oraz analizy raportów takich instytucji jak: Komisja Nadzoru Finansowego oraz Polska Izba Ubezpieczeń. Przeanalizowano również akty prawne, w szczególności Ustawę z dnia 11 września 2015 r. *o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej* oraz Ustawę z dnia 23 kwietnia 1964 r. *Kodeks cywilny*.

W części empirycznej posłużono się badaniem ankietowym, w którym zbadano poziom wiedzy, opinie oraz postawy polskiego społeczeństwa wobec ubezpieczeń na życie. W badaniu wzięło udział 118 osób dobranych w sposób nieprobabilistyczny, a na podstawie udzielonych przez nich odpowiedzi przeprowadzono analizę danych. Metodą wykorzystywaną w tym celu był test statystyczny Chi-kwadrat, za pomocą którego zbadano zależności pomiędzy posiadaniem ubezpieczenia na życie a wybranymi zmiennymi.

6.2. Produkty ubezpieczeń na życie

Produkty ubezpieczeń na życie dostępne na polskim rynku można przedstawić według podziału zastosowanego w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej², gdzie w dziale I wyróżniono ubezpieczenia według następujących grup:

1. ubezpieczenia na życie,
2. ubezpieczenia posagowe, zaopatrzenia dzieci,
3. ubezpieczenia na życie, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, a także ubezpieczenia na życie w których świadczenie zakładu ubezpieczeń jest ustalane w oparciu o określone indeksy lub inne wartości bazowe,
4. ubezpieczenia rentowe,
5. ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeśli są uzupełnieniem ubezpieczeń na życie wymienionych w grupach 1–4.

Wcześniej ustawa o działalności ubezpieczeniowej z 1990 r. dzieliła dział I tylko na trzy pierwsze grupy³. Od 2003 r. wprowadzono nowy akt prawny - ustawę o działalności ubezpieczeniowej, która uznała ubezpieczenia rentowe oraz ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe jako dwie odrębne kategorie wśród ubezpieczeń działu I⁴.

Grupa pierwsza - ubezpieczenia na życie występuje w formie⁵: dożywotnich (bezterminowych) ubezpieczeń na życie (*whole life insurance*), terminowych ubezpieczeń na życie (*term life insurance*), terminowych ubezpieczeń na dożycie (*pure endowment*), terminowych ubezpieczeń na życie i dożycie (*endowment*). Terminowe umowy ubezpieczenia na życie charakteryzują się tym, że czas trwania ochrony jest z góry ustalony. Po upływie terminu umowa ubezpieczenia kończy się, a ubezpieczony nie jest już chroniony. Ubezpieczenie bezterminowe nie

² Art. 9, Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. 2015 poz. 1844 z późn. zm.), załącznik, w skrócie: u.d.u.r

³ Ustawa z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr 59, poz. 344), załącznik.

⁴ Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr 124, poz. 1151), załącznik.

⁵ S. Ostasiewicz, *Elementy aktuariatu*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego, Wrocław 2003, s. 49.

ma zdefiniowanej z góry daty końca ochrony, kończy się w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego⁶.

Dożywotnie ubezpieczenia na życie (*whole life insurance*) charakteryzują się tym, że ochrona ubezpieczonego trwa przez całe życie, aż do śmierci ubezpieczonego. Nazywane są także ubezpieczeniami na wypadek śmierci, ponieważ umowa zawierana jest na czas nieokreślony i wygasa w momencie śmierci ubezpieczonego⁷. Umowa gwarantuje wypłatę świadczenia uposażonemu, pod warunkiem że nie wystąpią okoliczności wyłączające odpowiedzialność ubezpieczyciela. Dożywotnie ubezpieczenie na życie może przyjmować różne warianty. Natomiast składka może być opłaca jednorazowo lub okresowo, z udziałem w zyskach, z waloryzacją świadczeń, z możliwością przejścia na ubezpieczenie bezskładkowe, co stanowi ochronę finansową bliskich. Wyjątkiem jest wariant dożywotniego ubezpieczenia na życie z możliwością wykupu, który jest również ubezpieczeniem oszczędnościowym⁸.

Terminowe ubezpieczenia na życie (*term life insurance*) to dobrowolna forma ochrony, w której przedmiotem umowy jest życie ubezpieczonego przez określony czas, np. do osiągnięcia wieku emerytalnego lub przez okres 5–10 lat. Świadczenie zostaje wypłacone w przypadku śmierci ubezpieczonego wyłącznie w trakcie trwania okresu ochrony. Pod warunkiem że nie wystąpią okoliczności wyłączające odpowiedzialność ubezpieczyciela, środki trafiają do uposażonego wskazanego w umowie⁹. Jeśli ubezpieczony dożyje do końca okresu ochrony to wypłata świadczenia nie następuje.

Terminowe ubezpieczenie na życie może występować w dwóch wariantach. Jako standardowe terminowe ubezpieczenie na życie ze stałą sumą ubezpieczenia i składką na niezmiennym poziomie oraz jako ubezpieczenie skierowane dla kredytobiorców z malejącą sumą ubezpieczenia i składką dostosowaną do spłacanego zobowiązania. Istnieje możliwość zakupu terminowego ubezpieczenia na życie z waloryzacją świadczeń. Tego rodzaju ubezpieczenie na

⁶ P. Lizak, *Ubezpieczenia na życie, Zarys charakterystyki umów ubezpieczenia na życie*, Komisja Nadzoru Finansowego, Warszawa 2022, s. 12.

⁷ E. Stroiński, *Podstawowe produkty ubezpieczenia jednostkowego* [w:] *Ubezpieczenia na życie*, red. M. Szcześniak, Przedsiębiorstwo Wydawnicze LAM, Warszawa 1996, s. 105-106.

⁸ P. Pisarewicz, A. Gierusz, P. Kowalczyk-Rólczyńska, A. Pobłocka, *Produkty Ubezpieczeniowe*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2020, s. 80-81.

⁹ S. Ostasiewicz, *Elementy aktuariatu...*, s. 49.

życie pełni głównie funkcję ochronną, ale w przypadku opcji z wartością wykupu może mieć również charakter oszczędnościowy¹⁰.

Często w umowie terminowego ubezpieczenia na życie jest możliwość, że po upływie okresu, na który zostało zawarte, ubezpieczenie może być odnowione na kolejny okres (najczęściej taki sam) bez konieczności wykonania dodatkowym badań lekarskich. Jak również może zostać zamienione na inny rodzaj ubezpieczenia, np. ubezpieczenie na całe życie (bezterminowe), ubezpieczenie o charakterze mieszanym, na dożycie lub z funduszem kapitałowym¹¹.

Terminowe ubezpieczenie na dożycie (*pure endowment*) to dobrowolny produkt ubezpieczeniowy, którego przedmiotem jest dożycie przez ubezpieczonego określonego w umowie wieku lub końca ustalonego okresu. Zakończenie okresu ubezpieczenia ustala się zazwyczaj na schyłek aktywności zawodowej, w związku z czym ten rodzaj umowy powszechnie zwany jest również ubezpieczeniem emerytalnym¹². Ubezpieczenie na dożycie utożsamiane jest także z lokatą bankową, z taką różnicą, że w przypadku śmierci ubezpieczonego w trakcie trwania umowy, składki nie podlegają zwrotowi. Dzięki temu osoby, które dożyją końca okresu ubezpieczenia otrzymują wyższe świadczenie, ponieważ składki zmarłych uczestników są redystrybuowane wśród pozostałych. Dla ubezpieczonego oznacza to zatem, że jeśli umrze przed końcem umowy, ochrona wygasa, a świadczenie nie zostanie wypłacane¹³.

Terminowe ubezpieczenie na dożycie ma charakter oszczędnościowy i może być dostępne w różnych wariantach, takich jak: udział w zyskach, możliwość wcześniejszego wykupu, waloryzacja świadczeń, opcja przekształcenia w ubezpieczenie bezskładkowe. Składki w tym ubezpieczeniu zazwyczaj opłaca się regularnie, choć istnieje możliwość jednorazowej wpłaty. Natomiast świadczenie może być wypłacane w formie renty lub jednorazowej sumy¹⁴.

Ubezpieczenia na życie i dożycie (*endowment*) to tzw. ubezpieczenia mieszane, łączące w sobie elementy ochrony na wypadek śmierci oraz dożycia określonego wieku. Stanowią

¹⁰ P. Pisarewicz, A. Gierusz, P. Kowalczyk-Rólczyńska, A. Pobłocka, *op. cit.*, s. 81.

¹¹ D. Bland, *Ubezpieczenia. Zasady i praktyka*, Centrum Kształcenia. System Zawodowej Edukacji Ubezpieczeniowej i Bankowej, Warszawa 1994, s. 95-98.

¹² E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie – teoria i praktyka*, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2003., s. 123-125

¹³ *Ibidem.*, s. 108-109.

¹⁴ E. Olearczuk, *Tradycyjne ubezpieczenia indywidualne* [w:] *Ubezpieczenia życiowe*, red. O. Doan, Poltext, Warszawa 1996, s. 66-67.

połączenie terminowego ubezpieczenia na życie i terminowego ubezpieczenia na dożycie. Są to dobrowolne ubezpieczenia terminowe, obejmujące zarówno życie ubezpieczonego, jak i możliwość dożycia przez niego do ustalonego wieku, np. osiągnięcia pełnoletności lub wieku emerytalnego. Charakterystyczną cechą tego rodzaju ubezpieczenia jest to, że wypłata świadczenia następuje zawsze. Niezależnie od tego, czy ubezpieczony dożyje końca okresu ubezpieczenia, czy nie, pod warunkiem, że nie wystąpią okoliczności wyłączające odpowiedzialność ubezpieczyciela¹⁵. Dzięki temu pełni ono zarówno funkcję ochronną - zabezpieczając rodzinę na wypadek śmierci ubezpieczonego, jak i oszczędnościową - zapewniając środki finansowe dla samego ubezpieczonego w przypadku dożycia do końca umowy.

Składka w takim ubezpieczeniu jest wyższa niż w przypadku samego ubezpieczenia na dożycie, ponieważ obejmuje również koszt ochrony terminowej. Może być opłacana regularnie (w miesięcznych, kwartalnych lub rocznych odstępach), jej wysokość może być stała lub rosnąć w czasie. Okres trwania polisy zazwyczaj wynosi co najmniej 10 lat¹⁶. W ubezpieczeniu na życie i dożycie suma ubezpieczenia może być równa zarówno dla dożycia, jak i śmierci (1:1), ale możliwe są inne warianty, zależne od preferencji klienta. Jeśli celem jest zapewnienie wysokiego standardu życia po zakończeniu okresu ochrony, świadczenie z tytułu dożycia może być wyższe niż to wypłacane w przypadku śmierci (np. 2:1). Jeśli natomiast priorytetem jest zabezpieczenie rodziny po śmierci, proporcja może być odwrotna (np. 1:2)¹⁷.

Ubezpieczenie na życie i dożycie może być dostępne w różnych wariantach, tak samo jak terminowe ubezpieczenia na życie i terminowe ubezpieczenia na dożycie. Może przewidywać np. częściowe wypłaty kapitału jeszcze w trakcie trwania umowy. Posiada również wartość wykupu, co oznacza, że może zostać zamienione na ubezpieczenie bezskładkowe z obniżoną sumą ubezpieczenia¹⁸. W tabeli poniżej przedstawiono wszystkie rodzaje klasycznych ubezpieczeń na życie grupy pierwszej wraz z charakterystycznymi cechami.

¹⁵ E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie. Teoria...*, s. 109-112.

¹⁶ Ibidem., s. 127.

¹⁷ Ibidem., s. 132.

¹⁸ E. Stroiński, *Ubezpieczenia osobowe*, [w:] *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, red. T. Sangowski, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz-Toruń 2002, s. 147.

Tabela 6.1. Rodzaje i charakterystyczne cechy grupy 1 Działu I ubezpieczeń

Klasyczne ubezpieczenia na życie (grupa 1)	
Dożywotnie (bezterminowe) ubezpieczenia na życie	ochrona trwa przez całe życie ubezpieczonego świadczenie wypłacane jest po śmierci ubezpieczonego wykorzystane jako zabezpieczenie finansowe, wyjątkiem jest wariant dożywotniego ubezpieczenia na życie z możliwością wykupu, który jest również ubezpieczeniem oszczędnościowym
Terminowe ubezpieczenia na życie	ochrona obowiązuje przez określony czas (np. 10, 20, 30 lat) świadczenie wypłacane jest tylko w przypadku śmierci ubezpieczonego w trakcie trwania umowy popularne jako zabezpieczenie kredytów lub ochrona finansowa rodziny na określony czas
Terminowe ubezpieczenia na dożycie	wypłata świadczenia następuje tylko wtedy, gdy ubezpieczony dożyje końca okresu ubezpieczenia jeśli ubezpieczony umrze w trakcie trwania umowy, wpłacone składki przepadają stanowi formę oszczędzania, często wykorzystywaną jako zabezpieczenie na emeryturę
Terminowe ubezpieczenia na życie i dożycie	łączy cechy ubezpieczenia na życie i na dożycie – świadczenie jest wypłacane zarówno w przypadku śmierci, jak i dożycia końca okresu ubezpieczenia. jeśli ubezpieczony umrze w trakcie umowy, wypłacane jest świadczenie dla uposażonych często stosowane jako forma gromadzenia kapitału na przyszłość przy jednoczesnym zabezpieczeniu rodziny.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: P. Pisarewicz, A. Gierusz, P. Kowalczyk-Rólczyńska, A. Pobłocka, *Produkty Ubezpieczeniowe*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2020, s. 80-83.

W dalszej klasyfikacji, zgodnie z ustawą o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej wyróżnia się drugą grupę działu I ubezpieczeń - ubezpieczenia posagowe (ubezpieczenia zaopatrzenia dzieci)¹⁹. W tego rodzaju ubezpieczeniach ubezpieczonym prawie zawsze jest rodzic lub opiekun prawny (osoba zapewniająca dziecku utrzymanie), natomiast dziecko jest jedynie uposażonym.

Charakterystyczną cechą jest to, że zakończenie umowy zależy od wieku dziecka. Dożycie podopiecznego do ustalonego wieku, np. osiągnięcia pełnoletności zobowiązuje zakład ubezpieczeń do wypłaty ustalonej sumy ubezpieczenia. W sytuacji, gdyby ubezpieczony zmarł

¹⁹ K. Stęplewska, *Analiza ubezpieczeń życiowych*, [w:] *Ubezpieczenia gospodarcze i społeczne w Polsce*, red. D. Ostrowska i P. Jamróz, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2016, s. 66.

w trakcie umowy, przekształca się ona w ubezpieczenie bezskładkowe, które zapewnia dziecku wypłatę świadczenia we wskazanym terminie, zgodnie z wysokością sumy określoną w polisie. W ramach podstawowej umowy dziecko jest wyłącznym beneficjentem świadczenia²⁰. Przyjęto również zasadę, że jeśli dziecko umrze w czasie obowiązywania ubezpieczenia, zaopatrujący otrzymuje zwrot wpłaconych składek.

Głównym celem tego rodzaju ubezpieczeń jest finansowe zabezpieczenie przyszłości dziecka, np. pokrycie kosztów edukacji. Produkty te mogą mieć charakter wyłącznie ochronny lub ochronno-oszczędnościowy, który umożliwia w niedużym zakresie pomnażanie gromadzonych środków. Podstawowym celem jest jednak zapewnienie ochrony, podczas gdy aspekt oszczędnościowy ma drugorzędne znaczenie²¹.

Istnieją również ubezpieczenia posagowe, w których ochroną objęte jest zarówno życie zaopatrującego, jak i dziecka. W takim przypadku dziecko staje się współubezpieczonym. Główna różnica w porównaniu do standardowej formy ubezpieczeń polega na tym, że jeśli dziecko zmarłoby w trakcie trwania umowy to zaopatrujący otrzymuje świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia zamiast zwrotu wpłaconych składek²².

Grupa trzecia - ubezpieczenia na życie o charakterze inwestycyjnym są przykładem innowacji produktowej, które w literaturze nazywane są ubezpieczeniami uniwersalnymi. Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z 2015 r. do grupy trzeciej w dziale I zalicza²³:

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

Warto podkreślić, że tego ubezpieczenia na życie o charakterze inwestycyjnym należą do jednych z bardziej złożonych produktów na rynku. Ich charakterystyczną cechą jest podział składki

²⁰ K. Stokłosa, *Ubezpieczenia posagowe jako instrument finansowego zabezpieczenia dzieci* [w:] *Ubezpieczenia gospodarcze i społeczne w dobie przemian Przegląd Ubezpieczeń 2017*, red. M. Cycoń, T. Jedynak, G. Strupczewski, Fundacja Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2017, s. 79.

²¹ M. Borzęcki, G. Filipowicz, *Ubezpieczenia posagowe w Polsce* [w:] *Współczesne problemy ubezpieczeń Przegląd Ubezpieczeń 2016*, red. M. Cycoń, T. Jedynak, G. Strupczewski, Fundacja Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2016, s. 97.

²² K. Stokłosa, op. cit., s. 80.

²³ u.d.u.r, załącznik.

na dwie części. Ochronną (obejmującą ubezpieczenie na życie oraz ewentualne opcje dodatkowe) oraz oszczędnościową (dotyczącą środków przeznaczonych na inwestycje). Część oszczędnościowa składki przekształcana jest w jednostki uczestnictwa w wybranych funduszach inwestycyjnych (kapitałowych). W tego rodzaju produktach to ubezpieczający ponosi pełne ryzyko związane z inwestowaniem środków, a zakłady ubezpieczeń nie gwarantują minimalnej stopy zwrotu²⁴.

Istotnym elementem ubezpieczeń inwestycyjnych jest możliwość elastycznego ustalania przez klienta proporcji między częścią ochronną a inwestycyjną. Popularność tych produktów wynika również z ich ujęcia w odpowiednich przepisach prawnych, które pozwalają na ich wykorzystanie jako dodatkowej, dobrowolnej formy zabezpieczenia emerytalnego. Dotyczy to głównie oszczędzania w ramach III filara emerytalnego, obejmującego pracownicze programy emerytalne (PPE), indywidualne konta emerytalne (IKE) oraz indywidualne konta zabezpieczenia emerytalnego (IKZE)²⁵. Dodatkowym czynnikiem sprzyjającym ich powszechności są ulgi podatkowe związane z tym rodzajem oszczędzania²⁶.

Skomplikowana budowa oraz aspekty formalno-prawne zawarte w umowach ubezpieczenia na życie o charakterze inwestycyjnym powodują niezrozumienie dla przeciętnych odbiorców. W przeszłości niektórzy ubezpieczyciele oferowali produkty, które poważnie naruszały interesy klientów i prowadziły do dużych strat finansowych. W wielu przypadkach osoby poszkodowane składały skargi do odpowiednich organów państwowych, np. do Rzecznika Finansowego. W ostatnich latach zmiany w przepisach regulujących rynek ubezpieczeń przyczyniły się do

²⁴ P. Pisarewicz, *Wybrane zagadnienia i charakterystyka produktów ubezpieczeniowo-inwestycyjnych (unit-linked life insurance)*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2008, nr 1197, s. 352–358; P. Pisarewicz, P. Kowalczyk-Rólczyńska, *Bilansowe ujęcie aktywów netto i rezerw ubezpieczeń na życie, gdy ryzyko lokaty (inwestycyjne) ponosi ubezpieczający*, Zeszyty naukowe US „Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” 2016, nr 4, s. 591–604.

²⁵ J. Gwizdała, A. Pobłocka, *Rynek Bancassurance w Polsce w latach 2009–2016*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2018, nr 541, s. 76.

²⁶ A. Pobłocka, *Ubezpieczenia na życie związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym i ubezpieczenia na życie związane z systemem zabezpieczenia społecznego w latach 2002–2015* [w:] *Długoterminowe oszczędzanie*, red. J. Rutecka-Góra, Oficyna Wydawnicza Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2005, s. 220.

poprawy sytuacji, wprowadzano rozwiązania, które chronią klientów przed nieuczciwymi i nieetycznymi praktykami ze strony ubezpieczycieli²⁷.

Grupa czwarta - ubezpieczenia rentowe są produktem mało popularnym w Polsce. Jak sama nazwa wskazuje, polegają na regularnej wypłacie rent z częstotliwością miesięczną, kwartalną lub roczną. Warto zwrócić uwagę na ich oszczędnościowy charakter, który związany jest z akumulacją środków pieniężnych oraz z zapewnieniem ubezpieczonemu ochrony finansowej po osiągnięciu wieku określonego w umowie (najczęściej wieku emerytalnego)²⁸. Podstawowym ryzykiem w tej kategorii produktów jest dożycie określonego wieku, a nie standardowa ochrona na wypadek śmierci, w której świadczenie trafia do osób trzecich. W tym przypadku głównym beneficjentem jest zazwyczaj sam ubezpieczony, który otrzymuje świadczenie po osiągnięciu określonego w umowie wieku. Jeśli jednak ubezpieczony umrze, wypłata renty życiowej zostaje wstrzymana, a pozostały kapitał może trafić do osób uposażonych wskazanych przez ubezpieczonego. Wysokość kapitału zależy od warunków zawartej umowy ubezpieczenia²⁹. Świadczenia w ramach ubezpieczeń rentowych mogą być wypłacane w różnych formach:

- renty życiowej: terminowej, która wypłacana jest przez określony czas, pod warunkiem, że ubezpieczony pozostaje przy życiu, aż do osiągnięcia ustalonego wieku oraz bezterminowej (dożywotniej), która wypłacana jest do końca życia ubezpieczonego, o ile pozostaje on przy życiu.
- renty pewnej (gwarantowanej) - świadczenia finansowego wypłacanego przez określony czas w ustalonej wysokości.

Dodatkowo renty mogą być wypłacane w stałej wysokości, co oznacza, że ubezpieczyciel przekazuje ubezpieczonemu niezmienną kwotę w regularnych odstępach czasu. Istnieje także możliwość wyboru renty zmiennej, której celem jest minimalizowanie wpływu inflacji na wartość

²⁷ W. Kamieński, P. Kowalczyk-Rólczyńska, P. Pisarewicz, *Formalnoprawny i instytucjonalny wymiar systemu ochrony klientów w zakresie ubezpieczeń na życie, gdy ryzyko lokaty (inwestycyjne) ponosi ubezpieczający*, „Nauki o Finansach” 2017, nr 3, s. 101–120; P. Pisarewicz, *Ochrona klientów kanału bancassurance w produktach ubezpieczeniowo-inwestycyjnych*, „Zarządzanie i Finanse” 2013, nr 2, s. 235–246.

²⁸ P. Pisarewicz, A. Gierusz, P. Kowalczyk-Rólczyńska, A. Pobłocka, *op. cit.*, s. 88-89.

²⁹ E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie – teoria i praktyka*, *op. cit.*, s. 209-210.

wypłacanych świadczeń. Jednym z wariantów renty zmiennej jest renta rosnąca, w której wysokość wypłat zwiększa się zgodnie z ustalonym wskaźnikiem inflacyjnym³⁰.

Jeżeli chodzi o sposób wypłacania renty, to może być płatna z góry, czyli na początku okresu rozliczeniowego, albo z dołu, czyli po jego zakończeniu³¹. W przypadku renty wypłacanej z góry, jeśli ubezpieczony umrze w trakcie okresu, za który renta została już przekazana, nie podlega ona zwrotowi, ponieważ moment śmierci nie jest możliwy do przewidzenia. Natomiast przy wypłacie renty z dołu, gdy śmierć ubezpieczonego jest już znana, świadczenie może być dostosowane proporcjonalnie do przeżytego okresu lub wypłacone za cały czas trwania danego okresu. Ubezpieczenie rentowe może obejmować zarówno jedną osobę (tzw. renta na jedno życie), jak i dwóch ubezpieczonych (tzw. renta na dwa życia), a w niektórych przypadkach nawet większą liczbę osób. Najczęściej renta na dwa życia występuje w formie rodzinnej, co oznacza, że zabezpieczeniem objęci są zazwyczaj małżonkowie³².

W rzeczywistości w ubezpieczeniach rentowych często stosuje się kombinację renty życiowej (najczęściej dożywotniej) z gwarantowaną rentą finansową wypłacaną przez określony czas, np. 5 lub 10 lat. Takie rozwiązanie sprawia, że wpłacone składki nie przepadają nawet w przypadku śmierci ubezpieczonego w trakcie trwania umowy. W takiej sytuacji renta życiowa nie jest należna, ale ubezpieczyciel wypłaci gwarantowane świadczenie osobom uposażonym. Wysokość tego należnego świadczenia zazwyczaj zależy od sumy wpłaconych składek podstawowych lub dodatkowych, a także ewentualnego udziału w zyskach³³.

Podstawowe ubezpieczenia na życie grup 1-4 coraz częściej są rozszerzane o dodatkowe opcje w postaci ubezpieczeń wypadkowych i chorobowych. Początkowo polisy te obejmowały wyłącznie wypłatę świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego, jednak z czasem ich zakres został poszerzony o ochronę w przypadku choroby, skutków nieszczęśliwych wypadków oraz innych zdarzeń³⁴. Ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe mogą należeć zarówno do

³⁰ B. Hadyniak, *Produkty ubezpieczeń na życie*, [w:] *Podstawy ubezpieczeń*, red. J. Monkiewicz, Poltext, Warszawa 2001, s. 119.

³¹ S. Ostasiewicz, *Składki w wybranych typach ubezpieczeń na życiowych*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego, Wrocław 2000, s. 23-24.

³² B. Hadyniak, *op. cit.*, s. 119.

³³ P. Pisarewicz, A. Gierusz, P. Kowalczyk-Rólczyńska, A. Pobłocka, *op. cit.*, s. 91.

³⁴ E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie – teoria i praktyka...*, s. 221.

działu I (ubezpieczenia na życie), jak i działu II (pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe). Przypisuje się je do działu I, jeśli stanowią rozszerzenie innych polis z tego obszaru, takich jak tradycyjne ubezpieczenia na życie, ubezpieczenia posagowe, polisy z funduszem kapitałowym (uniwersalne i emerytalne) czy ubezpieczenia rentowe. Natomiast gdy występują jako samodzielne produkty, niezwiązane z ubezpieczeniami na życie, klasyfikowane są jako ubezpieczenia działu II³⁵.

Dodatkowe ubezpieczenia mogą być zawierane na różne sposoby. Niektóre firmy ubezpieczeniowe pozwalają na ich wykupienie wyłącznie w chwili przystępowania do polisy podstawowej, podczas gdy inne umożliwiają ich dodanie w każdą rocznicę umowy. Niezależnie od formy, ubezpieczenie dodatkowe można w każdej chwili wypowiedzieć. Natomiast same wygasają w momencie zakończenia umowy ubezpieczenia podstawowego. Zakres oferowanych świadczeń dodatkowych obejmuje trzy główne grupy ryzyka³⁶:

- ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW) - zapewniają wypłatę świadczenia w przypadku śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku (ŚNW) lub trwałego kalectwa (inwalidztwa).
- ubezpieczenia niezdolności do pracy - obejmują zwolnienie z obowiązku opłacania składek (US) oraz wypłatę świadczeń w przypadku trwałej niezdolności do pracy (NP).
- ubezpieczenia chorobowe - obejmują zwrot kosztów leczenia (KL) oraz ochronę w przypadku poważnych chorób, takich jak nowotwory czy choroby serca (Ch).

Najbardziej popularnym ubezpieczeniem dodatkowym są ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków. Zakłady ubezpieczeń traktują nieszczęśliwe wypadki jako nagłe i niespodziewane zdarzenia losowe, wywołane przyczyną bezpośrednią i zewnętrzną, w wyniku której ubezpieczony doznaje trwałego uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci³⁷. W ramach ubezpieczeń NNW, wysokość wypłacanego świadczenia zwykle stanowi określony procent sumy ubezpieczenia, który odpowiada stopniowi uszkodzenia zdrowia poszkodowanego. Procent ten ustalany jest na podstawie opinii komisji lekarskich wyznaczonych przez zakłady

³⁵ E. Stroiński. *Ubezpieczenia osobowe...*, op. cit., s. 128.

³⁶ S. Pieńkowska-Kamieniecka, op. cit., s. 366.

³⁷ Komisja Nadzoru Finansowego, *Raport. Ubezpieczenia turystyczne*, Warszawa 2018, s. 35.

ubezpieczeń lub przy użyciu odpowiednich tablic i wskaźników opracowanych przez te instytucje. Druga grupa ryzyka - ubezpieczenia niezdolności do pracy przewidują wypłatę świadczenia tylko wtedy, gdy niezdolność ta jest uznana za trwałą. Oznacza to, że dana osoba, ze względu na stan fizyczny lub psychiczny, nie może kontynuować pracy w swoim zawodzie ani podjąć innej, która zapewniłaby jej dochód³⁸. Natomiast trzecia grupa ryzyka - ubezpieczenia chorobowe obejmują przede wszystkim ubezpieczenie kosztów leczenia, jak również ochronę na wypadek poważnych chorób. Ubezpieczenia kosztów leczenia mają szeroki zakres i mogą obejmować m.in. refundację pobytu w szpitalu, pokrycie kosztów leczenia, operacji, rehabilitacji, a także ubezpieczenie na wypadek konieczności skorzystania z usług dentystycznych. Wśród ubezpieczeń chorobowych coraz większą popularność zdobywają ubezpieczenia ciężkich chorób, które zapewniają ochronę w razie wystąpienia takich schorzeń jak zawał serca, nowotwory, udar mózgu czy choroby wymagające skomplikowanych operacji³⁹.

6.3. Struktura rynku ubezpieczeń na życie w Polsce

W latach poddanych analizie (2014-2023) liczba zakładów ubezpieczeń uwzględnionych w statystykach PIU znacznie się zmieniła (tabela 6.2), wykazując tendencję spadkową. W latach 2016-2017 na rynku działało 61 zakładów ubezpieczeń, natomiast do roku 2023 liczba ta zmniejszyła się do 52 podmiotów. Spadek ten widoczny jest zarówno w Dziale I, obejmującym ubezpieczenia na życie, jak i w Dziale II, który dotyczy ubezpieczeń majątkowych oraz osobowych.

Tabela 6.2. Liczba zakładów ubezpieczeń w Polsce w latach 2014-2023

Rok	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Dział I	26	27	27	27	26	25	26	25	24	23
Dział II	30	30	34	34	34	34	33	30	29	29
Ogółem	56	57	61	61	60	59	59	55	53	52

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Raport Roczny PIU 2023, Statystyki 2023*, Polska Izba Ubezpieczeń, (<https://piu.org.pl/raport-roczny-piu/>), dostęp: 10.03.2025 r.

³⁸ E. Stroiński. *Ubezpieczenia osobowe...*, s. 155.

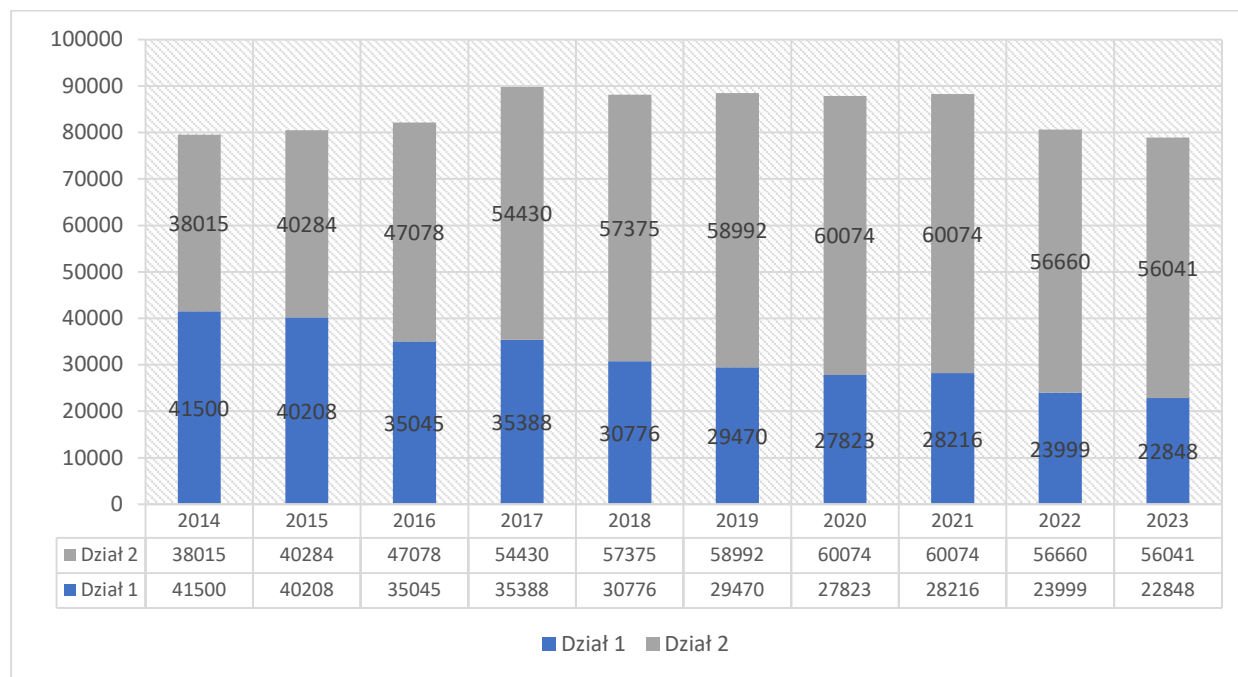
³⁹ *Ibidem*, s. 161.

W Dziale I w latach 2016-2017 liczba zakładów wynosiła 27. W kolejnych latach systematycznie malała i w 2023 roku objęła 23 podmioty. W Dziale II po wzroście do 34 zakładów w latach 2016-2019, ich liczba również stopniowo spadała. W 2023 roku wynosiła już tylko 29 podmiotów. Na koniec 2023 roku liczba raportujących zakładów w Dziale I była o jeden niższa niż rok wcześniej, co wynikało z połączenia NNLife z NN Nederlanden. Natomiast w Dziale II liczba zakładów pozostała niezmienną i wynosiła 29. W latach 2014-2023 proporcja pomiędzy ilością funkcjonujących zakładów ubezpieczeń w Dziale I i II wyraźnie się nie zmieniła. Natomiast transformacji uległa relacja składki przypisanej brutto według działu względem ogólnej wartości składki przypisanej brutto.

Popyt na usługi ubezpieczeniowe uwarunkowany jest wieloma czynnikami ekonomicznymi np. ogólną sytuacją gospodarczą kraju oraz społecznymi np. poziomem świadomości ubezpieczeniowej obywateli⁴⁰. Wielkość oraz dynamika składki przypisanej brutto stanowią kluczowy wskaźnik obrazujący zapotrzebowanie na te usługi. Składka przypisana brutto obejmuje kwoty należne zakładowi ubezpieczeń w danym okresie sprawozdawczym z tytułu zawartych umów. Dotyczy to zarówno składek przypadających na bieżący okres, jak i tych odnoszących się do kolejnego okresu sprawozdawczego. Wielkość składki przypisanej brutto stanowi jeden z kluczowych parametrów wykorzystywany do analizy i oceny ogólnego rozwoju rynku ubezpieczeń⁴¹.

⁴⁰ J. Łańcucki, *Rynek ubezpieczeniowy w Polsce. Cechy charakterystyczne i determinanty rozwoju* [w:] M. Storma, *Rynek usług ubezpieczenia autocasco w Polsce do 2005 roku*, „Zeszyty Naukowe Szkoła Główna Handlowa w Warszawie” 2007, nr 84, s. 152.

⁴¹ M. Storma, *Rynek usług ubezpieczenia autocasco w Polsce do 2005 roku*, „Zeszyty Naukowe Szkoła Główna Handlowa w Warszawie” 2007, nr 84, s. 152.

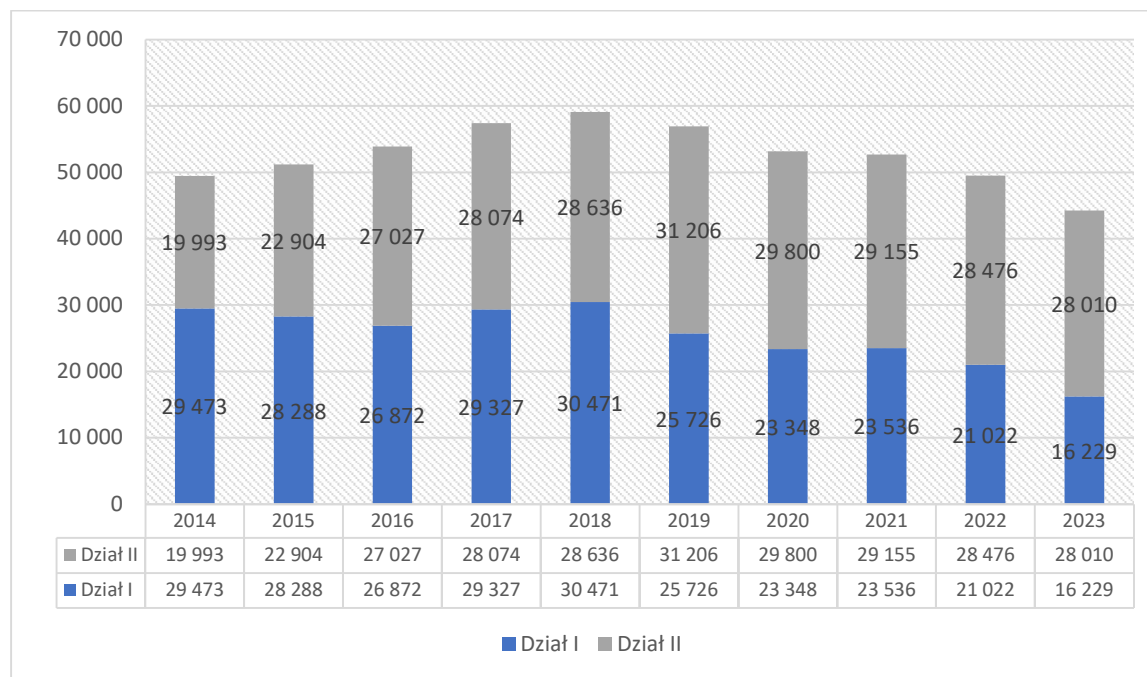


Rysunek 6.1. Składka przypisana brutto w Polsce w latach 2014-2023 w cenach z roku 2023 (w mln zł)

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Raport Polskiej Izby Ubezpieczeń 2023 r.*, Polska Izba Ubezpieczeń, (<https://piu.org.pl/raport-roczny-piu/>), dostęp: 10.03.2025 r.

Wykres przedstawia, jak kształtowała się składka przypisana brutto w Polsce w latach 2014-2023. W ostatnim dziesięcioleciu wynosiła średnio około 84 mld zł, a najwyższą, realną wartość składki przypisanej brutto w kwocie blisko 89,8 mld PLN odnotowano w 2017 r. Udział procentowy składki przypisanej brutto działu I w ogólnej wartości składki przypisanej brutto w Polsce w roku 2014 wynosił 52%. Od 2014 z roku na rok wartość składki przypisanej brutto działu I zaczęła stopniowo spadać i osiągać niższe wartości niż składka przypisana brutto działu II. W 2023 r. stanowiła już tylko 22,8 mld zł czyli około 29% ogólnej wartości składki przypisanej brutto. Natomiast zupełnie odwrotnie kreuje się sytuacja na rynku ubezpieczeń działu II, składka w tym dziale od 2014 r. systematycznie wzrasta i w 2023 r. wyniosła aż 56 mld zł czyli 71% ogólnej wartości składki przypisanej brutto.

Warto zwrócić również uwagę jak w porównaniu do składki przypisanej brutto formowała się wielkość odszkodowań i świadczeń wypłaconych na polskim rynku w latach 2014-2023 (rysunek 6.2).



Rysunek 6.2. Odszkodowania i świadczenia w Polsce w latach 2014-2023 w cenach roku 2023 (w mln zł)

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Raport Polskiej Izby Ubezpieczeń 2023 r., Statystyki 2023*, Polska Izba Ubezpieczeń, (<https://piu.org.pl/raport-roczny-piu/>), dostęp: 10.03.2025 r.

Najwyższą w ostatnim dziesięcioleciu realną wartość brutto wypłaconych odszkodowań i świadczeń, przekraczającą 59,1 mld PLN, zanotowano w 2018 roku. Do 2018 r. zaobserwowano rosnący trend, natomiast od 2019 r. można zauważyć dynamiczny spadek. W Dziale II, po rekordowym poziomie osiągniętym w 2019 roku, odszkodowania i świadczenia wypłacone w Polsce wykazują niewielki spadek, osiągając w 2023 roku pięcioletnie minimum na poziomie 28 mld zł. Podobnie w Dziale I, odszkodowania i świadczenia drastycznie spadły do faktycznego minimum w 2023 roku, wynoszącego nieco ponad 16 mld zł.

Podsumowując sytuację w Dziale I (ubezpieczeń na życie), w okresie 2014–2023 zarówno składki, jak i wypłacone odszkodowania i świadczenia wykazały wyraźny spadek w ogólnych wartościach dla całego rynku ubezpieczeń w Polsce. Jednak sytuacja ta różniła się w zależności od poszczególnych rodzajów ubezpieczeń na życie. Poniżej przedstawiono zmianę struktury składki przypisanej brutto ze względu na grupy Działu I w latach 2014-2023 w wartościach (%).

Tabela 6.3. Struktura składki przypisanej brutto wg grup w Dziale I (w %)

Rok	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Grupa I	37,1%	32,1%	32,7%	30,1%	36,9%	36,9%	38,4%	41%	42,5%	45,6%
Grupa II	0,4%	0,4%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,4%	0,4%
Grupa III	44%	47,2%	43,3%	46,3%	32,2%	32,2%	28,4%	25,8%	17,6%	17,1%
Grupa IV	0,4%	0,5%	0,6%	0,6%	0,7%	0,7%	0,8%	0,7%	0,6%	0,6%
Grupa V	18,1%	19,7%	22,8%	22,4%	29,7%	29,7%	32%	32,1%	32,9%	36,3%
Reasekuracja czynna	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Raport Roczny PIU 2023, Statystyki 2023*, Polska Izba Ubezpieczeń, (<https://piu.org.pl/raport-roczny-piu/>), dostęp: 10.03.2025 r.

W ostatnich latach struktura składki przypisanej brutto w Dziale I ulegała zmianom, co odzwierciedla zmieniające się preferencje klientów. Największy wzrost udziału w strukturze składki odnotowała Grupa I, obejmująca klasyczne ubezpieczenia na życie. W latach 2014-2017 jej udział spadał, osiągając 30,1%, jednak od 2018 roku trend się odwrócił i w 2023 roku udział ten wzrósł do 45,6%. Może to wynikać z większego zainteresowania polisami ochronnymi, które zapewniają finansowe wsparcie dla rodzin w przypadku śmierci ubezpieczonego.

Z kolei Grupa III, obejmująca ubezpieczenia na życie powiązane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (UFK), znacząco straciła na znaczeniu. Jeszcze w 2015 roku miała największy udział w strukturze składki (47,2%), lecz od 2018 roku jej udział zaczął dynamicznie spadać i w 2023 roku wyniosła jedynie 17,1%. Spadek zainteresowania klientów tym produktem można tłumaczyć tym, że konkurencyjność ubezpieczeń na życie z funduszem kapitałowym skorelowana jest ze wskaźnikami rynku kapitałowego⁴². Oznacza to, że atrakcyjność ubezpieczeń na życie z funduszem kapitałowym (UFK) jest silnie uzależniona od sytuacji na rynku finansowym. W okresach wzrostu rynku oraz wysokich stóp zwrotu z inwestycji tego typu polisy stają się bardziej atrakcyjne, ponieważ oferują możliwość uzyskania większych zysków. Natomiast w czasach spadków giełdowych i niestabilności finansowej zainteresowanie nimi spada, gdyż

⁴² A. Staszek, *Przyczynek do oceny konkurencyjności ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym* [w:] *Finanse 2009 – Teoria i praktyka Rynki finansowe i ubezpieczeniowe*, red. W. Tarczyński, D. Zarzecki, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego” 2009, nr 550, s. 492-498.

klienci obawiają się potencjalnych strat i częściej decydują się na bezpieczniejsze opcje oszczędzania. Grupa II, obejmująca ubezpieczenia posagowe i zaopatrzenia dzieci, utrzymuje stabilny, ale bardzo niski udział (0,4%-0,5%), co może wynikać z preferowania innych form oszczędzania na przyszłość dzieci. Podobnie niskim zainteresowaniem cieszą się ubezpieczenia rentowe (Grupa IV), których udział w strukturze składki waha się w granicach 0,4%-0,8%.

Jednym z najszybciej rozwijających się segmentów rynku są ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe (Grupa V), które pełnią rolę uzupełnienia polis na życie. Ich udział wzrósł z 18,1% w 2014 roku do 36,3% w 2023 roku. Taka tendencja może wynikać ze wzrostu świadomości zdrowotnej społeczeństwa oraz zwiększonego zapotrzebowania na zabezpieczenie finansowe w razie chorób i wypadków, co szczególnie zyskało na znaczeniu po pandemii COVID-19. W. Ronka-Chmielowiec, odwołując się do badań przeprowadzonych przez specjalistów z PIU (Polska Izba Ubezpieczeń), wskazała, że pandemia nasiliła obawy Polaków związane z dostępnością do opieki medycznej i zwiększyła świadomość Polaków w zakresie ubezpieczeń, szczególnie chorobowych i na życie⁴³.

W analizowanym okresie rynek ubezpieczeń na życie wykazywał dużą koncentrację, co przejawiało się w wysokim udziale pięciu największych ubezpieczycieli w całkowitej sumie składek przypisanych brutto zgromadzonych w Dziale I. W oparciu o dotychczasowy dorobek literaturowy możemy wnioskować, że koncentracja rynku ubezpieczeń na życie w Polsce miała również miejsce w latach 1991-2008⁴⁴. Udział składki przypisanej brutto zakładów ubezpieczeń w składce zebranej w całym Dziale I przedstawiono w tabeli 6.4.

⁴³ W. Ronka-Chmielowiec, *Pandemia COVID-19 i nowe ryzyka a rynek ubezpieczeniowy* [w:] *Sektor ubezpieczeń w obliczu wyzwań współczesności*, red. M. Lemkowska, M. Wojtkowiak, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań 2022, s. 13.

⁴⁴ E. Szafraniec-Siluta, *Zmiany w strukturze ubezpieczeń na życie w Polsce w latach 1991-2008*, „Zeszyty Naukowe Instytutu Ekonomii i Zarządzania” 2010, nr 14, s. 219-221.

Tabela 6.4. Udział rynkowy mierzony składką zakładów Działu I w Polsce w 2023 r. oraz ich zmiana względem roku 2022

Lp.	Nazwa ubezpieczyciela	Składka przypisana brutto		Dynamika
		2022	2023	23/22
1	PZU ŻYCIE SA	8 646 185	9 181 962	106,20%
2	ALLIANZ ŻYCIE POLSKA SA	2 540 794	2 603 050	102,50%
3	NATIONALE NEDERLANDEN SA	2 246 016	2 241 444	99,80%
4	WARTA TUnŻ SA	1 178 474	1 374 043	116,60%
5	COMPENSA ŻYCIE SA	1 118 246	1 201 875	107,50%
6	GENERALI ŻYCIE SA	984 407	952 809	96,80%
7	UNIQA ŻYCIE SA	852 678	928 940	108,90%
8	ERGO HESTIA STUnŻ SA	497 588	588 207	118,20%
9	PKO ŻYCIE SA	491 080	552 512	112,50%
10	UNUM ŻYCIE SA	420 999	523 932	124,40%
	Ogółem	21 504 260	22 847 748	106.20%

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Raport Roczny PIU 2023, Statystyki 2023*, Polska Izba Ubezpieczeń, (<https://piu.org.pl/raport-roczny-piu/>), dostęp: 10.03.2025 r.

W 2023 roku lider Działu I na rynku ubezpieczeń na życie w Polsce (PZU ŻYCIE SA) posiadał 40,2% udziału w rynku, co oznacza, że jedno przedsiębiorstwo dominowało, osiągając ponad 40% całkowitej wartości składek przypisanych brutto. Trzy największe zakłady ubezpieczeniowe (PZU ŻYCIE SA, ALLIANZ ŻYCIE POLSKA SA, NATIONALE NEDERLANDEN SA) odpowiadały łącznie za 61,4% rynku. Natomiast pięć największych firm (PZU ŻYCIE SA, ALLIANZ ŻYCIE POLSKA SA, NATIONALE NEDERLANDEN SA, WARTA TUnŻ SA, COMPENSA ŻYCIE SA) posiadało 72,7% udziału w ogólnej wartości składki przypisanej brutto. Tak wysoka koncentracja rynku wskazuje na dominację kilku dużych ubezpieczycieli, co może utrudniać mniejszym firmom utrzymanie pozycji na rynku.

6.4. Metodyka badań własnych

Podstawowym celem przeprowadzonych badań jest zbadanie poziomu wiedzy, opinii oraz postaw polskiego społeczeństwa wobec ubezpieczeń na życie. Ponadto, zgromadzone dane umożliwią zbadanie relacji pomiędzy wybranymi zmiennymi a posiadaniem ubezpieczenia na

życie. Pozwoli to lepiej zrozumieć czynniki wpływające na decyzje dotyczące zakupu tego rodzaju produktów ubezpieczeniowych.

Dane potrzebne do realizacji części empirycznej badania zostały zebrane w dniach od 06.04.2025 do 12.04.2025 za pomocą badania ankietowego, opracowanego w formie formularza Google. W badaniu wzięło udział 118 osób, dobranych do próby badawczej w sposób nieprobabilistyczny. Odpowiedzi respondentów pozyskano przy użyciu mediów społecznościowych, w szczególności portalu społecznościowego Facebook oraz za pośrednictwem rodziny oraz znajomych.

Tabela 6.5. Respondenci według kryteriów społeczno-ekonomicznych

Cechy społeczno-demograficzne	Liczebność	Procentowo
Płeć		
Kobieta	75	63,6%
Mężczyzna	43	34,4%
Wiek		
18-25 lat	72	61%
26-35 lat	22	18,6%
36-45 lat	8	6,8%
46-65 lat	13	11%
65 lat i więcej	3	2,5%
Miejsce zamieszkania		
Wieś	59	50%
Miasto do 20.000 mieszkańców	9	7,6%
Miasto 20.000-100.000 mieszkańców	14	11,9%
Miasto 100.000-500.000 mieszkańców	4	3,4%
Miasto powyżej 500.000 mieszkańców	32	27,1%
Wykształcenie		
Podstawowe	0	0%
Gimnazjalne	0	0%
Zasadnicze zawodowe	8	6,8%

Średnie	76	64,4%
Wyższe	34	28,8%
Status zawodowy		
Student	31	26,3%
Pracujący student	35	29,7%
Osoba pracująca	46	39%
Osoba bezrobotna	3	2,5%
Emeryt / Rencista	3	2,5%

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego.

Strukturę płci, wieku, miejsca zamieszkania, poziomu wykształcenia oraz statusu zawodowego badanych przedstawia odpowiednio tabela 6.5. Analizując dane, można zobaczyć, że w badaniu wzięło udział więcej kobiet (63,6%) niż mężczyzn (34,4%), a najliczniejszą grupę wiekową stanowili respondenci w przedziale 18-25 lat. Największy odsetek ankietowanych stanowiły osoby pochodzące z obszarów wiejskich (50%) oraz z miast powyżej 500.000 mieszkańców (27,1%). Rozpatrując odpowiedzi w zależności od wykształcenia, dominowali respondenci z wykształceniem średnim (64,4%), a następnie z wykształceniem wyższym (28,8%). Wśród uczestników badania przeważająca liczba osób określiła swój status zawodowy jako student (56%) i osoba pracująca (39%). Dwie z tych opcji jednocześnie wskazało aż 29,7% badanych.

Kwestionariusz składał się łącznie z 23 pytań i był podzielony na cztery części. Poza metryczką zawierającą 5 pytań dotyczących danych społeczno-demograficznych respondentów, struktura kwestionariusza została podzielona tematycznie na trzy główne obszary:

- wiedza i postawy społeczne związane z ubezpieczeniami na życie,
- doświadczenia ankietowanych w obszarze ubezpieczeń na życie,
- źródła pozyskiwania informacji i potrzeby edukacyjne w zakresie ubezpieczeń na życie.

Większość pytań w kwestionariuszu miała charakter zamknięty, jednokrotnego lub wielokrotnego wyboru. Jednak w czterech z nich, pod opcją „inne” umożliwiono udzielenie odpowiedzi otwartych. Daje to uczestnikom przestrzeń do wyrażenia własnego zdania oraz

możliwość wskazania innej odpowiedzi niż podane. W jedenastu pytaniach zastosowano także skalę Likerta, umożliwiającą badanym określenie stopnia zgody z poszczególnymi stwierdzeniami.

Część pierwsza, dotycząca wiedzy i świadomości polskiego społeczeństwa w kontekście ubezpieczeń na życie składała się z 9 pytań (8 pytań zamkniętych, jednokrotnego wyboru oraz 1 pytania wielokrotnego wyboru z możliwością wpisania własnej odpowiedzi).

W części drugiej, dotyczącej indywidualnych doświadczeń ankietowanych w obszarze ubezpieczeń na życie, formularz składał się z 5 pytań (3 pytań zamkniętych, jednokrotnego wyboru oraz 2 pytania wielokrotnego wyboru z możliwością wpisania własnej odpowiedzi). Nie wszystkie pytania miały charakter obowiązkowy, a o przejściu do pytań nieobowiązkowych dla wszystkich uczestników ankiety decydowała udzielona wcześniej odpowiedź. W przypadku braku posiadania ubezpieczenia na życie, respondenci byli proszeni o wskazanie przyczyny takiej decyzji. Natomiast osoby posiadające ubezpieczenie na życie odpowiadały na pytania dotyczące rodzaju posiadanej polisy, a kolejno były pytane czy w przeszłości skorzystały z wypłaty świadczenia z tytułu ubezpieczenia na życie. Jeżeli ich odpowiedź była twierdząca i ankietowany otrzymał kiedyś świadczenie z tego tytułu to był proszony o ocenę poziomu zadowolenia z jego wypłaty. W taki oto sposób, w części trzeciej badania ankietowego respondenci odpowiadali na 2, 4 lub 5 pytań w zależności od udzielonych wcześniej odpowiedzi.

Czwarta część kwestionariusza składała się z 4 pytań (3 pytań zamkniętych, jednokrotnego wyboru oraz 1 pytania wielokrotnego wyboru z możliwością wpisania własnej odpowiedzi) oraz dotyczyła źródeł pozyskiwania informacji i potrzeb edukacyjnych polskiego społeczeństwa w zakresie ubezpieczeń na życie.

Dodatkowo, w celu zweryfikowania zależności pomiędzy posiadaniem ubezpieczenia na życie a wiekiem, wykształceniem, statusem zawodowym, miejscem zamieszkania oraz stosunkiem respondentów do towarzystw ubezpieczeniowych, przeprowadzono test niezależności chi kwadrat. W teście tym weryfikowano następujące hipotezy:

- H0: nie istnieje zależność pomiędzy badaną determinantą a posiadaniem ubezpieczenia na życie
- H1: istnieje zależność pomiędzy badaną determinantą a posiadaniem ubezpieczenia na życie

W badaniu własnym przyjęto poziom istotności $\alpha = 0,05$, który jest najczęściej stosowany w analizach statystycznych. Dla tego poziomu istotności wyznaczono wartość prawdopodobieństwa testowego (p). W celu weryfikacji hipotez wartość p została porównana z poziomem istotności zgodnie z następującymi zasadami:

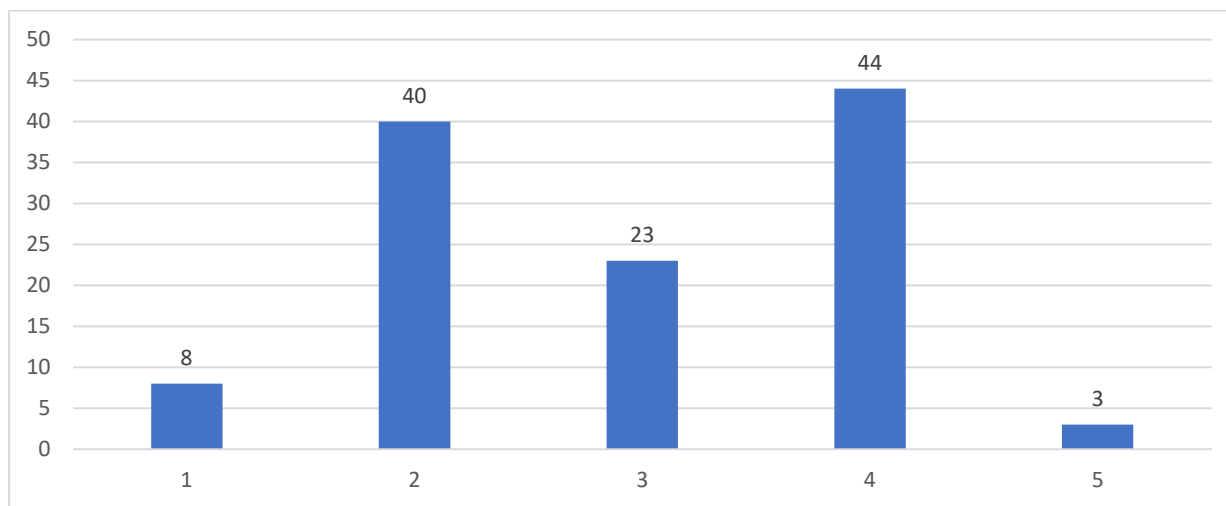
- Jeśli $p \leq \alpha$, odrzuca się hipotezę zerową (H_0) i przyjmuje hipotezę alternatywną (H_1).
- Jeśli $p > \alpha$, brak jest podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej (H_0).

Innymi słowy, gdy wartość prawdopodobieństwa testowego jest mniejsza od ustalonego poziomu istotności, hipoteza zerowa zakładająca brak związku między analizowaną zmienną a posiadaniem ubezpieczenia na życie zostaje odrzucona, a przyjęta zostaje hipoteza alternatywna, wskazująca na istnienie takiej zależności. Z kolei, jeśli wartość p przewyższa ustalony próg istotności to nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej.

6.5. Świadomość społeczna w obszarze ubezpieczeń na życie

W drugiej części badania ankietowego zostały zadane pytania odnoszące się do świadomości Polaków w obszarze ubezpieczeń na życie. Na wstępie respondenci zostali poproszeni o ocenę w jakim stopniu zgadzają się z następującym stwierdzeniem: „Mam wystarczającą wiedzę na temat ubezpieczeń na życie”. Uzyskane wyniki zostały zaprezentowane, zgodnie z niżej przedstawioną skalą: 1 - zdecydowanie się nie zgadzam, 2 - raczej się nie zgadzam, 3 - nie mam zdania, 4 - raczej się zgadzam, 5 - zdecydowanie się zgadzam.

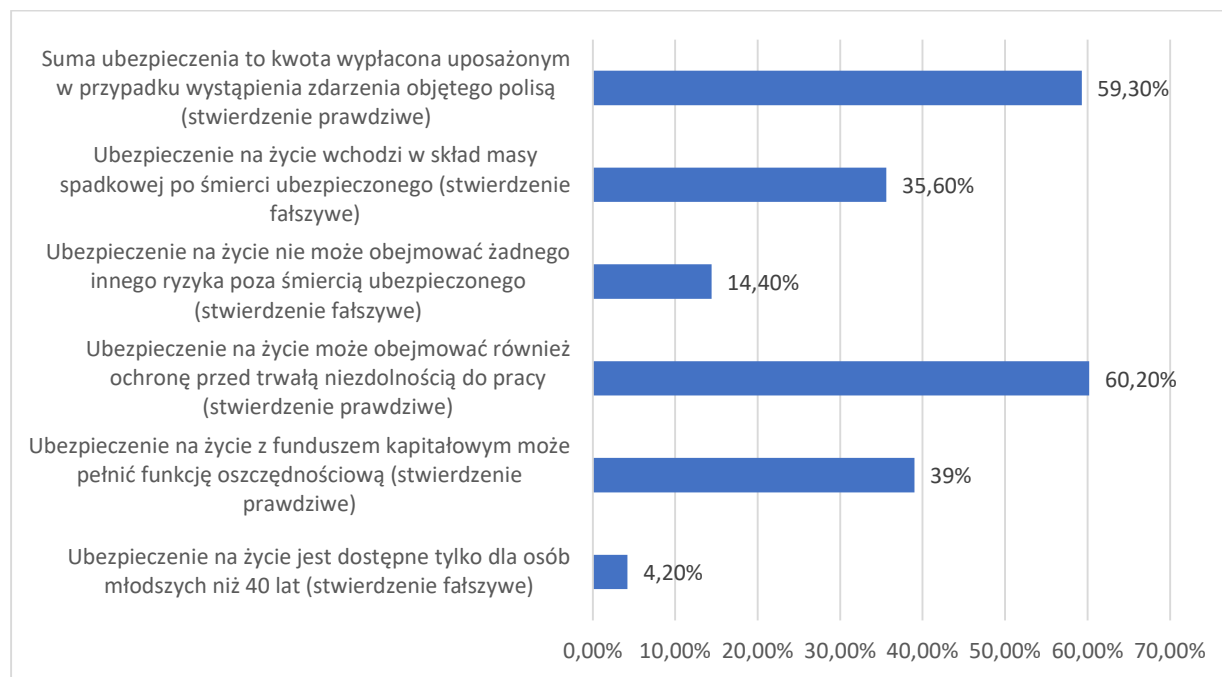
Wyniki wskazują, że większość respondentów ma niejednoznaczne zdanie na temat swojej wiedzy o ubezpieczeniach na życie (niewiele osób wskazało odpowiedzi, w których zdecydowanie zgadzałoby się lub nie zgadzałoby się z podaną tezą). Dominują odpowiedzi 2 i 4 (33,9% i 37,3%). Sugeruje to, że część badanych nie czuje się przekonana co do posiadania wystarczającej wiedzy na ten temat oraz spora grupa nie jest pewna czy ma wystarczającą wiedzę na ten temat. Odpowiedź 3, wybrana przez 19,5% osób, wskazuje na neutralne podejście do kwestii posiadanej wiedzy, badani nie mają zdania w tej sprawie. Niska liczba odpowiedzi 1 (6,8%) i 5 (2,5%) mówi o tym, że tylko nieliczni ankietowani uważają, że mają bardzo małą lub bardzo dużą wiedzę na temat ubezpieczeń na życie. Wyniki odpowiedzi na to pytanie zostały zobrazowane na rysunku 6.3.



Rysunek 6.3. Mam wystarczającą wiedzę na temat ubezpieczeń na życie” Proszę zaznaczyć na skali od 1 do 5, jak bardzo Pan/Pani zgadza się z tym zdaniem

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego.

W celu zweryfikowania poziomu wiedzy respondentów na temat ubezpieczeń na życie, poproszono ich o wskazanie prawdziwych stwierdzeń spośród sześciu zaprezentowanych. Trzy z nich są zgodne z rzeczywistością, natomiast pozostałe trzy są fałszywe. Na rysunku 6.4 przedstawiono rezultaty badania oraz które stwierdzenia badani wybrali jako zgodne z prawdą.



Rysunek 6.4. Statystyka prawidłowych odpowiedzi w zakresie wiedzy na temat ubezpieczeń na życie

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego.

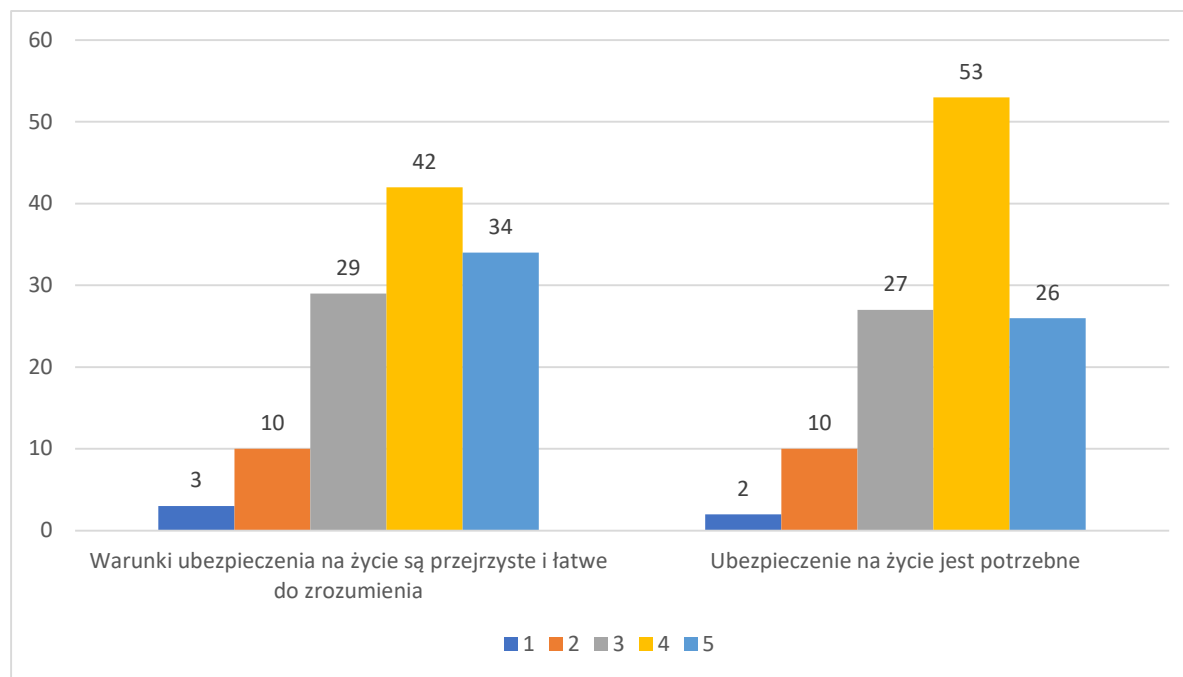
Najczęściej wybieranymi odpowiedziami były trzy odpowiedzi poprawne. 59,3% osób wśród badanych zna pojęcie sumy ubezpieczenia. Zatem są oni świadomi, że jest to kwota, którą otrzyma uposażony po zaistnieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową. Najwyższy odsetek odpowiedzi (60,2%) dotyczył stwierdzenia - ubezpieczenie na życie może obejmować również ochronę przed trwałą niezdolnością do pracy. Świadczy to zatem o względnej orientacji w zakresie rozszerzonego zakresu ochrony. Trzecią najczęściej wskazywaną, a zarazem poprawną odpowiedzią było twierdzenie, że ubezpieczenie na życie z funduszem kapitałowym może pełnić również funkcję oszczędnościową (inwestycyjną). Opcję tą zaznaczyło 39% badanych.

Z uzyskanych wyników można wywnioskować, że podstawowe zagadnienia wydają się być znane większości ankietowanym, jednak warto zwrócić uwagę na fakt, że aż 35,6 % respondentów uważa, że ubezpieczenie na życie wchodzi w skład masy spadkowej po śmierci ubezpieczonego. Stwierdzenie to jest niezgodne z obecnie obowiązującymi przepisami prawa, ponieważ świadczenie z tytułu ubezpieczenia na życie nie wchodzi do masy spadkowej. Zgodnie z art. 831 par. 3 k.c. suma ubezpieczenia wypłacana jest bezpośrednio osobie wskazanej przez

ubezpieczonego jako uposażona. Oznacza to, że środki te nie podlegają dziedziczeniu i nie należą do spadku po ubezpieczonym⁴⁵.

Ankietowanych poproszono również o wskazanie na ile zgadzają się z podanymi stwierdzeniami. Uzyskane wyniki zostały zaprezentowane na rysunku, zgodnie z niżej przedstawioną skalą: 1 - zdecydowanie się nie zgadzam, 2 - raczej się nie zgadzam, 3 - nie mam zdania, 4 - raczej się zgadzam, 5 - zdecydowanie się zgadzam.

W pierwszym pytaniu 64,41% badanych wskazało odpowiedź 4 lub 5, z tego wynika, że zdecydowana większość ankietowanych wyraziła aprobatę dla podanego stwierdzenia i uważa, że warunki ubezpieczenia na życie są przejrzyste i łatwe do zrozumienia. Część osób (24,58%) powstrzymało się od wydania opinii na ten temat i wyraziło swój neutralny stosunek. Zaskakującym wynikiem jest mały odsetek odpowiedzi, w których wyrażono sprzeciw z podanym stwierdzeniem.



Rysunek 6.5. . Opinie respondentów wyrażone na temat poszczególnych stwierdzeń dotyczących ubezpieczeń na życie

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego

⁴⁵Art. 831 par. 3, Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. *Kodeks cywilny* (Dz.U.2024 art. 805 § 1. z późn. zm.).

W drugiej kolejności sprawdzeniu poddano postawy polskiego społeczeństwa wobec ubezpieczeń na życie. Ankietowani zostali poproszeni o wyrażenie opinii na temat konieczności posiadania ubezpieczenia na życie. Na podstawie uzyskanych wyników można wywnioskować, że 66,95% pytanym zdecydowanie zgadza się lub raczej zgadza się ze stwierdzeniem „Ubezpieczenie na życie jest potrzebne”. Natomiast 12 respondentów wyraziło sprzeciw, co stanowi niewielki odsetek względem całej próby badawczej. Pozostała grupa osób powstrzymała się od oceny przytoczonego stwierdzenia. W konsekwencji, wyniki pokazują, że większość badanych uważa usługę ubezpieczenia na życie za istotną.

W następnym pytaniu wszyscy ankietowani, bez względu na to czy posiadają czy nie posiadają ubezpieczenia na życie mieli wskazać wybrane odpowiedzi na pytanie dotyczące głównych powodów, dla których ludzie decydują się na zawarcie umowy ubezpieczenia na życie.

Tabela 6.6. Odpowiedzi na pytanie „Co uważasz za główne powody, dla których ludzie decydują się zakupić ubezpieczenie na życie?”

Odpowiedź	Liczba	Procentowo
Ochrona bliskich na wypadek śmierci	101	85,6%
Chęć zabezpieczenia finansowego na przyszłość (np. oszczędzanie, inwestowanie)	42	35,6%
Obawa przed nagłym zachorowaniem / wypadkiem	92	78%
Zalecenie doradcy ubezpieczeniowego	6	5,1%
Wymóg przy wzięciu kredytu	21	17,8%

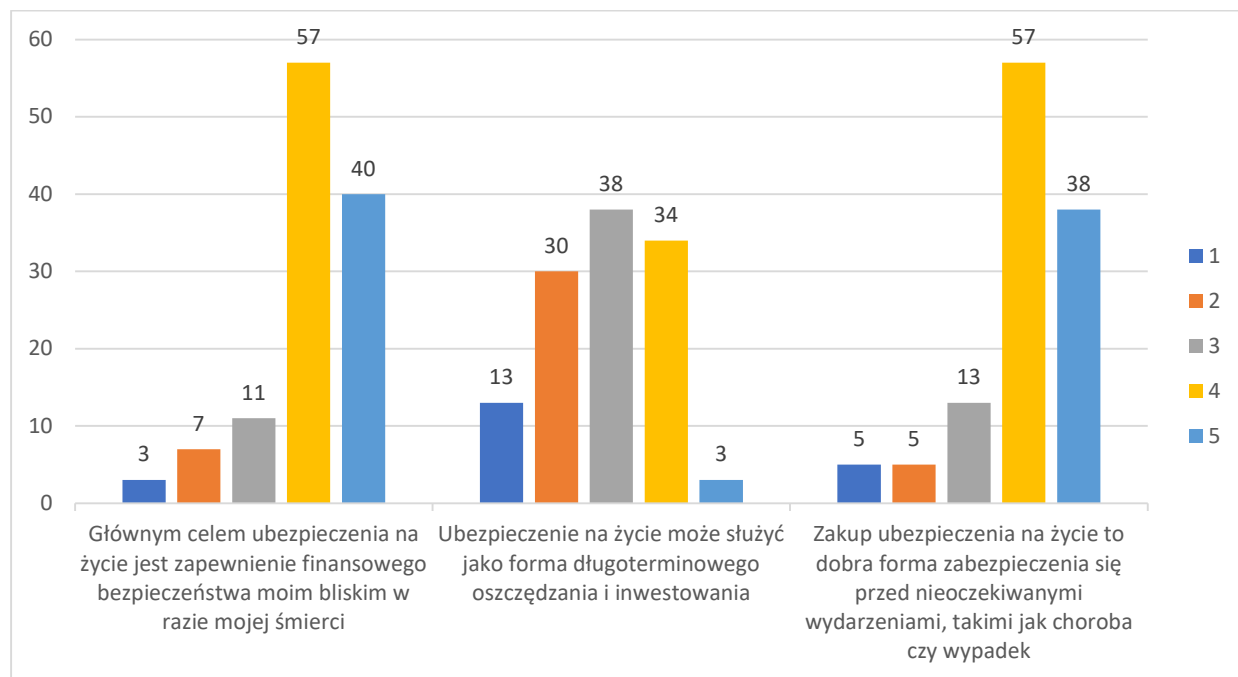
Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego.

Analizując tabelę 6.6, można zauważyć, że respondenci wykazują stosunkowo wysoką świadomość w zakresie powodów, dla których ludzie decydują się na zawarcie umowy ubezpieczenia na życie. Najczęściej wskazywanym motywem była chęć zapewnienia ochrony finansowej bliskim na wypadek śmierci, taką odpowiedź wybrało aż 85,6% badanych (101 osób). Wynik ten udowadnia, że funkcja zabezpieczenia osób najbliższych jest uznawana za kluczową przez znaczną większość respondentów. Na drugim miejscu znalazła się obawa przed nagłym zachorowaniem lub wypadkiem. Powód ten wskazało 78% uczestników badania (92 osoby). Świadczy to o tym, że ubezpieczenie na życie jest także postrzegane jako forma zabezpieczenia

przed nieprzewidywalnymi sytuacjami, które mogą znacząco wpłynąć na życie i kondycję finansową ubezpieczonego oraz jego rodziny. Trzecią najczęściej wybieraną odpowiedzią była chęć zabezpieczenia finansowego na przyszłość, wskazało ją 35,6% respondentów (42 osoby). Taki wynik może sugerować, że część badanych dostrzega dodatkowy, długoterminowy potencjał ubezpieczeń na życie z funduszem kapitałowym, który łączy ochronę życia z możliwością gromadzenia środków.

Tylko 17,8% ankietowanych (21 osób) wskazało wymóg zawarcia ubezpieczenia na życie jako warunek przy zaciągnięciu kredytu. Oznacza to, że dla części osób ubezpieczenie na życie nie wynika z wewnętrznej potrzeby, lecz stanowi formalność związaną z procesem kredytowym. Najrzadziej pojawiającą się odpowiedzią, wskazaną tylko przez 5,1% badanych (6 osób), było zalecenie doradcy ubezpieczeniowego. Takie wyniki sugerują stosunkowo niewielki wpływ doradców ubezpieczeniowych na podejmowane decyzje.

Ponadto, w celu zbadania postaw społeczeństwa wobec korzyści wynikających z posiadania ubezpieczenia na życie, poproszono respondentów o ocenę poszczególnych zalet. Wyniki przeprowadzonej oceny zostały przedstawione na rysunku 6, przy zastosowaniu pięciostopniowej skali, gdzie: 1 oznaczało zdecydowanie negatywny stosunek, 2 - raczej negatywny, 3 - neutralny, 4 - raczej pozytywny, a 5 - zdecydowanie pozytywny.



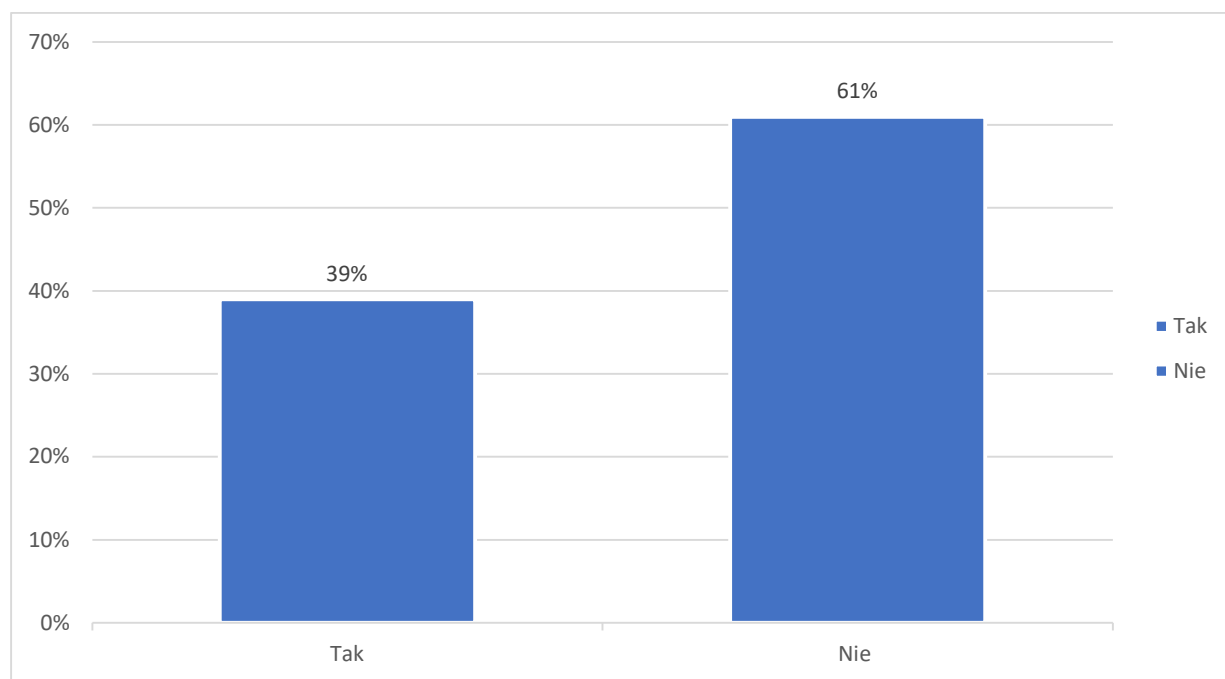
Rysunek 6.6. Społeczna percepcja korzyści wynikających z posiadania ubezpieczenia na życie.

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego

Na podstawie rysunku 6.6, można zauważyć, że respondenci wykazują zdecydowanie pozytywny stosunek do podstawowych celów ubezpieczenia na życie. Najwyżej oceniono funkcję zapewnienia finansowego bezpieczeństwa bliskim na wypadek śmierci (97 osób wskazało ocenę 4 lub 5). Taki odsetek wśród wszystkich udzielonych odpowiedzi potwierdza silne społeczne przekonanie o ochronnym charakterze tego rodzaju polis. Również pozytywnie oceniono zakup ubezpieczenia jako formę zabezpieczenia przed nieoczekiwanymi zdarzeniami, takimi jak choroba czy wypadek (95 osób wyraziło aprobatę w tym pytaniu). Mniej jednoznaczny okazał się cel związany z długoterminowym oszczędzaniem i inwestowaniem. 37 osób ankietowanych dostrzega tą funkcję, ale przeważająca liczba ocen neutralnych sugeruje mniejsze zainteresowanie oraz zaufanie do tej roli ubezpieczenia. Można również domniemywać, że funkcja oszczędzania i inwestowania dla większości ankietowanych kojarzy się z instrumentami finansowymi takimi jak lokaty lub obligacje. Zatem ankietowani mogą nie zdawać sobie sprawy z celu ubezpieczeń na życie, którym jest długoterminowe oszczędzanie i inwestowanie.

6.6. Doświadczenia społeczeństwa w obszarze ubezpieczeń na życie

Warunkiem koniecznym, aby przejść do kolejnej sekcji tematycznej ankiety dotyczącej doświadczeń było udzielenie odpowiedzi na pytanie: „Czy posiadasz obecnie ubezpieczenie na życie?”. Na podstawie zaprezentowanych danych na rysunku 7 można zauważyć, że 39% respondentów posiada obecnie ubezpieczenie na życie. Natomiast większość ankietowanych (61% osób) deklaruje brak posiadania takiej polisy. Znaczny odsetek osób nieposiadających ubezpieczenia na życie może sugerować, że wśród respondentów panuje przekonanie o nieprzydatności tego rodzaju produktów ubezpieczeniowych lub mamy do czynienia z niską świadomością w obszarze korzyści wynikających z tej formy zabezpieczenia.



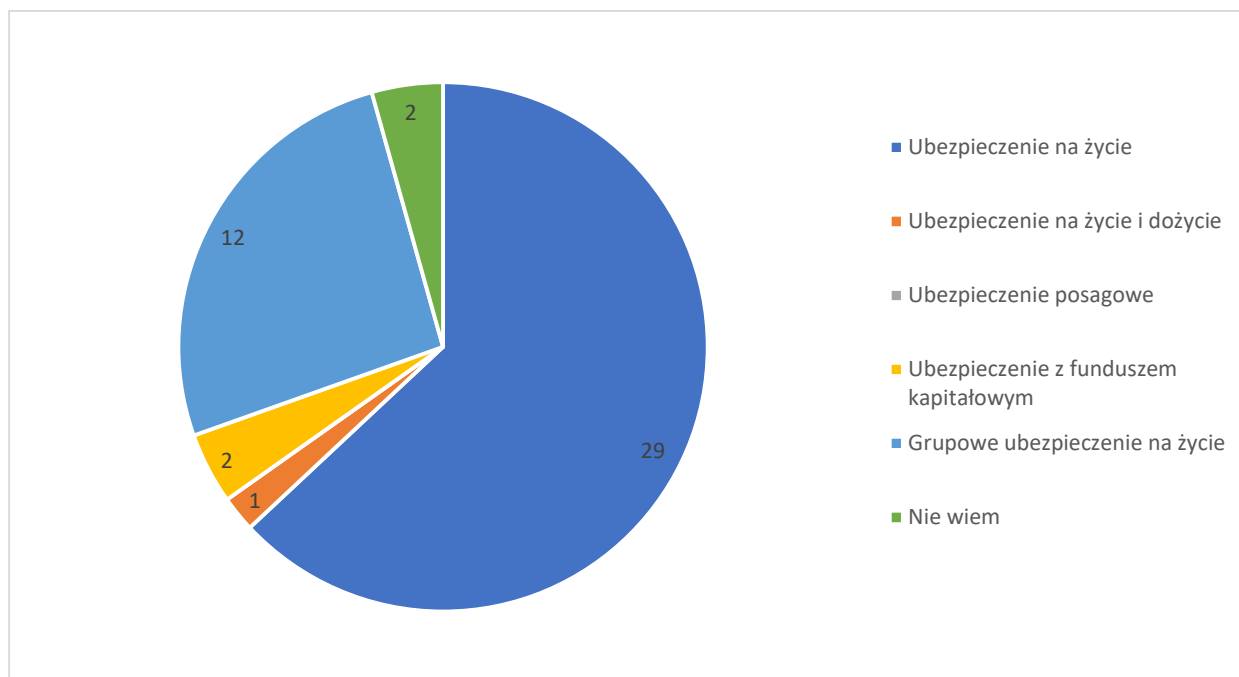
Rysunek 6.7. Odpowiedzi na pytanie „Czy posiadasz obecnie ubezpieczenie na życie?”

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego

Dalszej analizie poddano wyniki pytań, które nie stanowiły obowiązkowego segmentu dla wszystkich ankietowanych. Osoby, które zadeklarowały posiadanie ubezpieczenia na życie (46 osoby) zostały poproszone o wskazanie rodzaju ubezpieczenia na życie, a także o informację, czy kiedykolwiek korzystali ze świadczenia wypłacanego z tego tytułu oraz jaki był ich poziom satysfakcji z otrzymanego świadczenia. Z kolei osoby, które odpowiedziały przecząco na pytanie

o posiadanie ubezpieczenia na życie, zostały zapytane o przyczynę takiej decyzji. Miało to na celu zidentyfikowanie ewentualnych barier oraz powodów braku zainteresowania taką formą ochrony.

W pierwszej kolejności rozważono odpowiedzi udzielone przez osoby mające ubezpieczenie na życie na pytanie „Jakie ubezpieczenie na życie posiadasz”? Zestawienie liczby posiadaczy poszczególnych produktów ubezpieczeniowych znajduje się na rysunku 6.8.



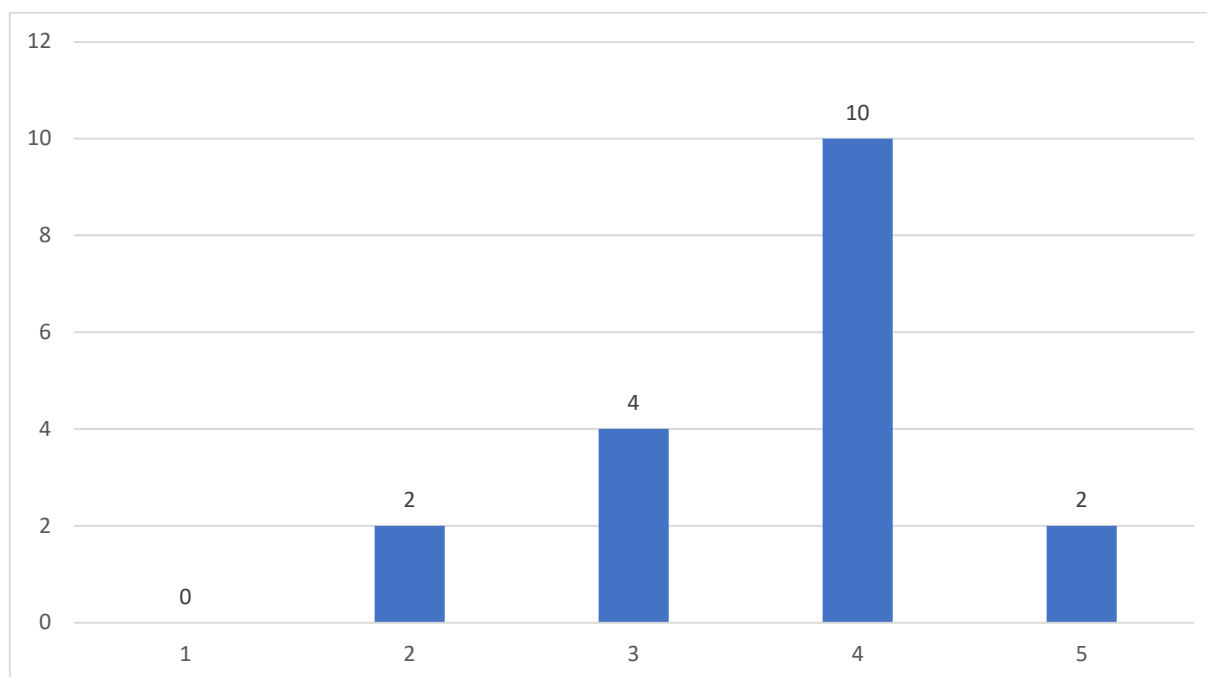
Rysunek 6.8. Odpowiedzi na pytanie „Jakie ubezpieczenie na życie posiadasz?”

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego

Zdecydowanie najczęściej wskazywanym rodzajem ubezpieczenia wśród ankietowanych było klasyczne ubezpieczenie na życie (kolor jasnoniebieski). Jako drugą pozycję respondenci wskazali grupowe ubezpieczenia na życie (kolor ciemnoniebieski). Pozostałe rodzaje ubezpieczeń na życie były znacznie rzadziej wybierane, a ubezpieczenie posagowe nie zostało wskazane przez żadnego z respondentów. W tym pytaniu ankietowani mieli również możliwość udzielenia odpowiedzi otwartej poprzez opcje „inne” (kolor zielony). Dwie osoby skorzystały z tej możliwości i wskazały, że nie wiedzą jaki rodzaj ubezpieczenia na życie posiadają. Dzięki takiej odpowiedzi możemy wywnioskować, że niektóre osoby posiadające polisy na życie nie są wystarczająco poinformowane i nie posiadają podstawowej wiedzy na temat różnych rodzajów umów

ubezpieczenia na życie. Może to być związane z niedostatecznym poziomem edukacji w tym zakresie.

W celu dokładniejszego zbadania doświadczeń badanych w obszarze ubezpieczeń na życie, osoby, które posiadały ubezpieczenie na życie (bez względu na rodzaj) zostały również zapytane czy kiedykolwiek korzystały ze świadczenia z tego tytułu. Większość respondentów, 60,9% czyli 28 osób zadeklarowało, że nigdy nie korzystało ze świadczenia z tytułu ubezpieczenia na życie. Z kolei 39,1% czyli 18 badanych odpowiedziało twierdząco. Zatem mieli oni doświadczenie związane z otrzymaniem świadczenia. Osoby, które otrzymały świadczenia zostały również dodatkowo poproszone o ocenę zadowolenia z tego rodzaju usługi. Uzyskane wyniki zostały zaprezentowane na rysunku 9, zgodnie z niżej przedstawioną skalą: 1 - zdecydowanie się nie zgadzam, 2 - raczej się nie zgadzam, 3 - nie mam zdania, 4 - raczej się zgadzam, 5 - zdecydowanie się zgadzam.



Rysunek 6.9. „Jeżeli kiedykolwiek korzystałeś/aś ze świadczenia z tytułu ubezpieczenia na życie, czy byłeś/zadowolona z wypłaty świadczenia?” Proszę zaznaczyć na skali od 1 do 5, jak bardzo Pan/Pani zgadza się z tym zdaniem.

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego

Rozkład odpowiedzi pokazuje, że doświadczenie osób, które miały kontakt z wypłatą świadczenia są na ogół pozytywne. Największa grupa respondentów (9 osób) wyraziło umiarkowaną zgodę ze stwierdzeniem poprzez wybór odpowiedzi oznaczoną jako cztery oraz dwie osoby zadeklarowały zdecydowaną zgodę. Cztery osoby przyjęły postawę neutralną, natomiast dwie ostatnie wyraziły raczej brak zgody. Żaden z uczestników badania nie zaznaczył odpowiedzi świadczącej o zdecydowanej niezgodzie na zadane pytanie. Na podstawie otrzymanych wyników możemy stwierdzić, że większość osób, które skorzystały z możliwości wypłaty świadczenia są zadowolone z przebiegu tego procesu.

W sekcji skierowanej do osób, które nie posiadają ubezpieczenia na życie (72 osoby), zadano pytanie dotyczące głównych powodów braku uczestnictwa w takiej formie zabezpieczenia. Pytanie to miało charakter wielokrotnego wyboru oraz możliwość otwartej wypowiedzi poprzez opcje „inne”. Odpowiedzi respondentów zostały zebrane i zestawione w tabeli 6.7.

Tabela 6.7. Odpowiedzi na pytanie „Jeśli nie posiadasz ubezpieczenia na życie, to co jest głównym powodem?”

Odpowiedź	Liczba	Procentowo
Uważam, że nie jest to konieczne	31	43,1%
Ubezpieczenia są zbyt drogie	11	15,3%
Nie stać mnie na zakup ubezpieczenia na życie	20	27,8%
Nie rozumiem dobrze oferty ubezpieczeń	17	23,6%
Wolałbym przeznaczyć pieniądze na inne cele	23	31,9%
Obawiam się, że nie będę w stanie spełnić warunków umowy	3	4,2%
Nie ufam towarzystwom ubezpieczeniowym	12	16,7%
Jestem młoda także nie myślę o zakupie ubezpieczenia na życie	3	4,2%
Firma nie oferuje dodatkowych ubezpieczeń na życie	1	1,4%

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego

Najczęściej wskazywaną odpowiedzią, wybraną przez 31 respondentów było przekonanie, że ubezpieczenie na życie nie jest im potrzebne. Taka postawa, często zauważalna u osób młodych może wynikać z niskiego poczucia ryzyka lub przekonania o własnej niezależności finansowej. Na drugim miejscu znalazła się odpowiedź wskazana przez 23 osoby, które stwierdziły, że wolą

przeznaczyć środki finansowe na inne cele. Taki wybór sugeruje, że ubezpieczenie jest często postrzegane jako koszt konkurujący z innymi wydatkami domowego budżetu. Zatem ludzie często rezygnują z jego zakupu i przeznaczają środki na inne wydatki bieżące.

Kolejnym powodem była bariera finansowa, 27,8% respondentów (20 osób) zadeklarowało, że nie stać ich na zakup ubezpieczenia na życie, a dodatkowo 15,3% (11 osób) uznało ubezpieczenia na życie za zbyt drogie. W konsekwencji łącznie ponad jedna czwarta ankietowanych dostrzega problem w zbyt wysokich kosztach związanych z wykupieniem ochrony ubezpieczeniowej. Równie istotna jest kwestia braku wiedzy – 23,6% (17 osób) przyznało, że nie rozumie dobrze oferty ubezpieczeń, co może wskazywać na niewystarczającą edukację w tym zakresie. Wśród pozostałych odpowiedzi warto zwrócić uwagę na brak zaufania do towarzystw ubezpieczeniowych, który wskazało 16,7% respondentów (12 osób). Taka postawa może wynikać z negatywnych doświadczeń własnych lub ogólnego sceptycyzmu wobec towarzystw ubezpieczeniowych.

Dodatkowo, czworo ankietowanych skorzystało z opcji „inne”, wskazując indywidualne powody braku posiadania ubezpieczenia na życie. Trzy osoby uzasadniły swoją decyzję młodym wiekiem, co może świadczyć o przekonaniu, że ubezpieczenie na życie jest produktem skierowanym głównie do osób starszych. Młodsze osoby często nie postrzegają siebie jako grupy narażonej na ryzyko, przez co odkładają decyzję o zakupie polisy na późniejszy etap życia. Jedna osoba jako przyczynę wskazała fakt, że pracodawca nie oferuje dodatkowego ubezpieczenia na życie. Może to sugerować, że część osób podejmuje decyzję o zabezpieczeniu się na wypadek śmierci od dostępności tego typu produktów w miejscu pracy.

Aby sprawdzić, czy istnieje związek pomiędzy wiekiem respondentów a decyzją o zakupie ubezpieczenia na życie, zastosowano test niezależności chi-kwadrat. Relacja pomiędzy badanymi zmiennymi została przedstawiona w tabeli 6.8.

Tabela 6.8. Posiadanie ubezpieczenia na życie a wiek

Wiek respondentów	Posiadanie ubezpieczenia na życie			
	NIE		TAK	
	Liczebność	Procent	Liczebność	Procent
18-25 lat	52	72,22%	20	27,78%
26-35 lat	12	54,55%	10	45,45%
36-45 lat	3	37,50%	5	62,5%
46-65 lat	5	38,46%	8	61,54%
65 lat i więcej	0	0%	3	100%
Statystyka Chi-kwadrat	13,52412			
Wartość p	0,00898			

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego

Analiza statystyczna wykazała, że wartość prawdopodobieństwa testowego była mniejsza niż przyjęty poziom istotności ($p < 0,05$), co pozwala na odrzucenie hipotezy zerowej i przyjęcie hipotezy alternatywnej. Oznacza to, że istnieje zależność między wiekiem, a decyzją o posiadaniu ubezpieczenia na życie. Wyniki wskazują, że starsze osoby częściej decydują się na zakup takiego ubezpieczenia. Może to być związane z rosnącą wraz z wiekiem świadomości ryzyka oraz chęcią zapewnienia bliskim wsparcia finansowego. W przeciwieństwie do nich, osoby młodsze rzadziej wykazują zainteresowanie tego typu produktami. Prawdopodobnie wynika to z przekonania, że zakup ubezpieczenia na życie nie jest dla nich na ten moment konieczny i odkładają ten wydatek na dalszy plan.

W pytaniu dotyczącym głównych barier w zawieraniu umów ubezpieczenia na życie, 16,7% ankietowanych wyraziło sceptycyzm wobec towarzystw ubezpieczeniowych. Aby sprawdzić, czy istnieje zależność między poziomem zaufania do towarzystw ubezpieczeniowych a decyzją o wykupieniu polisy na życie, przeprowadzono test niezależności chi-kwadrat. Wyniki zaprezentowane w tabeli 6.9 nie wykazały istotnej statystycznie zależności pomiędzy zaufaniem do towarzystw ubezpieczeniowych a posiadaniem ubezpieczenia na życie. Wartość prawdopodobieństwa testowego jest wyższa od poziomu istotności. W konsekwencji nie ma

podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej, zgodnie z którą nie występuje zależność pomiędzy zaufaniem do towarzystw ubezpieczeniowych a posiadaniem ubezpieczenia na życie.

Tabela 6.9. Posiadanie ubezpieczenia na życie a stosunek respondentów do towarzystw ubezpieczeniowych

Stosunek respondentów do towarzystw ubezpieczeniowych	Posiadanie ubezpieczenia na życie			
	NIE		TAK	
	Liczebność	Procent	Liczebność	Procent
Negatywny	25	58,14%	18	41,86%
Neutralny	26	68,42%	12	31,58%
Pozytywny	21	56,76%	16	43,24%
Statystyka Chi-kwadrat	1,307784			
Wartość p	0,52002			

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego.

Kolejną z często wskazywanych przyczyn rezygnacji z zakupu ubezpieczenia na życie był brak wystarczającej wiedzy na temat tego typu produktów. Prawie jedna czwarta respondentów (23,6%) przyznała, że nie rozumie dobrze oferty ubezpieczeń na życie. W celu zbadania zależności pomiędzy poziomem wykształcenia respondentów, a decyzją o zakupie ubezpieczenia na życie przeprowadzono test niezależności chi-kwadrat. Uzyskana wartość prawdopodobieństwa testowego była niższa niż przyjęty poziom istotności ($p < 0,05$). Zatem występuje istotna zależność pomiędzy tymi zmiennymi. Wyniki analizy wskazują, że osoby posiadające wyższe wykształcenie częściej decydują się na zakup ubezpieczenia na życie. Prawdopodobnie wynika to z większej świadomości ubezpieczeniowej oraz lepszego zrozumienia produktów ubezpieczeniowych. Natomiast osoby z niższym wykształceniem rzadziej korzystają z tego rodzaju zabezpieczenia. Powodem może być ograniczona wiedza o produktach ubezpieczeniowych oraz mniejsze przekonanie o ich przydatności. Relację między poziomem wykształcenia, a decyzją o posiadaniu ubezpieczenia na życie przedstawia tabela 6.10.

Tabela 6.10. Posiadanie ubezpieczenia na życie a wykształcenie

Wykształcenie respondentów	Posiadanie ubezpieczenia na życie			
	NIE		TAK	
	Liczebność	Procent	Liczebność	Procent
Zasadnicze zawodowe	5	62,50%	3	37,50%
Średnie	53	69,74%	23	30,26%
Wyższe	16	47,06%	18	52,94%
Statystyka Chi-kwadrat	7,074396			
Wartość p	0,02909			

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego.

Z powyżej przeprowadzonych analiz wynika, że wiek oraz poziom wykształcenia znacząco wpływają na zakup ubezpieczenia na życie. Przeprowadzono dodatkowe testy chi-kwadrat, aby zbadać jakie inne czynniki mogą mieć wpływ na decyzje o zakupie ubezpieczenia na życie. Zależność pomiędzy posiadaniem polisy na życie a statusem zawodowym przedstawiono w tabeli 6.11, natomiast relację pomiędzy posiadaniem polisy na życie a miejscem zamieszkania w tabeli 6.12.

Tabela 6.11. Posiadanie ubezpieczenia na życie a status zawodowy

Status zawodowy respondentów	Posiadanie ubezpieczenia na życie			
	NIE		TAK	
	Liczebność	Procent	Liczebność	Procent
Osoba bezrobotna	3	100%	0	0%
Pracujący student	28	80%	7	20%
Uczeń/ Student	21	67,74%	10	32,26%
Osoba pracująca	20	43,48%	26	56,52%
Emeryt/Rencista	0	0%	3	100%
Statystyka Chi-kwadrat	18,45290			
Wartość p	0,00101			

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego

Tabela 6.12. Posiadanie ubezpieczenia na życie a miejsce zamieszkania

Miejsce zamieszkania respondentów	Posiadanie ubezpieczenia na życie			
	NIE		TAK	
	Liczebność	Procent	Liczebność	Procent
Wieś	35	59,32%	24	40,68%
Miasto do 20.000 mieszkańców	3	33,33%	6	66,67%
Miasto 20.000-100.000 mieszkańców	10	71,43%	4	28,57%
Miasto 100.000-500.000 mieszkańców	1	25%	3	75%
Miasto powyżej 500.000 mieszkańców	23	71,88%	9	28,13%
Statystyka Chi-kwadrat	7,376591			
Wartość p	0,11728			

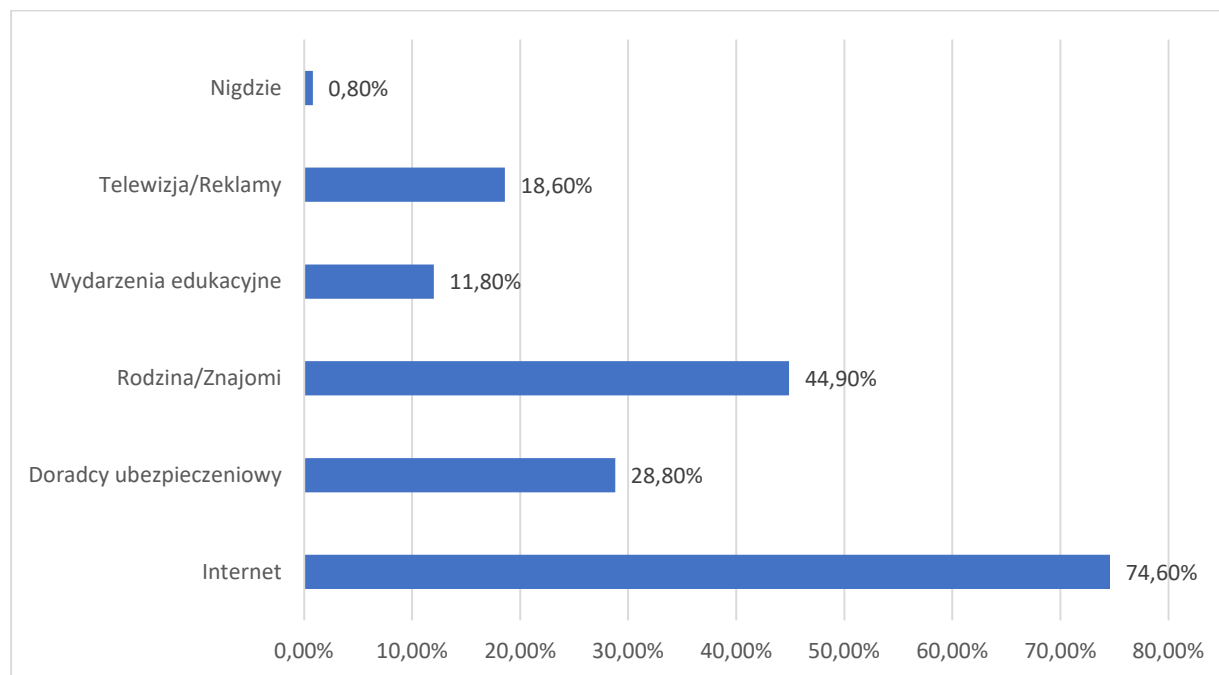
Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego

Analizując zależność pomiędzy statusem zawodowym a posiadaniem ubezpieczenia na życie, stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy tymi zmiennymi. Wartość prawdopodobieństwa testowego jest mniejsza od przyjętego poziomu istotności $p = 0,05$. Zatem status zawodowy ma znaczący wpływ na decyzję o posiadaniu polisy na życie. Najwyższy odsetek posiadaczy ubezpieczenia odnotowano wśród osób pracujących (56,52%) oraz emerytów i rencistów (100%). Uzyskane wyniki można w dość łatwy sposób wyjaśnić tym, że osoby pracujące, emeryci i renciści częściej nabywają umowy ubezpieczenia na życie z powodu chęci zabezpieczenia finansowego swoich bliskich.

Z kolei test niezależności chi-kwadrat nie wykazał istotnej statystycznie zależności pomiędzy miejscem zamieszkania a posiadaniem umowy ubezpieczenia na życie. Wartość prawdopodobieństwa testowego jest wyższa od poziomu istotności, zatem nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej, zgodnie z którą nie występuje zależność pomiędzy miejscem zamieszkania a posiadaniem ubezpieczenia na życie.

6.7. Edukacja w obszarze ubezpieczeń na życie

Czwarta część badania koncentrowała się na edukacji w zakresie ubezpieczeń na życie. Na wstępie ankietowanym zostało zadane pytanie „Skąd najczęściej zdobywają informacje na temat ubezpieczeń na życie?”. Wyniki przedstawione na rysunku 6.10 definitywnie wskazują, że najpopularniejszym źródłem informacji jest Internet, z którego wiedze na temat ubezpieczeń na życie czerpie aż 74,6% respondentów. Na drugim miejscu znalazła się rodzina i znajomi, w związku z tym 44,9% badanych korzysta z informacji i doświadczeń osób ze swojego najbliższego otoczenia. Doradcy ubezpieczeniowi, którzy oferują profesjonalną usługę w obszarze ubezpieczeń na życie zostali wskazani przez 28,8% respondentów, klasyfikując się tym samym jako trzecie najpopularniejsze źródło do zdobywania informacji w tym temacie.



Rysunek 6.10. Odpowiedzi na pytanie „Skąd najczęściej zdobywasz informacje na temat ubezpieczeń na życie?”

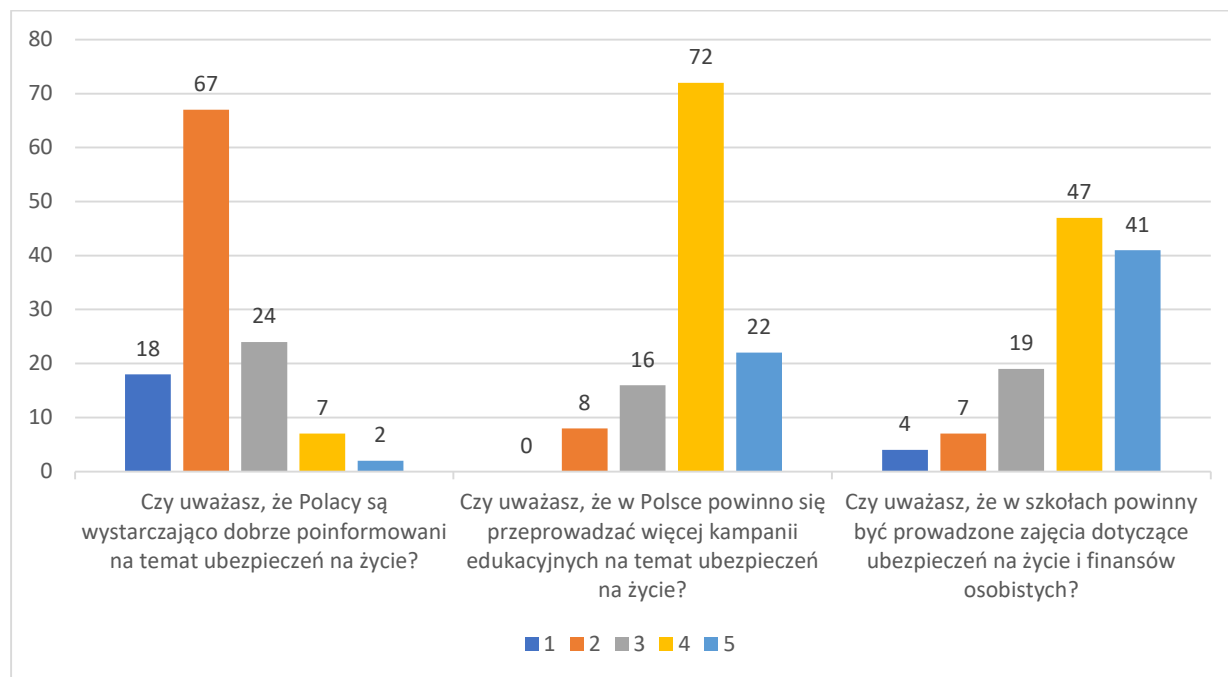
Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego

Telewizja i reklamy okazały się źródłem informacji dla 18,6% respondentów. Choć to nadal istotny kanał komunikacji, jego rola w procesie edukacji ubezpieczeniowej jest wyraźnie mniejsza niż w przypadku Internetu. Jeszcze mniejsze znaczenie przypisano wydarzeniom edukacyjnym, wskazało je jedynie 11% ankietowanych. Prawdopodobnie wynika to z faktu, że skierowane są do

wąskiego grona odbiorców, zazwyczaj osób już wstępnie zainteresowanych tematyką finansową lub zawodowo związanych z sektorem ubezpieczeń. Dodatkowo, ich ograniczona dostępność oraz lokalizacja wydarzeń w większych miastach może wykluczać część społeczeństwa, zwłaszcza mieszkańców mniejszych miejscowości.

W tym pytaniu ankietowani mieli również możliwość udzielenia wypowiedzi otwartej poprzez opcję „inne”. Jedna osoba skorzystała z tej możliwości i udzieliła odpowiedzi, że nie ma źródła, z którego mogłaby zdobywać informacje na temat ubezpieczeń na życie. Takie podejście może sugerować, że autor wypowiedzi nigdy nie interesował się tematyką ubezpieczeń i nie dążył do pogłębiania wiedzy na ten temat.

W dalszej części kwestionariusza ankietowani zostali również poproszeni o ocenę w skali od 1 do 5 na ile zgadzają się z podanymi stwierdzeniami. Uzyskane wyniki zostały zaprezentowane na rysunku 11, zgodnie z niżej przedstawioną skalą: 1 - zdecydowanie się nie zgadzam, 2 - raczej się nie zgadzam, 3 - nie mam zdania, 4 - raczej się zgadzam, 5 - zdecydowanie się zgadzam. Pytania zostały zadane w celu zbadania, czy kwestia edukacji w zakresie ubezpieczeń na życie jest istotna z perspektywy respondentów oraz czy istnieje potrzeba zwiększenia świadomości społecznej w tym obszarze.



Rysunek 6.11. . Opinie respondentów wyrażone w kwestii edukacji w zakresie ubezpieczeń na życie.

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego

Analiza wyników pokazuje wyraźnie, że ankietowani dostrzegają problem niewystarczającej wiedzy społeczeństwa na temat ubezpieczeń na życie. W odpowiedzi na pytanie „Czy uważasz, że Polacy są wystarczająco dobrze poinformowani na temat ubezpieczeń na życie?” największa grupa respondentów (67 osób) zaznaczyło odpowiedź 2 – raczej się nie zgadzam. Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że poziom wiedzy na temat działu I ubezpieczeń jest niewystarczający. Warto również podkreślić, że większość badanych zdaje sobie sprawę z pewnych braków edukacyjnych w tym obszarze.

W kolejnym pytaniu, dotyczącym potrzeby organizowania większej liczby wydarzeń edukacyjnych, 72 ankietowanych wybrało odpowiedź 4 - raczej się zgadzam, a 22 osoby wskazały odpowiedź 5 - zdecydowanie się zgadzam. Tak duży odsetek pozytywnych odpowiedzi świadczy o silnym zapotrzebowaniu na działania zwiększające świadomość ubezpieczeniową społeczeństwa. Podobne wyniki uzyskano w odniesieniu do potrzeby wprowadzenia zajęć dotyczących ubezpieczeń na życie i finansów osobistych w szkołach. Tutaj również dominowały

odpowiedzi 4 i 5, co pokazuje, że respondenci uważają edukację ubezpieczeniową za niezwykle potrzebną.

Uogólniając, wyniki badań wskazują na duże braki w wiedzy społeczeństwa na temat ubezpieczeń na życie oraz na wysokie poparcie dla inicjatyw edukacyjnych. Odpowiedzi ankietowanych wyraźnie ujawniają ich pozytywne nastawienie zarówno wobec zwiększenia dostępności informacji o ubezpieczeniach na życie, jak i wprowadzenia działań edukacyjnych w tym obszarze.

6.8. Podsumowanie

Celem opracowania było zbadanie społecznej percepcji ubezpieczeń na życie w Polsce. W pierwszej kolejności skoncentrowano się na charakterystyce polskiego rynku ubezpieczeń na życie. Przedstawiono dostępne produkty ubezpieczeniowe, a także dokonano analizy struktury rynku na przestrzeni lat 2014–2023. Wskazano, że w tym okresie zmniejszyła się liczba aktywnych zakładów ubezpieczeń, a struktura składki przypisanej brutto uległa znaczącym zmianom. Udział Działu I w ogólnej wartości składek spadł, co może świadczyć o malejącym zainteresowaniu tym segmentem. Jednocześnie wzrósł udział klasycznych ubezpieczeń na życie (Grupa I) oraz ubezpieczeń wypadkowych i chorobowych (Grupa V), co można wiązać m.in. ze wzrostem świadomości zdrowotnej po pandemii COVID-19. Grupa III, czyli ubezpieczenia powiązane z funduszami kapitałowymi, odnotowała natomiast istotny spadek. Zauważono także wysoki stopień koncentracji rynku, pięć największych towarzystw ubezpieczeniowych zgromadziło ponad 72% składki przypisanej brutto w Dziale I.

Część empiryczna rozdziału opierała się na wynikach badania ankietowego. Weryfikacja hipotezy H1, przeprowadzona za pomocą testu chi-kwadrat, wykazała istotną zależność między wiekiem respondentów a posiadaniem ubezpieczenia na życie. Osoby starsze częściej zabezpieczają przyszłość finansową swoich bliskich niż osoby młodsze. Tym samym hipoteza została potwierdzona. Również hipoteza H2, dotycząca wpływu poziomu wykształcenia, została zweryfikowana w sposób pozytywny. Osoby z wyższym wykształceniem istotnie częściej posiadają polisę na życie niż osoby z niższym wykształceniem. Również w przypadku hipotezy H3, dane empiryczne jednoznacznie potwierdziły, że główną motywacją do zawarcia umowy ubezpieczenia

na życie jest chęć zabezpieczenia najbliższych. Najczęściej wskazywanym motywem w pytaniu dotyczącym powodów zakupu ubezpieczenia na życie była chęć zapewnienia ochrony finansowej bliskim na wypadek śmierci.

Podsumowując, przeprowadzone analizy teoretyczne i empiryczne pozwoliły osiągnąć założone cele opracowania oraz potwierdzić wszystkie postawione hipotezy badawcze. Wnioski płynące z badań wskazują na konieczność prowadzenia dalszych działań edukacyjnych. Zwiększanie świadomości w zakresie ubezpieczeń na życie powinno stanowić istotny element polityki zarówno instytucji państwowych, jak i samych towarzystw ubezpieczeniowych.

Literatura

Piśmiennictwo

- Bland D., *Ubezpieczenia. Zasady i praktyka*, Centrum Kształcenia. System Zawodowej Edukacji Ubezpieczeniowej i Bankowej, Warszawa 1994.
- Borzęcki M., Filipowicz G., *Ubezpieczenia posagowe w Polsce* [w:] *Współczesne problemy ubezpieczeń. Przegląd Ubezpieczeń 2016*, red. M. Cycoń, T. Jedynak, G. Strupczewski, Fundacja Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2016.
- Gwizdała J., Pobłocka A., *Rynek Bancassurance w Polsce w latach 2009–2016*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2018, nr 541.
- Hadyniak B., *Produkty ubezpieczeń na życie*, [w:] *Podstawy ubezpieczeń*, red. J. Monkiewicz, Poltext, Warszawa 2001.
- Kamiński W., Kowalczyk-Rólczyńska P., Pisarewicz P., *Formalnoprawny i instytucjonalny wymiar systemu ochrony klientów w zakresie ubezpieczeń na życie, gdy ryzyko lokaty (inwestycyjne) ponosi ubezpieczający*, „Nauki o Finansach” 2017, nr 3.
- Lizak P., *Ubezpieczenia na życie, Zarys charakterystyki umów ubezpieczenia na życie*, Komisja Nadzoru Finansowego, Warszawa 2022.
- Łańcucki J., *Rynek ubezpieczeniowy w Polsce. Cechy charakterystyczne i determinanty rozwoju* [w:] M. Storma, *Rynek usług ubezpieczenia autocasco w Polsce do 2005 roku*, „Zeszyty Naukowe Szkoła Główna Handlowa w Warszawie” 2007, nr 84.
- Olearczuk E., *Tradycyjne ubezpieczenia indywidualne* [w:] *Ubezpieczenia życiowe*, red. O. Doan, Poltext, Warszawa 1996.
- Ostasiewicz S., *Elementy aktuariatu*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego, Wrocław 2003.
- Ostasiewicz S., *Składki w wybranych typach ubezpieczeń na życiowych*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego, Wrocław 2000.
- Pieńkowska-Kamieniecka S., *Ubezpieczenia na życie*, [w:] *Ubezpieczenia gospodarcze i społeczne*, red. E. Kucka, Wydawnictwo UWM, Olsztyn 2009.
- Pisarewicz P., Gierusz A., Kowalczyk-Rólczyńska P., Pobłocka A., *Produkty Ubezpieczeniowe*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2020.

- Pisarewicz P., Kowalczyk-Rólczyńska P., *Bilansowe ujęcie aktywów netto i rezerw ubezpieczeń na życie, gdy ryzyko lokaty (inwestycyjne) ponosi ubezpieczający*, Zeszyty naukowe US „Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” 2016, nr 4.
- Pisarewicz P., *Ochrona klientów kanału bancassurance w produktach ubezpieczeniowo-inwestycyjnych*, „Zarządzanie i Finanse” 2013, nr 2.
- Pisarewicz P., *Wybrane zagadnienia i charakterystyka produktów ubezpieczeniowo-inwestycyjnych (unit-linked life insurance)*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2008, nr 1197.
- Pobłocka A., *Ubezpieczenia na życie związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym i ubezpieczenia na życie związane z systemem zabezpieczenia społecznego w latach 2002–2015* [w:] *Długoterminowe oszczędzanie*, red. J. Rutecka-Góra, Oficyna Wydawnicza Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2005.
- Ronka-Chmielowiec W., *Pandemia COVID-19 i nowe ryzyka a rynek ubezpieczeniowy* [w:] *Sektor ubezpieczeń w obliczu wyzwań współczesności*, red. M. Lemkowska, M. Wojtkowiak, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań 2022.
- Staszal A., *Przyczynek do oceny konkurencyjności ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym* [w:] *Finanse 2009 – Teoria i praktyka Rynki finansowe i ubezpieczeniowe*, red. W. Tarczyński, D. Zarzecki, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego” 2009, nr 550.
- Stęplewska K., *Analiza ubezpieczeń życiowych*, [w:] *Ubezpieczenia gospodarcze i społeczne w Polsce*, red. D. Ostrowska i P. Jamróz, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2016.
- Stokłosa K., *Ubezpieczenia posagowe jako instrument finansowego zabezpieczenia dzieci* [w:] *Ubezpieczenia gospodarcze i społeczne w dobie przemian. Przegląd Ubezpieczeń 2017*, red. M. Cycoń, T. Jedynak, G. Strupczewski, Fundacja Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2017.
- Storma M., *Rynek usług ubezpieczenia autocasco w Polsce do 2005 roku*, „Zeszyty Naukowe Szkoła Główna Handlowa w Warszawie” 2007, nr 84.
- Stroiński E., *Podstawowe produkty ubezpieczenia jednostkowego* [w:] *Ubezpieczenia na życie*, red. M. Szcześniak, Przedsiębiorstwo Wydawnicze LAM, Warszawa 1996.
- Stroiński E., *Ubezpieczenia na życie – teoria i praktyka*, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2003.
- Stroiński E., *Ubezpieczenia osobowe*, [w:] *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, red. T. Sangowski, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz-Toruń 2002.
- Szafraniec-Siluta E., *Zmiany w strukturze ubezpieczeń na życie w Polsce w latach 1991-2008*, „Zeszyty Naukowe Instytutu Ekonomii i Zarządzania” 2010, nr 14.

Źródła internetowe

- Raport. Ubezpieczenia turystyczne 2018*, Komisja Nadzoru Finansowego, (<https://www.knf.gov.pl>), dostęp: 10.03.2025 r.
- Raport Roczny PIU 2023, Statystyki 2023*, Polska Izba Ubezpieczeń, (<https://piu.org.pl/raport-roczny-piu/>), dostęp: 10.03.2025 r.

Akty normatywne i orzecznictwo

- Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. 2015 poz. 1844 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz.U.2024 art. 805 § 1. z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr 124, poz. 1151), załącznik.
- Ustawa z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr 59, poz. 344), załącznik.

Rozdział 7

Wybrane czynniki behawioralne a decyzje dotyczące ubezpieczeń na życie – analiza na przykładzie studentów i młodych dorosłych

Anna Dziok¹

7.1. Wprowadzenie

Ubezpieczenia na życie stanowią jeden z podstawowych instrumentów, który pomaga zarządzać ryzykiem finansowym w życiu prywatnym. Są zabezpieczeniem na wypadek zdarzeń losowych, takich jak śmierć, wypadek czy choroba. Mimo ich istotności w strukturze finansów osobistych, decyzje ubezpieczeniowe niekoniecznie podejmowane są w sposób przemyślany i racjonalny. W praktyce często obserwuje się, że konsumenci kierują się emocjami, intuicją czy też uproszczonymi schematami myślowymi, które nie zawsze prowadzą do optymalnych wyborów. Wyjaśnienie tego zjawiska znaleźć można w ekonomii behawioralnej, która przeplata perspektywę ekonomiczną z psychologiczną. Ekonomia ta bada, w jaki sposób rzeczywiste mechanizmy decyzyjne różnią się od założeń klasycznej racjonalności.

Celem niniejszego opracowania jest analiza wpływu wybranych czynników behawioralnych na decyzje konsumenckie dotyczące ubezpieczeń na życie, ze szczególnym uwzględnieniem postaw i wyborów podejmowanych przez młodych dorosłych. Uwaga została skoncentrowana na heurystyce dostępności oraz efekcie ramowania jako mechanizmach istotnie oddziałujących na sposób oceny ryzyka i wyboru produktu ubezpieczeniowego. W związku z tym sformułowano następujące pytania badawcze: *Jakie czynniki behawioralne wpływają na decyzje konsumentów dotyczące zakupu ubezpieczeń na życie? Czy heurystyka dostępności wpływa na postrzeganie ryzyka i decyzję o zakupie ubezpieczenia na życie? Czy sposób sformułowania oferty ubezpieczeniowej wpływa na wybór konsumenta? Czy*

¹ Koło Naukowe Ubezpieczeń „Risk Management”, Katedra Zarządzania Ryzykiem i Ubezpieczeń, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie. Niniejszy rozdział został opracowany przez autorkę na podstawie pracy dyplomowej obronionej w Uniwersytecie Ekonomicznym w Krakowie w 2025 r.

istnieje zależność między doświadczeniami życiowymi a posiadaniem ubezpieczenia na życie?

Na potrzeby opracowania sformułowano dwie hipotezy badawcze, zgodnie z którymi:

1. Heurystyka dostępności wpływa na decyzje dotyczące zakupu ubezpieczenia na życie.
2. Efekt ramowania wpływa na wybór oferty ubezpieczeniowej.

Weryfikacja hipotez została przeprowadzona na podstawie przeglądu krajowej i zagranicznej literatury przedmiotu oraz badania empirycznego zrealizowanego metodą ankietową. Badanie przeprowadzono w dniach 22-27 kwietnia 2025 roku na próbie 101 respondentów i pozwoliło ono na ocenę znaczenia czynników behawioralnych w procesie podejmowania decyzji ubezpieczeniowych.

7.2. Racjonalność decyzji w teorii ekonomii głównego nurtu

Ekonomia klasyczna stanowi fundament współczesnej myśli ekonomicznej, opisując mechanizmy funkcjonowania gospodarki rynkowej. Jej rozwój przypada na XVII-XIX wiek, gdy kluczową rolę odgrywały przemysł i handel. Wśród prekursorów nurtu wymienia się m.in. Williama Petty'ego i Davida Hume'a, jednak za głównego twórcę ekonomii klasycznej uznaje się Adama Smitha, autora dzieła *Badania nad naturą i przyczynami bogactwa narodów* (1776), w którym sformułowano koncepcję niewidzialnej ręki rynku oraz założenie racjonalności jednostek².

Racjonalność odgrywa kluczową rolę w ekonomii, stanowiąc podstawę analiz oraz teorii mikroekonomicznych, na których opiera się makroekonomia. W praktyce większość modeli i koncepcji ekonomicznych zakłada racjonalne działanie jednostek. Z tego względu ekonomiści często bywają postrzegani jako zwolennicy chłodnej, zdystansowanej analizy opartej na logicznych przesłankach. W obrębie tej kategorii można wyróżnić trzy poziomy racjonalności³.

Pierwszy poziom jest najbardziej podstawowy i zakłada, że każde działanie ma określony cel. Zachowanie jest irracjonalne, jeśli odbiega od kalkulacji kosztów i korzyści prowadzącej do maksymalizacji bogactwa, natomiast celowe decyzje wynikające z analizy alternatyw uznaje się za racjonalne. Drugi poziom odnosi się do zdolności argumentacyjnych jednostki. Racjonalność oznacza tu otwartość na uzasadnione kontrargumenty i stosowanie

² R. Bartkowiak, *Historia myśli ekonomicznej*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2013, s. 35.

³ R.B. McKenzie, *Predictably Rational?*, Springer, Berlin 2010, s. 1-4.

logiki w ocenie własnych przekonań. Osoby ignorujące logiczne obiekcje lub odrzucające poprawne argumenty nie są uznawane za racjonalne⁴. Trzeci poziom łączy poprzednie znaczenia i rozszerza je o precyzyjne założenia dotyczące motywacji, sposobu podejmowania decyzji i wzorców zachowań. Umożliwia formułowanie wniosków i przewidywanie konsekwencji działań jednostek, powiązując celowe działania z maksymalizacją bogactwa⁵.

Model *homo oeconomicus* przedstawia człowieka jako jednostkę podejmującą racjonalne decyzje ekonomiczne w celu maksymalizacji korzyści, dostosowując się do zmieniających się warunków. Koncepcja, przypisywana m.in. Adamowi Smithowi i J.S. Millowi⁶, jest abstrakcyjnym paradygmatem w teorii ekonomii, zakładającym racjonalność, intencjonalność i wolicjonalność działania⁷. W klasycznym ujęciu jednostka ta maksymalizuje użyteczność, kierując się głównie gromadzeniem bogactwa, przy pominięciu potrzeb niematerialnych.

Ekonomia neoklasyczna, rozwinięcie założeń ekonomii klasycznej, wywodzi się z XIX-wiecznych prac ekonomistów, takich jak A. Marshall, L. Walras i W. Jevons. Koncentruje się głównie na mikroekonomii, w tym mechanizmie kształtowania cen, produkcji oraz podziale dochodów w wyniku interakcji podaży i popytu⁸. W odróżnieniu od klasycznego *homo oeconomicus*, jednostki neoklasyczne maksymalizują użyteczność, a nie wyłącznie bogactwo⁹.

Teoria użyteczności pozwala określić popyt indywidualny, przy czym wybory konsumenta zależą od dochodu, cen dóbr, cen dóbr substytucyjnych i komplementarnych oraz indywidualnych preferencji. Konsument dąży do maksymalizacji zadowolenia z konsumpcji dóbr i usług, przy czym użyteczność krańcowa każdej kolejnej jednostki dobra maleje zgodnie z zasadą malejącej użyteczności krańcowej¹⁰.

⁴ Nogal P., *Racjonalność ekonomiczna w kontekście teorii użyteczności*, „Studia Ekonomiczne” 2014, nr 160, cz. 1, s. 154–162.

⁵ *Ibidem*, s. 154–162.

⁶ Wawrzyniak A., *Zmiana paradygmatu homo oeconomicus w naukach o zarządzaniu*, „Studia Ekonomiczne” 2015, nr 233, s. 46–55.

⁷ Stępień B., Szarzec K., *Ewolucja poglądów teorii ekonomii na temat koncepcji człowieka gospodarującego*, „Ekonomista” 2007, nr 1, s. 4.

⁸ Solek A., *Ekonomia behawioralna a ekonomia neoklasyczna*, „Zeszyty Naukowe PTE” 2010, nr 8, s. 21–22.

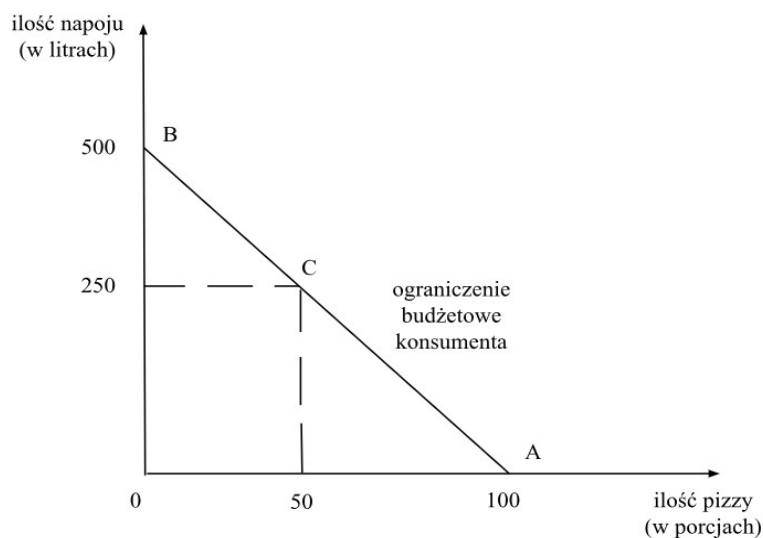
⁹ Grzesiuk K., *Powstanie i ewolucja modelu homo oeconomicus*, „Roczniki Ekonomii i Zarządzania” 2014, t. 6 (42), nr 2, s. 256.

¹⁰ Giza W., *Indywidualny i społeczny wymiar dobrobytu w świetle teorii użyteczności*, „Studia Ekonomiczne” 2012, nr 101, s. 101–109.

Zakłada się, że konsumenci dążą do maksymalizacji zadowolenia, które czerpią z konsumpcji dóbr i usług. Ogólna satysfakcja z konsumpcji określana jest jako użyteczność całkowita, natomiast przyrost zadowolenia wynikający z konsumpcji dodatkowej jednostki dobra to użyteczność krańcowa. Zgodnie z zasadą malejącej użyteczności krańcowej, każda kolejna jednostka konsumowanego dobra przynosi coraz mniejsze zadowolenie.

Wybór konsumenta zależy od relacji między preferencjami a ograniczeniem budżetowym, które określa zestaw dóbr możliwych do nabycia przy danym dochodzie i cenach. Konsument stara się maksymalizować użyteczność, wybierając koszyk dóbr najlepiej odpowiadający jego preferencjom, przy jednoczesnym zachowaniu możliwości finansowych. Ostateczny wybór stanowi kompromis między tym, co konsument chciałby posiadać, a tym, na co rzeczywiście może sobie pozwolić¹¹.

Rysunek 7.1 przedstawia graficzne ujęcie ograniczenia budżetowego konsumenta, zaprezentowane przez N. G. Mankiwa i M. P. Taylora w podręczniku *Mikroekonomia*. Ilustruje ono sytuację, w której konsument, dysponując określonym dochodem, musi dokonać wyboru pomiędzy zakupem dwóch dóbr - w tym przykładzie są to napoje i pizza.



Rysunek 7.1. Ograniczenie budżetowe konsumenta

Źródło: opracowanie własne na podstawie N.G. Mankiw, M.P. Taylor, *Mikroekonomia*, tłum. B. Czarny, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2009, s. 573.

¹¹ N.G. Mankiw, M.P. Taylor, *Mikroekonomia*, tłum. B. Czarny, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2009, s. 573.

Rysunek przedstawia trzy charakterystyczne punkty, w których konsument przeznacz swój budżet na różne kombinacje dóbr - całkowicie na jedno, proporcjonalnie na oba lub wybierając dowolną konfigurację według swojego uznania. Odcinek łączący punkt A i B, stanowi linię ograniczenia budżetowego i obrazuje wszystkie możliwe zestawy zakupów, jakie konsument może sfinansować przy danych cenach i dochodzie.

Odnosząc dorobek ekonomii neoklasycznej do praktyki życia codziennego, decyzja o zawarciu lub rezygnacji z ubezpieczenia dotyczy objęcia ochroną określonych dóbr materialnych lub osobistych członków gospodarstwa domowego. Kluczowym czynnikiem wpływającym na taki wybór jest doświadczenie związane z wcześniejszymi zdarzeniami losowymi oraz świadomość strat, jakie mogły one spowodować. Ważnym elementem procesu decyzyjnego jest również porównanie poniesionych kosztów z uzyskanymi korzyściami, wynikającymi z posiadania lub braku polisy¹².

Ubezpieczenia są narzędziem wykorzystywanym w zarządzaniu ryzykiem, służącym do pokrywania skutków nieprzewidzianych zdarzeń losowych. System składkowy, kalkulacja aktuarialna, selekcja ryzyka (underwriting), określona wartość finansowa strat oraz terminowa wypłata świadczeń stanowią kluczowe cechy metody ubezpieczenia¹³. W ujęciu teoretycznym, zarządzanie ryzykiem w ubezpieczeniach dotyczy wyłącznie ryzyka czystego, z pominięciem ryzyka spekulacyjnego¹⁴. Mimo to, nie wszystkie osoby decydują się na zabezpieczenie, nawet mając świadomość ryzyka. Różne teorie ekonomiczne starają się wyjaśnić to zjawisko.

Zgodnie z hipotezą oczekiwanej użyteczności (EUH) J. von Neumanna i O. Morgensterna, każdemu konsumentowi przypisywana jest funkcja użyteczności odnosząca się do możliwych wyborów. Teoria zakłada, że jednostki porównują oczekiwane poziomy użyteczności opcji obciążonych ryzykiem i wybierają tę, która maksymalizuje ich subiektywną korzyść¹⁵. W rezultacie, właśnie ryzyko i niepewność stanowią podstawę decyzji

¹² Znanięcka K., Szewieczek D., Ogrodnik H., *Finansowe implikacje decyzji ubezpieczeniowych gospodarstw domowych*, „Studia Ekonomiczne” 2014, nr 198, s. 266.

¹³ Szumlisz T., *Spółeczna rola ubezpieczeń: podstawy polityki ubezpieczeniowej*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2009, nr specjalny 2, s. 17.

¹⁴ T. H. Bednarczyk, A. Szymańska, *Rola ubezpieczeń w koncepcjach zarządzania ryzykiem współczesnych przedsiębiorstw*, „Finanse i Prawo Finansowe” 2021, nr 2(30), s. 10.

¹⁵ N. Duczkowski, *Wykorzystanie finansów behawioralnych do opisu wybranych zjawisk na polskim rynku ubezpieczeniowym*, „Zeszyty Naukowe Polskiego Towarzystwa Ekonomicznego w Zielonej Górze” 2021, nr 8(15) s. 98.

ubezpieczeniowych w ujęciu neoklasycznym. W modelu neoklasycznym decyzje konsumenckie w warunkach niepewności opierają się na spełnieniu podstawowych aksjomatów:

- porównywalności - możliwość porównania każdej pary opcji,
- przechodniości - jeśli $A > B$ i $B > C$, to $A > C$,
- niezależności - dodanie tej samej opcji do obu alternatyw nie zmienia preferencji,
- stałości - istnieje kombinacja A i C równoważna B pod względem preferencji¹⁶.

Spełnienie tych warunków zapewnia racjonalność wyborów i stanowi fundament maksymalizacji oczekiwanej użyteczności, będącej podstawą decyzji ubezpieczeniowych w ujęciu neoklasycznym.

Klasyczne i neoklasyczne podejście zakłada racjonalne działania konsumentów, którzy dążą do maksymalizacji użyteczności przy dostępnych możliwościach. W praktyce jednak decyzje, a zwłaszcza te dotyczące ubezpieczeń, są bardziej złożone. Ekonomia behawioralna podważa założenia teorii oczekiwanej użyteczności, sugerując, że konsumenci nie mają odpowiednich informacji, aby trafnie ocenić ryzyko. Ich decyzje wynikają więc z bardziej osobistych przekonań niż z logicznych kalkulacji.

7.3. Racjonalność decyzji w teorii ekonomii behawioralnej

Ekonomia behawioralna to interdyscyplinarna dziedzina łącząca ekonomię z psychologią, socjologią i neurobiologią w celu lepszego zrozumienia procesów decyzyjnych jednostek. Stanowi odpowiedź na ograniczenia modeli neoklasycznych, które zakładają pełną racjonalność, nieograniczoną wolę i egoizm jednostek. Ekonomisci tacy jak S. Mullainathan, R. H. Thaler, C. F. Camerer czy G. Loewenstein krytykują koncepcję homo oeconomicus jako bezemocjonalnego maksymalizatora użyteczności i postulują modele lepiej odzwierciedlające rzeczywiste zachowania konsumentów¹⁷.

Celem ekonomii behawioralnej jest identyfikacja sytuacji, w których decyzje odbiegają od założeń neoklasycznych, oraz analiza konsekwencji tych odchyleń. W odróżnieniu od neoklasycznego indywidualizmu, paradygmat behawioralny uwzględnia emocje, kontekst

¹⁶ J. von Neumann, O. Morgenstern, *Theory of Games and Economic Behavior*, Princeton University Press, Princeton 2007, s. 26–31.

¹⁷ T. Zalega, *Consumer and Consumer Behaviour in the Neoclassical and Behavioural Economic Approach*, „Konsumpcja i Rozwój” 2014, nr 4(9), s. 64–79.

społeczny i poznawcze ograniczenia człowieka¹⁸, co pozwala trafniej interpretować motyw i skutki wyborów.

Jednym z najbardziej znanych odstępstw od teorii racjonalnych decyzji jest teoria perspektywy D. Kahnemana i A. Tversky'ego. W pracy *Prospect Theory: An Analysis of Decisions under Risk* wykazali, że ludzie charakteryzują się awersją do ryzyka, a ich oceny prawdopodobieństw i wartości zależą od tego, czy decyzje dotyczą zysków czy strat. W przeciwieństwie do teorii oczekiwanej użyteczności, wyniki oceniane są względem punktu odniesienia, a nie ostatecznego stanu posiadania¹⁹.

Autorzy podważają założenie, że zyski i straty są oceniane symetrycznie - ludzie reagują silniej na straty niż na równoważne zyski (np. utrata 500 dolarów wywołuje większe negatywne emocje niż radość z wygranej tej samej kwoty). Trzy kluczowe mechanizmy poznawcze determinują percepcję wyników decyzji²⁰:

- ocenianie wyników względem punktu odniesienia, gdzie wszystko powyżej punktu to zyski, a poniżej to straty,
- zasadę malejącej wrażliwości, gdzie z każdą kolejną jednostką zysku lub straty siła reakcji maleje,
- przypisywanie większej wagi stratom niż zyskom, gdzie straty są odczuwane zdecydowanie intensywniej niż równoważne zyski.

Kahneman i Tversky wyróżniają dwie fazy procesu decyzyjnego w teorii perspektywy: fazę edycji (decyzji) oraz fazę oceny. Każdej z nich towarzyszą charakterystyczne cechy poznawcze, które można przypisać do dwóch odmiennych systemów przetwarzania informacji - automatycznego (System 1) i refleksyjnego (System 2). Systemy poznawcze objaśniają, w jaki sposób przebiegają poszczególne fazy podejmowania decyzji według teorii perspektywy. Zestawienie tych etapów oraz odpowiadających im systemów poznawczych przedstawiono w tabeli 7.1.

¹⁸ R. H. Thaler, *Behavioral economics*, "Journal of Political Economy" 2017, nr 125(6), s. 1800.

¹⁹ D. Kahneman, A. Tversky, *Prospect theory: An analysis of decision under risk* [w:] *Handbook of the fundamentals of financial decision making. Part I*, 2013, s. 99-127.

²⁰ D. Kahneman, *Pułapki myślenia. O myśleniu szybkim i wolnym*, Media Rodzina, Poznań 2012, s. 370-375.

Tabela 7.1. Fazy podejmowania decyzji w teorii perspektywy i ich związek z systemami poznawczymi

Faza decyzji	Opis	Dominujący system poznawczy	Charakterystyka systemu
Faza edycji	Wstępna analiza problemu decyzyjnego, uproszczenie informacji, kodowanie zysków i strat, wyznaczenie punktu odniesienia i ramy decyzyjnej.	System 1 (automatyczny, intuicyjny)	szybki, intuicyjny, niewymagający wysiłku, oparty na skojarzeniach i nawykach, działa nieświadomie
Faza oceny	Analiza przetworzonych opcji, wybór najbardziej preferowanej perspektywy, większa waga przypisywana stratom niż zyskom.	System 2 (refleksyjny)	wolny, analityczny, wymagający wysiłku, świadomy, dedukcyjny, oparty na logicznym rozumowaniu

Źródło: opracowanie własne na podstawie D. Kahneman, *Pułapki myślenia. O myśleniu szybkim i wolnym*, Media Rodzina, Poznań 2012, s. 31–35.

Zestawienie przedstawione w tabeli ukazuje, jak proces decyzyjny według teorii perspektywy przebiega etapowo - od uproszczenia i przekształcenia problemu w fazie edycji, po ostateczną ocenę i wybór najbardziej preferowanej opcji w fazie oceny. Kluczową rolę odgrywają tu dwa systemy poznawcze opisane przez Kahnemana. Automatyczny System 1 cechuje się szybkością, a analityczny System 2 jest nieco wolniejszy. Systemy te wzajemnie się uzupełniają i wpływają na sposób, w jaki jednostki postrzegają ryzyko, straty i potencjalne zyski.

Shefrin i Thaler wprowadzili pojęcie *mental accounting*, czyli mentalnych kont - psychologicznych kategorii, do których jednostki przypisują swoje zasoby finansowe: bieżący dochód, bieżące oszczędności oraz dochód przyszły²¹. Każda z tych kategorii charakteryzuje się inną skłonnością do konsumpcji - najwyższą dla dochodu bieżącego, najniższą dla środków przeznaczonych na przyszłość. Co więcej, wydawanie środków z kont „przyszłościowych” wiąże się z większym dyskomfortem psychicznym niż korzystanie z dochodu bieżącego²². To

²¹ Thaler R. H., *Mental Accounting Matters*, „Journal of Behavioral Decision Making” 1999, no. 12, s. 183–206.

²² G. Antonides, W. F. van Raaij, *Zachowanie konsumenta. Podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003, s. 115.

psychologiczne rozróżnienie wpływa na decyzje konsumenckie i tłumaczy, dlaczego realne zachowania często odbiegają od racjonalnych przewidywań neoklasycznych modeli.

Nadmierny optymizm to jedno z poznawczych zniekształceń, które może wpływać na sposób podejmowania decyzji. Opiera się na silnym przekonaniu jednostki, że spotkają ją głównie pozytywne wydarzenia²³. Takie przekonanie może przyjmować formę nierealistycznego myślenia życzeniowego, które zniekształca ocenę ryzyka i prawdopodobieństwa zdarzeń²⁴. W kontekście finansów nadmierny optymizm objawia się przekonaniem, że negatywne sytuacje dotkną innych, podczas gdy sam podmiot spodziewa się raczej korzystnego obrotu spraw. Takie podejście może skutkować skłonnością do podejmowania nadmiernego ryzyka, szczególnie wśród inwestorów przekonanych o własnej wyjątkowej odporności na niepowodzenia²⁵.

Nadmierna pewność siebie, będąca blisko spokrewniona z nadmiernym optymizmem, to kolejne zniekształcenie poznawcze wpływające na procesy decyzyjne. Polega na przecenianiu własnych umiejętności, wiedzy lub trafności osądów. Może przybierać trzy formy: przeszacowanie własnych zdolności, przekonanie o byciu lepszym niż inni oraz nadmierna wiara w trafność swoich przewidywań²⁶. Skutkiem tego jest m.in. ignorowanie niepewności, lekceważenie ryzyka i podejmowanie zbyt śmiałych decyzji.

Decyzje podejmowane przez konsumentów często odbiegają od racjonalnych założeń ekonomii neoklasycznej. Ekonomia behawioralna, bazując na psychologii, ekonomii i neuronauce, umożliwia zrozumienie mechanizmów odpowiedzialnych za nieracjonalne wybory. Teoria perspektywy, mentalne księgowanie, nadmierny optymizm czy przecenianie własnych kompetencji pokazują, jak duży wpływ na decyzje finansowe i ocenę ryzyka mają emocje, uproszczenia poznawcze czy heurystyki. W dalszej części przedstawione zostaną wybrane inklinacje behawioralne, które w bezpośredni sposób oddziałują na decyzje konsumenckie związane z ubezpieczeniami na życie.

²³ Pastusiak R., *Nadmierny optymizm w wycenach przedsiębiorstw*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska” 2016, sectio H, vol. L, nr 4, s. 383–392.

²⁴ Szyszka A., *Wycena papierów wartościowych na rynku kapitałowym w świetle finansów behawioralnych*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2007, s. 51.

²⁵ *Ibidem*, s. 51.

²⁶ Meikle N. L., Tenney E. R., Moore D. A., *Overconfidence at Work: Does Overconfidence Survive the Checks and Balances of Organizational Life?*, „Research in Organizational Behavior” 2016, vol. 36, s. 121–134.

7.4. Wybrane inklinacje behawioralne a decyzje konsumenckie w zakresie ubezpieczeń na życie

Badacze wyróżnili dwa podstawowe wymiary racjonalności: praktyczną i poznawczą. Pierwsza z nich, o charakterze instrumentalnym, zakłada, że jednostki podejmują działania zmierzające do osiągnięcia zamierzonych celów przy optymalnym wykorzystaniu dostępnych środków. Odstępstwa od tego wzorca, wynikające z wewnętrznych motywacji czy emocji, określane są mianem inklinacji motywacyjnych. Z kolei racjonalność poznawcza dotyczy procesu formułowania opinii i ocen - uwzględnia błędy i uproszczenia, jakie pojawiają się podczas interpretacji informacji²⁷. W tym kontekście często mówi się o tzw. heurystykach, czyli uproszczonych strategiach wnioskowania.

W latach 70. XX wieku psychologowie wprowadzili pojęcie heurystyk jako uproszczonych metod myślenia wyjaśniających błędy poznawcze przy podejmowaniu decyzji. Heurystyki pozwalają ograniczyć wysiłek poznawczy, analizując mniejszą ilość informacji, pomijając część danych lub przypisując uproszczone wagi czynnikom²⁸. Działają automatycznie, często poza świadomością, w ramach tzw. Systemu 1 - intuicyjnego trybu myślenia. W praktyce oznacza to, że zamiast dokładnej analizy, człowiek odpowiada na prostszą, heurystyczną wersję pytania, np. „Czy przypomina mi się podobna sytuacja?”, co umożliwia szybkie działanie w warunkach niepewności lub ograniczonego czasu²⁹.

Choć heurystyki pozwalają oszczędzić czas, wysiłek i energię poznawczą, to niosą za sobą ryzyko uproszczeń prowadzących do błędów. Oparte często na intuicji i instynktach, mogą prowadzić do nieracjonalnych decyzji, zwłaszcza w sytuacjach wymagających analizy i refleksji. Zbyt duże poleganie na tego typu uproszczonych strategiach może ograniczać innowacyjność i sprzyjać systematycznemu powielaniu przewidywalnych błędów³⁰. Hersh Shefrin, jeden z pierwszych ekonomistów, którzy zaczęli integrować psychologię z teoriami finansowymi,

²⁷ P. Zielonka, *Punkt odniesienia. Rzecz o motywacyjnych i poznawczych inklinacjach w ekonomii behawioralnej*, CeDeWu, Warszawa 2023, s. 7-17.

²⁸ A. K. Shah, D. M. Oppenheimer, *Heuristics made easy: an effort-reduction framework*, "Psychological Bulletin" 2008, nr 134(2), s. 207.

²⁹ D. Kahneman, *Pułapki...*, op. cit., s. 133.

³⁰ H. K. Baker, G. Filbeck, J. R. Nofsinger, *Finanse behawioralne. Co każdy powinien wiedzieć*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2021, s. 37.

podkreśla: „Z powodu przywiązania do heurystyk praktycy formułują obiektywnie niepoprawne przekonania, pod wpływem których stają się podatni na błędy”³¹.

W ramach ekonomii behawioralnej szczególną rolę odgrywają dwie grupy czynników wpływających na proces decyzyjny - inklinacje motywacyjne i poznawcze. Są one ściśle powiązane z teorią perspektywy oraz modelem dwutorowego przetwarzania informacji, który zakłada istnienie dwóch systemów myślenia: automatycznego i refleksyjnego. Inklinacje motywacyjne wynikają z charakterystycznego kształtu funkcji wartości, przypominającej literę S, która opisuje, w jaki sposób jednostki subiektywnie oceniają zyski i straty³².

W tabeli 7.2. zaprezentowano wybrane przykłady inklinacji motywacyjnych, które mogą wpływać na sposób podejmowania decyzji przez konsumentów, szczególnie w kontekście ryzyka i niepewności.

Tabela 7.2. Wybrane przykłady inklinacji motywacyjnych

Inklinacja motywacyjna	Charakterystyka
Efekt ramowania	Polega na podejmowaniu odmiennych decyzji w zależności od sposobu przedstawienia problemu - w kategoriach zysków lub strat. Akcentowanie zysków zwiększa skłonność do ryzyka, natomiast eksponowanie strat sprzyja wyborom bardziej zachowawczym.
Efekt posiadania	Odnosi się do tendencji przypisywania wyższej wartości dobrom już posiadanym niż identycznym, których się nie posiada. Zjawisko to zwiększa niechęć do rezygnacji z produktu i obniża skłonność do jego zwrotu.
Tendencja do zachowania statusu quo	Polega na preferowaniu obecnego stanu rzeczy i unikaniu zmian, nawet gdy dostępne alternatywy są obiektywnie korzystniejsze. Wynika m.in. z lęku przed niepewnością i trudności w ocenie skutków zmiany.
Efekt pewności	Odnosi się do odmiennej oceny ryzyka w zależności od kontekstu decyzyjnego. W sytuacji potencjalnych strat konsumenci częściej podejmują ryzyko, natomiast w przypadku zysków preferują rozwiązania pewne.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: H. K. Baker, G. Filbeck, J. R. Nofsinger, *Finanse behawioralne. Co każdy powinien wiedzieć*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2021, s. 37; A. Falkowski, T. Tyszką, *Psychologia zachowań konsumenckich*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2009, s. 87; M. Czuchryta, „Status quo” w podejmowaniu decyzji finansowych, „Przegląd Prawno-Ekonomiczny” 2020, nr 3, s. 67-80; R. Makarowski, A. Leszczyńska, K. Łozach, P. Makarowski, *Skoki na bungee a teoria perspektywy D. Kahnemana i A. Tversky’ego*, „Polski Przegląd Medycyny i Psychologii Lotniczej” 2012, nr 2(18), s. 48.

³¹ H. Shefrin, *Beyond Greed and Fear: Understanding Behavioral Finance and the Psychology of Investing*, Harvard Business School Press, Boston 2000, s. 57.

³² P. Zielonka, *Punkt...*, op. cit., s. 7-17.

W procesie podejmowania decyzji występują pułapki motywacyjne, w które regularnie wpadają decydenci. Wiele badań empirycznych wskazuje również, że zachowania jednostek są kształtowane przez różnorodne zniekształcenia poznawcze. Inklinacje poznawcze odnoszą się do sposobu przetwarzania informacji, a w szczególności do uproszczonego postrzegania rzeczywistości oraz niestandardowego szacowania prawdopodobieństw. Są one ściśle związane z tzw. funkcją wag decyzyjnych, która pokazuje, jak subiektywna percepcja ryzyka może odbiegać od rzeczywistych wartości³³.

W tabeli 7.3. przedstawiono wybrane przykłady inklinacji poznawczych, które wpływają na ocenę informacji i podejmowanie decyzji, zwłaszcza w warunkach niepewności.

Tabela 7.3. Wybrane przykłady inklinacji poznawczych

Inklinacja poznawcza	Charakterystyka
Heurystyka zakotwiczenia	Polega na opieraniu ocen na początkowej wartości (kotwicy), która wpływa na dalsze osądy, nawet jeśli jest przypadkowa. Korekty dokonywane względem kotwicy są zwykle niewystarczające.
Heurystyka dostępności	Ocenianie prawdopodobieństwa zdarzeń na podstawie łatwości przywoływania podobnych przypadków z pamięci. Zdarzenia emocjonalne lub nagłonnione wydają się częstsze, co prowadzi do błędów w ocenie ryzyka.
Heurystyka reprezentatywności	Polega na szacowaniu prawdopodobieństwa na podstawie podobieństwa do typowego schematu, z pominięciem rzeczywistych danych statystycznych, co może prowadzić do błędnych uogólnień.
Błąd retrospekcji	Skłonność do uznawania przeszłych zdarzeń za bardziej przewidywalne niż były w rzeczywistości, co sprzyja nadmiernej pewności w ocenach przyszłych sytuacji.
Optymizm i zbytnia pewność siebie	Przejawiają się przecenianiem szans powodzenia i niedoszacowaniem ryzyka, często na skutek myślenia życzeniowego.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: A. Tversky, D. Kahneman, *Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases: Biases in judgments reveal some heuristics of thinking under uncertainty*, "Science" 1974, nr 185(4157), s. 1124-1131; A. Tversky, D. Kahneman, *Availability: A heuristic for judging frequency and probability*, "Cognitive Psychology" 1973, nr 5(2), s. 207-232; Roeser N. J., Vohs K. D., *Hindsight bias*, „Perspectives on Psychological Science” 2012, vol. 7, nr 5, s. 411–426; De Bondt W. F., Thaler R. H., *Financial Decision-Making in Markets and Firms: A Behavioral Perspective*, „Handbooks in Operations Research and Management Science” 1995, vol. 9, s. 38.

³³ D. Kahneman, *Pułapki...*, op. cit., s. 344.

Inklinacje poznawcze przedstawione w powyższej tabeli ukazują, że decyzje konsumenckie opierają się często na uproszczonych schematach myślowych, ograniczeniach w przetwarzaniu informacji czy też emocjach. Mechanizmy te ułatwiają funkcjonowanie w codziennych sytuacjach, jednocześnie też prowadząc do błędnych ocen i nieracjonalnych decyzji, zwłaszcza w obszarze finansowym. Szczególnie widać to w przypadku wyboru ubezpieczeń na życie, gdzie decyzje wyraźnie obciążone są ryzykiem i niepewnością.

Na podstawie badań przeprowadzonych przez Annę Jańską oraz Arletę Kędrę w pracy pt. „Determinanty wyboru ubezpieczeń na życie”, można sformułować wniosek, że czynniki społeczno-ekonomiczne (takie jak dochód, wykształcenie oraz liczba osób w gospodarstwie domowym) istotnie wpływają na postrzeganie przez konsumentów kluczowych aspektów decyzji o zakupie ubezpieczenia na życie³⁴.

Respondenci o wyższych dochodach i wykształceniu częściej kierują się cechami technicznymi oferty, takimi jak zakres ochrony, podczas gdy w większych gospodarstwach domowych większe znaczenie mają czynniki interpersonalne, np. rekomendacje czy lokalizacja placówki. Wiek również wpływa na preferencje - starsi zwracają uwagę na cenę składki, młodszy na działania reklamowe.

Decyzje konsumenckie na rynku ubezpieczeń obejmują zawarcie nowej umowy, zmianę zakresu ochrony, rezygnację z polisy lub wybór innego ubezpieczyciela. W takich sytuacjach emocje odgrywają istotną rolę - zakup ubezpieczenia może redukować lęk, unikać przyszłego żalu i zapewniać poczucie bezpieczeństwa, czyniąc polisę narzędziem ochrony finansowej i sposobem łagodzenia niepokoju związanego z potencjalnymi stratami³⁵.

Po wystąpieniu negatywnego zdarzenia losowego (np. choroby, wypadku czy klęski żywiołowej) konsumenci wykazują znacznie większą skłonność do zakupu ubezpieczenia. W takich sytuacjach system poznawczy momentalnie przywołuje silne emocje i obrazy związane z ryzykiem, mobilizujące do działania. Zawarcie umowy ubezpieczenia staje się

³⁴ A. Jańska, A. Kędra, *Determinanty wyboru ubezpieczeń na życie*, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2024, dostęp: 17.04.2025, <https://phavi.umcs.pl/at/attachments/2025/0508/152420-determinanty-wyboru-ubezpieczen-na-zycie.pdf>

³⁵ Kunreuther H., Pauly M., *Role of Deliberative Thinking and Emotions in Insurance Decision Making: An Experimental Study*, Working Paper 2014-03, Risk Management and Decision Processes Center, Wharton School, University of Pennsylvania, 2014, s. 6.

wtedy sposobem na zminimalizowanie lęku oraz formą zabezpieczenia siebie lub bliskich przed przyszłym żalem, także źródłem psychicznego ukojenia w przypadku realnej straty.

W tradycyjnych modelach ekonomicznych zakładano, że decyzje ubezpieczeniowe wynikają głównie z racjonalnej kalkulacji ryzyka i dążenia do jego zminimalizowania. Jednak rozwój ekonomii behawioralnej pokazał, że większą wagę powinno poświęcać się czynnikom psychologicznym, emocjonalnym i społecznym, które w dużej mierze determinują zachowania konsumenckie.

Szczególnie istotne okazuje się podejście skupiające się na modelu myślenia dwuprocesowego, gdzie człowiek podejmuje decyzje zarówno szybkie i intuicyjne, jak i świadome, oparte o analityczną refleksję. Funkcjonowanie tych dwóch systemów działa na skłonność do stosowania heurystyk oraz występowania błędów poznawczych, takich jak zakotwiczenie, reprezentatywność, dostępność, zbytnia pewność siebie czy błąd retrospekcji.

Istotnym aspektem zachowań konsumenckich na rynku ubezpieczeń jest tendencja do zachowania statusu quo i unikania decyzji. W obliczu trudnych scenariuszy, takich jak choroba czy śmierć, wiele osób odkłada zakup polisy, mimo świadomości potrzeby zabezpieczenia bliskich. W warunkach ograniczonej racjonalności decyzje wymagające ryzyka lub konfrontacji z emocjami są odsuwane, co skutkuje pozostawianiem przy dotychczasowych rozwiązaniach lub całkowitą rezygnacją z działania, nawet jeśli oferta odpowiada potrzebom konsumenta.

W dalszej części opracowania przedstawiona zostanie analiza powyższych czynników behawioralnych wpływających na decyzje konsumenckie w zakresie ubezpieczeń na życie. Umożliwia ona lepsze zrozumienie, dlaczego rzeczywiste wybory często odbiegają od klasycznych modeli racjonalności oraz przedstawia, które mechanizmy psychologiczne odgrywają w tych procesach kluczowe role.

7.5. Metodyka badań

Badania empiryczne przeprowadzono za pomocą elektronicznego kwestionariusza w Google Forms w dniach 22-27 kwietnia 2025 r., co umożliwiło sprawne zebranie i zestawienie danych. W badaniu wzięło udział 101 osób, a próba miała charakter nielosowy - uczestnicy zostali zrekrutowani poprzez media społecznościowe (Facebook, Instagram). Wyniki mają charakter orientacyjny i nie mogą być generalizowane na całą populację, lecz

pozwalają zidentyfikować wybrane tendencje i zależności w zachowaniach konsumenckich związanych z ubezpieczeniami na życie.

Celem badania było poznanie postaw konsumentów wobec ubezpieczeń na życie oraz identyfikacja czynników behawioralnych wpływających na ich decyzje zakupowe w tym zakresie. W badaniu skoncentrowano się na dwóch wybranych mechanizmach psychologicznych: heurystyce dostępności oraz efekcie ramowania. Za cel ankiety obrano ocenę, w jakim stopniu osobiste doświadczenia lub kontakt z informacjami o zdarzeniach losowych wpływają na postrzeganie ryzyka i gotowość do zabezpieczenia finansowego, a także rolę sposobu sformułowania oferty (język, emocje, przedstawienie korzyści lub ryzyka) w decyzjach konsumenckich.

Kwestionariusz ankiety składał się z pytań zamkniętych jednokrotnego wyboru oraz pytań ocenianych na pięciopunktowej skali Likerta, umożliwiającej wyrażenie stopnia zgody lub częstotliwości występowania określonych postaw i przekonań. W jednym pytaniu istniała również możliwość udzielenia odpowiedzi własnej poprzez zaznaczenie opcji „inna odpowiedź”.

Ankieta łącznie obejmowała 22 pytania, w tym 8 pytań dotyczących cech społeczno-demograficznych, w których respondenci udzielali informacji na temat płci, wieku, miejsca zamieszkania, poziomu wykształcenia, statusu zawodowego, miesięcznego dochodu netto, posiadania ubezpieczenia na życie oraz jego rodzaju. Pozostałe pytania podzielono na dwie główne części tematyczne: postrzeganie ryzyka i doświadczenie życiowe (7 pytań, odnoszących się do heurystyki dostępności) oraz wpływ sposobu przedstawienia oferty na decyzje zakupowe (7 pytań, związanych z efektem ramowania).

Informacje zebrane w części metryczkowej umożliwiły analizę zależności między cechami społeczno-demograficznymi a deklarowanymi postawami wobec ubezpieczeń na życie. Szczegółowe zestawienie struktury próby przedstawiono w tabeli 7.4.

Tabela 7.4. Charakterystyka społeczno-demograficzna respondentów

Cechy społeczno-demograficzne	Liczebność	Procentowo
Płeć		
Kobieta	73	72,3%
Mężczyzna	28	27,7%
Wiek (w latach)		
Poniżej 18	0	0%
18-24	90	89%
25-30	4	4%
31-40	3	3%
Powyżej 40	4	4%
Miejsce zamieszkania		
Wieś	17	16,8%
Miasto do 20 tys. mieszkańców	2	2%
Miasto od 20 tys. mieszkańców do 100 tys. mieszkańców	17	16,8%
Miasto od 100 tys. mieszkańców do 500 tys. mieszkańców	9	8,9%
Miasto powyżej 500 tys. mieszkańców	56	55,4%
Wykształcenie		
Podstawowe	1	1%
Średnie	6	5,9%
Zasadnicze zawodowe	2	2%
W trakcie uzyskiwania wykształcenia wyższego	68	67,3%
Wyższe	22	21,8%
Podyplomowe / doktoranckie	2	2%
Status zawodowy		
Uczeń	1	1%
Student	37	36,6%
Student pracujący	50	49,5%
Osoba pracująca	12	11,9%
Osoba bezrobotna	1	1%
Emeryt / rencista	0	0%
Miesięczny dochód netto		
Do 2 000 zł	28	27,7%

2 000 – 3 000 zł	17	16,8%
3 000 – 4 000 zł	20	19,8%
4 000 – 5 000 zł	15	14,9%
5 000 – 6 500 zł	9	8,9%
Powyżej 6 500 zł	12	11,9%

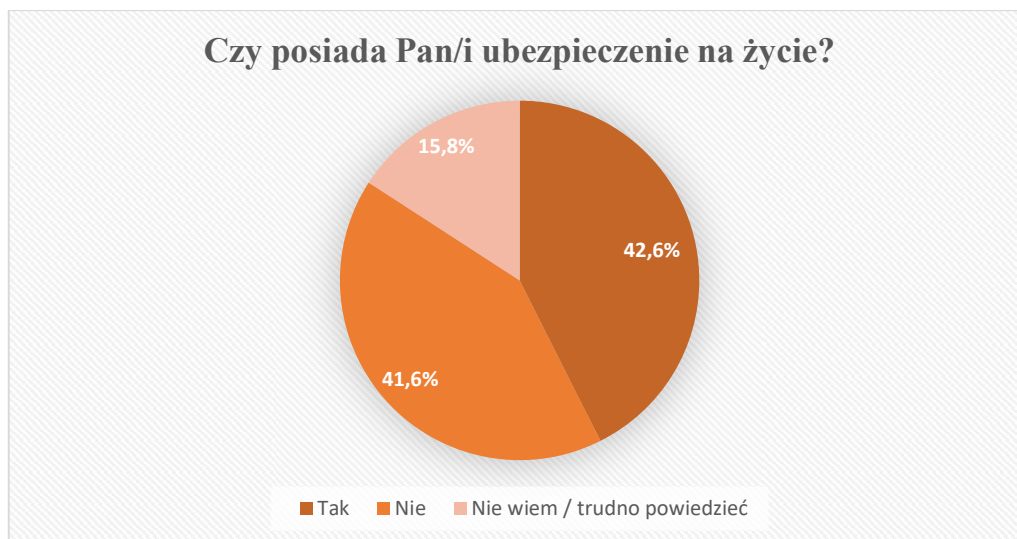
Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego.

Z analizy tabeli 7.4. wynika, że największą część respondentów stanowiły kobiety (72,3%) oraz osoby w wieku 18-24 lata (89%), co wskazuje na dominację młodych dorosłych w badanej próbie. Pod względem miejsca zamieszkania przeważali mieszkańcy dużych miast - aż 55,4% respondentów pochodziło z miast liczących powyżej 500 tys. mieszkańców, natomiast 16,4% ankietowanych mieszkało na wsi.

Biorąc pod uwagę status zawodowy, dominowali studenci pracujący (49,5%) oraz studenci (36,6%), co dodatkowo potwierdza młody profil badanej grupy. Najliczniejszą kategorię dochodową stanowili respondenci wskazujący na dochód do 2 000 zł (27,7%), a także osoby mieszczące się w przedziale 3 000 - 4 000 zł (19,8%).

Powyższe dane pozwalają stwierdzić, że grupa respondentów była stosunkowo jednorodna pod względem wieku i etapu życia. Dominowali młodzi, wykształceni lub kształtujący się konsumenci, często aktywni zawodowo, o umiarkowanie zróżnicowanej sytuacji dochodowej. Ze względu na dominację respondentów w wieku 18-24 lata oraz wysoki udział studentów, uzyskane wyniki odzwierciedlają przede wszystkim postawy i zachowania młodych dorosłych, co należy uwzględnić przy ich interpretacji.

W ramach metryczki uwzględniono również pytanie dotyczące posiadania ubezpieczenia na życie. Jego celem było wstępne rozpoznanie poziomu zabezpieczenia respondentów oraz przygotowanie gruntu pod dalszą analizę zależności pomiędzy doświadczeniem ubezpieczeniowym a postrzeganiem ryzyka i wpływem sposobu prezentacji oferty na decyzje finansowe. Zebrane dane przedstawione zostały na rysunku 7.2.



Rysunek 7.2. Posiadanie ubezpieczenia na życie wśród respondentów

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego.

Jak pokazuje rysunek 7.2, 42,6% respondentów (43 osoby) zadeklarowało posiadanie ubezpieczenia na życie, 41,6% (42 osoby) odpowiedziało przecząco, a 15,8% (16 osób) wskazało „nie wiem / trudno powiedzieć”. Rozkład ten pokazuje zróżnicowanie grupy pod względem doświadczenia z produktami ubezpieczeniowymi, co pozwala na dalszą analizę wpływu tego czynnika na decyzje konsumenckie. Spośród 101 ankietowanych najczęściej osób (54, 53,5%) nie posiadało żadnej polisy. Wśród ubezpieczonych najczęściej wskazywano polisę z funduszem kapitałowym (20 osób, 19,8%), ubezpieczenie na życie i dożycie (16 osób, 15,8%) oraz ubezpieczenie na wypadek śmierci (15 osób, 14,9%). Inne formy, jak ubezpieczenie posagowe (5,9%) czy indywidualne polisy zdrowotne i sportowe, pojawiały się sporadycznie. Dane te sugerują, że mimo pewnego zainteresowania ochroną finansową, znaczna część respondentów nie korzysta z produktów ubezpieczeniowych, co może wynikać z braku potrzeby, wiedzy lub zaufania do instytucji ubezpieczeniowej.

W celu weryfikacji zależności pomiędzy zmiennymi jakościowymi w analizie wyników ankiety zastosowaniu test chi-kwadrat (χ^2), znany również jako test zgodności lub test niezależności. Ta klasyczna metoda statystyczna opracowania została przez K. Pearsona w 1899 roku. Służy do oceny zgodności rozkładu empirycznego z rozkładem teoretycznym lub do badania związku pomiędzy zmiennymi.

W przypadku analizy niezależności, test ten pozwala określić, czy istnieje statystycznie istotna zależność między dwoma zmiennymi. Punktem wyjścia jest sformułowanie hipotezy zerowej (H_0), która zakłada brak zależności oraz hipotezy alternatywnej (H_1), sugerującej istnienie związku:

- H_0 : nie istnieje zależność między badanymi zmiennymi,
- H_1 : istnieje zależność między badanymi zmiennymi.

Do obliczeń stosuje się wzór:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(f_i - np_i)^2}{np_i}$$

gdzie:

f_i - liczebność empiryczna (zaobserwowana),

np_i - liczebność teoretyczna (oczekiwana),

k - liczba kategorii zmiennej.

Wynik testu porównuje się z rozkładem teoretycznym χ^2 przy odpowiedniej liczbie stopni swobody. Przyjęty w badaniu poziom istotności wynosił $\alpha = 0,05$, co oznacza 5% ryzyko popełnienia błędu pierwszego rodzaju - czyli odrzucenia prawdziwej hipotezy zerowej. Wnioskowanie opierało się na porównaniu wartości p z poziomem α :

- jeśli $p \leq \alpha$, hipotezę zerową odrzucano - wskazuje to na istotną statystycznie zależność między zmiennymi,
- jeśli $p > \alpha$, nie było podstaw do jej odrzucenia - uznawano, że zmienne są niezależne³⁶.

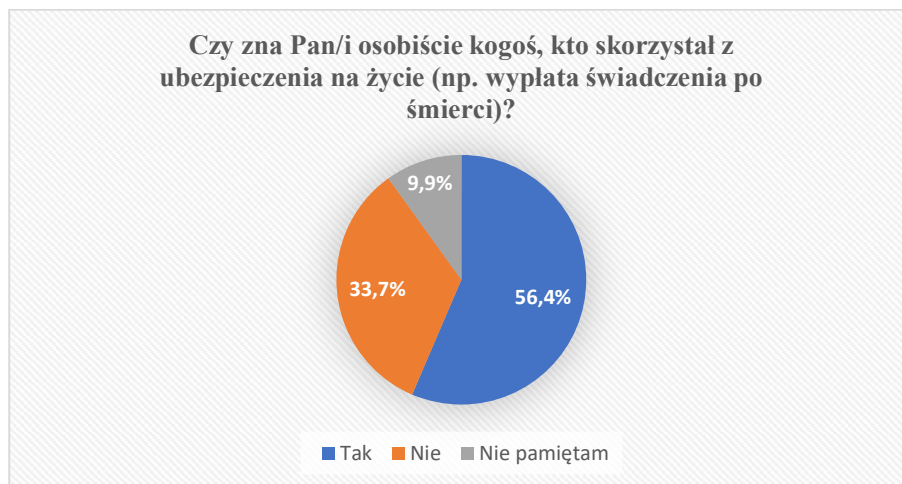
Zgodnie z literaturą z zakresu statystyki, jeśli w którymkolwiek wariantcie zmiennej liczebność teoretyczna jest mniejsza niż 5, należy połączyć tę kategorię z inną, aby spełnić warunki poprawności testu i zachować odpowiednią liczbę stopni swobody.

7.6. Heurystyka dostępności w kontekście postrzegania ryzyka i doświadczeń życiowych

Heurystyka dostępności odnosi się do wpływu osobistych doświadczeń i łatwo przywoływanym zdarzeń przy ocenianiu prawdopodobieństwa określonych sytuacji. W kontekście ubezpieczeń oznaczać to może, że osoby mające kontakt z prawdziwymi przypadkami wypłaty danego świadczenia chętniej widzą sens posiadania polisy.

³⁶ A. Zeliaś, B. Pawełek, S. Wanat, *Metody statystyczne. Zadania i sprawdziany*, PWE, Warszawa 2002, s. 400–402.

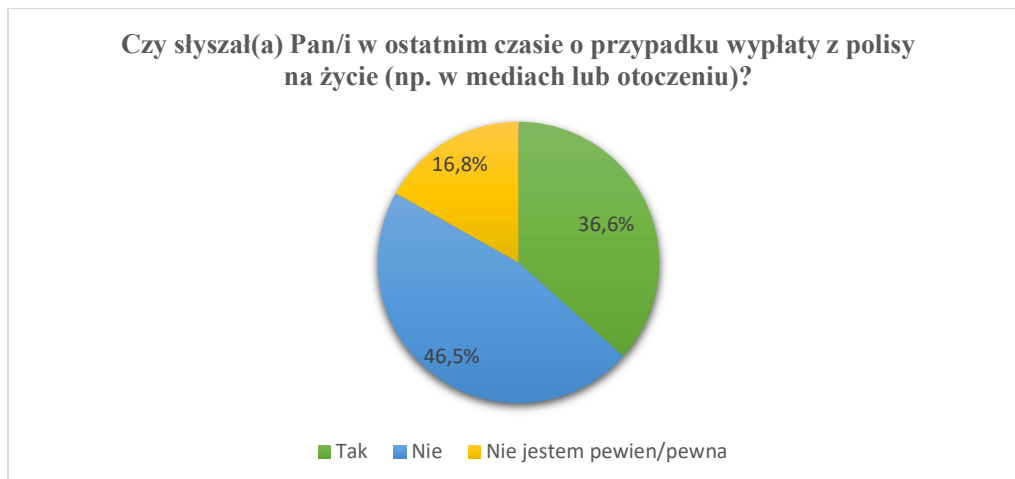
W badaniu 56,4% respondentów (czyli 57 osób) zadeklarowało, że osobiście zna kogoś, kto skorzystał z ubezpieczenia na życie, np. poprzez wypłatę świadczenia po śmierci. Z kolei 33,7% badanych (34 osoby) wskazały odpowiedź przeczącą, a 9,9% (10 osób) nie potrafiło jednoznacznie udzielić odpowiedzi. Wyniki sugerują, że znaczna część ankietowanych miała bezpośredni lub pośredni kontakt z realnymi przypadkami ubezpieczeń na życie. Rysunek 7.3. przedstawia graficzne rozłożenie odpowiedzi respondentów.



Rysunek 7.3. . Znajomość przypadków wypłaty świadczenia z polisy na życie

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego.

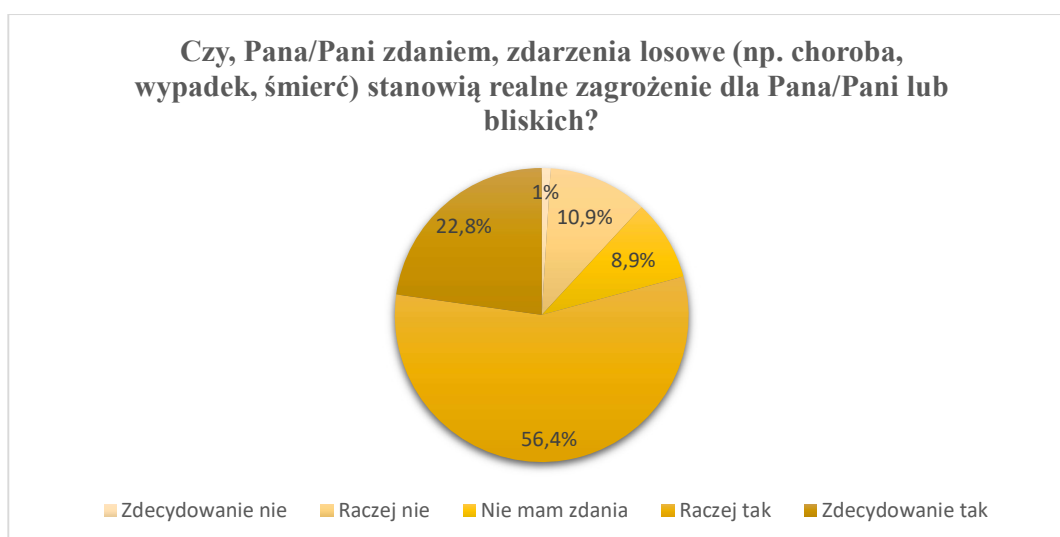
W kolejnym pytaniu ankiety badano świadomość respondentów dotyczącą przypadków wypłat z polis na życie w mediach lub otoczeniu. Jak pokazuje rysunek 7.4., 36,6% respondentów (37 osób) słyszało o takich wypłatach, 46,5% (47 osób) nie miało tej wiedzy, a 16,7% (17 osób) było niepewnych. Wyniki wskazują, że znaczna część badanych nie zetknęła się z informacją o realnym działaniu mechanizmu ubezpieczeniowego, co może obniżyć postrzegane prawdopodobieństwo zdarzeń losowych, zgodnie z założeniami heurystyki dostępności.



Rysunek 7.4. Świadomość wypłaty świadczenia z polisy na życie w ostatnim czasie

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego.

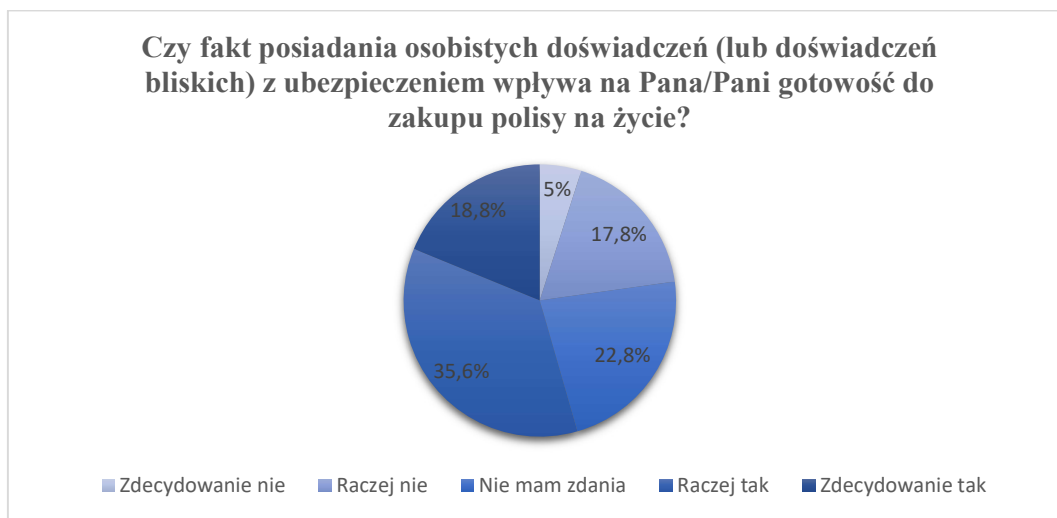
Respondenci oceniali, na ile zdarzenia losowe, takie jak choroba, wypadek czy śmierć, stanowią realne zagrożenie dla nich lub bliskich, korzystając z pięciopunktowej skali Likerta. 56,4% (57 osób) wskazało „raczej tak”, a 22,8% (23 osoby) - „zdecydowanie tak”. Negatywnie odpowiedziało 12 osób, a 8,9% (9 osób) przyjęło neutralną postawę. Wyniki pokazują, że poczucie zagrożenia jest powszechne, co może zwiększać zainteresowanie zabezpieczeniem finansowym poprzez ubezpieczenie na życie (rys. 7.5).



Rysunek 7.5. Postrzeganie zdarzeń losowych jako realnego zagrożenia dla siebie lub bliskich

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego.

Respondenci oceniali wpływ osobistych doświadczeń własnych lub bliskich z ubezpieczeniem na decyzję o zakupie polisy na życie, korzystając z pięciopunktowej skali Likerta. Ponad połowa (54,4%) stwierdziła, że takie doświadczenia mają znaczenie - 36 osób (35,6%) odpowiedziało „raczej tak”, a 19 osób (18,8%) „zdecydowanie tak”. Przeciwnego zdania było 23 respondentów, a 22,8% (23 osoby) przyjęło neutralną postawę (rys 7.6).



Rysunek 7.6. Wpływ osobistych doświadczeń na gotowość do zakupu polisy na życie

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego.

Wyniki te sugerują istnienie zależności, że kontakt z prawdziwymi sytuacjami, w których istotną rolę odegrało ubezpieczenie, może zwiększać skłonność do zabezpieczenia siebie i bliskich. W celu głębszej analizy i ustalenia, czy istnieje statystyczna zależność między posiadaniem ubezpieczenia na życie a deklarowanym wpływem doświadczeń na gotowość do zakupu polisy, przeprowadzono test niezależności chi-kwadrat. W teście tym weryfikowano następujące hipotezy:

- H_0 : nie istnieje zależność pomiędzy posiadaniem ubezpieczenia na życie a wpływem doświadczeń na gotowość do zakupu polisy,
- H_1 : istnieje zależność pomiędzy posiadaniem ubezpieczenia na życie a wpływem doświadczeń na gotowość do zakupu polisy.

Zależność między posiadaniem ubezpieczenia na życie a deklarowanym wpływem osobistych doświadczeń (lub doświadczeń bliskich) z ubezpieczeniem na gotowość do zakupu polisy przedstawia tabela 7.5.

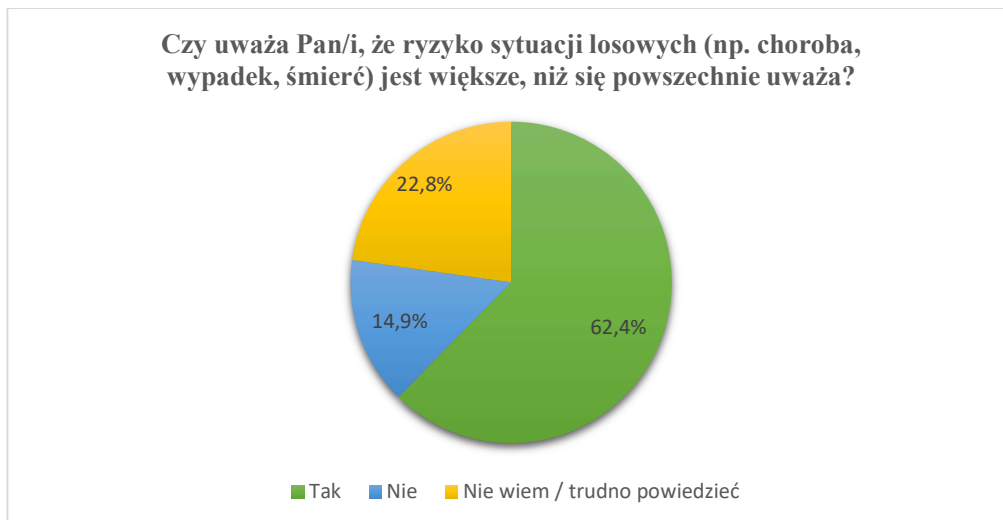
Tabela 7.5. Relacja między posiadaniem ubezpieczenia na życie a deklarowanym wpływem doświadczeń

Czy posiada ubezpieczenie na życie?	Czy osobiste doświadczenia wpływają na gotowość zakupu polisy na życie?					
	Tak		Nie		Brak zdania	
	Liczebność	Procentowo	Liczebność	Procentowo	Liczebność	Procentowo
Tak	29	52,73%	7	30,43%	7	30,43%
Nie	19	34,55%	12	52,17%	11	47,83%
Brak wiedzy	7	12,73%	4	17,39%	5	21,74%
Statystyka Chi-kwadrat	5,291548					
Wartość p	0,25867					

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego.

Dane zostały przekodowane do trzech kategorii w celu umożliwienia zastosowania testu chi-kwadrat. Otrzymany wynik testu chi-kwadrat wynosi $\chi^2 = 5,2915$, a wartość prawdopodobieństwa testowego (p) wynosi 0,25867. Ponieważ $p > 0,05$, brakuje podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej. Oznacza to, że w badanej próbie nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności między posiadaniem ubezpieczenia na życie a oceną wpływu osobistych doświadczeń na gotowość do jego zakupu.

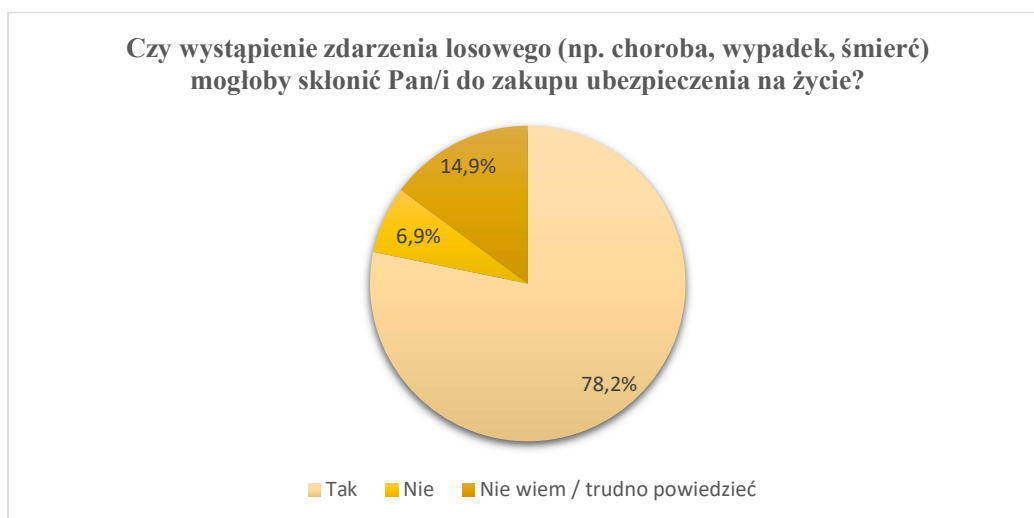
Respondenci oceniali, czy ryzyko zdarzeń losowych (choroba, wypadek, śmierć) jest większe niż powszechnie się uważa. 62,4% (63 osoby) uznało, że tak, 14,9% (15 osób) było przeciwnego zdania, a 22,8% (23 osoby) nie miało jednoznacznej opinii. Wyniki sugerują, że młodzi dorośli mają wysoką świadomość ryzyka, co może wpływać na decyzje o zabezpieczeniu się finansowym (rys. 7.7).



Rysunek 7.7. Opinie na temat rzeczywistego poziomu ryzyka sytuacji losowych

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego.

Respondentom zadano, czy wystąpienie zdarzenia losowego (choroba, wypadek, śmierć) mogłoby skłonić ich do zakupu ubezpieczenia na życie. 78,2% (79 osób) odpowiedziało „tak”, 6,9% (7 osób) - „nie”, a 14,9% (15 osób) nie miało opinii. Wyniki sugerują, że realne lub bliskie zdarzenia losowe mogą istotnie wpływać na decyzje finansowe, co wskazuje na silny komponent emocjonalny przy wyborze polis (rys. 7.8).



Rysunek 7.8. Potencjalny wpływ wystąpienia zdarzenia losowego na decyzję o zakupie polisy na życie

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego.

Ostatnie pytanie z tego bloku skupiło się na określeniu, jak często respondenci zastanawiają się nad potencjalnymi skutkami braku ubezpieczenia na życie. Rysunek 7.9 przedstawia szczegółowe dane odnoszące się do powyższego zagadnienia.



Rysunek 7.9. Częstotliwość refleksji nad skutkami braku ubezpieczenia na życie

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego.

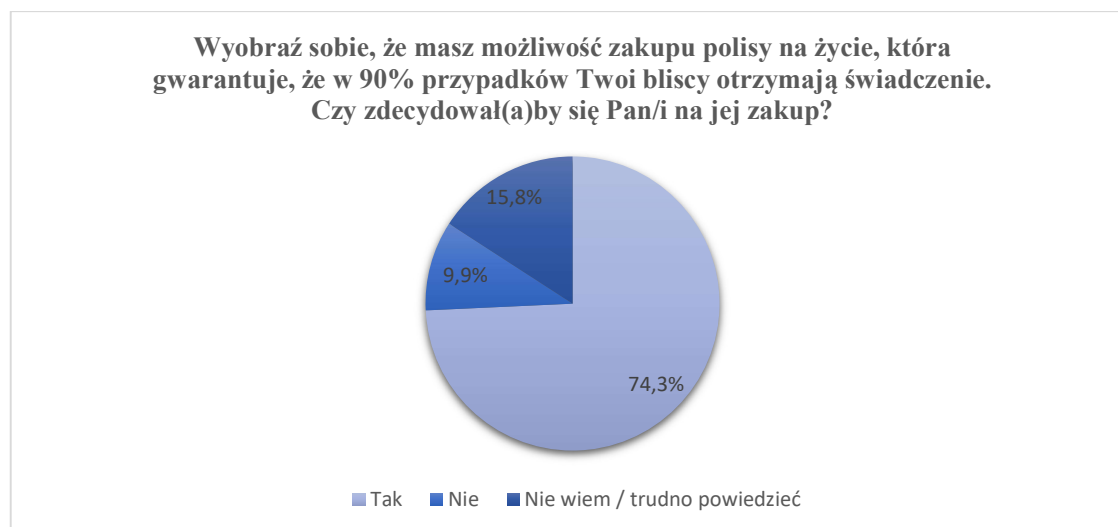
Najwięcej osób - 42,6% (43 osoby) - wskazało odpowiedź „rzadko”, a kolejne 32,8% (24 osoby) stwierdziło, że „nigdy” się nad tym nie zastanawia. „Od czasu do czasu” zadeklarowało 20,8% respondentów (21 osób). Tylko 10,9% (11 osób) odpowiedziało „często”, a zaledwie 2% (2 osoby) - „bardzo często”. Wyniki sugerują, że większość badanych nie podejmuje regularnej refleksji nad skutkami braku ochrony ubezpieczeniowej.

7.7. Efekt ramowania jako czynnik wpływający na decyzję ubezpieczeniową

Efekt ramowania polega na tym, że sposób prezentacji informacji wpływa na jej odbiór, mimo że treść pozostaje taka sama. W ubezpieczeniach na życie decyzje konsumentów mogą zależeć od pozytywnego („90% wypłacalności”) lub negatywnego („10% ryzyka niewypłacalności”) ujęcia oferty, co jest szczególnie istotne przy produktach związanych z ryzykiem.

W badaniu ankietowym, w którym przedstawiono ofertę w pozytywnym świetle („90% przypadków skutkuje wypłatą świadczenia”), 74,3% respondentów (75 osób) zadeklarowało chęć zakupu polisy, 9,9% (10 osób) odpowiedziało „nie”, a 15,8% (16 osób) było

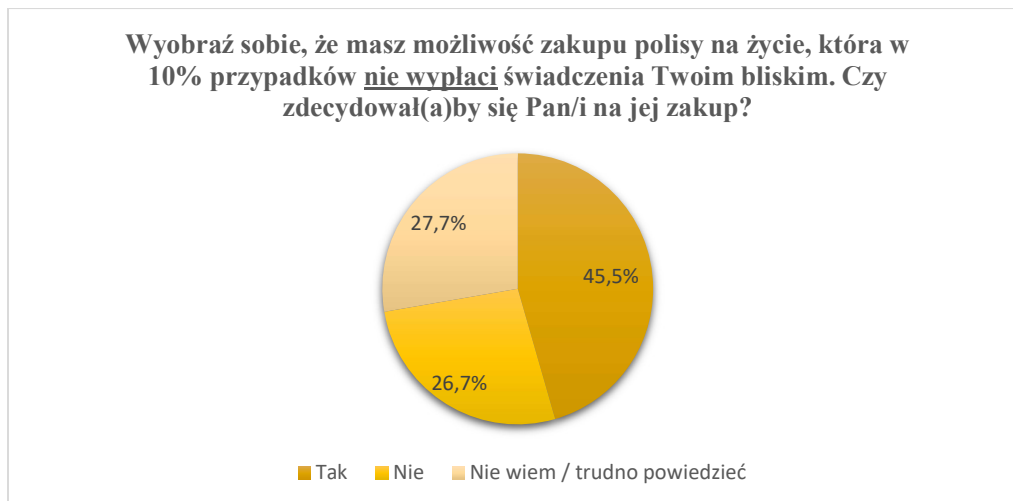
niezdecydowanych. Wyniki wskazują, że pozytywne sformułowanie oferty zwiększa akceptację produktu (rys.7.10).



Rysunek 7.10. Skłonność do zakupu polisy w wersji pozytywnej: „90% wypłacalności”

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego.

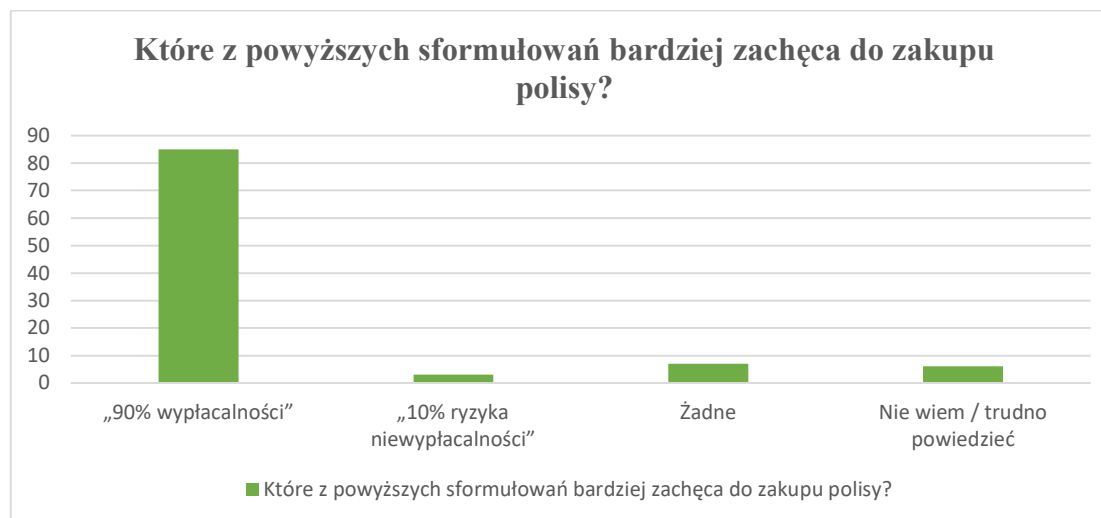
W kolejnej części badania oferta została przedstawiona w negatywnym ujęciu: „10% przypadków nie skutkuje wypłatą świadczeń dla bliskich”. Tylko 45,5% respondentów (46 osób) byłoby skłonnych ją zakupić, 26,7% (27 osób) odpowiedziało „nie”, a 27,7% (28 osób) było niezdecydowanych. Porównanie z pozytywnym ujęciem pokazuje spadek liczby odpowiedzi twierdzących o niemal 30 punktów procentowych oraz wzrost liczby osób niezdecydowanych, co potwierdza działanie efektu ramowania. Negatywne przedstawienie informacji obniża atrakcyjność oferty i zwiększa niepewność konsumentów (rysunek 7.11).



Rysunek 7.11. Skłonność do zakupu polisy w wersji negatywnej: „10% ryzyka niewypłacalności”

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego.

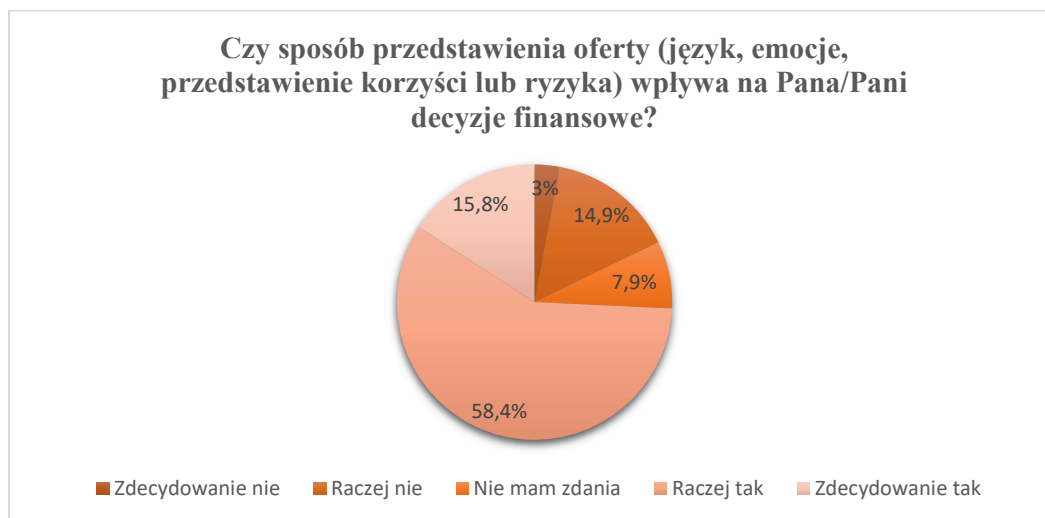
W pytaniu podsumowującym respondenci wskazywali, które sformułowanie oferty („90% wypłacalności” czy „10% ryzyka niewypłacalności”) bardziej zachęca do zakupu polisy. Aż 84,2% (85 osób) uznało wersję pozytywną za bardziej przekonującą, 3% (3 osoby) wybrało wersję negatywną, 6,9% (7 osób) nie przekonało żadne sformułowanie, a 5,9% (6 osób) nie miało zdania. Wyniki jednoznacznie potwierdzają efekt ramowania - sposób przedstawienia informacji, nawet przy identycznej treści, znacząco wpływa na odbiór oferty i jej akceptowalność (rys 7.12).



Rysunek 7.12. Preferowane sformułowanie oferty ubezpieczeniowej w kontekście decyzji zakupowej

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego.

W pytaniu o wpływ sposobu przedstawienia oferty (język, emocje, prezentacja korzyści i ryzyka) aż 74,2% respondentów (58,4% „raczej tak”, 15,8% „zdecydowanie tak”) przyznało, że forma przekazu wpływa na ich decyzje finansowe. Tylko niewielki odsetek uważał, że nie ma to znaczenia („raczej nie” - 14,9%, „zdecydowanie nie” - 3%). Wyniki potwierdzają, że konsumenci reagują na sposób prezentacji oferty, co jest zgodne z efektem ramowania (rys 7.13).



Rysunek 7.13. Wpływ sposobu przedstawienia oferty na decyzje finansowe respondentów

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego.

W celu głębszej analizy i ustalenia, czy istnieje statystyczna zależność między oceną wpływu sposobu przedstawienia oferty na decyzje finansowe a posiadaniem ubezpieczenia na życie, przeprowadzono test niezależności chi-kwadrat. W teście tym weryfikowano następujące hipotezy:

- H_0 : nie istnieje zależność pomiędzy oceną wpływu sposobu przedstawienia oferty a posiadaniem ubezpieczenia na życie,
- H_1 : istnieje zależność pomiędzy oceną wpływu sposobu przedstawienia oferty a posiadaniem ubezpieczenia na życie.

Zależność między deklarowanym wpływem języka, emocji i formy komunikacji a posiadaniem ubezpieczenia na życie przedstawia tabela 7.6.

Tabela 7.6. Zależność między oceną wpływu sposobu przedstawienia oferty a posiadaniem ubezpieczenia na życie

Czy sposób przedstawienia oferty wpływa na decyzję?	Czy posiada ubezpieczenie na życie?					
	Tak		Nie		Brak wiedzy	
	Liczebność	Procentowo	Liczebność	Procentowo	Liczebność	Procentowo
Tak	30	69,77%	34	80,95%	11	68,75%
Nie	10	23,26%	5	11,90%	3	18,75%
Brak zdania	3	6,98%	3	7,14%	2	12,50%
Statystyka Chi-kwadrat	2,484952					
Wartość p	0,64733					

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego.

Dane zostały przekodowane do trzech kategorii w celu umożliwienia zastosowania testu chi-kwadrat. Otrzymany wynik testu chi-kwadrat wynosi $\chi^2 = 2,4850$, a wartość prawdopodobieństwa testowego (p) wynosi 0,64733. Ponieważ $p > 0,05$, brakuje podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej. Oznacza to, że w badanej próbie nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności między oceną wpływu sposobu przedstawienia oferty a posiadaniem ubezpieczenia na życie.

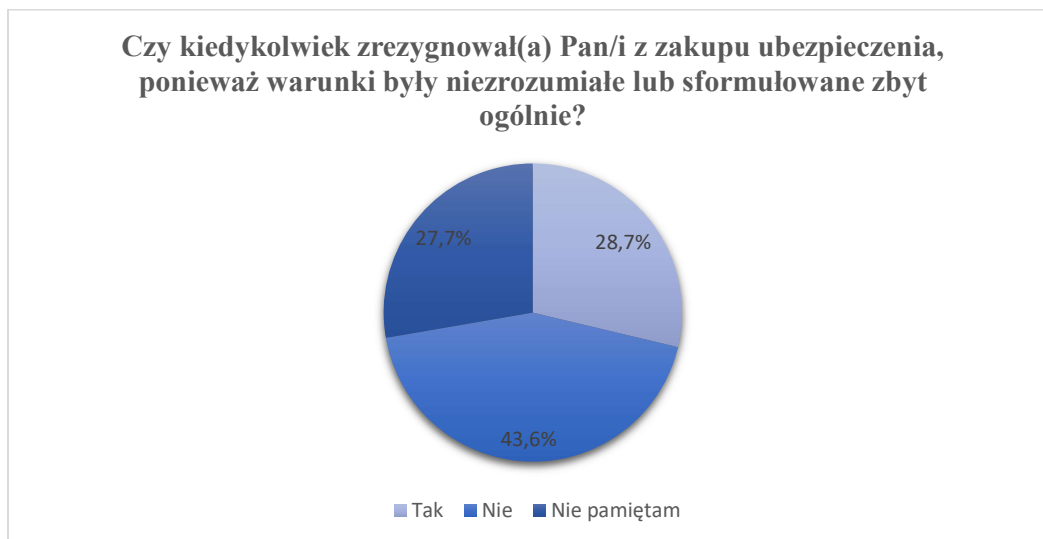
W pytaniu o potrzebę większej przejrzystości ofert ubezpieczeniowych aż 93,1% respondentów (84 osoby) uznało, że komunikaty powinny być bardziej czytelne i jednoznaczne. Tylko 2% badanych stwierdziło, że obecna forma jest wystarczająca, a 5% nie miało zdania. Wyniki wskazują, że prosty i przejrzysty język jest kluczowy dla zaufania i decyzji zakupowych (rys 7.14).



Rysunek 7.14. Ocena potrzeby większej przejrzystości ofert ubezpieczeniowych przez respondentów

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego.

W pytaniu o rezygnację z zakupu polisy z powodu niejasnych warunków, 28,7% respondentów (29 osób) przyznało, że miało taką sytuację, 43,6% (44 osoby) odpowiedziało „nie”, a 27,7% (28 osób) nie było pewnych. Wyniki pokazują, że brak klarowności ofert może stanowić istotną barierę zakupową i wpływać na postrzeganie wiarygodności polisy, co jest zgodne z efektem ramowania (rysunek 7.15).



Rysunek 7.15. Rezygnacja z zakupu ubezpieczenia z powodu niejasnych warunków

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego.

W celu pogłębionej analizy i ustalenia, czy istnieje statystyczna zależność między posiadaniem ubezpieczenia na życie a doświadczeniem rezygnacji z jego zakupu z powodu niezrozumiałych lub zbyt ogólnych warunków, przeprowadzono test niezależności chi- kwadrat. W teście tym weryfikowano następujące hipotezy:

- H_0 : nie istnieje zależność pomiędzy posiadaniem ubezpieczenia na życie a rezygnacją z jego zakupu z powodu niejasnych warunków,
- H_1 : istnieje zależność pomiędzy posiadaniem ubezpieczenia na życie a rezygnacją z jego zakupu z powodu niejasnych warunków.

Zależność między wcześniejszą rezygnacją z zakupu ubezpieczenia z powodu niejasnych warunków a posiadaniem ubezpieczenia na życie przedstawia tabela 7.7.

Tabela 7.7. Zależność między posiadaniem ubezpieczenia na życie a wcześniejszą rezygnacją z zakupu polisy z powodu niejasnych warunków

Czy posiada ubezpieczenie na życie?	Czy zrezygnowano z zakupu polisy z powodu niejasnych warunków?					
	Tak		Nie		Brak zdania	
	Liczebność	Procentowo	Liczebność	Procentowo	Liczebność	Procentowo
Tak	14	31,82%	12	41,38%	17	60,71%
Nie	22	50,00%	15	51,72%	5	17,86%
Brak wiedzy	8	18,18%	2	6,90%	6	21,43%
Statystyka Chi-kwadrat	10,79525					
Wartość p	0,02896					

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego.

Wynik testu chi-kwadrat wyniósł $\chi^2 = 10,79525$, a wartość prawdopodobieństwa testowego (p) wyniosła 0,02896. Ponieważ $p < 0,05$, istnieją podstawy do odrzucenia hipotezy zerowej na rzecz alternatywnej. Oznacza to, że w badanej próbie stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy posiadaniem ubezpieczenia na życie a rezygnacją z jego zakupu ze względu na nieczytelność lub niejednoznaczność oferty. Wynik ten sugeruje, że sposób formułowania warunków ubezpieczenia może mieć wpływ na decyzje konsumenckie.

Ostatnie pytanie dotyczyło lęku przed niespodziewanymi zdarzeniami losowymi wpływającymi na sytuację finansową. Ponad połowa respondentów (51,5%) zadeklarowała umiarkowane lub silne obawy, 28,7% raczej się nie obawiało, 4% wcale, a 15,8% nie miało zdania. Wyniki zobrazowano na rysunku 7.16.



Rysunek 7.16. Poziom obaw respondentów przed niespodziewanymi zdarzeniami losowymi a ich wpływ na sytuację finansową

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego.

Wyniki te potwierdzają, że lęk przed nagłymi zdarzeniami losowymi jest powszechny i motywuje przy podejmowaniu decyzji ubezpieczeniowych. Jednocześnie może on potęgować podatność na wpływ przekazów reklamowych, szczególnie tych bazujących na efekcie ramowania. Wszelkie obawy powiązane z potencjalnymi konsekwencjami śmierci, choroby czy wypadku mogą skłonić jednostki do poszukiwania zabezpieczenia finansowego w postaci polisy.

7.8. Podsumowanie

Decyzje konsumenckie na rynku ubezpieczeń na życie kształtowane są przez złożony układ czynników ekonomicznych i psychologicznych, a specyfika tych produktów, wynikająca z ich długoterminowego charakteru oraz odległych w czasie korzyści, sprzyja stosowaniu uproszczeń poznawczych. W warunkach niepewności i ryzyka konsumenci często odstępują od pełnej racjonalności, opierając swoje wybory na intuicji, emocjach oraz sposobie prezentacji informacji. Zastosowanie perspektywy ekonomii behawioralnej pozwala na lepsze zrozumienie rzeczywistych mechanizmów decyzyjnych w obszarze ubezpieczeń na życie. Przeprowadzona analiza teoretyczna oraz badanie empiryczne umożliwiły ocenę wpływu wybranych mechanizmów poznawczych, w szczególności heurystyki dostępności i efektu

ramowania, na postrzeganie ryzyka oraz decyzje dotyczące zakupu polis życiowych. Uzyskane wyniki odnoszą się przede wszystkim do badanej grupy respondentów, w której dominowały osoby młode, dlatego należy interpretować je z uwzględnieniem struktury próby badawczej.

Analiza wyników badań empirycznych pozwoliła na weryfikację sformułowanych hipotez badawczych oraz wyciągnięcie wniosków. Weryfikacji poddano dwie hipotezy badawcze:

1. Heurystyka dostępności wpływa na decyzje dotyczące zakupu ubezpieczenia na życie.
2. Efekt ramowania wpływa na wybór oferty ubezpieczeniowej.

Pierwsza hipoteza zakładała, że heurystyka dostępności wpływa na decyzje dotyczące zakupu ubezpieczenia na życie. Mimo tego, że analiza statystyczna nie potwierdziła istotnej zależności między posiadaniem polisy a wcześniejszymi doświadczeniami związanymi z przeżyciami związanymi z ubezpieczeniem na życie, w odpowiedziach respondentów zauważalne są istotne tendencje. Częściej deklarowano gotowość do zabezpieczenia siebie bądź osób bliskich, które zetknęły się z prawdziwym ryzykiem lub znały realne przypadki wypłaty świadczenia. Świadczyć to może o obecności wpływu heurystyki dostępności, którego efekt jest bardziej widoczny w percepcji i ocenie ryzyka niż w zachowaniach odzwierciedlających się w wynikach statystycznych. Zatem hipoteza nie została jednoznacznie zweryfikowana

w sposób pozytywny ani negatywny - brak statystycznie istotnej zależności uniemożliwia jej pozytywną weryfikację, jednak zaobserwowane tendencje wskazują na obecność analizowanego mechanizmu.

Druga hipoteza dotyczyła tego, że efekt ramowania wpływa na wybór oferty ubezpieczeniowej. W tym przypadku również test statystyczny, dotyczący zależności między oceną wpływu sposobu przedstawienia oferty a posiadaniem polisy na życie, nie wykazał istotnej zależności. Jednak dane jakościowe zauważalnie potwierdziły siłę oddziaływania formy w jakiej przekazywane są informacje dotyczące ubezpieczeń na życie. Respondenci znacznie częściej wybierali pozytywne sformułowanie oferty („90% wypłacalności”) aniżeli treść przedstawioną w negatywnym świetle („10% ryzyka niewypłacalności”). 74,2% badanych wskazało również, że sposób prezentacji oferty (język, emocje, przedstawienie korzyści lub ryzyka) wpływa na podejmowane decyzje finansowe. Świadczy to o tym, że efekt ramowania

odnajduje swoją funkcję przede wszystkim w sferze odczuć i percepcji, a niekoniecznie przekłada się na bezpośrednie decyzje zakupowe.

Szczególną uwagę zwraca trzecia analiza, gdzie wykazano istotną zależność statystyczną między posiadaniem ubezpieczenia a wcześniejsza rezygnacją z jego zakupu z powodu niejasnych warunków oferty. Oznacza to, że realną barierą w podejmowaniu decyzji o zabezpieczeniu finansowym stanowić może nieczytelny bądź zbyt skomplikowany język stosowany w ofertach ubezpieczeniowych, niezależnie od wcześniejszych doświadczeń konsumenta czy poziomu ryzyka. Zatem druga hipoteza została zweryfikowana w sposób pozytywny - choć jedna z analiz statystycznych nie wykazała istotnej zależności, to inna potwierdziła istotny wpływ sposobu przedstawienia oferty na decyzję o zakupie polisy. Uzyskane wyniki, w połączeniu z deklaracjami respondentów dotyczącymi znaczenia formy i języka przekazu, wskazują na rzeczywiste działanie efektu ramowania.

Zebrane dane wskazują, że procesy poznawcze, takie jak heurystyka dostępności i efekt ramowania, odgrywają istotną rolę w postrzeganiu ryzyka oraz ofert ubezpieczeniowych, mimo braku pełnego potwierdzenia statystycznego. Mechanizmy te nie zawsze przekładają się na jednoznaczne decyzje zakupowe, lecz wpływają na sposób rozumienia potrzeby ochrony finansowej. W wymiarze praktycznym wyniki podkreślają znaczenie przejrzystości informacji, prostoty języka oraz świadomego kształtowania komunikacji, co może sprzyjać wzrostowi zaufania i zainteresowania ubezpieczeniami na życie.

Należy jednak podkreślić, że badanie zostało przeprowadzone na nielosowej próbie respondentów. Ponadto w badanej grupie przeważały osoby w wieku 18-24 lata oraz studenci, co wskazuje na dominację młodych dorosłych w próbie badawczej. W związku z tym uzyskane wyniki odnoszą się przede wszystkim do tej grupy respondentów i powinny być interpretowane z uwzględnieniem badanej próby.

Literatura

Piśmiennictwo

Antonides G., van Raaij F.W., *Zachowanie konsumenta. Podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003.

Baker K. H., Filbeck G., Nofsinger R. J., *Finanse behawioralne. Co każdy powinien wiedzieć*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2021.

Bartkowiak R., *Historia myśli ekonomicznej*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2013.

- Bednarczyk H. T., Szymańska A., *Rola ubezpieczeń w koncepcjach zarządzania ryzykiem współczesnych przedsiębiorstw*, „Finanse i Prawo Finansowe” 2021, nr 2(30).
- Czuchryta M., „*Status quo*” w podejmowaniu decyzji finansowych, „Przegląd Prawno-Ekonomiczny” 2020, nr 3.
- De Bondt F. W., Thaler H. R., *Financial Decision-Making in Markets and Firms: A Behavioral Perspective*, „Handbooks in Operations Research and Management Science” 1995, vol. 9.
- Duczkowski N., *Wykorzystanie finansów behawioralnych do opisu wybranych zjawisk na polskim rynku ubezpieczeniowym*, „Zeszyty Naukowe Polskiego Towarzystwa Ekonomicznego w Zielonej Górze” 2021, nr 8(15).
- Falkowski A., Tyszka T., *Psychologia zachowań konsumenckich*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2009.
- Giza W., *Indywidualny i społeczny wymiar dobrobytu w świetle teorii użyteczności*, „Studia Ekonomiczne” 2012, nr 101.
- Grzesiuk K., *Powstanie i ewolucja modelu homo oeconomicus*, „Roczniki Ekonomii i Zarządzania” 2014, t. 6 (42), nr 2.
- Kahneman D., *Pułapki myślenia. O myśleniu szybkim i wolnym*, Media Rodzina, Poznań 2012.
- Kahneman D., Tversky A., *Prospect theory: An analysis of decision under risk* [w:] *Handbook of the fundamentals of financial decision making*. Part I, 2013.
- Kunreuther H., Pauly M., *Role of Deliberative Thinking and Emotions in Insurance Decision Making: An Experimental Study*, Working Paper 2014-03, Risk Management and Decision Processes Center, Wharton School, University of Pennsylvania, 2014.
- Makarowski R., Leszczyńska A., Łozach K., Makarowski P., *Skoki na bungee a teoria perspektywy Kahnemana D. i Tversky A.’ego*, „Polski Przegląd Medycyny i Psychologii Lotniczej” 2012, nr 2(18).
- Mankiw N. G., Taylor M. P., *Mikroekonomia*, tłum. Czarny B., Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2009.
- McKenzie R. B., *Predictably Rational?*, Springer, Berlin 2010.
- Meikle L. N., Tenney R. E., Moore A. D., *Overconfidence at Work: Does Overconfidence Survive the Checks and Balances of Organizational Life?*, „Research in Organizational Behavior” 2016, vol. 36.
- Nogal P., *Racjonalność ekonomiczna w kontekście teorii użyteczności*, „Studia Ekonomiczne” 2014, nr 160, cz. 1.
- Pastusiak R., *Nadmierny optymizm w wycenach przedsiębiorstw*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska” 2016, sectio H, vol. L, nr 4.
- Roese J. N., Vohs D. K., *Hindsight bias*, „Perspectives on Psychological Science” 2012, vol. 7, nr 5.
- Shah K. A., Oppenheimer D. M., *Heuristics made easy: an effort-reduction framework*, „Psychological Bulletin” 2008, nr 134(2).
- Shefrin H., *Beyond Greed and Fear: Understanding Behavioral Finance and the Psychology of Investing*, Harvard Business School Press, Boston 2000.
- Solek A., *Ekonomia behawioralna a ekonomia neoklasyczna*, „Zeszyty Naukowe PTE” 2010, nr 8.
- Stępień B., Szarzec K., *Ewolucja poglądów teorii ekonomii na temat koncepcji człowieka gospodarującego*, „Ekonomista” 2007, nr 1.
- Szumlicz T., *Spółeczna rola ubezpieczeń: podstawy polityki ubezpieczeniowej*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2009, nr specjalny 2.
- Szyska A., *Wycena papierów wartościowych na rynku kapitałowym w świetle finansów behawioralnych*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2007.
- Thaler H. R., *Behavioral economics*, „Journal of Political Economy” 2017, nr 125(6).
- Thaler H. R., *Mental Accounting Matters*, „Journal of Behavioral Decision Making” 1999, no. 12.

- Tversky A., Kahneman D., *Availability: A heuristic for judging frequency and probability*, "Cognitive Psychology" 1973, nr 5(2).
- Tversky A., Kahneman D., *Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases: Biases in judgments reveal some heuristics of thinking under uncertainty*, "Science" 1974, nr 185(4157).
- von J. Neumann, Morgenstern O., *Theory of Games and Economic Behavior*, Princeton University Press, Princeton 2007, s. 26–31.
- Wawrzyniak A., *Zmiana paradygmatu homo oeconomicus w naukach o zarządzaniu*, „Studia Ekonomiczne” 2015, nr 233.
- Zalega T., *Consumer and Consumer Behaviour in the Neoclassical and Behavioural Economic Approach*, „Konsumpcja i Rozwój” 2014, nr 4(9).
- Zeliaś A., Pawełek B., Wanat S., *Metody statystyczne. Zadania i sprawdziany*, PWE, Warszawa 2002.
- Zielonka P., *Punkt odniesienia. Rzec o motywacyjnych i poznawczych inklinacjach w ekonomii behawioralnej*, CeDeWu, Warszawa 2023.
- Znanińska K., Szewieczek D., Ogrodnik H., *Finansowe implikacje decyzji ubezpieczeniowych gospodarstw domowych*, „Studia Ekonomiczne” 2014, nr 198.

Źródła internetowe

- A. Jańska, A. Kędra, *Determinanty wyboru ubezpieczeń na życie*, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2024, www.umcs.pl, (17.04.2025)

Rozdział 8

Polskie Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych i malezyjskie instytucje takaful – analiza porównawcza polityki lokacyjnej i mechanizmów transferu wartości

Maciej Jastrzębski¹

8.1. Wprowadzenie

Współczesny rynek ubezpieczeniowy charakteryzuje się znacznym zróżnicowaniem form organizacyjnych, wynikającym z odmiennych uwarunkowań prawnych, kulturowych oraz regulacyjnych. Obok zakładów ubezpieczeń działających w formie spółek kapitałowych funkcjonują alternatywne modele instytucjonalne, w szczególności towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych (dalej: TUW) oraz islamskie instytucje ubezpieczeniowe typu *takaful*. Modele te, mimo różnic systemowych, odwołują się do wspólnych założeń aksjologicznych, takich jak wspólnotowość, solidarność ryzyka oraz brak nastawienia na maksymalizację zysku akcjonariuszy.

Problem badawczy został sformułowany za pomocą następujących pytań:

- Jakie są podobieństwa oraz różnice istoty działalności obu instytucji?
- Jak istota obu instytucji wpływa na ich działalność lokacyjną?
- Czy w wymiarze praktycznym celem funkcjonowania obu instytucji pozostaje idea non-profit?

W celu realizacji powyżej wymienionych założeń badawczych, postawiono następujące hipotezy badawcze:

- H1: Zasada wzajemności w polskich TUW i w systemie malezyjskich *takaful* realizuje podobną funkcję ochrony uczestników poprzez wspólnotę ryzyka, jednak w praktyce pełni różne role instytucjonalne (w TUW związana jest z członkostwem i udziałem w kapitale, a w *takaful* z normami religijnymi i funduszem uczestników).

¹ Koło Naukowe Ubezpieczeń „Risk Management”, Katedra Zarządzania Ryzykiem i Ubezpieczeń, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie.

- H2: Zarówno polskie TUW, jak i malezyjskie instytucje *takaful* prowadzą konserwatywną politykę lokacyjną, przy czym portfel TUW cechuje się niższym ryzykiem, ale także niższą rentownością w porównaniu do portfela *takaful* (który dzięki większej elastyczności w doborze aktywów generuje stabilniejsze i wyższe zyski).
- H3: W badanych modelach polskich TUW i malezyjskich instytucji *takaful* mogą występować mechanizmy organizacyjne i finansowe prowadzące do asymetrycznej dystrybucji korzyści i ryzyka pomiędzy uczestnikami a podmiotami zarządzającymi.

Zastosowanie analizy porównawczej oraz metody studium przypadku wynika z potrzeby zestawienia dwóch modeli instytucjonalnych opartych na zbliżonych założeniach aksjologicznych, funkcjonujących jednak w odmiennych systemach prawnych i kulturowych. Polska i Malezja zostały wybrane ze względu na reprezentatywność odpowiednio europejskiego modelu towarzystw ubezpieczeń wzajemnych oraz rozwiniętego rynku *takaful*, charakteryzującego się wyraźnie wyodrębnionymi ramami regulacyjnymi.

8.2. Fundamenty prawno-organizacyjne alternatywnych modeli ubezpieczeń

Fundamenty prawno-organizacyjne Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych

Podstawą funkcjonowania polskich towarzystw ubezpieczeń wzajemnych (TUW), zgodnie z *Ustawą o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej*² (dalej: UoDUiR)³, jest ubezpieczanie członków na zasadzie wzajemności⁴. Istota tej zasady sprowadza się do utworzenia wspólnoty ryzyka, w której członkowie solidarnie przyjmują na siebie ciężar skutków zdarzeń losowych dotyczących któregośkolwiek z nich, proporcjonalnie do wniesionego udziału.

Należy wyraźnie podkreślić, że w odróżnieniu od spółek kapitałowych, celem TUW nie jest maksymalizacja zysku dla akcjonariuszy. Jak trafnie wskazuje Dankowiakowski, głównym celem działalności gospodarczej towarzystw nie są przychody ani zyski (tzw. nadwyżki bilansowe); stanowią one jedynie środek niezbędny do zaspokajania potrzeb ubezpieczeniowych ich członków⁵.

² Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1526).

³ *Ibidem*, art. 1 ust. 1.

⁴ *Ibidem*, art. 102.

⁵ H. Dankowiakowski, *TUW jako alternatywa dla ubezpieczenia komercyjnego i rola związków wzajemności członkowskiej w TUW*, [w:] *Prawne aspekty działalności Towarzystw Ubezpieczeń Wzajemnych*, red. M.

Specyfika wzajemności w polskim systemie prawnym objawia się również w unii personalnej ubezpieczonego i udziałowca. Zgodnie z UoDUiR, podmiot ubezpieczony w towarzystwie staje się jednocześnie jego członkiem, co wiąże się z zaangażowaniem w kapitałe własnym. Ustawa przewiduje jednak wyjątki od tej reguły - o ile statut nie stanowi inaczej, wymóg członkostwa może nie dotyczyć ubezpieczonych, których składka stanowi nie więcej niż 10% składki przypisanej brutto⁶. Praktycznym przykładem realizacji tych zasad jest Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych Polski Zakład Ubezpieczeń Wzajemnych. Zgodnie z jego statutem⁷, członkostwo uzyskuje się po objęciu co najmniej jednego udziału w kapitale rezerwowym o wartości 100 zł⁸.

Fundamenty prawno-organizacyjne instytucji takaful

Historyczne korzenie islamskich instytucji wzajemnej pomocy i odpowiedzialności, takich jak tradycja *aqilah*, sięgają początków islamu i znacznie poprzedzają ubezpieczenia komercyjne⁹. Geneza współczesnego, sformalizowanego systemu takaful wiąże się natomiast z koniecznością stworzenia alternatywy dla konwencjonalnych ubezpieczeń, które ze względu na obecność elementów zakazanych przez prawo islamskie, takich jak lichwa (*riba*), hazard (*maysir*) oraz nadmierna niepewność kontraktowa (*gharar*) są odrzucane przez szariat¹⁰. Tradycyjna umowa ubezpieczenia, polegająca na zobowiązaniu ubezpieczyciela do wypłaty w przyszłości niepewnego świadczenia w zamian za bieżącą składkę, byłaby zatem uznana za nieważną w świetle prawa islamskiego¹¹. W konsekwencji istotą *takaful* stało się zastąpienie transferu ryzyka mechanizmem wzajemnej pomocy i wspólnego ponoszenia ciężarów (*ta'awun*), w ramach którego uczestnicy zobowiązują się do solidarnego wsparcia finansowego w razie wystąpienia szkody¹². To właśnie ta zasada wzajemności została następnie

Wałachowska i M.P. Ziemiak, Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa „Dom Organizatora”, Toruń 2024, s. 23.

⁶ Art. 111 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1526).

⁷ Załącznik 1 do Uchwały 4/2025 Zwyczajnego Walnego Zgromadzenia T UW Polskiego Zakładu Ubezpieczeń Wzajemnych z dnia 24 czerwca 2025 r., , dostęp 02.02.2026.

⁸ *Ibidem*, § 7 ust. 1.

⁹ Y.S. Abubakar i in., *A Glance on Shariah Basis of Takaful (Islamic Insurance)*, “Saudi Journal of Business and Management Studies” 2017, vol. 2(11), s. 1026.

¹⁰ C. Martysz, *Zarys problematyki finansów islamskich*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2013, s. 48.

¹¹ S. Archer, R. Abdel Karim, V. Nienhaus (red.), *Takaful Islamic Insurance: Concepts and Regulatory Issues*, John Wiley & Sons, Hoboken 2011, rozdział 2.

¹² M. Muthoifin i in., *The Concept of Ta'awun and Sharia Mutual Cooperation in Prosperity and the Establishment of Darus Salam Mosque*, “Demak Universal Journal of Islam and Sharia” 2024, vol. 1(03), 241–242.

sformalizowana w nowoczesnych regulacjach prawnych - w tym w malezyjskiej ustawie *Islamic Financial Services Act 2013*¹³ (dalej: IFSA), która definiuje *takaful* jako układ oparty na wzajemnej pomocy, realizowany poprzez wspólny fundusz uczestników¹⁴.

Instytucjonalizacja zasady *ta'awun* miała jednak również wymiar funkcjonalny, gdyż umożliwiła stworzenie nowoczesnych, rynkowych struktur ubezpieczeniowych, w tym komercyjnych zakładów *takaful*, działających w formach organizacyjnych zgodnych z wymogami szariatu. W systemie prawnym Malezji IFSA przewiduje ponadto obowiązek powołania Komitetu Szariatu, sprawującego nadzór nad zgodnością działalności z normami religijnymi¹⁵, jak również ścisłe rozdzielenie funduszu uczestników od funduszu akcjonariuszy operatora *takaful*¹⁶. W konsekwencji ubezpieczony nie musi posiadać udziałów w spółce zarządzającej, aby korzystać z ochrony. Operator *takaful* pełni w tym systemie rolę zarządzającego funduszem uczestników i działa na podstawie umów o charakterze agencyjnym lub partnerskim (takich jak *wakala*, *mudaraba* bądź modele hybrydowe), przy czym nie przejmuje on ryzyka ubezpieczeniowego, lecz odpowiada za administrację funduszu, lokowanie środków oraz obsługę roszczeń w granicach określonych przez IFSA oraz nadzór szariacki¹⁷.

Zarówno w polskich TUW, jak i w systemie *takaful* centralnym elementem działalności jest zasada wzajemności. W TUW uczestnicy tworzą wspólnotę ryzyka, w której członkowie solidarnie przyjmują na siebie ciężar skutków zdarzeń losowych dotyczących któregośkolwiek z nich, proporcjonalnie do wniesionego udziału. W systemie *takaful* uczestnicy zobowiązują się do solidarnego wsparcia finansowego w razie wystąpienia szkody, a mechanizm ten formalizowany jest w funduszu uczestników zgodnie z zasadą *ta'awun*.

W obu modelach wzajemność pełni funkcję gromadzenia środków w celu wzajemnej ochrony, jednak różnice instytucjonalne wpływają na jej praktyczną realizację. W TUW uczestnik staje się członkiem i wchodzi w unię personalną z udziałem w kapitale. W systemie *takaful* uczestnik nie posiada udziałów w spółce zarządzającej, jego wkład służy wyłącznie

¹³ Islamic Financial Services Act 2013 (Act 759), Laws of Malaysia.

¹⁴ *Ibidem*, art. 2(1).

¹⁵ *Ibidem*, art. 30(1).

¹⁶ *Ibidem*, art. 90(1).

¹⁷ S. Archer, R. Karim, V. Nienhaus, *op. cit.*

tworzeniu funduszu wspólnego, którego administracja odbywa się zgodnie z normami Szariatu, a operator nie ponosi ryzyka ubezpieczeniowego.

Porównanie tych modeli pozwala wyciągnąć wniosek potwierdzający hipotezę H1. Różnice w organizacji i podstawach prawnych determinują jedynie sposób praktycznej realizacji tej zasady, w TUW związana jest z członkostwem i udziałem kapitałowym, w *takaful* z normami religijnymi i funduszem uczestników, co nie przeczy jej fundamentalnej funkcji. W ten sposób porównanie wykazuje, że funkcjonalne znaczenie wzajemności pozostaje zbliżone w obu systemach.

8.3. Założenia metodyczne i charakterystyka próby badawczej

W badaniu zastosowano metodę studium przypadku, opartą na celowym doborze próby, uzupełnioną analizą funkcjonalną polegającą na konfrontacji sfery deklaratywnej z realnymi mechanizmami działania badanych podmiotów. Analizie poddano dwa podmioty reprezentujące odmienne systemy organizacji ubezpieczeń wzajemnych majątkowych: TUW Polski Zakład Ubezpieczeń Wzajemnych (dalej: TUW PZUW) jako przykład klasycznego towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych w Polsce oraz Syarikat Takaful Malaysia Am Berhad (dalej: STMAB) jako przedstawiciela modelu *takaful* funkcjonującego w Malezji.

Wybrane podmioty reprezentują różne systemy - tradycyjnej wzajemności (Polska) oraz *takaful* (Malezja) - co umożliwia obserwację zróżnicowanych mechanizmów komercjalizacji w ramach formalnie wzajemnych struktur. Wybór tych instytucji jest uzasadniony ich reprezentatywnością dla rynków krajowych: TUW PZUW jest największym towarzystwem wzajemnym w Polsce, natomiast STMAB należy do czołowych operatorów *takaful* w Malezji. Takie podejście umożliwia przeprowadzenie pogłębionej, jakościowej analizy porównawczej bez ryzyka rozmycia wyników przez mniejsze instytucje.

Źródłem są dane z lat 2021-2024 takie jak: sprawozdania finansowe STMAB¹⁸, sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej (dalej: SFCR) TUW PZUW¹⁹, raporty z działalności, dokumenty korporacyjne oraz skonsolidowane sprawozdania finansowe grup

¹⁸ *Annual Report 2021*, Syarikat Takaful Malaysia Keluarga Berhad (STMKB), (<https://www.takaful-malaysia.com.my/en/investor-relations/>), dostęp: 01.02.2026 r. (w przypadku nowszych analogicznie).

¹⁹ *Solvency and Financial Condition Report (SFCR). Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych Polskiego Zakładu Ubezpieczeń Wzajemnych za rok 2021*, (<https://www.tuwpzuw.pl/o-nas/sprawozdania-o-wypłacalnosci-i-kondycji-finansowej>), dostęp: 01.02.2026 r. (w przypadku nowszych analogicznie).

kapitałowych, którymi członkami są badane podmioty. Podejście to jest zgodne z praktyką przyjętą w literaturze, podobne dane źródłowe, zostały uwzględnione na przykład w badaniach Sufyan i Othman²⁰, którzy dokonywali analizy komparatywnej malezyjskich *takaful* oraz klasycznych ubezpieczalni.

Przyjęty horyzont czasowy pozwala na obserwację aktualnych praktyk finansowych oraz struktury przepływów pieniężnych w warunkach rynkowych po okresie stabilizacji i wahań stóp procentowych, a jednocześnie umożliwia porównanie efektywności i bezpieczeństwa operacyjnego w obu modelach w krótkim okresie.

W celu zapewnienia porównywalności danych zastosowano ujednoliconą metodologię wskaźnikową, obejmującą analizę struktury portfela inwestycyjnego w ujęciu procentowym:

$$\frac{\text{Wartość poszczególnego składnika lokat (aktywa inwestycyjnego)}}{\text{Łączna wartość wszystkich składników lokat (aktywów inwestycyjnych)}}$$

oraz obliczenie rentowności portfela inwestycyjnego, uwzględniającej przychody z lokat, wynik z tytułu realizacji lokat oraz kapitał z aktualizacji wyceny:

a = przychody z lokat (aktywów inwestycyjnych)

b = wynik z tyt. realizacji lokat (aktywów inwestycyjnych)

c = kapitał z aktualizacji wyceny lokat (aktywów inwestycyjnych)

$$\frac{a + b + c}{\text{Łączna wartość wszystkich składników lokat (aktywów inwestycyjnych)}}$$

Podana metryka jest zmodyfikowaną metryką przyjętą przez Abdou i współautorów w badaniu zestawiającym empiryczne działalność Malezyjskich *takaful* z konwencjonalnymi ubezpieczeniami (*investment income ratio = investment income / premium earned*)²¹. W odróżnieniu od wskaźnika zastosowanego przez Abdou i współautorów, w którym dochód inwestycyjny został odniesiony do składki zarobionej jako miary skali działalności

²⁰A. Sufyan, S. Othman, *Governance, Ethics, and Transparency: A Comparative Analysis of Takaful and Conventional Insurance in Malaysia*, "Journal of Business and Economic Options" 2015, vol. 8(3), s. 18.

²¹H. Abdou, K. Ali, R. Lister, *A comparative study of Takaful and conventional insurance: empirical evidence from the Malaysian market*, "Insurance Markets and Companies: Analyses and Actuarial Computations" 2014, vol. 4 (1), s. 23-35.

ubezpieczeniowej, w niniejszym badaniu wynik inwestycyjny odniesiono bezpośrednio do wartości portfela lokat. Przyjęta konstrukcja pozwala na ocenę efektywności zarządzania aktywami w oderwaniu od dynamiki przypisu składki oraz różnic konstrukcyjnych między modelami wzajemnym, *takaful* i konwencjonalnym. Wyższa wartość wskaźnika oznacza wyższy zwrot z portfela.

Analiza struktury portfela umożliwia ocenę stopnia dywersyfikacji oraz ekspozycji na ryzyko kredytowe i rynkowe, natomiast wskaźnik rentowności odzwierciedla faktyczne rezultaty polityki inwestycyjnej oraz jej wrażliwość na zmiany warunków makroekonomicznych²². Połączenie obu wskaźników stanowi podstawę oceny efektywności, bezpieczeństwa lokat oraz adekwatności strategii inwestycyjnej w obu modelach organizacyjnych.

Kolejny etap badania stanowi studium przypadku (analiza porównawcza) polskiego modelu TUW oraz malezyjskiego systemu *takaful*. Analiza ta obejmuje dekonstrukcję kluczowych mechanizmów transferu wartości, takich jak cesja reasekuracyjna, opłaty zarządcze, obsługa instrumentów dłużnych czy pobór *Wakalah Fee*. Pozwala to na identyfikację rzeczywistych beneficjentów systemów oraz ocenę stopnia asymetrii korzyści wobec uczestników. Weryfikacja hipotezy badawczej odbywa się poprzez porównanie rzeczywistych przepływów finansowych oraz struktury odpowiedzialności za ryzyko z formalną deklaracją wzajemności. W literaturze empirycznej dominują badania porównujące operatorów *takaful* z konwencjonalnymi zakładami ubezpieczeń. Analizy wykorzystują wskaźniki finansowe (*ROA*, *ROE*, *combined ratio*²³) oraz metody efektywnościowe, jak DEA²⁴, w oparciu o sprawozdania finansowe i raporty regulatorów. Badania wskazują na trudności porównawcze wynikające z dualizmu funduszy w *takaful*, odmiennej konstrukcji kontraktów oraz specyfiki dystrybucji nadwyżki i opłat *Wakalah*, co sprawia, że różnice mają charakter strukturalny, a nie wyłącznie efektywnościowy. Natomiast rzadko spotyka się porównania *takaful* z instytucjami wzajemnymi, mimo że oba modele deklaratywnie opierają się na partycypacji uczestników i ograniczonej komercjalizacji. Zestawienie *takaful* z TUW pozwala

²² F. J. Fabozzi, and F. A. Fabozzi. *Bond Markets, Analysis, and Strategies*. 10th ed. Cambridge, MA: MIT Press, 2021.

²³ H. Abdou, K. Ali, R. Lister, *op. cit.*

²⁴ J. Chong, H. Lee, P. Liew, *Is Takaful (Islamic Insurance) More Efficient Than Conventional Insurance. A Comparative Analysis Of Insurance Industry In Malaysia*, "International Journal of Business and Society" 2024, vol. 25(2), 509–529.

na precyzyjną analizę mechanizmów redystrybucji wartości w strukturach formalnie niekomercyjnych. Przyjęta analiza funkcjonalna, łącząca wskaźniki finansowe z oceną transferów wartości i odpowiedzialności za ryzyko, wpisuje się w literaturę porównawczą, wypełniając lukę w zakresie badań *takaful* - *mutual insurers*.

Należy jednak wskazać ograniczenia badania. Analiza obejmuje jedynie dwa podmioty oraz czteroletni okres obserwacji, co może nie odzwierciedlać pełnej dynamiki długoterminowych trendów ani całego spektrum strategii stosowanych w sektorach wzajemności i *takaful*. Ponadto badanie opiera się wyłącznie na danych sprawozdawczych i dokumentach regulacyjnych, które mogą nie ujawniać wszystkich niuansów operacyjnych, bieżących decyzji zarządczych ani potencjalnych przepływów wewnątrzgrupowych między podmiotami powiązanymi.

8.4. Wyniki studium przypadku: Ocena działalności lokacyjnej i mechanizmów transferu wartości

Działalność lokacyjna TUV PZUW

W polskim porządku prawnym ramy działalności lokacyjnej towarzystw ubezpieczeń wzajemnych wyznacza reżim dyrektywy Wypłacalność II (*Solvency II*)²⁵, zaimplementowany do UoDUiR²⁶. Fundamentem tego systemu jest zasada ostrożnego inwestora (*prudent person principle*), wyrażona w art. 132 dyrektywy Wypłacalności II oraz art. 276 UoDUiR. W świetle tych regulacji towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych lokuje środki jedynie w takie aktywa i instrumenty, których ryzyka dany zakład może właściwie określić, mierzyć, monitorować, którymi może właściwie zarządzać, które może właściwie kontrolować i prowadzić sprawozdawczość w ich zakresie, a także które może właściwie uwzględniać przy ocenie swoich łącznych potrzeb w zakresie wypłacalności²⁷. Wpływ powyższych zasad ostrożnościowych znajduje bezpośrednie odzwierciedlenie w danych empirycznych pochodzących ze sprawozdań TUV PZUW, co przedstawia tabela 8.1.

²⁵ Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/138/WE z dnia 25 listopada 2009 r. w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Wypłacalność II) (Dz. Urz. UE L 335 z 17.12.2009, s. 1 z późn. zm.).

²⁶ *Regulacje i dokumenty powiązane. Wypłacalność II*, Komisja Nadzoru Finansowego, (https://www.knf.gov.pl/o_nas/wspolpraca_miedzynarodowa/unia/regulacje_i_dokumenty_powiazane/wypalalnosc), dostęp: 01.02.2026 r.

²⁷ Art. 132 ust. 2 dyrektywy 2009/138/WE.

Tabela 8.1. Procentowy udział instrumentu finansowego w strukturze lokat TUW PZUW (2021-2024)

Nazwa instrumentu	2021	2022	2023	2024
Obligacje emitowane bądź gwarantowane przez Skarb Państwa.	100%	96%	81%	98%
Depozyty inne niż ekwiwalenty środków pieniężnych.	0%	4%	19%	2%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdań SFCR TUW PZUW (<https://www.tuwpzuw.pl/o-nas/sprawozdania-o-wypłacalnosci-i-kondycji-finansowej>), dostęp: 16.01.2026 r.

Analiza struktury portfela inwestycyjnego TUW PZUW za lata 2021-2024 wskazuje na strategię o wysokim stopniu konserwatyzmu. Portfel lokat charakteryzuje się wyraźną monokulturą inwestycyjną, w której dominującą klasę aktywów stanowią obligacje emitowane lub gwarantowane przez Skarb Państwa. Udział tych papierów w strukturze aktywów utrzymywał się na poziomie od około 80% w 2023 roku do blisko 100% w latach 2021 i 2024. Marginalną rolę uzupełniały okresowo depozyty bankowe, co świadczy o taktycznym zarządzaniu płynnością, a nie o dywersyfikacji w kierunku aktywów ryzykownych.

Tak ukształtowana alokacja aktywów wynika bezpośrednio z wymogów reżimu Wypłacalność II oraz zasady ostrożnego inwestora (*prudent person principle*), wyrażonej w art. 132 dyrektywy Solvency II oraz art. 276 UoDUiR. Koncentracja na obligacjach skarbowych, którym przypisuje się zerową wagę ryzyka w standardowym modelu wyliczania wymogów kapitałowych²⁸, pozwala Towarzystwu na optymalizację wymogu kapitałowego wypłacalności. Dodatkowo wysoka płynność tych instrumentów zabezpiecza zdolność TUW do natychmiastowej likwidacji szkód majątkowych, które ze swojej natury charakteryzują się trudną do przewidzenia częstotliwością. Wpływ powyższej struktury portfela ma odzwierciedlenie w rentowności, co przedstawia Tabela 8.2.

²⁸ Art. 180 ust. 2 rozporządzenia delegowanego Komisji (UE) 2015/35 z dnia 10 października 2014 r. uzupełniającego dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/138/WE w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Wypłacalność II) (Dz. Urz. UE L 12 z 17.01.2015, s. 1 z późn. zm.).

Tabela 8.2. Rentowność lokat TUV PZUW (2021-2024)

2021	2022	2023	2024
-5%	-7%	1%	4%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdań SFCR TUV PZUW (2021-2024) (<https://www.tuwpzuw.pl/o-nas/sprawozdania-o-wyplacalnosci-i-kondycji-finansowej>), dostęp: 16.01.2026 r.

Przyjęty model alokacji aktywów, podyktowany imperatywem bezpieczeństwa, determinuje potencjał dochodowy portfela. Rentowność inwestycji w analizowanym okresie wynosiła od -7% do 4%, co jest naturalną konsekwencją opierania portfela na instrumentach o bardzo niskim ryzyku kredytowym. Warto przy tym podkreślić, że bieżąca wycena rynkowa tych aktywów zależy od poziomu stóp procentowych, których gwałtowny wzrost w latach 2021–2023 przełożył się na przejściowe ujemne wyniki z tytułu aktualizacji wyceny.

Działalność lokacyjna Takaful STMAB

W malezyjskim porządku prawnym ramy działalności lokacyjnej operatorów *takaful* wyznacza ustawa IFSA oraz wytyczne Banku Centralnego Malezji wydawane na podstawie kompetencji nadzorczych określonych w art. 57 tej ustawy. O ile fundamentem systemu, podobnie jak w reżimie *Solvency II*, pozostają wymogi ostrożnościowe dotyczące zarządzania ryzykiem i adekwatności kapitałowej, o tyle w modelu *takaful* proces decyzyjny podlega również reżimowi religijnemu²⁹, co w niniejszej monografii zostało nazwane mechanizmem podwójnego filtrowania.

Pierwszy filtr ma charakter ekonomiczny i opiera się na zasadzie ostrożności, zdefiniowanej w standardach ostrożnościowych Banku Centralnego, w szczególności w dokumencie *Policy Document on Investment-linked Business*. Regulacja ta wymaga, aby instytucja zarządzała funduszami w sposób pozwalający uniknąć zbędnego ryzyka oraz kosztów dla uczestników funduszu. Operator zobowiązany jest zapewnić, że wszelkie transakcje przeprowadzane są na warunkach zgodnych z najlepiej pojętym interesem posiadaczy polis, co stanowi funkcjonalny odpowiednik zasady ostrożnego inwestora³⁰.

Drugi filtr ma charakter dogmatyczny i wynika wprost z art. 28 ust. 1 IFSA, który nakłada na operatora bezwzględny obowiązek zapewnienia, że jego działalność, w tym polityka inwestycyjna, jest zgodna z szariatem³¹. W świetle tych regulacji, operator *takaful* nie może

²⁹ Islamic Financial Services Act 2013..., art. 30.

³⁰ *Policy Document on Investment-linked Business*, Bank Negara Malaysia, 2019, § 10.

³¹ Islamic Financial Services Act 2013..., art. 28(1).

lokować środków w instrumenty oparte na procencie (*riba*), obarczone nadmierną niepewnością (*gharar*) lub hazardem (*maysir*). Ostateczną weryfikację dopuszczalności danego aktywa przeprowadza obligatoryjnie Organ Doradczy ds. Szariatu (*Shariah Advisory Body*), którego powołanie i funkcjonowanie jest wymogiem ustawowym³². Oznaczałoby to, że polityka inwestycyjna operatora *takaful* jest kształtowana przez skrzyżowanie rygoru finansowego z imperatywem religijnym. Wpływ tego dualizmu zostanie ukazany podczas analizy sprawozdań *STMAB*, podmiotu prowadzącego działalność w zakresie *takafulu*. Pierwszy aspekt analizy, czyli struktura portfela lokat, został ukazany w Tabeli 8.3.

Tabela 8.3. Struktura lokat STMAB (2021-2024)

Nazwa instrumentu	2021	2022	2023	2024
Wieczyste sukuk (perpetual sukuk)	0%	0%	0%	1%
Islamskie papiery dłużne (Islamic Debt Securities)	81%	79%	81%	77%
Islamskie depozyty (Islamic Deposits)	14%	8%	8%	12%
Malezyjskie rządowe papiery islamskie (Malaysian Government Islamic Papers)	2%	11%	10%	9%
Nieruchomości inwestycyjne (investment properties)	3%	2%	1%	1%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie rocznych sprawozdań finansowych Syarikat Takaful Malaysia Am Berhad (<https://www.takaful-malaysia.com.my/en/investor-relations/>), dostęp: 16.01.2026 r.

Analiza sprawozdań finansowych *STMAB* za lata 2021-2024 wskazuje, że wszystkie instrumenty finansowe tworzące portfel *takaful* są zgodne z zasadami szariatu³³ oraz spełniają klasyczne wymogi bezpieczeństwa i płynności, niezbędne do terminowej likwidacji szkód. Jak wynika z Tabeli 8.3, struktura portfela opiera się na fundamencie dłużnym. Dominującą pozycję zajmują islamskie papiery dłużne (*Islamic Debt Securities*), stanowiące 77-81% aktywów, głównie w formie *Sukuk*, pełniących funkcję stabilizacyjną analogiczną do tradycyjnych obligacji. Uzupełnieniem portfela są instrumenty o wysokiej płynności, czyli islamskie depozyty (8-14%), oraz mniejszościowy udział rządowych papierów wartościowych

³² *Ibidem*, art. 30(1).

³³ *Annual Report 2021 (zawierający Shariah Committee Report)*, Syarikat Takaful Malaysia Am Berhad <https://www.takaful-malaysia.com.my/en/investor-relations/>, dostęp: 01.02.2026 r. (analogicznie dla pozostałych lat).

(2-11%). Tak skomponowany portfel, pozbawiony ryzykownych aktywów kapitałowych z punktu widzenia klasycznych standardów inwestycyjnych, zapewnia funduszowi *takaful* stabilność kapitałową i zdolność do wypłaty świadczeń uczestnikom. Powyższa struktura portfela lokat determinuje rentowność tego portfela, co zostało przedstawione w Tabeli 8.4.

Tabela 8.4. Rentowność lokat STMAB (2021-2024)

2021	2022	2023	2024
7%	5%	8%	6%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie rocznych sprawozdań finansowych Syarikat Takaful Malaysia Am Berhad (<https://www.takaful-malaysia.com.my/en/investor-relations/>), dostęp: 16.01.2026 r.

Strategia ta, łącząca rygor religijny z selekcją instrumentów korporacyjnych, znajduje odzwierciedlenie w wynikach finansowych. W analizowanym okresie STMAB osiągał stabilną rentowność na poziomie 5-8%, co potwierdza skuteczność przyjętego modelu inwestycyjnego. Fundusz utrzymuje wysoką jakość aktywów i generuje przewidywalną nadwyżkę finansową z kuponów *Sukuk*, bez konieczności podejmowania agresywnego ryzyka rynkowego.

Realizacja zasady wzajemności a procesy komercjalizacji w T UW PZUW

Analiza struktury prawnej i finansowej T UW PZUW, pozwala na nowe zdefiniowanie roli tego podmiotu. Funkcjonalnie nie działa on jak niezależny ubezpieczyciel wzajemny, ale jak narzędzie realizujące strategię spółki-matki, czyli PZU SA. W tym układzie zysk właściciela nie pochodzi z typowej dywidendy, ale z systemowego transferu pieniędzy poprzez koszty techniczne i operacyjne oraz dzięki wzrostowi wartości majątku kontrolowanego przez założyciela. Fundamentem tego mechanizmu jest wpisanie T UW bezpośrednio w struktury Grupy Kapitałowej PZU, co wprost potwierdzają dokumenty korporacyjne³⁴. Sprawozdanie finansowe Grupy klasyfikuje T UW jako podmiot sprzedażowy w segmencie ubezpieczeń korporacyjnych, co potwierdza jego rolę jako kanału dystrybucji, a nie niezależnej wspólnoty klientów³⁵. Głównym sposobem przenoszenia marży jest reasekuracja. Choć T UW formalnie zbiera składki od członków, jego rola często ogranicza się do zdobycia klienta, ponieważ ryzyko i większość pieniędzy są natychmiast przekazywane dalej. Statut pozwala na reasekurację

³⁴ § 2 ust. 1 oraz § 5 Statutu Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych Polskiego Zakładu Ubezpieczeń Wzajemnych.

³⁵ Skonsolidowane sprawozdanie finansowe Grupy Kapitałowej PZU za rok zakończony 31 grudnia 2024 roku, s. 50 (<https://www.pzu.pl/relacje-inwestorskie/do-pobrania/sprawozdania-finansowe>), dostęp: 01.02.2026 r.

i zwalnia zarząd z obowiązku pytania Rady Nadzorczej o zgodę na umowy z Grupą PZU³⁶. Skutki tego widać w danych za 2024 rok. Przy 1,47 mld zł składki przypisanej brutto, składka, która realnie została w TUW wyniosła zaledwie 301 mln zł³⁷. Oznacza to, że około 80% strumienia pieniężnego wytransferowano z Towarzystwa. Dokumenty potwierdzają, że program ten realizowany jest głównie w ramach Grupy PZU, a kluczowym partnerem jest PZU SA³⁸.

Równolegle działa system usług i opłat finansowych - w 2024 roku łączne koszty administracyjne i akwizycji wyniosły blisko 132 mln zł³⁹. Analiza dokumentów pozwala wskazać, że TFI PZU SA zarabia na zarządzaniu portfelem aktywów TUW⁴⁰. Statut ułatwia płacenie za te usługi, zwalniając umowy z podmiotami powiązanymi z konieczności uzyskiwania zgód korporacyjnych⁴¹.

Ostatecznym beneficjentem sukcesu finansowego pozostaje PZU SA. Wypracowany w 2024 roku zysk netto w wysokości 56,2 mln zł powiększa kapitały własne TUW⁴². Ponieważ PZU SA jest jedynym członkiem kapitałowym posiadającym 100% udziałów w kapitale zakładowym⁴³, wzrost ten przekłada się bezpośrednio na wartość majątku założyciela. Członkowie zwyczajni są włączeni w ten system na gorszych warunkach. W przypadku dużej straty, która przekroczy wartość zgromadzonych kapitałów, Statut pozwala nałożyć na nich obowiązek dopłat w wysokości do 50% składki⁴⁴. W efekcie dochodzi do sytuacji, w której Grupa PZU inkasuje bezpieczne marże, podczas gdy klienci ponoszą ryzyko konieczności dopłacenia kapitału z własnych środków po przekroczeniu kapitału zapasowego.

³⁶ § 6 ust. 2 oraz § 36 ust. 2 pkt 20 i 23 Statutu Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych Polskiego Zakładu Ubezpieczeń Wzajemnych.

³⁷ *Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych Polskiego Zakładu Ubezpieczeń Wzajemnych za rok 2024*, s. 10.

³⁸ *Ibidem*, s. 62.

³⁹ *Ibidem*, s. 21.

⁴⁰ *Ibidem*, s. 22.

⁴¹ *Statut...*, op. cit., § 36 ust. 2 pkt 20

⁴² *SFCR...*, op. cit., s. 10.

⁴³ *Ibidem*, s. 15.

⁴⁴ *Statut...*, op. cit., § 52 ust. 2 pkt 2.

Realizacja zasady wzajemności a procesy komercjalizacji w Takaful STMAB

Analiza Statutu⁴⁵ oraz sprawozdania finansowego za 2024 rok STMAB wraz z Raportem Zintegrowanym Grupy⁴⁶ za ten sam rok również wymusza redefinicję roli tego podmiotu. W ujęciu funkcjonalnym nie działa on jak autonomiczna wspólnota ubezpieczenia wzajemnego (*Ta'awun*), lecz jako swoisty wehikuł kapitałowy. Zasady religijne, stanowiące nominalną podstawę działalności, uległy w tym modelu instytucjonalnej instrumentalizacji, służąc jako ramy dla transferu kapitału od klientów do zarządcy.

Fundamentem tej architektury jest model operacyjny *Wakalah*. W przeciwieństwie do TUV, operator zabezpiecza sobie przychód z góry, pobierając opłatę agencyjną (*Wakalah Fee*) bezpośrednio od składki brutto⁴⁷. Mechanizm ten pozwala na monetyzację strumienia pieniężnego jeszcze przed jego ekspozycją na ryzyko. Operator wygenerował zysk netto na poziomie 129,5 mln RM⁴⁸. Co kluczowe, pieniądze te nie zostały w spółce na wzmocnienie bazy kapitałowej funduszu *takaful*, lecz zostały natychmiast wytransferowane do spółki-matki. Sprawozdanie STMAB wprost potwierdza wypłatę dywidendy w wysokości 30 mln RM⁴⁹.

Kluczowym elementem „uspołecznienia strat” pozostaje mechanizm *Qard* (nieoprocentowana pożyczka). W sytuacji deficytu, operator nie dokapitalizowuje funduszu bezzwrotnie, lecz udziela mu pożyczki, która musi zostać spłacona z przyszłych nadwyżek wypracowanych przez uczestników⁵⁰. Oznacza to, że przyszłe zyski funduszu, są priorytetowo transferowane do operatora tytułem obsługi długu. Dopełnieniem tej asymetrii jest Statut, który wprost nadaje wymogom giełdowym prymat nad wewnętrznymi regulacjami Spółki⁵¹.

⁴⁵ *Constitution of Syarikat Takaful Malaysia Berhad 2016 r.*, https://www.takaful-malaysia.com.my/wp-content/uploads/2023/03/Memorandum_and_Articles_of_Association_Company_Constitution.pdf, dostęp: 02.02.2026 r.

⁴⁶ *Integrated Annual Report 2024*, Syarikat Takaful Malaysia Keluarga Berhad, <https://www.takaful-malaysia.com.my/en/investor-relations/>, dostęp: 01.02.2026 r.

⁴⁷ *Takaful Malaysia, Corporate Profile*, s. 4 https://www.takaful-malaysia.com.my/wp-content/uploads/2023/08/CorporateProfile_CP2023.pdf, dostęp: 01.02.2026 r.

⁴⁸ *Annual Financial Statements 2024*, Syarikat Takaful Malaysia Am Berhad (STMAB), (<https://www.takaful-malaysia.com.my/en/investor-relations/>), s. 19, dostęp: 01.02.2026 r.

⁴⁹ *Ibidem*, s. 2.

⁵⁰ *Ibidem*, s. 50.

⁵¹ *Constitution...*, op. cit., s. 46.

8.5. Podsumowanie

Analiza porównawcza polskiego modelu TUW PZUW oraz malezyjskiego *Takaful* STMAB ujawnia głęboką tożsamość ekonomiczną obu podmiotów, która pozostaje ukryta pod odmiennymi fasadami prawno-kulturowymi. W obu przypadkach struktura korporacyjna służy systemowej ekstrakcji wartości od rozproszonych uczestników na rzecz skoncentrowanego właściciela kapitału, co rzuca nowe światło na realizację zasady wzajemności w praktyce rynkowej.

Zarówno TUW PZUW, jak i STMAB prowadzą konserwatywną politykę lokacyjną ukierunkowaną na bezpieczeństwo aktywów, jednak z odmiennym skutkiem dla efektywności finansowej. Portfel TUW, zdominowany przez obligacje Skarbu Państwa (80-100%), cechuje się niższym ryzykiem, co jednak skutkuje niską rentownością na poziomie od -7% do 4%. Z kolei STMAB, mimo zachowania rygoru ostrożności i zgodności z zasadami Szariatu, korzysta z większej elastyczności inwestycyjnej, lokując środki głównie w *Sukuk* korporacyjne (77-81%) oraz islamskie depozyty (8-14%), co pozwala na uzyskanie wyższej i stabilniejszej rentowności w granicach 5-8%. Wyniki te potwierdzają hipotezę H2, wskazując, że wyższa elastyczność przy zachowaniu standardów bezpieczeństwa umożliwia operatorowi *Takaful* generowanie lepszych zysków, podczas gdy TUW PZUW priorytetyzuje minimalizację ryzyka regulacyjnego kosztem efektywności.

Mimo różnic w zarządzaniu portfelem, oba podmioty wykształciły analogiczne kanały transferu marży i ryzyka. W modelu polskim funkcję drenażu pełni reasekuracja oraz outsourcing usług do Grupy PZU, co pozwala na wyprowadzenie większości składki poza towarzystwo, natomiast w modelu malezyjskim rolę tę przejmują pobierana z góry opłata *Wakalah*. Zbieżność widoczna jest również w mechanizmach chroniących kapitał właściciela poprzez systemowe przerzucanie ryzyka granicznego na klientów - w Polsce za pomocą statutowego obowiązku dopłat, a w Malezji poprzez mechanizm *Qard*.

Wnioski z analizy prowadzą do konstatacji, że w obu badanych modelach zasada wzajemności została sprowadzona do roli fasady prawnej. Rzeczywisty model biznesowy opiera się na relacji klient-korporacja, w której podmiot dominujący ekonomicznie wykorzystuje specyficzną konstrukcję prawną do zabezpieczenia własnych interesów majątkowych. Zamiast solidarności w ponoszeniu strat, analizowane systemy priorytetowo

chronią bezpieczeństwo finansowe właściciela kosztem interesu ubezpieczonych, co wskazuje prymat celów korporacyjnych nad ideą wzajemności ubezpieczeniowej.

Literatura

Piśmiennictwo

- Abdou, H., Ali K. i Lister R., *A comparative study of Takaful and conventional insurance: empirical evidence from the Malaysian market*, "Insurance Markets and Companies: Analyses and Actuarial Computations" 2014, vol. 4 (1).
- Abubakar Y.S., Ogunbado A.F., Saidi M.A., *A Glance on Shariah Basis of Takaful (Islamic Insurance)*, "Saudi Journal of Business and Management Studies" 2017, vol. 2(11).
- Archer S., Karim R., Nienhaus V. (red.), *Takaful Islamic Insurance: Concepts and Regulatory Issues*, John Wiley & Sons, Hoboken 2011.
- Chong J.K., Lee H.S., Liew P.X., *Is Takaful (Islamic Insurance) More Efficient Than Conventional Insurance A Comparative Analysis Of Insurance Industry In Malaysia*, "International Journal of Business and Society" 2024, vol. 25(2).
- Dankowiakowski H., *TUW jako alternatywa dla ubezpieczenia komercyjnego i rola związków wzajemności członkowskiej w TUW*, [w:] *Prawne aspekty działalności Towarzystw Ubezpieczeń Wzajemnych*, red. Wałachowska M. i Ziemiak M.P., Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa „Dom Organizatora”, Toruń 2024.
- Fabozzi F. J., and F. A. Fabozzi, *Bond Markets, Analysis, and Strategies. 10th ed.* Cambridge, MA: MIT Press, 2021.
- Martysz C., *Zarys problematyki finansów islamskich*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2013.
- Muthoifin M., Badat Alauddin M., Achour M., Ammar Al-amudi M., Arya Sembara P., Rosyadi R. I., Abd Adzim A., Mahmoud ELSakhawy R., Yudha Rhezaldi A., Iqbal M., *The Concept of Ta'awun and Sharia Mutual Cooperation in Prosperity and the Establishment of Darus Salam Mosque*, "Demak Universal Journal of Islam and Sharia" 2024, vol. 1(03).
- Sufyan A., & Othman S., *Governance, Ethics, and Transparency: A Comparative Analysis of Takaful and Conventional Insurance in Malaysia*, "Journal of Business and Economic Options" 2015, vol. 8(3).

Źródła internetowe

- Annual Financial Statements 2021–2024*, Syarikat Takaful Malaysia Am Berhad (STMAB), (<https://www.takaful-malaysia.com.my/en/investor-relations/>), dostęp: 01.02.2026 r.
- Corporate Profile, Takaful Malaysia*, (https://www.takaful-malaysia.com.my/wp-content/uploads/2023/08/CorporateProfile_CP2023.pdf), dostęp: 26.01.2026 r.
- Integrated Annual Reports 2021–2024* [zawierające raporty Shariah Advisory Body], Syarikat Takaful Malaysia Keluarga Berhad (STMKB), (<https://www.takaful-malaysia.com.my/en/investor-relations/>), dostęp: 01.02.2026 r.
- Policy Document on Investment-linked Business*, Bank Negara Malaysia 2019, (<https://www.bnm.gov.my/documents/20124/761679/Policy+Document+on+Investment-linked+Business.pdf>), dostęp: 01.02.2026 r.
- Regulacje i dokumenty powiązane. Wypłatność II*, Komisja Nadzoru Finansowego, (https://www.knf.gov.pl/o_nas/wspolpraca_miedzynarodowa/unia/regulacje_i_dokumenty_powiazane/wypłacalnosc), dostęp: 01.02.2026 r.

Skonsolidowane sprawozdanie finansowe Grupy Kapitałowej PZU za rok zakończony 31 grudnia 2024 roku, (<https://www.pzu.pl/relacje-inwestorskie/do-pobrania/sprawozdania-finansowe>), dostęp: 01.02.2026 r.

Solvency and Financial Condition Report (SFCR). Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych Polskiego Zakładu Ubezpieczeń Wzajemnych za rok 2024, (<https://www.tuwpzuw.pl/o-nas/sprawozdania-o-wypłacalności-i-kondycji-finansowej>), dostęp: 01.02.2026 r.

Załącznik 1 do Uchwały 4/2025 Zwyczajnego Walnego Zgromadzenia TUW Polskiego Zakładu Ubezpieczeń Wzajemnych z dnia 24 czerwca 2025 r., https://www.tuwpzuw.pl/_files/1500075, dostęp 02.02.2026.

Akty prawne

Constitution of Syarikat Takaful Malaysia Berhad 2016.

Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/138/WE z dnia 25 listopada 2009 r. w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Wypłacalność II) (Dz. Urz. UE L 335 z 17.12.2009, s. 1 z późn. zm.).

Islamic Financial Services Act 2013 (Act 759), Laws of Malaysia.

Rozporządzenie delegowane Komisji (UE) 2015/35 z dnia 10 października 2014 r. uzupełniające dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/138/WE w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Wypłacalność II) (Dz. Urz. UE L 12 z 17.01.2015, s. 1 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1526).

Rozdział 9

Rezerwy techniczno–ubezpieczeniowe – kluczowy element kapitałów obcych zakładów ubezpieczeń

Żaneta Gaj¹

9.1. Wprowadzenie

Sektor ubezpieczeniowy pełni kluczową rolę w systemie finansowym, zapewniając ochronę jednostkom oraz przedsiębiorstwom przed negatywnymi skutkami zdarzeń losowych. Zakłady ubezpieczeń są wyspecjalizowanymi instytucjami, które w ramach owego systemu przejmują ciężar finansowy szkód wywołanych zaistnieniem nieoczekiwanych sytuacji, wypłacając świadczenia swoim klientom. By skutecznie wywiązywać się z tychże zobowiązań związanych z zaistnieniem ryzyka, ubezpieczyciele muszą zadbać o odpowiednie zaplanowanie i zagospodarowanie zasobów finansowych, które mogą przeznaczyć na ten cel. Dlatego właśnie tworzą rezerwy, które zapewniają stabilność, a także gwarantują zdolność do terminowej realizacji zobowiązań wynikających z zawartych umów ubezpieczeniowych.

Fundamentalnym elementem narzędzi finansowych, wykorzystywanych w tych celach przez zakłady ubezpieczeń, są rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe. Stanowią one istotną część pasywów w bilansie tychże instytucji, a także nieodłączny składnik gospodarki finansowej podmiotów oferujących usługi ubezpieczeniowe.

W związku z powyższym możliwe jest przedstawienie problemu badawczego niniejszej pracy za pomocą następujących pytań:

- na czym polega specyfika pasywów zakładów ubezpieczeń?
- jaką rolę pełnią rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe w gospodarce finansowej ubezpieczycieli?

¹ Koło Naukowe Ubezpieczeń „Risk Management”, Katedra Zarządzania Ryzykiem i Ubezpieczeń, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie. Niniejszy rozdział został opracowany przez autorkę na podstawie pracy dyplomowej obronionej w Uniwersytecie Ekonomicznym w Krakowie w 2025 r.

— jakie funkcje pełnią poszczególne rodzaje rezerw techniczno-ubezpieczeniowych w działalności przedsiębiorstw ubezpieczeniowych?

Tak sformułowane pytania pozwoliły na przyjęcie następujących głównych celów:

1. charakterystyka kapitałów własnych i obcych utrzymywanych przez zakłady ubezpieczeń;
2. przedstawienie istoty, funkcji i klasyfikacji rezerw techniczno-ubezpieczeniowych;
3. zidentyfikowanie roli rezerw techniczno-ubezpieczeniowych w gospodarce finansowej w kontekście ciągłości i bezpieczeństwa finansowego ubezpieczycieli.

Dążąc do realizacji wyżej wymienionych celów dokonano przeglądu krajowej i zagranicznej literatury przedmiotu, a także odpowiednich aktów prawnych, w szczególności ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, ustawy o rachunkowości oraz rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 12 kwietnia 2016 roku w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji.

Niniejszy rozdział charakteryzuje pasywa, będące źródłem finansowania majątku ubezpieczycieli, w podziale na kapitały własne i obce. Koncentruje się na rezerwach techniczno-ubezpieczeniowych jako istotnej części kapitałów obcych. Omawia także istotę i strukturę tego szczególnie istotnego w gospodarce finansowej zakładów ubezpieczeń elementu pasywów. Analizuje sposób ich tworzenia oraz wskazuje na rolę owych rezerw w kontekście zapewnienia bezpieczeństwa i stabilności finansowej zakładów ubezpieczeń. Ponadto akcentuje szczególną funkcję tychże rezerw w ochronie interesów ubezpieczonych poprzez możliwość terminowej realizacji zobowiązań wynikających z zawartych umów ubezpieczenia.

9.2. Kapitały własne zakładów ubezpieczeń

Zakłady ubezpieczeń przez charakter prowadzonej działalności gospodarczej mocno wyróżniają się na tle pozostałych przedsiębiorstw. Jest to szczególnie widoczne w kontekście rachunkowości ubezpieczeniowej oraz sprawozdawczości finansowej, czego idealny przykład stanowi bilans takich jednostek. Aspekt finansowy działalności ubezpieczeniowej w głównej mierze koncentruje się na gromadzeniu oraz późniejszym wydatkowaniu środków pieniężnych. Dlatego ubezpieczyciele mają obowiązek dysponować majątkiem o charakterze dominująco finansowym. Z uwagi na to aktywa przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego cechują się dużym udziałem lokat i płynnych środków finansowych. Pasywa natomiast są źródłem

finansowania tego majątku podmiotów oferujących usługi ubezpieczeniowe². Ich strukturę przedstawia bilans, którego pełny zakres znajduje się w załączniku nr 3 ustawy o rachunkowości. Uproszczony schemat samych pasywów składa się z określonych dziewięciu głównych grup:

- A. Kapitał własny,
- B. Zobowiązania podporządkowane,
- C. Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe,
- D. Udział reasekuratorów w rezerwach techniczno-ubezpieczeniowych (-),
- E. Oszacowane regresy i odzyski (-),
- F. Pozostałe rezerwy,
- G. Zobowiązania z tytułu depozytów reasekuratorów,
- H. Pozostałe zobowiązania i fundusze specjalne,
- I. Rozliczenia międzyokresowe³.

Analizując wyżej wymienione składniki pasywów, występujące w sprawozdaniach finansowych zakładów ubezpieczeń, pierwsza ich kategoria obejmuje kapitał własny, na który składają się następujące części:

- 1. Kapitał podstawowy
- 2. Kapitał zapasowy
- 3. Kapitał z aktualizacji wyceny
- 4. Pozostałe kapitały rezerwowe
- 5. Zysk (strata) z lat ubiegłych
- 6. Zysk (strata) netto
- 7. Odpisy z zysku netto w ciągu roku obrotowego – wykazywane w wartościach ujemnych⁴.

Na strukturę wyżej wymienionych grup kapitałów własnych oddziałują skala i rodzaj prowadzonej przez jednostkę działalności. Istotne znaczenie mają także regulacje prawne właściwe dla formy, w ramach której funkcjonuje dany podmiot ubezpieczeniowy.

² I. Krawczyk-Sokołowska, R. Garbiec, *Finansowe aspekty działalności zakładu ubezpieczeń*, [w:] *Mechanizmy funkcjonowania ubezpieczeń gospodarczych*, red. R. Garbiec, Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2022, s. 66.

³ K. Jonas, *Rachunkowość zakładów ubezpieczeń*, „DEBET” s.c. Marta Stępień, Zofia Wydymus, Kraków 2015, s. 24-33.

⁴ Załącznik nr 3 *Ustawy o rachunkowości* z dnia 29 września 1994 r. (Dz.U. 2023 poz. 120 z późn. zm.), w skrócie: u.r.

Najważniejszym elementem jest kapitał podstawowy, który powstaje już na samym początku istnienia przedsiębiorstwa z wniesionych wkładów właścicieli. W ten sposób spełnia on funkcję założycielską. W kolejnych latach działania jego wysokość może ulegać zwiększeniu. W literaturze przedmiotu wspomina się również o funkcji gwarancyjnej kapitału podstawowego, dlatego też nie przeznaczają się go na wypłaty odszkodowań i świadczeń dla klientów zakładów ubezpieczeń⁵.

W podmiotach oferujących usługi ubezpieczeniowe, prowadzonych w formie spółki akcyjnej, kapitał podstawowy określa się mianem kapitału zakładowego. Zgodnie z obowiązującymi w Polsce wymogami prawnymi, powinien być on w całości opłacony wkładem pieniężnym przed momentem zarejestrowania spółki w Krajowym Rejestrze Sądowym. Podlega on podziałowi na akcje, a środki przeznaczone na jego sfinansowanie nie mogą pochodzić z nielegalnych źródeł oraz zakazane jest, by były w jakikolwiek sposób powiązane z zasilaniem budżetu przeznaczonego na działania związane z terroryzmem⁶. W towarzystwach ubezpieczeń wzajemnych kapitał podstawowy również nosi nazwę kapitału zakładowego. Nie dzieli się go jednak na akcje, tylko na udziały. Niezmienione natomiast pozostają zasady dotyczące źródeł, z jakich jest on opłacony. Wkłady pieniężne należy wnieść w terminie 30 dni od dnia zarejestrowania towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych⁷.

W pasywach zakładów ubezpieczeń drugi w kolejności po kapitale podstawowym jest kapitał zapasowy (w towarzystwach ubezpieczeń wzajemnych określany jako kapitał rezerwowy). Tworzy się go na wypadek konieczności kompensacji strat ujawnionych w bilansie, która następuje w wyniku decyzji organów zarządzających przedsiębiorstwem. Dlatego też w pewnym sensie stanowi on gwarancję dla stabilności finansowej w nieprzewidzianych sytuacjach kryzysowych. Kapitały zapasowe ubezpieczycieli, zgodnie z kodeksem spółek handlowych, są gromadzone dzięki realizowanym obligatoryjnym odpisom z wygenerowanego przez jednostkę zysku z lat ubiegłych. Ich poziom może zostać również zwiększony przez dodatnią różnicę ze sprzedaży akcji powyżej ich wartości nominalnej. Warto zaznaczyć, iż w przypadku towarzystw ubezpieczeń wzajemnych jedynym sposobem na

⁵ M. Janowicz-Lomott, E. Spigarska, I. Dąbrowski, K. Łyskawa, *Finanse ubezpieczeń*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2020, s. 68.

⁶ Art. 80 ust. 3 i 4 Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. 2015 poz. 1844 z późn. zm.), w skrócie: u.d.u.r.

⁷ Art. 114 u.d.u.r.

obniżenie poziomu tego kapitału jest pokrycie środkami z niego pochodzącymi straty wykazanej w bilansie jednostki⁸.

Kolejny kapitał - z aktualizacji wyceny - obejmuje między innymi takie wielkości, jak różnice z wyceny krótkoterminowych aktywów finansowych dostępnych do sprzedaży według wartości godziwej, której poziom jest odmienny od cen ich nabycia. Uwzględnia on także skutki przeszacowania wartości nieruchomości według wartości godziwej w przypadku zmiany ich znaczenia dla zakładu ubezpieczeń (z nieruchomości wykorzystywanej do własnych celów na obiekt traktowany jako inwestycja). Do kapitałów własnych zalicza się także wynik finansowy wygenerowany przez jednostkę w poprzednich latach, który nie uległ dotychczas podziałowi na mocy decyzji walnego zgromadzenia przedsiębiorstwa, określany jako zysk (strata) z lat ubiegłych. Następne elementy kapitałów własnych to zysk (strata) netto osiągnięty w bieżącym roku obrotowym oraz odpisy z zysku netto w ciągu roku obrotowego. Te ostatnie wykazywane są w wielkościach ujemnych i obejmują kwoty wypłacane dla udziałowców w ciągu roku jako forma zaliczki na dywidendę⁹.

Nieco szerszym pojęciem występującym w literaturze, o którym warto wspomnieć, są środki własne, które są terminem charakterystycznym dla działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Według ich definicji legalnej są to nieobciążone aktywa, które mogą być przeznaczone na kompensację strat będących wynikiem niekorzystnych zdarzeń finansowych w toku prowadzenia przedsiębiorstwa. Powinny być one możliwe do wykorzystania zarówno przy założeniu kontynuacji działalności jednostki, jak i w momencie jej likwidacji. Jest to spowodowane faktem, iż stanowią niejako bufor bezpieczeństwa dla ubezpieczających, ubezpieczonych i korzystających z umów ubezpieczeń zawieranych z ubezpieczycielami¹⁰. Wysokość tychże środków własnych zasadniczo powinna być zgodna z aktywami wykazywanymi w bilansie pomniejszonymi o zobowiązania, czyli z aktywami netto, których wartość wynika ze sporządzanych przez jednostkę sprawozdań finansowych. Jednak z uwagi na ich strukturę, która wyróżnia zarówno podstawowe, jak i uzupełniające środki własne,

⁸ M. Janowicz-Lomott, E. Spigarska, I. Dąbrowski, K. Łyskawa, *op. cit.*, s. 69.

⁹ A. Pobłocka, E. Spigarska, *Kapitały własne jako podstawa oceny stabilności finansowej zakładów ubezpieczeń*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2018, nr 541, s. 211-212.

¹⁰ Art. 238 u.d.u.r.

wartość ta może różnić się od kapitałów własnych w rozumieniu ustawy o rachunkowości, ujawnianych w ramach sprawozdawczości finansowej jednostki¹¹.

Zagadnienie środków trwałych, a także ich podział oraz wymagania dotyczące ich wysokości omawiają ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz Dyrektywa Solvency II. Jej ostateczne zaimplementowanie w Polsce miało miejsce 1 stycznia 2016 roku. We wspomnianych aktach prawnych dokonano klasyfikacji środków własnych na podstawowe oraz uzupełniające. Do tych pierwszych zalicza się pozycje bilansowe, takie jak nadwyżka aktywów nad zobowiązaniami, która jest korygowana o wartość akcji bądź udziałów, będących własnością zakładu ubezpieczeń. Należą do nich również zobowiązania podporządkowane, które mogą być wykorzystane w sytuacji likwidacji przedsiębiorstwa. Pozycje pozabilansowe mieszczą się w drugiej kategorii omawianej klasyfikacji – uzupełniających środkach własnych. Te elementy kapitału są dla przedsiębiorstwa podstawą do wezwania do zapłaty, by później zostać wykorzystane do absorpcji strat w sytuacjach tego wymagających. Zaliczenie ich do funduszy własnych jednostki wymaga jednak zgody organu nadzoru, który przeprowadza ich analizę pod względem charakteru prawnego, dostępności oraz możliwości pokrycia ewentualnych niedoborów finansowych. W ich skład wchodzi nieopłacone dotychczas kapitały zakładowe, gwarancje bankowe, akredytywy oraz inne zobowiązania wiążące prawnie, których pokrycie może być dochodzone przez zakład ubezpieczeń, występujący jako wierzyciel¹².

Wymagania kapitałowe zawarte w Dyrektywie Solvency II, do których zakłady ubezpieczeń muszą się zastosować, kształtując poziom środków własnych w swojej jednostce, to kapitałowy wymóg wypłacalności (SCR) oraz minimalny wymóg kapitałowy (MCR). Wspomniana wcześniej Dyrektywa Solvency II zawiera przepisy mówiące o tym, że dopuszczone środki własne, które można rozumieć jako kapitał docelowy przedsiębiorstwa, muszą pokryć kapitałowy wymóg wypłacalności. Oznacza to, że powinny one wynosić nie mniej niż jego wyznaczony poziom. Zakłady ubezpieczeń obliczają SCR zgodnie z standardową

¹¹ B. Baluta, *Gospodarka finansowa zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji*, [w:] *Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Komentarz*, red. M. Szczepańska, P. Wajda, Wolters Kluwer, Warszawa 2017, s. 812-813.

¹² Skadden, Arps, Slate, Meagher & Flom LLP and Affiliates, *The Standard Formula: A Guide to Solvency II – Chapter 1: Own Funds*, (www.skadden.com), dostęp: 23.02.2025 r.

formułą, bądź stosują model wewnętrzny¹³. Kalkulacja tegoż wymogu kapitałowego dokonywana jest przez jednostkę przy założeniu kontynuacji prowadzonej działalności. Należy wziąć pod uwagę wszystkie możliwe do określenia i zmierzenia typy ryzyka, na które narażona jest jednostka. Wyliczona wartość odpowiada wartości podstawowych środków własnych wyeksponowanych na potencjalne zagrożenia na poziomie ufności 99,5% w ciągu jednego roku. Dyrektywa Solvency II wymienia również rodzaje ryzyka, które powinien pokryć co najmniej kapitałowy wymóg wypłacalności, a są to kolejno ryzyko ubezpieczeniowe (inaczej techniczno-ubezpieczeniowe), rynkowe, kredytowe oraz operacyjne¹⁴. Procedura wyliczeń kapitałowego wymogu wypłacalności powinna następować najrzadziej raz w roku, a otrzymane wyniki zakłady ubezpieczeń są zobowiązane przekazać organom nadzoru. Struktura ryzyka musi być stale analizowana, a w razie jej zmian konieczna jest ponowna kalkulacja SCR oraz przekazanie zaktualizowanej wartości instytucji sprawującej kontrolę. Chronologicznie ostatni zgłoszony kapitałowy wymóg wypłacalności wyznacza poziom dopuszczonych środków własnych, którym przedsiębiorstwo musi dysponować do momentu wyznaczenia nowej wartości w kolejnym roku lub do zauważonej zmiany profilu ryzyka¹⁵.

Tabela 9.1. Wysokość nieprzekraczalnego dolnego progu minimalnego wymogu kapitałowego

Dział (grupa) ubezpieczeń	Nieprzekraczalny dolny próg wymogu kapitałowego
Dział I	4 000 000 EUR
Dział II	
Grupy 1-9 oraz 16-18	2 700 000 EUR
Grupy 10-15	4 000 000 EUR

Źródło: opracowanie własne na podstawie Komunikatu Komisji Nadzoru Finansowego z dnia 19 października 2022 r. w sprawie zmiany wartości kwot bazowych nieprzekraczalnego dolnego progu minimalnego wymogu kapitałowego dla poszczególnych kategorii zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji (Dz.Urz.KNF.2022.23 z dnia 2022.10.19).

Analiza danych zawartych w tabeli 9.1. pozwala zauważyć, że wysokość nieprzekraczalnego dolnego progu wymogu kapitałowego jest zróżnicowana w zależności od specyfiki ryzyka przypisanego do konkretnego działu lub grupy ubezpieczeń. Spadek poniżej

¹³ Art. 100 Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/138/WE z dnia 25 listopada 2009 r. w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Wypłacalność II) (Dz.U.UE.L. 2009 poz. 335.1 z dnia 2009.12.17 z późn. zm.).

¹⁴ Ibidem, art. 101 ust. 2-4.

¹⁵ Ibidem, art. 102.

wyznaczonej granicy poważnie zagraża bezpieczeństwu ubezpieczonych i determinuje konieczność wdrażania procedur naprawczych.

W przypadku wystąpienia niezgodności (lub zaistnienia niebezpieczeństwa, iż taka niezgodność może mieć miejsce w ciągu kolejnych 3 miesięcy) z omawianymi wymogami kapitałowymi, zakład ubezpieczeń jest zobowiązany do natychmiastowego zgłoszenia tego faktu organowi nadzoru. W sytuacji dotyczącej kapitałowego wymogu wypłacalności, jednostka ma 2 miesiące od identyfikacji owej rozbieżności na przedstawienie instytucji sprawującej kontrolę realistycznego planu naprawczego, który zostaje później zaakceptowany w formie decyzji tegoż organu. Dla minimalnego wymogu kapitałowego okres na przygotowanie realistycznego krótkoterminowego planu finansowego wynosi 1 miesiąc. Następnie jednostka jest zobligowana do podjęcia wszelkich działań mających na celu przywrócenie pożądanego poziomu zgodności z wymogami kapitałowymi. Dla SCR termin to 6 miesięcy, licząc od momentu zauważenia niezgodności, natomiast dla MCR - 3 miesiące. Organ nadzorczy, nie stwierdzając widocznej poprawy w sytuacji finansowej zakładu ubezpieczeń, jest uprawniony do wprowadzenia restrykcji w zakresie nieograniczonego zarządzania aktywami przez jednostkę. O takiej decyzji zostają powiadomione wówczas pozostałe organy nadzoru funkcjonujące wewnątrz państw członkowskich Unii Europejskiej. Istnieje również możliwość, by instytucja kontrolna podjęła się pewnych działań na rzecz ochrony ubezpieczających i beneficjentów - następuje to w sytuacji stale pogorszającej się kondycji finansów przedsiębiorstwa. Do takich przedsięwzięć zalicza się wyznaczenie kuratora kontrolującego realizację planu naprawczego bądź krótkoterminowego planu finansowego oraz powołanie zarządu komisarycznego¹⁶.

9.3. Istota i znaczenie rezerw techniczno-ubebezpieczeniowych

Szczególnie istotnym zagadnieniem w gospodarce finansowej zakładów ubezpieczeń są utrzymywane przez nich kapitały obce. Ich struktura znacznie wyróżnia się na tle innych przedsiębiorstw na rynku. Możliwe jest dokonanie klasyfikacji omawianych zasobów, rozpatrując je z punktu widzenia czasu, na jaki zostały zdeponowane (kapitał krótko- oraz długoterminowy), poziomu gwarancji dotyczącej faktu istnienia bądź utworzenia kapitału oraz jego wartości lub terminu zwrotu (zobowiązania i rezerwy). Kolejnym kryterium jest charakter

¹⁶ K. Jonas, *Rachunkowość zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji*, Difin, Warszawa 2020, s. 148-151.

podmiotów, którymi są wierzyciele (zobowiązania wobec ubezpieczających i reasekuratorów)¹⁷.

Analizując elementy pasywów odpowiednie dla przedsiębiorstw ubezpieczeniowych, do kapitałów obcych tychże podmiotów zalicza się takie pozycje jak:

1. zobowiązania podporządkowane,
2. rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe,
3. udział reasekuratorów w rezerwach techniczno-ubezpieczeniowych,
4. oszacowane regresy i odzyski,
5. pozostałe rezerwy,
6. zobowiązania z tytułu depozytów reasekuratorów,
7. pozostałe zobowiązania i fundusze specjalne,
8. rozliczenia międzyokresowe¹⁸.

Zobowiązania podporządkowane charakteryzują się tym, że w razie rozwiązania bądź bankructwa zakładu ubezpieczeń są one regulowane w chwili, gdy całość zobowiązań względem innych wierzycieli podmiotu została uiszczona. Ich wymagalność rozpoczyna się po 3 latach od momentu upadłości lub likwidacji jednostki. W wielkościach ujemnych wykazywane są pozycje dotyczące udziału reasekuratorów w rezerwach techniczno-ubezpieczeniowych oraz oszacowane regresy i odzyski. Pozostałe rezerwy dotyczą takich aspektów jak obligatoryjne świadczenia pracodawcy wobec pracowników (na przykład świadczenia emerytalne) czy rezerwy na odroczony podatek dochodowy od osób prawnych. Pozostałe zobowiązania pochodzą między innymi z takich tytułów, jak emisja dłużnych papierów finansowych, zaciągnięte pożyczki, ubezpieczenia bezpośrednie czy reasekuracja. Wśród funduszy specjalnych wymienia się natomiast zakładowy fundusz świadczeń socjalnych, fundusz organizacyjny oraz prewencyjny. Rozliczenia międzyokresowe obejmują zarówno ujemną wartość firmy, koszty przyszłych okresów, które obecnie przyczyniają się do pomniejszenia wyniku finansowego, jak i przychody, które w dalszej perspektywie staną się powodem do osiągnięcia z ich tytułu większego zysku lub poniesienia mniejszej straty¹⁹. Jednak najbardziej istotnym, a zarazem charakterystycznym elementem zasobów

¹⁷ M. Janowicz-Lomott, E. Spigarska, I. Dąbrowski, K. Łyskawa, op. cit., s. 70.

¹⁸ Załącznik nr 3 u.r.

¹⁹ M. Lament, J. Piątek, *Rachunkowość zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2023, s. 172-173.

finansowych oddanych do dyspozycji zakładom ubezpieczeń przez ich wierzycieli, są rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe.

Na początku rozważań na temat rezerw techniczno-ubezpieczeniowych warto jednak odnieść się do istoty pierwszego członu tego terminu, jakim są „rezerwy”. Według ustawy o rachunkowości to zobowiązania o niepewnym terminie spłaty lub kwocie wymaganej do uiszczenia²⁰. Samo pojęcie rezerw w literaturze wyjaśniane jest również jako instrument służący ochronie jednostki przed przyszłymi negatywnymi konsekwencjami związanymi z ryzykiem gospodarczym. Rezerwy mają także zapewnić możliwość utrzymania ciągłości w działalności przedsiębiorstwa oraz rozwijania się w sposób zrównoważony. Narzędzie to jest szczególnie ważne w kontekście dbałości o bezpieczeństwo finansowe podmiotu gospodarczego w razie poniesienia ewentualnej straty w przyszłości oraz zabezpieczenia przed oczekiwanymi sytuacjami, których wystąpienie w głównej mierze cechuje niepewność co do dokładnego terminu i kwoty koniecznej do zapłaty²¹.

Z perspektywy rachunkowości, utrzymywanie rezerw pozwala na kreowanie rentowności przedsiębiorstwa oraz jego kondycji finansowej, a także ustalenie jak najbardziej rzeczywistego i rzetelnego wyniku finansowego, osiągniętego w danym roku obrotowym²². Interpretując omawiany termin, wymienia się takie cechy rezerw, jak zróżnicowane podstawy do ich tworzenia oraz różnorodność pod względem typu rezerw. Istotne znaczenie ma również zapewnienie bezpieczeństwa dla zasobów majątkowych jednostki, które są zagrożone ryzykiem, efektywność w wyznaczeniu wyniku finansowego w sposób wiarygodny i precyzyjny oraz szeroki margines elastyczności w określaniu prawdopodobnych lub dokładnie oszacowanych wartości. Przedsiębiorstwo tworzy rezerwy w sytuacji, gdy jest do tego zobligowane prawnie lub zwyczajowo (w wyniku wydarzeń z przeszłości), przypuszczalnie obowiązek ten wymusi wydatkowanie dostępnych obecnie lub w przyszłości środków oraz istnieje możliwość precyzyjnej wyceny wysokości zobowiązań²³.

Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe są rodzajem rezerw charakterystycznych dla zakładów ubezpieczeniowych. Rozporządzenie Ministra Finansów w sprawie szczególnych

²⁰ Art. 3 ust. 1 pkt. 21 u.r.

²¹ T. Maszczak, *Rezerwy jako instrument kształtowania wyniku finansowego jednostki gospodarczej*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2017, nr 472, s. 228.

²² E. Walińska, *Rachunkowość finansowa*, Wolters Kluwer, Warszawa 2014, s. 589.

²³ K. Jonas, *Rachunkowość zakładów ubezpieczeń...*, s. 53.

zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji wskazuje, iż obowiązkiem podmiotów posiadających zezwolenie na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej jest tworzenie owych rezerw techniczno-ubezpieczeniowych. Rezerwy te zostaną wykorzystane do spłaty aktualnych i przyszłych zobowiązań powstałych w wyniku zawartych umów ubezpieczenia wobec ubezpieczonych klientów²⁴. Jest to niezwykle istotny element pasywów w bilansie ubezpieczyciela.

Poza koniecznością wynikającą z uregulowań prawnych, istnieje wiele innych czynników uzasadniających potrzebę tworzenia rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, które okazują się być niezbędną pozycją w gospodarce finansowej zakładów ubezpieczeń. Przede wszystkim gwarantują one bezpieczne funkcjonowanie jednostki, która jest w stanie kontrolować kondycję swoich zasobów i odpowiednio zarządzać przedsiębiorstwem w warunkach wypłacalności zakładu. Posiadane rezerwy obrazują sytuację finansową przedsiębiorstwa nie tylko dla jego właścicieli, ale również dla podmiotów zewnętrznych, gdyż można ocenić stopień odpowiedzialności ubezpieczyciela w kontekście ilości zawartych z ubezpieczonymi klientami umów. Tym samym odpowiedni poziom utrzymywanych rezerw techniczno-ubezpieczeniowych rzutuje na zajmowaną pozycję zakładu na rynku ubezpieczeniowym i jawi go jako silnego i stabilnego finansowo konkurenta dla innych podmiotów. Ponadto ubezpieczyciel dzięki tymże rezerwom ma możliwość prowadzenia działalności przy założeniu jej kontynuacji w sposób ciągły i przy zagwarantowaniu płynności finansowej w trakcie przeprowadzanych operacji ubezpieczeniowych. Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe są także nieocenionym zasobem w kontekście zapewnienia długoterminowej wypłacalności jednostki. Jest to źródło finansowania nadwyżki wydatków ponad planowaną wcześniej kwotę wypłaconych świadczeń i odszkodowań dla klientów z tytułu umów ubezpieczenia, dlatego stanowią istotną część sprawozdania finansowego przedsiębiorstwa. Ważnym aspektem jest także fakt zapewnienia realności ochrony ubezpieczeniowej dzięki rezerwom. Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe są też fundamentalnym elementem wykorzystywanym w obliczeniach i oszacowaniach takich wielkości, jak wynik techniczny i bilansowy, rachunek techniczny, margines wypłacalności czy zysk konieczny do określenia potrzeb podatkowych. Wartość rezerw uwzględniana jest również przy kalkulacji wielu wskaźników (na przykład

²⁴ Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 12 kwietnia 2016 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji, (Dz.U. 2016 poz. 562), par. 30 ust. 1.

wskaźnik szkodowości składki) oraz stopy składek na przestrzeni lat trwania okresu ubezpieczenia²⁵.

Omówione wyżej aspekty w sposób ogólny przyporządkować można dwóm konkurencyjnym względem siebie celom. Mowa tutaj o celu w perspektywie długoterminowej, dotyczącym gwarancji spłacenia wszelkich zobowiązań wynikających z umów ubezpieczenia zawartych z klientami, których realizacja może przypaść nie tylko w obecnym roku obrotowym, ale i w przyszłych okresach. Drugi celem jest aspekt krótkoterminowy, odnoszący się do kreowania w bieżącym okresie obrachunkowym wiarygodnego i efektywnego wyniku finansowego²⁶. Ponadto w polskim prawie istnieje klasyfikacja, wspominająca o tworzeniu rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów rachunkowości oraz dla celów wypłacalności²⁷.

Jak zostało wcześniej wspomniane, rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe są niezwykle istotne z punktu widzenia zasady realności ochrony ubezpieczeniowej. Realizowanie tejże zasady jest obligatoryjne dla zakładów ubezpieczeń i stanowi podstawę ochrony ubezpieczeniowej. Należy rozumieć ją jako gwarancję, iż zakład w chwili zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, uzgodnionego w zawartej umowie ubezpieczenia, wypłaci klientowi zgodnie z wszelkimi ustaleniami stosowne świadczenie lub odszkodowanie, rekompensujące poniesione straty. W ten sposób zabezpieczona staje się równowaga finansowa i stabilność ubezpieczonego w sytuacjach losowych, generujących uszczerbek w zdrowiu bądź mieniu czy utratę majątkową.

Wypełnianie wyżej omówionej zasady przez podmioty posiadające zezwolenie na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej jest regulowane prawnie. W Polsce funkcjonują specjalne organy, których zadaniem jest udzielenie wsparcia ubezpieczonym i kontrola poprawności wywiązywania się z obowiązków względem klientów w myśl tej zasady, a w razie potrzeby stosowna interwencja. Do tych instytucji należy Komisja Nadzoru Finansowego, Rzecznik Ubezpieczonych oraz Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumenta.

Konieczność realizowania zasady realności ochrony ubezpieczeniowej pociąga za sobą istnienie wcześniej omawianych wymogów kapitałowych, ale również precyzyjne obliczenie

²⁵ M. Janowicz-Lomott, E. Spigarska, I. Dąbrowski, K. Łyskawa, *op. cit.*, s. 70-71.

²⁶ *Ibidem*, s. 70-71.

²⁷ Art. 224 i 277 u.d.u.r.

wartości składki ubezpieczeniowej, czy w końcu tworzenie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych. Te ekonomiczne zabezpieczenia również wspomagane są przez sektor finansowy, zwłaszcza przez jeden z podmiotów na nim działający – Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny²⁸. Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe stanowią niejako fundusz, z którego wypłacane są nie tylko w bieżącym okresie, ale i w przyszłości należne klientom odszkodowania i świadczenia. Dlatego też utrzymywanie ich odpowiedniego poziomu jest konieczne ze względu na losowość zdarzeń objętych umową ubezpieczenia i ciężki do przewidzenia moment wystąpienia kluczowych dla zakładu ubezpieczeń kosztów wynikających z zaistniałych zobowiązań oraz ich skonkretyzowanej wartości²⁹.

Warto również zwrócić uwagę na fakt, iż tworzenie i rozwiązywanie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych ma charakter ewidencyjny i opiera się na rozliczaniu przychodów i kosztów w czasie, a nie na tworzeniu całkowicie odrębnego i niepowiązanego z podstawową działalnością jednostki funduszu, z którego środki później zostają wypłacone. Jest to oczywiste nawiązanie do jednej z zasad rachunkowości, jaką jest współmierność przychodów i kosztów³⁰. Przychodami tegoż zagadnienia są składki, natomiast do kosztów zalicza się odszkodowania i świadczenia. W myśl omawianej zasady należy określić, jaką część składek przypisanych i zobowiązań wynikających z umów z klientami należy zaliczyć do bieżącego okresu obrachunkowego, a co dotyczy przyszłości. Istnienie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych powoduje zmiany zarówno w części bilansowej, jak i w części odpowiadającej rachunkowi zysków i strat zakładów ubezpieczeń, gdyż wpływa to na strukturę wyniku technicznego oraz wartość zobowiązań w pasywach. Utworzenie rezerwy wiąże się z zmniejszeniem wyniku technicznego w rachunku zysków i strat ubezpieczyciela na skutek wzrostu wartości kosztów obecnego okresu bądź spadku odnotowanych przychodów. W konsekwencji prowadzi to do wzrostu wartości zobowiązań w pasywach bilansu. Sytuacja odwrotna, w której koszty maleją bądź przychody rosną, w następstwie czego polepsza się wynik techniczny i zmniejszają się zobowiązania, dotyczy momentu rozwiązania rezerwy³¹.

²⁸ T. Jedynak, *Istota, funkcje, zasady i klasyfikacja ubezpieczeń*, [w:] *Współczesne ubezpieczenia gospodarcze*, red. W. Sułkowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2013, s. 68-69.

²⁹ M. Cycoń, *Finanse zakładów ubezpieczeń*, [w:] *Współczesne ubezpieczenia gospodarcze*, red. W. Sułkowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2013, s. 107.

³⁰ *Ibidem*, s. 107.

³¹ L. Gąsiorkiewicz, *Gospodarka finansowa przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego*, [w:] *Ubezpieczenia. Podręcznik akademicki*, red. J. Handschke, J. Monkiewicz, Poltext, Warszawa 2010, s. 233.

9.4. Rodzaje i zasady tworzenia rezerw techniczno-ubezpieczeniowych

Jeden z ważniejszych aktów prawnych dla całego sektora ubezpieczeniowego, jakim jest ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, wymienia następujące rodzaje rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, tworzone dla celów rachunkowości przez zakłady ubezpieczeń:

1. rezerwa składek,
2. rezerwa na ryzyka niewygaśnięte,
3. rezerwa na niewypłacone odszkodowania i świadczenia (w tym rezerwa na skapitalizowaną wartość rent),
4. rezerwa na wyrównanie szkodowości (ryzyka),
5. rezerwa ubezpieczeń na życie (matematyczna rezerwa składek),
6. rezerwa ubezpieczeń na życie w sytuacji, kiedy ubezpieczający przyjmuje na siebie ryzyko lokaty,
7. rezerwa na premie i rabaty dla ubezpieczonych,
8. rezerwa na zwrot składek dla członków,
9. pozostałe rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe, wymienione w statucie jednostki³².

W literaturze przedmiotu istnieje rozróżnienie wymienionych wyżej rezerw techniczno-ubezpieczeniowych według źródła ich pochodzenia. Dokonuje się wówczas klasyfikacji na rezerwy odnoszące się do składki, następnie rezerwy powiązane z odszkodowaniami i świadczeniami wypłacanymi przez ubezpieczycieli oraz pozostałe rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe. W zależności od działu, w którym zakład ubezpieczeń posiada zezwolenie na prowadzenie działalności, zalicza się do owych grup odpowiednie pozycje, zaprezentowane w tabeli 9.2

³² Art. 277 ust. 3 u.r.

Tabela 9.2. Podział rezerw techniczno-ubebezpieczeniowych w zależności od źródła powstania

Źródło pochodzenia	Dział I	Dział II
Powiązane ze składką	Rezerwa w dziale ubezpieczeń na życie	Rezerwa składek
	Rezerwa ubezpieczeń na życie w sytuacji, kiedy ubezpieczający przyjmuje na siebie ryzyko lokaty	Rezerwa na ryzyko niewygaście
		Rezerwa na wyrównanie szkodowości (ryzyka)
Powiązane z odszkodowaniami i świadczeniami	Rezerwa na niewypłacone odszkodowania i świadczenia	
	Rezerwa na skapitalizowaną wartość rent	
Pozostałe	Rezerwa na premie i rabaty dla ubezpieczonych	
	Rezerwa na zwrot składek dla członków	

Źródło: opracowanie własne na podstawie M. Janowicz-Lomott, E. Spigarska, I. Dąbrowski, K. Łyskawa, *Finanse ubezpieczeń*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2020, s. 72.

Zestawienie ukazane w tabeli 9.2. pozwala zauważyć, w jaki sposób źródło pochodzenia rezerw determinuje ich układ w ramach poszczególnych rodzajów działalności. Widoczne różnicowanie pozycji odzwierciedla odmienną naturę zobowiązań finansowych występujących w dziale I i II ubezpieczeń.

Uwzględniając możliwość skorzystania przez ubezpieczycieli z narzędzia, jakim jest reasekuracja, rezerwy dzieli się także na rezerwy techniczno-ubebezpieczeniowe brutto oraz rezerwy techniczno-ubebezpieczeniowe na udziale własnym. Pierwsze z nich dotyczą sytuacji, gdy ryzyko ubezpieczeniowe nie jest objęte reasekuracją, natomiast drugie występują w przypadku, gdy zakład ubezpieczeń jako cedent zawarł umowę reasekuracyjną z reasekuratorem³³.

Tworzenie rezerwy składek związane jest z rozliczaniem przychodów w czasie w sytuacji, gdy czas trwania umowy ubezpieczenia jest dłuższy niż jeden okres sprawozdawczy i składka przypisana dotyczy kilku kolejnych okresów obrachunkowych. Dlatego też należy uwzględnić ilość okresów, do których przypisuje się składki w przypadku ubezpieczeń bezpośrednich bądź rozkład przewidywanego ryzyka dla ubezpieczeń, w których nie jest on równomierny wraz z upływem czasu w kolejnych okresach sprawozdawczych. Odpowiednia część składki

³³P. Kowalczyk-Rólczyńska, *Rezerwy techniczno-ubebezpieczeniowe*, [w:] *Ubezpieczenia*, red. W. Ronka-Chmielowiec, C.H.Beck Sp. z o.o., Warszawa 2016, s. 223.

dotycząca aktualnego okresu zwiększa kwotę bieżących przychodów, natomiast pozostała wartość zaliczona jest do owej rezerwy składek, która z biegiem czasu jest rozwiązywana³⁴.

Z kolei rezerwa na ryzyko niewygaśnięte jest pewnego rodzaju dopełnieniem rezerwy składek. Jest to różnica między prognozowanymi wypłatami odszkodowań i świadczeń oraz przyszłymi kosztami podmiotów ubezpieczycieli z ubezpieczeń bezpośrednich, a sumą wielkości wspomnianej wcześniej rezerwy składek i przyszłych składek, których zainkasowanie zakład ubezpieczeń przewiduje w związku z umowami ubezpieczenia³⁵.

Rezerwa na niewypłacone odszkodowania i świadczenia natomiast znana jest pod pojęciem rezerwy szkód i pokrywa straty, które pomimo zaistnienia w danym okresie sprawozdawczym nie zostały w czasie jego trwania pokryte przez stosowne odszkodowania bądź świadczenia. Taka sytuacja może zaistnieć w chwili, gdy poniesiona przez klienta szkoda została zgłoszona do dnia tworzenia omawianej rezerwy i oszacowano wartość należnego odszkodowania czy świadczenia. Może również wystąpić w przypadku, gdy pomimo zgłoszenia szkody zakład ubezpieczeń nie jest w stanie ustalić wysokości wypłaty na rzecz klienta ze względu na brak stosownych informacji. Dotyczy to także sytuacji wystąpienia szkody, o której zaistnieniu zakład ubezpieczeń nie został poinformowany do dnia tworzenia rezerwy, czy w chwili wznowienia szkód (na przykład w wyniku odwołania się ubezpieczonego)³⁶.

Ubezpieczyciel tworzy rezerwę na skapitalizowaną wartość rent, by dysponować środkami koniecznymi do sfinansowania zobowiązań z tytułu świadczeń okresowych, czyli rent. Występuje ona w pasywach bilansu zarówno w podmiotach wykonujących działalność ubezpieczeniową w dziale I, jak i w dziale II. Należy jednak pamiętać, że w dziale I ubezpieczeń na życie w grupach od 1 do 4 stanowi ona element rezerwy ubezpieczeń na życie³⁷.

Rezerwa na wyrównanie szkodowości (ryzyka) gwarantuje jednostce wyrównanie wahań współczynnika szkodowości na udziale własnym, jakie mogą zdarzyć się w przyszłości w tych grupach ubezpieczeń, w których takowe występują w znacznym stopniu. Należy pamiętać, że owe wahania postrzegane są jako kluczowe w sytuacji, gdy przez 4 następujące po sobie lata wartość tegoż wskaźnika spadnie minimum o 20% bądź wzrośnie o przynajmniej 25%³⁸.

³⁴ M. Cycoń, *op. cit.*, s. 109-110.

³⁵ M. Lament, J. Piątek, *op. cit.*, s. 203.

³⁶ *Ibidem*, s. 203.

³⁷ P. Kowalczyk-Rólczyńska, *op. cit.*, s. 225.

³⁸ M. Lament, J. Piątek, *op. cit.*, s. 204.

Niezwykle ważnym rodzajem rezerw techniczno-ubezpieczeniowych z punktu widzenia zakładów ubezpieczeń działu I jest rezerwa ubezpieczeń na życie, określana również jako matematyczna rezerwa składek. Jest ona zakładana przy jednoczesnym przestrzeganiu zasady ostrożności i uwzględnia całość zobowiązań związanych z umowami ubezpieczenia, które dotyczą w głównej mierze gwarantowanych świadczeń i wartości wykupu bądź świadczeń przysługujących opcjonalnie, według zapisów zawartych w umowie ubezpieczenia. Obejmuje ona również inne koszty, które wynikają z wypłaty należnych kwot ubezpieczonym, uprawnionym lub uposażonym, a także z obsługi umów ubezpieczenia³⁹. Rezerwa ta powinna być tworzona dla każdej zawieranej umowy ubezpieczenia odrębnie ze względu na indywidualny charakter. Wspólne wyznaczenie rezerwy w postaci sumy dla poszczególnych grup umów jest możliwe w sytuacji, gdy uzyskany rezultat jest podobny do tego osiągniętego metodą indywidualną, jednak przynajmniej raz na 5 lat należy mimo wszystko wyznaczyć wielkość rezerwy ubezpieczeń na życie dla każdego kontraktu osobno. W sytuacji, gdy ryzyko ponosi ubezpieczający, poziom rezerwy ustala się w kwocie odpowiadającej wartości lokaty, zrealizowanej zgodnie z zapisami zawartej umowy⁴⁰.

Rezerwa na premie i rabaty dla ubezpieczonych uwzględnia natomiast każdą prognozowaną kwotę, korygowaną według kontraktu ubezpieczeniowego odpowiednio o przyszłe świadczenia bądź przyszłe składki⁴¹. Z kolei rezerwa na zwrot składek dla członków jest zakładana w przypadku podmiotów działających w formie towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych bądź towarzystwa reasekuracji wzajemnej. Jej poziom jest zależny od uzyskanego dodatniego wyniku technicznego, jeśli umowa ubezpieczenia stanowi o obligatoryjnym zwrocie takich składek. Przy jej tworzeniu uwzględnia się także czas podpisania kontraktów, dla każdego roku taka rezerwa zakładana jest osobno⁴².

Poza wyżej opisanymi rodzajami rezerw techniczno-ubezpieczeniowych jednostki mogą zakładać również inne rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe, jeśli zostało to przewidziane w statucie danego przedsiębiorstwa. Wśród nich można wymienić między innymi rezerwę na szkody katastroficzne, tworzoną w razie wystąpienia takich szkód, które przybierają charakter

³⁹ K. Jonas, *Rachunkowość zakładów ubezpieczeń i zakładów...*, s. 79-80.

⁴⁰ E. Radawiecka, *Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe warunkiem stabilności funkcjonowania zakładów ubezpieczeń*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” 2013, nr 61, s. 174-175.

⁴¹ *Ibidem*, s. 175.

⁴² K. Jonas, *Rachunkowość zakładów ubezpieczeń i zakładów...*, s. 80-81.

masowy ze względu na mnogość ich wystąpienia przy okazji jednego zdarzenia ubezpieczeniowego. Najczęściej dotyczy to powodzi, huraganów czy trzęsień ziemi. Żaden ubezpieczyciel nie posiada tak dużego zasobu środków w swoich funduszach, by zminimalizować potencjalne ryzyko oraz aby pokryć ewentualnie poniesione przez ubezpieczonych, sumarycznie ogromne straty. Dlatego zakłady ubezpieczeń decydują się na założenie tego typu rezerwy⁴³.

Z uwagi na fakt, iż rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe są kluczowym elementem w gospodarce finansowej zakładów ubezpieczeń, Komisja Nadzoru Finansowego stworzyła *Wytyczne dotyczące procesu tworzenia rezerw techniczno-ubezpieczeniowych*. Publikacja ta zawiera rekomendowane działania, prowadzące do poprawnego i rzetelnego tworzenia rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, a także wszelkich zagadnień związanych z ryzykiem w tymże aspekcie (identyfikowanie, pomiar, obserwowanie, zarządzanie, koordynowanie oraz raportowanie)⁴⁴. Warto skupić się na samym procesie tworzenia rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, który zgodnie z wydanymi przez krajowy organ nadzoru wytycznymi, składa się z takich czynności jak:

- rozpoznanie wszystkich zobowiązań z tytułu umów ubezpieczeniowych i reasekuracyjnych (a),
- wyszczególnienie kosztów zawartych w zakładanych rezerwach techniczno-ubezpieczeniowych (inne niż odszkodowania i świadczenia) (b),
- zgromadzenie informacji niezbędnych do ustalenia metod wyceny oraz kalkulacji wartości rezerw techniczno-ubezpieczeniowych,
- ustalenie metod wyceny pozycji zawartych w punktach (a) i (b),
- dokonanie stosownych kalkulacji i ich weryfikacja pod względem poprawności,
- wykazanie rezerw w ewidencji ksiąg rachunkowych oraz przedstawienie ich w sprawozdaniu finansowym,
- analiza wystarczalności oraz zasadności rezerw techniczno-ubezpieczeniowych,
- prowadzenie oraz bieżące uaktualnianie dokumentacji związanej z wyceną rezerw.

⁴³ *Ibidem*, s. 80-82.

⁴⁴ P. Kowalczyk-Rólczyńska, op. cit., s. 228.

KNF podkreśla także, że podczas procesu tworzenia rezerw techniczno-ubezpieczeniowych należy zadbać o należyłą staranność, rzetelność oraz analizę każdej informacji, która może oddziaływać na poziom zakładanych rezerw⁴⁵.

Zgodnie z obowiązującymi regulacjami, wyróżnia się trzy sposoby tworzenia rezerw techniczno-ubezpieczeniowych. Pierwszy z nich to metoda aktuarialna, w której poziom rezerwy jest ustalany w oparciu o takie nauki jak matematyka ubezpieczeniowa, finansowa oraz statystyka. Wyliczany jest on osobno na podstawie analizy każdej umowy ubezpieczenia lub szkody bądź w uogólnieniu dla całości bądź poszczególnych składowych portfela ubezpieczyciela. Kolejny wykorzystywany sposób to metoda indywidualna, która skupia się na precyzyjnym określeniu poziomu rezerwy oddzielnie dla każdej umowy ubezpieczenia, czy szkody. W sytuacji, gdy takie ustalenie nie jest możliwe, należy dokonać wiarygodnego oszacowania. Ostatnia z metod nosi nazwę ryczałtowej i koncentruje się na wyznaczeniu rezerwy w sposób łączny dla całego portfela ubezpieczeń bądź jego części przy pomocy wskaźnika ryczałtowego, czyli określonego procentu składki, wielkości wypłaconych odszkodowań i świadczeń lub wartości rezerwy techniczno-ubezpieczeniowej. Wartość wskaźnika ryczałtowego nie powinna ulegać zmianie, gdyż wymagane jest tutaj respektowanie zasady ciągłości. Co ważne, metoda ta znajduje zastosowanie jedynie wtedy, gdy niewykonalne jest przyjęcie metody indywidualnej, bądź kiedy rezultat wyliczeń otrzymanych przy pomocy metody ryczałtowej jest podobny do wyniku uzyskanego za pomocą metody indywidualnej⁴⁶. Dla omawianych wcześniej rodzajów rezerw techniczno-ubezpieczeniowych przyporządkowuje się stosowne metody oraz momenty tworzenia rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, przedstawione w tabeli 9.3.

⁴⁵ Uchwała Komisji Nadzoru Finansowego z dnia 7 lipca 2015 r., *Wytyczne dotyczące procesu tworzenia rezerw techniczno-ubezpieczeniowych*, Wytyczna 1., s. 5., w skrócie: *Wytyczne...*

⁴⁶ Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 12 kwietnia 2016 r. w sprawie szczególnych zasad..., par. 33.

Tabela 9.3. Metody i moment tworzenia poszczególnych rezerw techniczno-ubebezpieczeniowych

Rodzaj rezerwy	Metoda tworzenia	Moment tworzenia
Rezerwa składek	Indywidualna, ryczałtowa	Koniec okresu sprawozdawczego
Rezerwa na ryzyko niewygaśnię	Aktuarialna, ryczałtowa	Koniec okresu sprawozdawczego
Rezerwa na niewypłacone odszkodowania i świadczenia	Aktuarialna, indywidualna, ryczałtowa	Koniec okresu sprawozdawczego
Rezerwa na skapitalizowaną wartość rent	Aktuarialna	Koniec okresu sprawozdawczego
Rezerwa na wyrównanie szkodowości	Ryczałtowa	Ostatni dzień roku obrotowego
Rezerwa ubezpieczeń na życie	Aktuarialna	Koniec okresu sprawozdawczego
Rezerwa ubezpieczeń na życie w sytuacji, gdy ryzyko lokaty ponosi ubezpieczający	Aktuarialna	Koniec okresu sprawozdawczego
Rezerwa na premie i rabaty	Indywidualna	Koniec okresu sprawozdawczego
Pozostałe rezerwy	Aktuarialna, indywidualna, ryczałtowa	Według statutu zakładu ubezpieczeń

Źródło: K. Jonas, *Rachunkowość zakładów ubezpieczeń*, „DEBET” s.c. Marta Stępień, Zofia Wydymus, Kraków 2015, s. 60 za: M. Marcinkowska, *Ocena działalności instytucji finansowych*, Difin, Warszawa 2007, s. 201.

Dane zawarte w tabeli 9.3. potwierdzają dominację końca okresu sprawozdawczego jako głównego momentu tworzenia rezerw techniczno-ubebezpieczeniowych. Widoczna jest również przewaga metody aktuarialnej, która znajduje zastosowanie nieco częściej niż metoda ryczałtowa. Zróżnicowanie metod i terminów podkreśla złożoność procesu tworzenia rezerw techniczno-ubebezpieczeniowych, co wymusza stosowanie zasad ostrożnościowych.

Organ nadzoru w wydanych wytycznych zwraca uwagę, że należy tworzyć rezerwy techniczno-ubebezpieczeniowe zgodnie z obowiązującymi regulacjami prawnymi, zachowując przy tym ostrożność, wiarygodność, rzetelność oraz bezstronność. Ważne jest również, by metody wyceny zostały dobrane stosownie do charakteru, skali oraz rozkładu ryzyka wpisanego w zobowiązania wynikające z zawartych umów przez zakłady ubezpieczeń⁴⁷. Przestrzeganie wytycznych KNF w praktyce pozwala ubezpieczycielom na zachowanie stabilności finansowej oraz minimalizację ryzyka błędnej wyceny rezerw. Regularna kontrola i weryfikacja metod tworzenia rezerw umożliwia również utrzymanie przejrzystości sprawozdań finansowych, co zwiększa zaufanie klientów i partnerów biznesowych. Dzięki

⁴⁷ Wytyczne..., Wytyczna 14. i 15., s. 8.

temu rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe spełniają swoją funkcję ochronną wobec zarówno ubezpieczonych, jak i samego przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego.

9.5. Podsumowanie

Przeprowadzona analiza pozwoliła na pogłębione zrozumienie fundamentalnej roli rezerw techniczno-ubezpieczeniowych w funkcjonowaniu zakładów ubezpieczeń. Stworzyła ona również możliwość sformułowania wniosków, odnoszących się do znaczenia rezerw techniczno-ubezpieczeniowych w gospodarce finansowej towarzystw ubezpieczeniowych, a także wpływu na efektywność zarządzania ryzykiem i planowanie finansowe.

Rozważania zawarte w opracowaniu pozwoliły na ukazanie odmienności gospodarki finansowej zakładów ubezpieczeń względem innych sektorów. Działalność ubezpieczycieli wymaga zatem wielu regulacji wynikających z przepisów prawa, kontroli przez instytucje nadzorcze, a także determinuje konieczność długoterminowego planowania finansowego, podkreślając potrzebę umiejętnego zapewnienia bezpieczeństwa finansowego w przedsiębiorstwie ubezpieczeniowym.

Podkreślono znaczenie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, będących głównym składnikiem w strukturze kapitałów obcych ubezpieczycieli. Jako istotny element polityki ostrożnościowej przedsiębiorstw ubezpieczeniowych, stanowi mechanizm zabezpieczający przyszłe wypłaty odszkodowań i świadczeń, a także umożliwiający optymalizację alokacji środków. Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe pozwalają na skuteczne planowanie finansowe oraz zapewniają spójność pomiędzy oczekiwanymi zobowiązaniami, a posiadanymi zasobami. Koncentrując się na aspekcie planowania i monitorowania ryzyka, dostrzeżono związek pomiędzy stopą rezerw techniczno-ubezpieczeniowych a możliwościami prowadzenia polityki zarządzania finansami w dłuższym horyzoncie czasowym.

Z powyższych rozważań wynika, że rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe odgrywają kluczową rolę w dbałości o bezpieczeństwo finansowe zakładów ubezpieczeń. Dlatego też tak ważne dla całego sektora ubezpieczeniowego powinno być umiejętne zarządzanie ryzykiem oraz prowadzenie polityki rezerw techniczno-ubezpieczeniowych. Opracowanie pozwoliło na wskazanie odmiennej specyfiki ubezpieczycieli w zależności od działu i grupy, co bezpośrednio determinuje zróżnicowanie nieprzekraczalnych dolnych progów wymogu kapitałowego. Prawidłowe kształtowanie kapitałów obcych, w których rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe

są elementem wiodącym, ma fundamentalne znaczenie. Zarządzanie nimi musi opierać się na sztywnych regułach, wykluczających subiektywizm w dokonywanych wycenach. Przeprowadzona analiza pozwoliła dostrzec, jak stosowane metody tworzenia rezerw wpływają na rzetelność sprawozdawczości finansowej oraz umożliwiają podejmowanie decyzji w perspektywie długoterminowej. Wnioski wskazują także, że prawidłowe kształtowanie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych wspiera nie tylko stabilność finansową poszczególnej jednostki, ale także spójność i bezpieczeństwo całego sektora ubezpieczeniowego, co podkreśla znaczenie rezerw jako narzędzia zarówno operacyjnego, jak i strategicznego oraz regulacyjnego.

Literatura

Piśmiennictwo

- Baluta B., *Gospodarka finansowa zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji*, [w:] *Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Komentarz*, red. M. Szczepańska, P. Wajda, Wolters Kluwer, Warszawa 2017.
- Cycoń M., *Finanse zakładów ubezpieczeń*, [w:] *Współczesne ubezpieczenia gospodarcze*, red. W. Sułkowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2013.
- Gąsiorkiewicz L., *Gospodarka finansowa przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego*, [w:] *Ubezpieczenia. Podręcznik akademicki*, red. J. Handschke, J. Monkiewicz, Poltext, Warszawa 2010.
- Janowicz-Lomott M., Spigarska E., Dąbrowski I., Łyskawa K., *Finanse ubezpieczeń*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2020.
- Jedynak T., *Istota, funkcje, zasady i klasyfikacja ubezpieczeń*, [w:] *Współczesne ubezpieczenia gospodarcze*, red. W. Sułkowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2013.
- Jonas K., *Rachunkowość zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji*, Difin, Warszawa 2020.
- Jonas K., *Rachunkowość zakładów ubezpieczeń*, „DEBET” s.c. Marta Stępień, Zofia Wydymus, Kraków 2015.
- Kowalczyk-Rólczyńska P., *Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe*, [w:] *Ubezpieczenia*, red. W. Ronka-Chmielowiec, C.H.Beck Sp. z o.o., Warszawa 2016.
- Krawczyk-Sokołowska I., Garbiec R., *Finansowe aspekty działalności zakładu ubezpieczeń*, [w:] *Mechanizmy funkcjonowania ubezpieczeń gospodarczych*, red. R. Garbiec, Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2022.
- Lament M., Piątek J., *Rachunkowość zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2023.
- Maszczyk T., *Rezerwy jako instrument kształtowania wyniku finansowego jednostki gospodarczej*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2017, nr 472.
- Pobłocka A., Spigarska E., *Kapitały własne jako podstawa oceny stabilności finansowej zakładów ubezpieczeń*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2018, nr 541.

Radawiecka E., *Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe warunkiem stabilności funkcjonowania zakładów ubezpieczeń*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” 2013, nr 61.

Walińska E., *Rachunkowość finansowa*, Wolters Kluwer, Warszawa 2014.

Źródła internetowe

Skadden, Arps, Slate, Meagher & Flom LLP and Affiliates, *The Standard Formula: A Guide to Solvency II – Chapter 1: Own Funds*, (www.skadden.com), dostęp: 23.02.2025 r.

Akty prawne

Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/138/WE z dnia 25 listopada 2009 r. w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Wypłacalność II) (Dz.U.UE.L. 2009 poz. 335.1 z dnia 2009.12.17 z późn. zm.).

Komunikat Komisji Nadzoru Finansowego z dnia 19 października 2022 r. w sprawie zmiany wartości kwot bazowych nieprzekraczalnego dolnego progu minimalnego wymogu kapitałowego dla poszczególnych kategorii zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji (Dz.Urz.KNF.2022.23 z dnia 2022.10.19).

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

Uchwała Komisji Nadzoru Finansowego z dnia 7 lipca 2015 r., Wytyczne dotyczące procesu tworzenia rezerw techniczno-ubezpieczeniowych.

Ustawa o rachunkowości z dnia 29 września 1994 r. (Dz.U. 2023 poz. 120 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. 2015 poz. 1844 z późn. zm.).

Rozdział 10

Rezerwy techniczno – ubezpieczeniowe jako instrument stabilizacji finansowej zakładów ubezpieczeń

Żaneta Gaj¹

10.1. Wprowadzenie

Zakłady ubezpieczeń, jako wyspecjalizowane instytucje finansowe, zobligowane są do zapewnienia terminowej realizacji zobowiązań wynikających z zawartych umów ubezpieczeniowych. Aby skutecznie sprostać tym obowiązkom, przedsiębiorstwa ubezpieczeniowe muszą utrzymywać odpowiednie zasoby finansowe, które pozwalają na pokrycie zarówno bieżących, jak i przyszłych zobowiązań wobec klientów. Kluczowym narzędziem w tym zakresie są rezerwy techniczno-ubebezpieczeniowe, stanowiące podstawowy składnik kapitałów obcych zakładów ubezpieczeń.

Rezerwy te pełnią istotną funkcję w utrzymaniu płynności finansowej oraz zapewnieniu wypłacalności ubezpieczycieli, co ma fundamentalne znaczenie nie tylko dla bezpieczeństwa kapitałowego poszczególnego podmiotu, ale również dla stabilności finansowej całego sektora ubezpieczeniowego. Ich prawidłowe kształtowanie pozwala nie tylko na zabezpieczenie przyszłych świadczeń, ale także na właściwe gospodarowanie majątkiem jednostki.

Do zidentyfikowania problemu badawczego konieczne jest postawienie następujących pytań:

- jakie znaczenie mają płynność oraz wypłacalność w kontekście stabilności finansowej zakładów ubezpieczeń?
- czy istnieje korelacja między poziomem rezerw techniczno-ubebezpieczeniowych a wypłacalnością analizowanych ubezpieczycieli?

¹ Koło Naukowe Ubezpieczeń „Risk Management”, Katedra Zarządzania Ryzykiem i Ubezpieczeń, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie. Niniejszy rozdział został opracowany przez autorkę na podstawie pracy dyplomowej obronionej w Uniwersytecie Ekonomicznym w Krakowie w 2025 r.

— czy stopa rezerw techniczno-ubezpieczeniowych ma wpływ na poziom zabezpieczenia kapitałowego w przedsiębiorstwach ubezpieczeniowych?

Tak sformułowane pytania pozwoliły na skonstruowanie hipotez badawczych:

1. Istnieje zależność między poziomem rezerw techniczno-ubezpieczeniowych a wypłacalnością zakładów ubezpieczeń.
2. Stopa rezerw techniczno-ubezpieczeniowych wpływa na zabezpieczenie kapitałowe ubezpieczycieli.

W ramach weryfikacji powyższych hipotez badawczych założono następujące główne cele:

1. wyjaśnienie istoty płynności finansowej i wypłacalności oraz wskazanie różnic między tymi pojęciami w działalności ubezpieczycieli;
2. porównanie poziomu rezerw techniczno-ubezpieczeniowych tworzonych dla celów rachunkowości i wypłacalności przez wybrane zakłady ubezpieczeń oraz analiza stopy rezerw techniczno-ubezpieczeniowych w badanych spółkach;
3. ocena wypłacalności wybranych przedsiębiorstw ubezpieczeniowych na podstawie wartości utrzymywanych środków własnych oraz wyznaczenie wskaźnika wypłacalności;
4. analiza wartości wymogów kapitałowych wybranych zakładów ubezpieczeń, a także wyliczenie wskaźników monitorowania działalności jako odzwierciedlenia zabezpieczenia kapitałowego.

Jako główne narzędzie badawcze wykorzystano analizę wskaźnikową, opartą na kalkulacji kluczowych dla sektora ubezpieczeniowego parametrów. Skupiono się na wskaźniku efektywności technicznej, stopie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, wskaźniku wypłacalności oraz wskaźnikach monitorowania działalności dla wymogów SCR i MCR. Podstawę uznania hipotez za potwierdzone stanowiły określone zależności empiryczne analizowanych parametrów. Dla pierwszej hipotezy było to zidentyfikowanie dodatniej relacji między wysokością stopy rezerw techniczno-ubezpieczeniowych a wskaźnikiem wypłacalności. Kryterium weryfikacji drugiej hipotezy stanowiło wykazanie, że zmiany stopy rezerw techniczno-ubezpieczeniowych determinują poziom odporności kapitałowej wyrażonej wskaźnikami monitorowania działalności SCR i MCR, przy stałym założeniu utrzymywania poziomu tychże parametrów znacznie powyżej granicy 100%.

Dla osiągnięcia przyjętych celów dokonano przeglądu krajowej i zagranicznej literatury przedmiotu, a także odpowiednich aktów prawnych, w szczególności ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz Dyrektywy Parlamentu Europejskiego I Rady 2009/138/WE z dnia 25 listopada 2009 r. w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Wypłacalność II). Przeprowadzono również analizę empiryczną na podstawie sprawozdań o wypłacalności i kondycji finansowej, publikowanych przez objęte badaniem grupy ubezpieczeniowe: ERGO Hestia, Generali oraz WARTA.

W poniższym opracowaniu przedstawiono znaczenie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych w kontekście wypłacalności przedsiębiorstw ubezpieczeniowych, omawiając zarówno aspekty płynności finansowej, jak i regulacyjne mechanizmy nadzoru. Przeprowadzono analizę porównawczą wybranych zakładów ubezpieczeń z działu I i II, skupiającą się na zależnościach między poziomem rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, środkami własnymi i wymogami kapitałowym, a także na wskaźnikach związanych z owymi zagadnieniami.

10.2. Znaczenie rezerw techniczno–ubezpieczeniowych w kontekście wypłacalności zakładów ubezpieczeń

Rezerwy techniczno ubezpieczeniowe, jako najbardziej istotny element kapitałów obcych zakładów ubezpieczeń, tworzone są w celu zapewnienia środków finansowych na pokrycie przyszłych zobowiązań wynikających z zawartych umów ubezpieczenia. Dlatego też należy podkreślić ich wpływ na płynność oraz wypłacalność przedsiębiorstw ubezpieczeniowych, których analiza jest niezwykle ważnym aspektem gospodarki finansowej. Choć z pozoru pojęcia te są do siebie niezwykle podobne, gdyż pozwalają na analizę kondycji finansowej podmiotu, to jednak należy dokonywać ich rozróżnienia. Płynność odnosi się do zdolności jednostki do terminowego spłacania bieżących zobowiązań, nie oddziałując przy tym w negatywny sposób na podstawową działalność przedsiębiorstwa. Koncentruje się ona na operowaniu aktywami obrotowymi oraz sposobem ich finansowania². Jej poziom dla danego podmiotu gospodarczego przejawia się także w sprawności upłynnienia posiadanych aktywów przez proces ich zamiany na gotówkę, niezbędną do uregulowania zadłużenia wynikającego

² A.L. de Souza Guimarães, V. Nossa, *Working capital, profitability, liquidity and solvency of healthcare insurance companies*, „Brazilian Business Review” 2010, nr 7 (2), s. 47.

z zawartych kontraktów. Zaniedbanie płynności finansowej skutkuje niedotrzymaniem terminów spłat zaciągniętych zobowiązań, zmniejszeniem zaufania i reputacji w środowisku kontrahentów jednostki, czy również utrudnionym gospodarowaniem finansami, z uwagi chociażby na problem finansowania działalności przedsiębiorstwa³.

Z kolei wypłacalność zakładów ubezpieczeń w literaturze przedmiotu określana jest jako sytuacja, w której bardzo prawdopodobne jest uregulowanie wszystkich zaciągniętych zobowiązań wobec beneficjentów, będących stroną w zawartych umowach ubezpieczenia. W analizie bilansu należy wziąć pod uwagę dynamikę zmian wszelkich uwarunkowań naturalnych, społecznych czy gospodarczych, zatem aktywa i zobowiązania powinny być w stanie dynamicznej równowagi⁴. Dla zapewnienia wypłacalności konieczne jest utrzymywanie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych w stosownych wartościach, dopasowanych do skali wykonywanej działalności ubezpieczeniowej. Rezerwy te obrazują wartość obecnych, a także przyszłych odszkodowań i świadczeń koniecznych do wypłaty z tytułu realizacji umów ubezpieczenia. Kolejnym niezbędnym zasobem jednostki są środki własne wykorzystywane w sytuacji, gdy zobowiązania związane z koniecznymi do wypłaty odszkodowaniami i świadczeniami są znacznie wyższe niż początkowe oczekiwania co do ich wielkości. Wtedy zakład ubezpieczeń jest narażony na ryzyko underwritingowe, inaczej zwane ryzykiem składki⁵.

Zatem wśród różnic pomiędzy płynnością finansową a wypłacalnością należy wymienić przede wszystkim horyzont czasowy. Płynność bowiem odnosi się do krótkiego okresu, natomiast o wypłacalności mówi się w dłuższej perspektywie. Kolejnym ważnym rozróżnieniem jest definiowanie płynności jako zdolności płatniczej, natomiast wypłacalności jako równowagi dochodowej w warunkach, gdy przyszłe wpływy są większe niż wydatki. Istotnym aspektem jest także skala wpływu na aktywa jednostki, gdyż brak płynności utożsamiany jest z sytuacją, w której zakład ubezpieczeń nie posiada środków pieniężnych czy innych aktywów możliwych do szybkiego zbycia, natomiast brak wypłacalności nie odnosi się do niedoboru środków pieniężnych, tylko do zadłużenia przewyższającego majątek

³ E. Piątek, K. Moczydłowski, *Wypłacalność a płynność finansowa – zależności*, „Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” 2017, nr 5 (89) cz. 1, s. 120-121.

⁴ W. Bijak, K. Bijak, *Dynamiczna analiza wypłacalności zakładów ubezpieczeń na podstawie danych publicznych: badanie empiryczne zakładów ubezpieczeń na życie działających w Polsce*, „Bank i Kredyt” 2004, nr 10, s. 81.

⁵ M. Cycoń, *Finanse zakładów ubezpieczeń*, [w:] *Współczesne ubezpieczenia gospodarcze*, red. W. Sułkowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2013, s. 116.

przedsiębiorstwa. W kontekście wypłacalności wspomina się w sposób szczególny wspomniane wyżej rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe. Zgodnie z powyższym, brak płynności finansowej może występować przez krótki okres oraz nie niesie za sobą tak poważnych konsekwencji jak bardziej trwałe od niej zjawisko niewypłacalności, które stanowi realne zagrożenie dla stabilności gospodarki finansowej ubezpieczycieli⁶.

Wypłacalność zakładów ubezpieczeń została uregulowana prawnie poprzez normy ostrożnościowe zawarte w Dyrektywie Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/138/WE z dnia 25 listopada 2009 r. w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej o angielskiej nazwie Solvency II (czyli Wypłacalność II). Tenże dokument obowiązuje w państwach należących do Unii Europejskiej, Norwegii, Liechtensteinie, a także w Islandii⁷. Jest to system oceny wypłacalności zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji, który za podstawowy swój cel przyjmuje analizę ryzyka ważonego kapitałem, biorąc pod uwagę cechy jakościowe oraz ilościowe. Na owy model kontroli rynku ubezpieczeń składają się trzy segmenty. Pierwszy z nich dotyczy ryzyk kwantytatywnych, czyli ilościowych. Skupia się na kapitałach, posiadanych przez jednostkę aktywach oraz utrzymywanych rezerwach techniczno-ubezpieczeniowych. Koncepcja ilościowa przejawia się tutaj w nadzorze kwantytatywnym, czyli w ustalonych wymaganiach kapitałowych, opisanych powyżej przy okazji analizy kapitałów własnych zakładów ubezpieczeń. W zakresie istniejących regulacji kapitału dokonano podziału na następujące kategorie:

- poziom minimalny – wymagany do realizacji działalności ubezpieczeniowej,
- poziom docelowy – daje ubezpieczycielowi możliwość pokrycia nieprzewidzianych strat,
- poziom alarmowy – jego osiągnięcie stanowi podstawę do podjęcia stosownych działań przez organ nadzorujący, by doprowadzić ponownie do sytuacji, w której przedsiębiorstwo jest wypłacalne.

Kolejny filar skupia się na nadzorze kwalifikowanym i zarządzaniem ryzykiem kwalifikowanym. Analizie poddawana jest stabilność wewnątrz struktury podmiotu, w szczególności procesy ostrożnościowe oraz techniki zarządzania całym przedsiębiorstwem,

⁶ E. Piątek, K. Moczydłowski, *op. cit.*, s. 124-126.

⁷ M. Lament, J. Piątek, *Rachunkowość zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2023, s. 193-194.

ryzykiem, posiadanymi aktywami i zobowiązaniami⁸. Ostatni filar dotyczy transparentności ubezpieczycieli w wykonywanych czynnościach oraz samoregulacji rynku ubezpieczeń. Jego celem jest dostarczenie informacji przede wszystkim dla nadzoru, opracowanych na podstawie ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz wydanych do niej aktów wykonawczych. Z publikowanych danych przygotowanych w oparciu o wspomniane dokumenty korzystają również ubezpieczeni. Ważnymi adresatami tychże informacji są także analitycy oraz inwestorzy, dlatego też owe dane przybierają finansowy charakter i są opracowywane na podstawie Międzynarodowych Standardów Sprawozdawczości Finansowej⁹.

W związku z obligatoryjnym ujawnianiem informacji przez zakłady ubezpieczeń w ramach trzeciego filaru Dyrektywy Solvency II, ubezpieczyciele zobowiązani są do przygotowania oraz opublikowania przynajmniej raz w roku sprawozdania dotyczącego wypłacalności i kondycji finansowej¹⁰. Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej określa szczegółowo elementy, które powinny być zawarte w takim sprawozdaniu i są to części opisujące:

- prowadzoną działalność oraz osiągnięte wyniki finansowe,
- stosowany system zarządzania oraz przyjętą ocenę adekwatności zarządzania w kontekście profilu ryzyka, jakim jest obciążony ubezpieczyciel,
- narażenie na ryzyko (dla każdego ryzyka odrębnie), koncentrację, redukcję oraz podatność na jego oddziaływanie,
- sposób wyceny kategorii bilansowych dla celów wypłacalności (aktywów, rezerw techniczno-ubezpieczeniowych tworzonych do celów wypłacalności, innych zobowiązań) razem z objaśnieniem kluczowych rozbieżności względem wyceny w sprawozdaniach finansowych,
- zarządzanie kapitałem ze szczególnym uwzględnieniem informacji dotyczących środków własnych (ich wartości, jakości i struktury), a także wymogów kapitałowych (SCR, czyli kapitałowego wymogu wypłacalności oraz minimalnego wymogu kapitałowego MCR)¹¹.

⁸ M. Lament, *Zarządzanie finansami zakładu ubezpieczeń. Wypłacalność II*, [w:] *Ubezpieczenia*, red. M. Iwanicz-Drozdowska, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2024, s. 124-126.

⁹ M. Lament, J. Piątek, *op. cit.*, s. 197.

¹⁰ Art. 284 ust. 1 Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. 2015 poz. 1844 z późn. zm.), w skrócie: u.d.u.r.

¹¹ Art. 285 ust. 1 u.d.u.r.

Obowiązkiem jednostek, które mają zezwolenie na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej, jest umieszczenie w takim sprawozdaniu informacji o wszelkich sytuacjach, które mogą w jakikolwiek sposób oddziaływać na wypłacalność i kondycję finansową podmiotu. Wśród takich zdarzeń należy wymienić wszelkie odstępstwa w kwestii niedotrzymania wartości wymogów kapitałowych¹². Przygotowane sprawozdanie przed opublikowaniem musi zostać zaakceptowane przez radę nadzorczą przedsiębiorstwa. Termin na opracowanie dokumentu, zgodnie z ustawą o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, wynosi 14 tygodni od dnia zakończenia roku obrotowego zakładu ubezpieczeń, który ma miejsce między 30 czerwca a 31 grudnia¹³.

Przy ocenie zarówno przeszłej, jak i obecnej sytuacji finansowej zakładów ubezpieczeń niezwykle ważna jest analiza wskaźnikowa, przeprowadzona na podstawie danych dostępnych w sporządzanych przez jednostkach sprawozdaniach finansowych. Umożliwia ona również prognozowanie kondycji finansowej w przyszłości. W literaturze przedmiotu wskaźniki ekonomiczne, stanowiące narzędzie stosowane w dokonywanej analizie podmiotów ubezpieczeniowych, dzieli się na kilka kategorii:

- wskaźniki wypłacalności i płynności,
- wskaźniki rentowności,
- wskaźniki sprawności działania,
- wskaźniki struktury kapitału,
- wskaźniki techniczno-ubezpieczeniowe¹⁴.

Pierwszym ważnym wskaźnikiem w kontekście nadzoru nad stabilnością finansową zakładów ubezpieczeń jest wskaźnik wypłacalności, czyli inaczej stopień zabezpieczenia działalności ubezpieczeniowej (w skrócie W_w). Z punktu widzenia bezpieczeństwa finansowego, korzystniejsze są wyższe wyniki, natomiast mając na uwadze strategię biznesową przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego, dąży się do jak najniższej jego wartości¹⁵.

¹² P. Manikowski, R. Matuła, *Analiza wypłacalności zakładów ubezpieczeń w Solvency II na przykładzie wybranych ubezpieczycieli*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2018, tom 80, nr 2, s. 211.

¹³ E. Spigarska, *Wielowymiarowość sprawozdawczości zakładów ubezpieczeń (prawo bilansowe, Wypłacalność II, BION, GUS)*, „Studia Oeconomica Posnaniensia” 2018, vol. 6, no. 7, s. 72-73.

¹⁴ R. Garbicz, *Ubezpieczenia w teorii i praktyce. Część II Ubezpieczenia gospodarcze i zdrowotne*, Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2022, s. 94-95.

¹⁵ K. Jonas, *Rachunkowość zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji*, Difin, Warszawa 2020, s. 138-139.

$$W_W = \frac{\text{środki własne}}{\text{składka przypisana na udziale własnym}} \times 100\%$$

Kolejny z nich, wskaźnik monitorowania działalności, poddaje ocenie poziom zabezpieczenia wymaganych do zrealizowania wymogów kapitałowych (odpowiednio SCR lub MCR) za pomocą posiadanych środków własnych¹⁶.

$$W_{MD} = \frac{\text{środki własne}}{\text{wymóg kapitałowy}} \times 100\%$$

Następnym istotnym parametrem jest stopa rezerw techniczno-ubezpieczeniowych (w skrócie S_{RTU}), w której to rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe są zestawiane z poziomem składek zarobionych bądź przypisanych zakładów ubezpieczeń¹⁷. S_{RTU} w ujęciu brutto odnosi się do rezerw techniczno-ubezpieczeniowych brutto oraz składek brutto, natomiast odpowiednio S_{RTU} w ujęciu netto dotyczy tychże składników po uwzględnieniu udziału reasekuratora, czyli rezerw techniczno-ubezpieczeniowych na udziale własnym oraz składek na udziale własnym.

$$S_{RTU} = \frac{\text{rezerwy techniczno – ubezpieczeniowe}}{\text{składki}} \times 100\%$$

Wybór zaprezentowanych wyżej mierników ekonomicznych jest uzasadniony ich komplementarnością względem siebie podczas oceny stabilności finansowej ubezpieczycieli z perspektywy technicznej, regulacyjnej oraz kapitałowej. Stopa rezerw techniczno-ubezpieczeniowych pokazuje, jak ostrożną politykę tworzenia rezerw prowadzi przedsiębiorstwo. Wskaźnik wypłacalności odzwierciedla ogólne bezpieczeństwo finansowe jednostki w stosunku do skali jej działalności. Z kolei wskaźniki monitorowania działalności dla wymogów SCR i MCR stanowią określony przepisami standard oceny ryzyka w systemie Solvency II¹⁸. Oceniając kondycję finansową, należy jednak uwzględnić ograniczenia poznawcze tych parametrów. Przede wszystkim mają one charakter statyczny

¹⁶ M. Lament, *Wykorzystanie analizy wskaźnikowej do oceny sytuacji finansowej zakładu ubezpieczeń*, [w:] *Ubezpieczenia*, red. M. Iwanicz-Drozdowska, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2024, s. 154.

¹⁷ M. Janowicz-Lomott, E. Spigarska, I. Dąbrowski, K. Łyskawa, *Finanse ubezpieczeń*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2020, s. 197.

¹⁸ European Insurance and Occupational Pensions Authority (EIOPA), *Annual Report 2021*, Publications Office of the European Union, Luksemburg 2022, s. 23-21.

i retrospektywny, co utrudnia prognozowanie długoterminowej stabilności, szczególnie w warunkach nagłych szoków w gospodarce. Ponadto standardowa formuła wyznaczania SCR i MCR bywa zbyt sztywna, przez co nie zawsze idealnie odzwierciedla specyfikę ryzyka analizowanego podmiotu¹⁹.

Warto zauważyć, iż poza tworzeniem przez zakłady ubezpieczeń rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów rachunkowości jednostki zakładają także rezerwy dla celów wypłacalności. Ich tworzenie, tak jak w przypadku rezerw dla celów rachunkowości, odbywa się przy założeniu ostrożności, rzetelności, wiarygodności oraz bezstronności. Utrzymywany poziom musi odpowiadać aktualnej kwocie, którą jednostka powinna zapłacić przy założeniu niezwłocznego transferu zobowiązań wynikających z zawartych umów ubezpieczenia na inny zakład ubezpieczeń²⁰. By ustalić pożądaną wartość tychże rezerw, zgodnie z ustawą o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej podmiot musi najpierw osobno skalkulować najlepsze oszacowanie oraz margines ryzyka, a następnie zsumować otrzymane wyniki.

Pierwszy parametr, czyli najlepsze oszacowanie to oczekiwana wartość obecna wpływów i wpływów pieniężnych, które nastąpią w przyszłości. Jest ona ważona prawdopodobieństwem wystąpienia owych przepływów i uwzględnia strukturę terminową stopy procentowej wolnej od ryzyka. Z kolei margines ryzyka gwarantuje taką wartość rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności, która jest równa wielkości środków pieniężnych, jakich domagałyby się zakłady ubezpieczeń za przejęcie przez nie zobowiązań ubezpieczeniowych oraz spłacenia ich, uwzględniając przy tym wszelkie dodatkowe koszty z tego tytułu²¹. Uwzględnienie tych elementów pozwala na bardziej adekwatne i ostrożne określenie poziomu rezerw techniczno-ubezpieczeniowych. Dzięki temu możliwe jest właściwe odzwierciedlenie przyszłych zobowiązań ubezpieczycieli oraz zwiększenie bezpieczeństwa finansowego zarówno samych instytucji, jak i ich klientów. W konsekwencji elementy te odgrywają istotną rolę w ocenie wypłacalności przedsiębiorstw

¹⁹ European Insurance and Occupational Pensions Authority (EIOPA), *Opinion on the 2020 Review of Solvency II (EIOPA-BoS-20/749)*, EIOPA, Frankfurt 2020, s. 3-11, 52.

²⁰ P. Kowalczyk-Rólczyńska, *Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe*, [w:] *Ubezpieczenia*, red. W. Ronka-Chmielowiec, C.H.Beck Sp. z o.o., Warszawa 2016, s. 227-228.

²¹ Art. 77 *Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/138/WE z dnia 25 listopada 2009 r. w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Wypłacalność II)* (Dz.U.UE.L. 2009 poz. 335.1 z dnia 2009.12.17 z późn. zm.).

ubezpieczeniowych oraz w zapewnieniu stabilności funkcjonowania całego sektora ubezpieczeniowego²².

10.3. Metodyka analizy poziomu rezerw techniczno-ubezpieczeniowych w wybranych zakładach ubezpieczeń w latach 2019-2023

Porównując gospodarkę finansową podmiotów ubezpieczeniowych w Polsce, skoncentrowano się na trzech zakładach ubezpieczeń, prowadzących działalność zarówno w dziale I, jak i dziale II ubezpieczeń. Badaniem objęto okres pięciu kolejnych lat od 2019 do 2023 roku, wybierając następujące przedsiębiorstwa ubezpieczeniowe:

- Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA (dział I) / Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA (dział II) – jedna z największych firm ubezpieczeniowych w Polsce, funkcjonuje od lat 90. XX wieku i należy do niemieckiej grupy Ergo Group;
- Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. (dział I) / Generali Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. (dział II) – w Polsce od końca lat 90. XX wieku, spółka będąca częścią włoskiej grupy Assicurazioni Generali;
- Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. (dział I) / Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji „WARTA” S.A. (dział II) – jeden z najstarszych i najbardziej znaczących podmiotów na polskim rynku ubezpieczeniowym z ponad stuletnią tradycją funkcjonowania.

Dobór próby badawczej miał charakter celowy i wynikał z wiodącej pozycji rynkowej tych podmiotów. Analiza tych ubezpieczycieli pozwala na identyfikację trendów, które można uznać za reprezentatywne dla głównego segmentu rynku. Należy jednak zachować ostrożność przy uogólnianiu uzyskanych wyników na cały sektor, ponieważ sytuacja finansowa tak dużych grup nie zawsze w pełni odzwierciedla specyfikę ekonomiczną mniejszych przedsiębiorstw ubezpieczeniowych.

Do przeprowadzenia analizy w głównej mierze wykorzystano sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej badanych podmiotów. Ich obligatoryjne sporządzanie i udostępnianie przez ubezpieczycieli wynika z trzeciego filaru Dyrektywy Solvency II o transparentności i sprawozdawczości, a celem jest zapewnienie przejrzystości

²² Art. 225 ust. 1-4 u.d.u.r.

w funkcjonowaniu oraz przedstawienie realnej kondycji finansowej owych spółek. Są to następujące raporty:

- Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA na dzień 31 grudnia 2019/2020/2021/2022/2023 roku i za rok zakończony tego dnia,
- Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia SA na dzień 31 grudnia 2019/2020/2021/2022/2023 roku i za rok zakończony tego dnia,
- Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. na dzień 31 grudnia 2019/2020/2021/2022/2023,
- Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Generali Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. na dzień 31 grudnia 2019/2020/2021/2022/2023,
- TUnŻ „WARTA” S.A. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej na dzień 31 grudnia 2019/2020/2021/2022/2023 roku i za rok obrotowy kończący się tego dnia,
- TUiR „WARTA” S.A. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej na dzień 31 grudnia 2019/2020/2021/2022/2023 roku i za rok obrotowy kończący się tego dnia.

Wykorzystano także opracowania, zawierające zagregowane dane dla rynku ubezpieczeń w Polsce:

- Polska Izba Ubezpieczeń, Raport roczny 2019/2020/2021/2022/2023,
- Komisja Nadzoru Finansowego, Biuletyn Roczny. Rynek Ubezpieczeń 2019/2020/2021/2022/2023, Część II – Informacje o krajowych zakładach ubezpieczeń.

Na podstawie danych dostępnych w wyżej wymienionych dokumentach przeprowadzono analizę gospodarki finansowej, skupiającą się na rezerwach techniczno-ubezpieczeniowych oraz wypłacalności badanych podmiotów w pięcioletnim horyzoncie czasowym. Badanie przeprowadzono w pierwszej kolejności dla działu I ubezpieczeń, po czym przeanalizowano jednostki z działu II. Dokonane zostały następujące czynności:

- analiza wyników technicznych, wyliczenie przy pomocy składki przypisanej brutto wskaźnika efektywności technicznej oraz porównanie parametrów pomiędzy jednostkami na przestrzeni lat, zaprezentowanie dynamiki zmian wskaźnika;
- kalkulacja i interpretacja stopy rezerw techniczno-ubezpieczeniowych w ujęciu brutto;

- badanie poziomu rezerw techniczno-ubezpieczeniowych ustalanych dla celów rachunkowości oraz wypłacalności, ukazanie dynamiki ich zmian na przestrzeni lat;
- przedstawienie i przeanalizowanie wartości utrzymywanych środków własnych, następnie wyznaczenie wskaźnika wypłacalności, ukazanie wielkości wymogów kapitałowych SCR i MCR, analiza zgodności z normami prawnymi oraz wyliczenie wskaźnika monitorowania działalności dla tychże wymogów.

10.4. Poziom rezerw techniczno-ubezpieczeniowych i wypłacalność wybranych zakładów ubezpieczeń działu I

Analizując ogólną sytuację finansową wybranych jednostek, warto zwrócić uwagę na efektywność prowadzonej działalności ubezpieczeniowej. W tymże kontekście ważnymi parametrami są wynik techniczny oraz składka przypisana brutto, które są od siebie zależne. W tabeli 10.1. zostały zaprezentowane wspomniane wielkości, odnotowane w pięcioletnim horyzoncie czasowym w analizowanych zakładach ubezpieczeń działu I.

Tabela 10.1. Wartość wyniku technicznego i składki przypisanej brutto w wybranych zakładach ubezpieczeń działu I w latach 2019-2023 (w tys. zł)

	2019	2020	2021	2022	2023
STUnŻ ERGO Hestia S.A.					
Wynik techniczny	23 166	18 563	22 215	37 973	60 496
Zmiana %	x	-19,9%	19,7%	70,9%	59,3%
Składka przypisana brutto	357 090	357 522	437 397	497 588	588 207
Zmiana %	x	0,1%	22,3%	13,8%	18,2%
Generali Życie T.U. S.A.					
Wynik techniczny	97 463	56 860	54 950	85 843	121 512
Zmiana %	x	-41,7%	-3,4%	56,2%	41,6%
Składka przypisana brutto	889 758	939 417	1 055 598	984 407	952 809
Zmiana %	x	5,6%	12,4%	-6,7%	-3,2%

TUnŻ WARTA S.A.					
Wynik techniczny	51 430	50 777	38 813	73 318	168 185
Zmiana %	x	-1,3%	-23,6%	89,0%	129,4%
Składka przypisana brutto	972 694	983 373	1 162 962	1 178 474	1 374 043
Zmiana %	x	1,1%	18,3%	1,3%	16,6%

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA na dzień 31 grudnia 2019/2020/2021/2022/2023 roku i za rok zakończony tego dnia, str. 11/11/11/11/11; Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. na dzień 31 grudnia 2019/2020/2021/2022/2023, str. 13/12/11/12/12; TUnŻ „WARTA” S.A. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej na dzień 31 grudnia 2019/2020/2021/2022/2023 roku i za rok obrotowy kończący się tego dnia, str. 11,20/11,19/11,19/6,12/5,12.

Obserwując wielkość wyniku technicznego poszczególnych przedsiębiorstw ubezpieczeniowych można zauważyć, że najmniejszym podmiotem pod względem rozmiaru prowadzonej działalności ubezpieczeniowej jest Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia S.A., natomiast na największą skalę działa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie WARTA S.A., jako spółka z wieloletnim doświadczeniem. Biorąc pod uwagę procentową zmianę wyniku technicznego w stosunku do jego wartości w roku poprzednim, we wszystkich analizowanych zakładach ubezpieczeń w 2020 roku obserwuje się pogorszenie badanego wyniku. Zjawisko to jest zbieżne z pandemią koronawirusa COVID-19 i silnie zwiększoną częstotliwością wypłaty świadczeń i odszkodowań w ramach ubezpieczeń grupowych w tym okresie. Warto podkreślić, iż najsilniejsze powiązanie z tymi uwarunkowaniami zewnętrznymi odczuł podmiot Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., który odnotował niewątpliwie największe obniżenie wyniku technicznego, osiągając aż -41,7%. Natomiast najbardziej dynamiczny wzrost w późniejszych latach po kryzysie wywołanym pandemią nastąpił w Towarzystwie Ubezpieczeń na Życie WARTA S.A. Największą stabilnością na przestrzeni lat charakteryzuje się Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia S.A., o czym świadczy najmniejszy procentowy spadek analizowanego parametru na przestrzeni lat oraz fakt, iż wynik z 2023 roku stanowi 261% wartości z 2019 roku.

Analiza składki przypisanej brutto na przestrzeni lat potwierdza, iż liderem z największym portfelem składek w tymże zestawieniu jest Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie WARTA S.A. Podmiot ten można określić również jako najbardziej stabilny w omawianym kontekście. Największe procentowe zwiększenia na przestrzeni lat zauważalne są w Sopockim Towarzystwie Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia S.A. Z kolei Generali Życie Towarzystwo

Ubezpieczeń S.A. od roku 2021 znajduje się w fazie spadkowej pod względem wartości analizowanej składki, co może świadczyć o malejącej aktywności w zakresie pozyskiwania klientów.

Pomocnym wskaźnikiem w kontekście badania gospodarki finansowej ubezpieczycieli oraz ich działalności podstawowej, odnoszącym się do relacji wyniku technicznego względem składki przypisanej brutto, jest wskaźnik efektywności technicznej (W_{ET}).

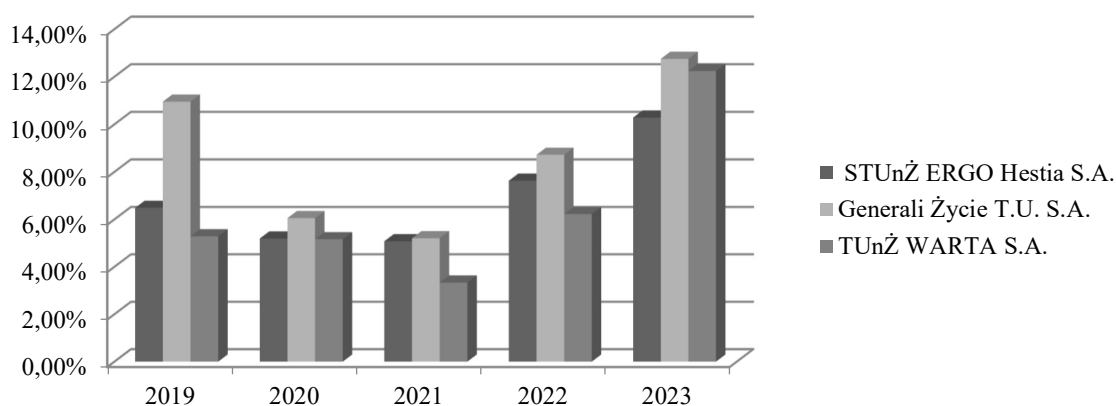
$$W_{ET} = \frac{\text{wynik techniczny}}{\text{składka przypisana brutto}} \times 100\%$$

Wartości omawianego wskaźnika zostały przedstawione w tabeli 10.2., natomiast dynamika jego zmian na przestrzeni lat 2019-2023 jest widoczna na rysunku 10.1.

Tabela 10.2. Wskaźnik efektywności technicznej wybranych zakładów ubezpieczeń działu I w latach 2019-2023

	STUnŻ ERGO Hestia S.A.	Generali Życie T.U. S.A.	TUnŻ WARTA S.A.
2019	6,49%	10,95%	5,29%
2020	5,19%	6,05%	5,16%
2021	5,08%	5,21%	3,34%
2022	7,63%	8,72%	6,22%
2023	10,28%	12,75%	12,24%

Źródło: opracowanie własne na podstawie tabeli 10.1.



Rysunek 10.1. Dynamika wskaźnika efektywności technicznej wybranych zakładów ubezpieczeń działu I na przestrzeni lat 2019-2023

Źródło: opracowanie własne na podstawie tabeli 10.2.

Na podstawie powyższych danych można zaobserwować, iż każde z analizowanych przedsiębiorstw ubezpieczeniowych na przestrzeni pięciu badanych lat osiągnęło najniższy poziom efektywności technicznej w roku 2021. Wiąże się z tym również podobny trend zmian dla każdego podmiotu – do tego momentu widoczna jest tendencja spadkowa, natomiast potem wskaźnik rośnie. W analizowanym okresie czasu największy wynik techniczny w stosunku do składki przypisanej brutto odnotowało w 2023 roku Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., które cechuje się również największymi wahaniami wartości wskaźnika pomiędzy kolejnymi latami. Istotną kwestią wartą zauważenia jest także fakt, że Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w każdym z badanych lat osiągało najwyższy wskaźnik efektywności technicznej w porównaniu z pozostałymi spółkami, podlegającymi analizie. Z kolei najniższe wyniki badanego parametru do 2022 roku osiąga Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie WARTA S.A., z najmniejszą wielkością w 2021 roku. Pozycja ta utrzymuje się przez cztery lata, natomiast w 2023 roku na najniższym miejscu plasuje się Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia S.A.

Z punktu widzenia podstawowej działalności analizowanych jednostek niezwykle ważnym segmentem w gospodarce finansowej są rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe. Porównując ich poziom ze składkami przypisanymi brutto, w tabeli 10.3. przedstawiono wartości stóp rezerw techniczno-ubezpieczeniowych w ujęciu brutto dla badanych spółek.

Tabela 10.3. Stopa rezerw techniczno-ubezpieczeniowych w ujęciu brutto w wybranych zakładach ubezpieczeń działu I w latach 2019-2023

	STUnŻ ERGO Hestia S.A.	Generali Życie T.U. S.A.	TUnŻ WARTA S.A.
2019	288,11%	408,30%	141,37%
2020	304,09%	369,04%	132,41%
2021	263,15%	323,87%	111,90%
2022	227,13%	293,85%	99,16%
2023	215,53%	313,38%	93,09%

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA na dzień 31 grudnia 2019/2020/2021/2022/2023 roku i za rok zakończony tego dnia, s. 11,51/11,52/11,54/11,54/11,54; Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. na dzień 31 grudnia 2019/2020/2021/2022/2023, s. 13,85/12,84/11,81/12,84/12,80; TUnŻ „WARTA” S.A. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej na dzień 31 grudnia 2019/2020/2021/2022/2023 roku i za rok obrotowy kończący się tego dnia, s. 20,87/19,87/19,88/12,73/12,73,74.

Z uwagi na to, że stopa rezerw techniczno-ubezpieczeniowych jest wskaźnikiem stymulującym, wyższe wartości są bardziej pożądane i lepiej świadczą o gospodarce finansowej zakładu ubezpieczeń. Wśród analizowanych jednostek najlepsze wyniki osiąga Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., co świadczy o tym, iż tworzy znaczne rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe w stosunku do zainkasowanych składek. Można zatem wnioskować, że jest to spółka o najbardziej zachowawczej oraz ostrożnej polityce finansowej w zakresie rezerw. Najniższe S_{RTU} zostały wyliczone dla Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie WARTA S.A., wskazując na większy stopień niedoszacowania rezerw, niż w przypadku pozostałych podmiotów. W dziale I dla ubezpieczycieli bezpieczniejsze jest utrzymywanie wyższych wartości omawianego wskaźnika z uwagi na długoterminowy charakter zawieranych umów. Niższa S_{RTU} sugeruje mniejszą zdolność do wypłaty przyszłych odszkodowań i świadczeń wobec ubezpieczonych, a także w kontekście wypłacalności słabszą odporność finansową na czynniki zewnętrzne, takie jak rosnący poziom szkodowości czy zmiana stóp procentowych. Na podstawie tabeli 3. Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia S.A. wykazuje się stabilnością, dążąc do relatywnie wysokiej S_{RTU} na niezagrożonym poziomie. We wszystkich analizowanych podmiotach zauważalna jest ogólna tendencja spadkowa S_{RTU} w ujęciu brutto w latach 2019-2023, a co za tym idzie – zbliżanie się do niższych wartości może wiązać się ze wzrostem możliwego ryzyka niedoszacowania rezerw. Jednak w przypadku tych jednostek sytuacja nie wydaje się być niepokojąca, gdyż omawiany wskaźnik mimo wszystko utrzymywany jest w relatywnie wysokich wartościach.

Analizując rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe, warto również skupić się na ich tworzeniu zarówno dla celów rachunkowości zgodnie z polskimi standardami rachunkowości, jak i wypłacalności, odpowiadającym sumie najlepszego oszacowania i marginesu ryzyka.

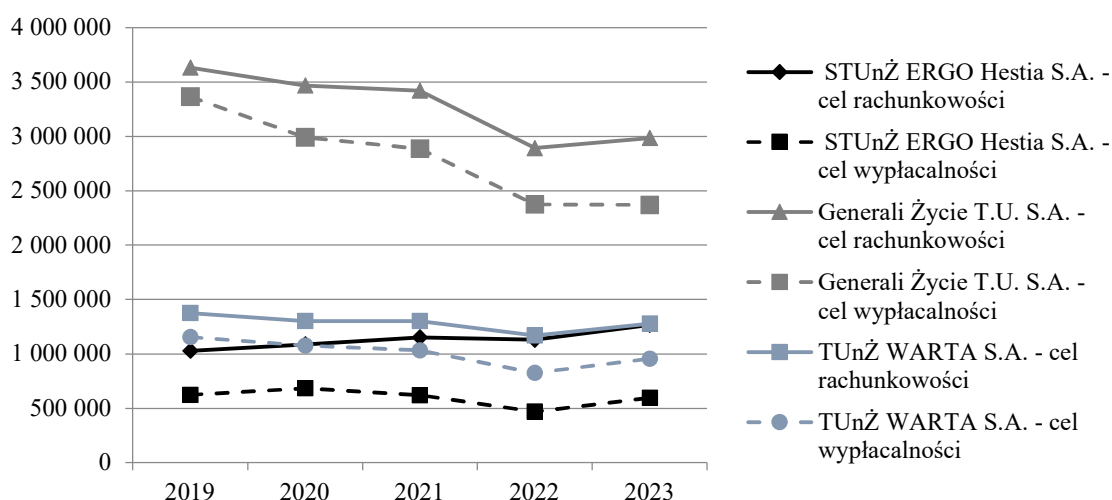
Tabela 10.4. Wartość rezerw techniczno-ubebezpieczeniowych brutto ustalanych dla celów rachunkowości i wypłacalności w wybranych zakładach ubezpieczeń działu I w latach 2019-2023 (w tys. zł)

	2019	2020	2021	2022	2023
STUnŻ ERGO Hestia S.A.					
RTU brutto dla celów rachunkowości	1 028 800	1 087 177	1 150 992	1 130 177	1 267 734
Zmiana %	x	5,7%	5,9%	-1,8%	12,2%
RTU brutto dla celów wypłacalności	623 554	683 167	619 534	468 809	597 138
Zmiana %	x	9,6%	-9,3%	-24,3%	27,4%
Generali Życie T.U. S.A.					
RTU brutto dla celów rachunkowości	3 632 892	3 466 823	3 418 758	2 892 708	2 985 908
Zmiana %	x	-4,6%	-1,4%	-15,4%	3,2%
RTU brutto dla celów wypłacalności	3 363 959	2 991 959	2 885 771	2 375 013	2 370 192
Zmiana %	x	-11,1%	-3,5%	-17,7%	-0,2%
TUnŻ WARTA S.A.					
RTU brutto dla celów rachunkowości	1 375 089	1 302 058	1 301 366	1 168 524	1 279 089
Zmiana %	x	-5,3%	-0,1%	-10,2%	9,5%
RTU brutto dla celów wypłacalności	1 154 926	1 077 415	1 032 180	825 806	956 192
Zmiana %	x	-6,7%	-4,2%	-20,0%	15,8%

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA na dzień 31 grudnia 2019/2020/2021/2022/2023 roku i za rok zakończony tego dnia, str. 51/52/54/54/54; Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. na dzień 31 grudnia 2019/2020/2021/2022/2023, str. 85,86/84/81/84/80; TUnŻ „WARTA” S.A. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej na dzień 31 grudnia 2019/2020/2021/2022/2023 roku i za rok obrotowy kończący się tego dnia, str. 87/87/88/73/73,74.

Zgodnie z danymi zawartymi w tabeli 10.4. można zauważyć, iż dla Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia S.A. charakterystyczny jest stały wzrost rezerw techniczno-ubebezpieczeniowych ustalanych dla celów rachunkowości, z wyjątkiem jednego spadku w 2022 roku. Pozostałe dwie jednostki natomiast w latach 2019-2022 utrzymują tendencję spadkową z odnotowaniem lekkiego zwiększenia w 2023 roku. Największą procentową zmianę wartości w krańcowych latach badanego okresu należy przypisać spółce Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ponieważ wynik z 2023 roku jest o 18% niższy niż wielkość utrzymywana w 2019 roku. Odpowiednio dla Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia S.A. jest to wzrost o 23%, natomiast dla Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie WARTA S.A. jest to spadek o 7%.

Z uwagi na metodologię tworzenia rezerw techniczno-ubezpieczeniowych naturalnym jest, iż wartości rezerw tworzonych dla celów wypłacalności są niższe niż dla celów rachunkowości. Podobnie jak w przypadku rezerw techniczno-ubezpieczeniowych tworzonych dla celów rachunkowości, rezerwy dla celów wypłacalności w Towarzystwie Ubezpieczeń na Życie WARTA S.A. oraz Generali Życie Towarzystwie Ubezpieczeń S.A. mają w większości badanego okresu tendencję spadkową. Wyjątkiem jest rok 2023, w którym Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie WARTA S.A. odstąpiło od tego trendu i wartość rezerw wzrosła o 15,8% w stosunku do roku poprzedniego. Z kolei w przypadku Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia S.A. widoczne są wahania na przestrzeni lat – do 2020 roku wzrost, od 2021 spadek (gwałtowne osłabienie o 24,3% w 2022 roku), natomiast już w 2023 roku wyraźne zwiększenie o 27,4% w porównaniu do roku 2022.



Rysunek 10.2. Dynamika wartości rezerw techniczno-ubezpieczeniowych ustalanych dla celów rachunkowości oraz wypłacalności w wybranych zakładach ubezpieczeń działu I na przestrzeni lat 2019-2023

Źródło: opracowanie własne na podstawie tabeli 10.4.

Porównując wartość rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla obydwu celów ich tworzenia można dostrzec dynamiczne zarządzanie wypłacalnością przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia S.A., czego przejawem jest wahający się poziom rezerw wypłacalnościowych, a także względnie stałe i bezpieczne wielkości w zakresie rachunkowości, dbając przy tym o stopniowy wzrost rezerw ustalanych zgodnie z polskimi standardami rachunkowości. Dla ubezpieczyciela Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń

S.A. wyraźnie widoczna jest tendencja spadkowa w obu przypadkach rezerw, co pozwala podejrzewać, iż spółka przeobraża swój portfel, dążąc do redukcji zobowiązań, a tym samym tak sporej ilości utrzymywanych rezerw techniczno-ubezpieczeniowych. Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie WARTA S.A. obniża poziom rezerw pomimo dynamicznego wzrostu składki przypisanej brutto, widocznego w tabeli 10.1.

Z uwagi na fakt, iż zakłady ubezpieczeń ustalają wartość utrzymywanych rezerw techniczno-ubezpieczeniowych nie tylko dla celów rachunkowości, ale także wypłacalności, warto również skupić się na zagadnieniach związanych z ową wypłacalnością, będącą istotnym elementem gospodarki finansowej badanych przedsiębiorstw. Tej tematyce poświęcony jest ostatni segment sprawozdań o wypłacalności i kondycji finansowej – „Zarządzanie kapitałem”. Koncentrując się na wypłacalności, w pierwszej kolejności warto przeanalizować poziom utrzymywanych środków własnych, których głównym celem jest zapewnienie bezpieczeństwa w kontekście wypłacalności.

Tabela 10.5. Środki własne wybranych zakładów ubezpieczeń działu I w latach 2019-2023 (w tys. zł)

	2019	2020	2021	2022	2023
STUnŻ ERGO Hestia S.A.					
Wartość	445 649	459 356	450 271	485 366	557 953
Zmiana %	x	3,1%	-2,0%	7,8%	15,0%
Generali Życie T.U. S.A.					
Wartość	570 123	549 864	512 889	473 506	497 143
Zmiana %	x	-3,6%	-6,7%	-7,7%	5,0%
TUnŻ WARTA S.A.					
Wartość	505 591	549 258	502 618	610 720	700 266
Zmiana %	x	8,6%	-8,5%	21,5%	14,7%

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA na dzień 31 grudnia 2019/2020/2021/2022/2023 roku i za rok zakończony tego dnia, s. 82/82/84/84/84; Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. na dzień 31 grudnia 2019/2020/2021/2022/2023, s. 113/110/108/111/107; TUnŻ „WARTA” S.A. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej na dzień 31 grudnia 2019/2020/2021/2022/2023 roku i za rok obrotowy kończący się tego dnia, s. 130/131/132/111/112.

Zgodnie z informacjami zawartymi w tabeli 10.5., zarówno w przypadku Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia S.A., jak i Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie WARTA S.A. zauważalna jest wzrostowa tendencja wartości środków własnych na przestrzeni lat 2019-2023. Wyjątek stanowi rok 2021, kiedy to w obydwu spółkach odnotowano spadek tychże wielkości. Regres ten może być skorelowany z wpływem pandemii koronawirusa COVID-19 na kondycję finansową przedsiębiorstw ubezpieczeniowych. Z kolei Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z roku na rok wykazuje coraz większe zmniejszenia, by w 2023 roku wreszcie ukazać wzrost środków własnych o 5% w stosunku do roku poprzedniego. Obserwowane osłabienia tego ubezpieczyciela w badanym okresie mają podobny charakter do trendu zmian wartości rezerw techniczno-ubezpieczeniowych ustalanych zarówno dla celów rachunkowości, jak i wypłacalności. Jednak do bardziej efektywnego porównywania zakładów ubezpieczeń w kontekście posiadanych przez nie środków własnych nieocenioną pomocą jest wskaźnik wypłacalności, ukazujący relację środków własnych i zainkasowanych składek, którego wartości zostały zaprezentowane w tabeli 10.6.

Tabela 10.6. Wskaźnik wypłacalności w wybranych zakładach ubezpieczeń działu I w latach 2019-2023

	2019	2020	2021	2022	2023
STUnŻ ERGO Hestia S.A.					
Wartość	133,7%	139,3%	111,5%	106,3%	102,7%
Zmiana w p.p.	x	5,6	-27,8	-5,2	-3,6
Generali Życie T.U. S.A.					
Wartość	75,9%	70,7%	61,5%	61,8%	65,1%
Zmiana w p.p.	x	-5,2	-9,2	0,3	3,3
TUnŻ WARTA S.A.					
Wartość	76,3%	88,4%	67,8%	87,4%	87,2%
Zmiana w p.p.	x	12,1	-20,6	19,6	-0,2

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA na dzień 31 grudnia 2019/2020/2021/2022/2023 roku i za rok zakończony tego dnia, s. 80,82/80,82/82,84/82,84/82,84; Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. na dzień 31 grudnia 2019/2020/2021/2022/2023, s. 110,113/107,110/105,108/108,111/104,107; TUnŻ „WARTA” S.A. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej na dzień 31 grudnia 2019/2020/2021/2022/2023 roku i za rok obrotowy kończący się tego dnia, s. 118,130/119,131/120,132/104,111/105,112.

Zestawiając wartości środków własnych z inkasowanymi składkami przypisanymi na udziale własnym analizowanych przedsiębiorstw ubezpieczeniowych i otrzymując w ten sposób wskaźnik wypłacalności można zaobserwować, że najwyższe wartości tegoż parametru osiąga Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia S.A. W badanym okresie jego wielkość utrzymuje się niezmiennie powyżej 100%, co świadczy o niezwykle wysokim poziomie bezpieczeństwa finansowego spółki. Jednak mimo tego obserwowany jest trend spadkowy zapoczątkowany w 2021 roku, kiedy to miało miejsce największe obniżenie wskaźnika we wszystkich analizowanych zakładach ubezpieczeń, co najprawdopodobniej wynika ze wzrostu stóp procentowych w tym okresie, zmniejszając tym samym wartość lokat w spółkach przy ich wycenie. Dla sopockiej spółki ważna powinna być w kolejnych latach obserwacja, czy tendencja malejącego wskaźnika wypłacalności utrzyma się. Stabilnością w kontekście wypłacalności charakteryzuje się Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie WARTA S.A., pomimo obserwowanych wahań na przestrzeni lat. Po sporym obniżeniu wartości wskaźnika w 2021 roku o 20,6 punktów procentowych w stosunku do roku poprzedniego, spółka zdołała przywrócić bardziej bezpieczny poziom wypłacalności w następnych latach, udowadniając przy tym umiejętne zarządzanie ryzykiem. O najsłabszej kondycji finansowej i bezpieczeństwie w zakresie wypłacalności można mówić w przypadku Generali Życie Towarzystwa Ubezpieczeń S.A., gdyż ukazane wartości są na relatywnie niskim poziomie w analizowanym pięcioletnim horyzoncie czasowym. W tej sytuacji konieczna może okazać się koncentracja na obserwowanym problemie, przejawiającym się także w spadkach badanego parametru, by ustabilizować wypłacalność spółki.

Nierozzerwalnym elementem związanym z zagadnieniem wypłacalności zakładów ubezpieczeń są także wymogi kapitałowe, których obligatoryjne spełnienie wynika z postanowień Dyrektywy Solvency II.

Tabela 10.7. Wymogi kapitałowe wybranych zakładów ubezpieczeń działu I w latach 2019-2023 (w tys. zł)

	2019	2020	2021	2022	2023
STUnŻ ERGO Hestia S.A.					
SCR	194 759	223 086	235 929	249 547	270 588
Zmiana %	x	14,5%	5,8%	5,8%	8,4%
MCR	87 642	100 389	106 168	112 296	121 765
Zmiana %	x	14,5%	5,8%	5,8%	8,4%
Generali Życie T.U. S.A.					
SCR	140 054	145 276	188 195	192 840	191 323
Zmiana %	x	3,7%	29,5%	2,5%	-0,8%
MCR	63 025	65 374	84 688	86 778	86 095
Zmiana %	x	3,7%	29,5%	2,5%	-0,8%
TUnŻ WARTA S.A.					
SCR	196 115	217 803	247 566	279 080	317 210
Zmiana %	x	11,1%	13,7%	12,7%	13,7%
MCR	88 252	98 012	111 405	125 586	142 744
Zmiana %	x	11,1%	13,7%	12,7%	13,7%

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA na dzień 31 grudnia 2019/2020/2021/2022/2023 roku i za rok zakończony tego dnia, s. 72/72/74/74/74; Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. na dzień 31 grudnia 2019/2020/2021/2022/2023, s. 104/102/99/102/97; TUnŻ „WARTA” S.A. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej na dzień 31 grudnia 2019/2020/2021/2022/2023 roku i za rok obrotowy kończący się tego dnia, s. 130/131/132/111/112.

Jak podają w swoich sprawozdaniach o wypłacalności i kondycji finansowej analizowane zakłady ubezpieczeń, w przypadku każdego przedsiębiorstwa i na przestrzeni całego badanego okresu zostały spełnione wymogi kapitałowe dla zapewnienia wypłacalności, stabilności i bezpieczeństwa finansowego jednostek, zgodnie z ustawowymi wymaganiami. Zarówno dla kapitałowego wymogu wypłacalności (SCR), jak i dla minimalnego wymogu kapitałowego (MCR) nie nastąpiła żadna niezgodność względem wymaganych wielkości, gdyż spółki w latach 2019-2023 pokryły ustalone wymogi kapitałowe. Jednak dla lepszego porównania omawianego zagadnienia między jednostkami warto skorzystać z wskaźnika monitorowania działalności, odnoszącego się do pokrycia środkami własnymi poszczególnych wymogów kapitałowych. Wartości owych parametrów zaprezentowano w tabeli 10.8. dla kapitałowego wymogu wypłacalności (SCR) oraz minimalnego wymogu kapitałowego (MCR).

Tabela 10.8. Wskaźnik monitorowania działalności dla kapitałowego wymogu wypłacalności oraz minimalnego wymogu kapitałowego w wybranych zakładach ubezpieczeń działu I w latach 2019-2023

	2019	2020	2021	2022	2023
STUnŻ ERGO Hestia S.A.					
Wartość dla SCR	228,8%	205,9%	190,9%	194,5%	206,2%
Zmiana w p.p.	x	-22,9	-15	3,6	11,7
Wartość dla MCR	508,5%	457,6%	424,1%	432,2%	458,2%
Zmiana w p.p.	x	-50,9	-33,5	8,1	26
Generali Życie T.U. S.A.					
Wartość dla SCR	407,1%	378,5%	272,5%	245,5%	259,8%
Zmiana w p.p.	x	-28,6	-106	-27	14,3
Wartość dla MCR	904,6%	841,1%	605,6%	545,7%	577,4%
Zmiana w p.p.	x	-63,5	-235,5	-59,9	31,7
TUnŻ WARTA S.A.					
Wartość dla SCR	257,8%	252,2%	203,0%	218,8%	220,8%
Zmiana w p.p.	x	-5,6	-49,2	15,8	2
Wartość dla MCR	572,9%	560,4%	451,2%	486,3%	490,6%
Zmiana w p.p.	x	-12,5	-109,2	35,1	4,3

Źródło: opracowanie własne na podstawie tabeli 10.5. oraz tabeli 10.7.

Jak wynika z tabeli 10.8., posiadane przez wszystkie badane zakłady ubezpieczeń środki własne w znacznym stopniu przewyższają wartość ustalonych wymogów kapitałowych. Niekwestionowanym liderem jest Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., które posiada najwyższą nadwyżkę kapitałową w całym okresie od 2019 do 2023 roku. Wskaźniki monitorowania działalności zarówno dla SCR, jak i dla MCR tego przedsiębiorstwa jednak gwałtownie maleją na przestrzeni lat. Nadwyżka środków własnych dla kapitałowego wymogu wypłacalności spadła o 147,3 punktów procentowych, porównując początek i koniec okresu objętego analizą. Bufor w przypadku minimalnego wymogu kapitałowego zmniejszył się natomiast o 327,2 punktów procentowych. Owe obniżenia mogą wskazywać na podejmowanie działań stabilizacyjnych wewnątrz spółki, by unikać aż tak wysokiej nadwyżki. W Sopockim Towarzystwie Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia S.A. oraz w Towarzystwie Ubezpieczeń na Życie WARTA S.A. również można odnotować wahania wartości, jednak o dużo mniejszej amplitudzie – kondycja finansowa jest bardziej stabilna, co świadczy o mocniej

zrównoważonej polityce kapitałowej względem lidera. Wszystkie wielkości w latach 2019-2023 są kilkakrotnie wyższe od poziomu 100%, dlatego też wspomniane zmiany, zwłaszcza zmniejszenia, nie stanowią ryzyka dla wypłacalności. Analizowane parametry dowodzą o bezpieczeństwie oraz odporności kapitałowej jednostek.

10.5. Poziom rezerw techniczno-ubezpieczeniowych i wypłacalność wybranych zakładów ubezpieczeń działu II

Badane grupy ubezpieczeniowe funkcjonujące w Polsce, poza działalnością w ramach działu I ubezpieczeń, oferują także swoje usługi w zakresie ubezpieczeń majątkowych i pozostałych osobowych, istniejąc jako podmioty z działu II ubezpieczeń. Podejmując próbę analizy ich kondycji finansowej, warto na początek skupić się na osiągniętych przez nie wynikach z działalności ubezpieczeniowej oraz na poziomie składek przypisanych brutto na przestrzeni lat 2019-2023, których wartości zostały ukazane w tabeli 10.9.

Tabela 10.9. Wartość wyniku technicznego i składki przypisanej brutto w wybranych zakładach ubezpieczeń działu II w latach 2019-2023 (w tys. zł)

	2019	2020	2021	2022	2023
STU ERGO Hestia S.A.					
Wynik techniczny	295 725	297 615	412 270	249 691	313 304
Zmiana %	x	0,6%	38,5%	-39,4%	25,5%
Składka przypisana brutto	6 375 518	6 526 147	7 440 119	7 702 988	8 619 136
Zmiana %	x	2,4%	14,0%	3,5%	11,9%
Generali T.U. S.A.					
Wynik techniczny	22 755	42 786	168 780	113 355	80 440
Zmiana %	x	88,0%	294,5%	-32,8%	-29,0%
Składka przypisana brutto	1 617 437	1 731 232	2 512 471	2 665 329	2 531 193
Zmiana %	x	7,0%	45,1%	6,1%	-5,0%

TUIR WARTA S.A.					
Wynik techniczny	581 170	510 894	496 572	477 195	588 055
Zmiana %	x	-12,1%	-2,8%	-3,9%	23,2%
Składka przypisana brutto	6 029 582	6 246 293	7 028 969	8 032 483	9 377 098
Zmiana %	x	3,6%	12,5%	14,3%	16,7%

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia SA na dzień 31 grudnia 2019/2020/2021/2022/2023 roku i za rok zakończony tego dnia, str. 12/12/12/12/12; Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Generali Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. na dzień 31 grudnia 2019/2020/2021/2022/2023, str. 12/12/13/13/13; TUIR „WARTA” S.A. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej na dzień 31 grudnia 2019/2020/2021/2022/2023 roku i za rok obrotowy kończący się tego dnia, str. 12,21/12,20/12,21/6,15/5,14.

Analizując wartości wyniku technicznego można stwierdzić, iż podobnie jak w przypadku zakładów ubezpieczeń działu I, wśród podmiotów z działu II Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji WARTA S.A. jest liderem pod względem rozmiaru prowadzonej działalności. Spółka ta charakteryzuje się zmniejszeniami wyniku w latach 2019-2022, natomiast w 2023 roku osiąga jego wzrost do najwyższego poziomu w całym okresie. Opisane zmiany jednak nie są na tyle gwałtowne, by mówić o braku względnej stabilności badanej wielkości. Najmniejszą jednostką jest natomiast Generali Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., które wyróżnia się również największymi procentowymi zmianami analizowanego parametru na przestrzeni kolejnych lat. Do 2021 roku zauważalna jest tendencja wzrostowa, natomiast później widoczny jest spadek. Rekordową wartość podmiot osiągnął w roku 2021, zwiększając wynik z poprzedniego roku aż o 294,5%, a przy tym poprawiając rentowność działalności technicznej, co wykazywało silny związek z jednoczesnym polepszeniem wskaźnika szkodowości. Wszystkie analizowane przedsiębiorstwa w 2022 roku wykazały obniżenie wyniku z prowadzonej działalności ubezpieczeniowej, które zbiegło się w czasie z wybuchem wojny w Ukrainie, a co za tym idzie - niepewną sytuacją ekonomiczną w gospodarce, rosnącą inflacją, zmianami stóp procentowych oraz wahaniami kursów walutowych. Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. jest z kolei jednostką, która plasuje się na drugim miejscu względem konkurencyjnych podmiotów w kontekście skali działania.

Podobnie jak w przypadku wyniku technicznego, najniższe wartości składki przypisanej brutto osiąga Generali Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., co może świadczyć o najmniejszych rozmiarach działalności operacyjnej. W 2021 roku spółka odnotowała gwałtowny wzrost badanej wielkości (aż o 45% względem poprzedniego roku), co współwystępowało

z gwałtowną poprawą wyniku technicznego w tym samym roku. W ostatnim roku jednostka jako jedyna spośród wszystkich przedsiębiorstw w analizowanym okresie wykazała spadek wartości parametru. Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji WARTA S.A., jako duży i stabilny podmiot, z roku na rok inkasuje coraz wyższe wielkości analizowanych składek, a dynamika zmian stale ulega poprawie, w przeciwieństwie do w większości spadkowego trendu wyniku technicznego. Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. na przestrzeni lat również dba o wzrost składek, który nie jest tak silny jak w przypadku poprzedniego podmiotu, ale mimo tego stale polepsza się.

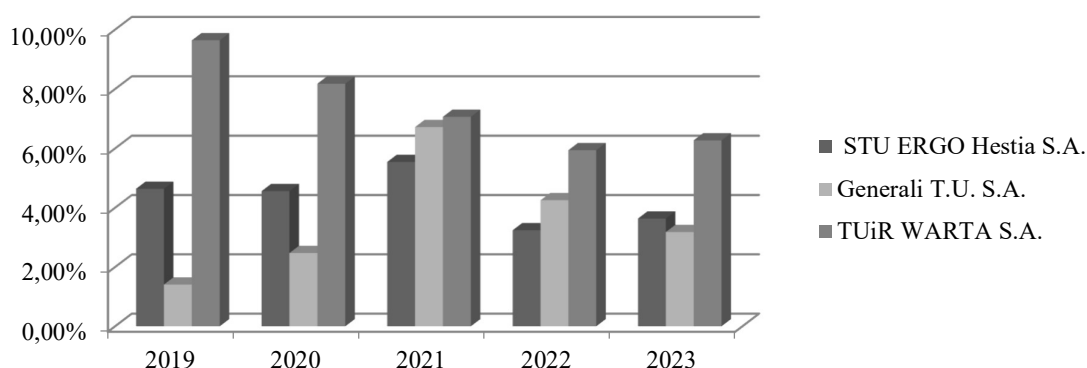
W celu dokonania analizy porównawczej pod względem osiągniętych wyników z prowadzonej działalności podstawowej zakładów ubezpieczeń o różnych rozmiarach warto posłużyć się wskaźnikiem efektywności technicznej. Podobnie jak w przypadku jednostek zajmujących się ubezpieczeniami na życie, w tabeli 10.10. dla badanych podmiotów w części zajmującej się ubezpieczeniami majątkowymi i pozostałymi osobowymi wyliczone zostały wielkości tegoż parametru w pięcioletnim horyzoncie czasowym.

Tabela 10.10. Wskaźnik efektywności technicznej wybranych zakładów ubezpieczeń działu II w latach 2019-2023

	STU ERGO Hestia S.A.	Generali T.U. S.A.	TUIR WARTA S.A.
2019	4,64%	1,41%	9,64%
2020	4,56%	2,47%	8,18%
2021	5,54%	6,72%	7,06%
2022	3,24%	4,25%	5,94%
2023	3,63%	3,18%	6,27%

Źródło: opracowanie własne na podstawie tabeli 9.

Dla lepszego porównania osiągniętego poziomu wskaźnika efektywności technicznej przez badane przedsiębiorstwa ubezpieczeniowe na przestrzeni lat 2019-2023 sporządzono również rysunek 10.3., na którym została zaprezentowana dynamika zmian analizowanego parametru, porównując wyniki podmiotów w poszczególnych latach.



Rysunek 10.3. Dynamika wskaźnika efektywności technicznej wybranych zakładów ubezpieczeń działu II na przestrzeni lat 2019-2023

Źródło: opracowanie własne na podstawie tabeli 10.

Największą efektywnością techniczną charakteryzuje się Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji WARTA S.A., która jednak na przestrzeni lat maleje. Zarówno Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A., jak i Generali Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. mają odwróconą tendencję zmian niż w przypadku badanego wskaźnika obliczonego dla działu I, bowiem do 2021 roku jego wielkość rosła, natomiast później uległa obniżeniu. O zróżnicowanej w znacznym stopniu dynamice można mówić w przypadku Generali Towarzystwa Ubezpieczeń S.A., gdyż jednostka ta wyróżnia się największą amplitudą wahań wielkości wskaźnika efektywności technicznej. Spółka odnotowała w 2019 roku najniższą jego wartość spośród wszystkich analizowanych ubezpieczycieli w badanym okresie.

Analizując stabilność gospodarki finansowej wybranych zakładów ubezpieczeń działu II, należy zwrócić uwagę na wartości stopy rezerw techniczno-ubebezpieczeniowych w ujęciu brutto, ukazanych w tabeli 10.11. Z uwagi na fakt, iż wskaźnik ten wskazuje na poziom zabezpieczonych środków na przyszłe wypłaty odszkodowań i świadczeń w przypadku zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową w relacji do zainkasowanych składek, informacje o wartościach tegoż parametru wskażą, jaką strategię stosują jednostki w zakresie polityki utrzymywania rezerw techniczno-ubebezpieczeniowych.

Tabela 10.11. Stopa rezerw techniczno-ubezpieczeniowych w ujęciu brutto w wybranych zakładach ubezpieczeń działu II w latach 2019-2023

	STU ERGO Hestia S.A.	Generali T.U. S.A.	TUIR WARTA S.A.
2019	152,33%	244,03%	167,69%
2020	158,06%	239,08%	178,37%
2021	150,58%	194,46%	175,00%
2022	155,81%	193,52%	172,97%
2023	149,76%	210,33%	166,85%

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia SA na dzień 31 grudnia 2019/2020/2021/2022/2023 roku i za rok zakończony tego dnia, s. 12,58/12,59/12,59/12,59/12,60; Polska Izba Ubezpieczeń, Raport roczny 2019, Warszawa 2020, s. 110; Polska Izba Ubezpieczeń, Raport roczny 2020, Warszawa 2021, s. 114; Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Generali Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. na dzień 31 grudnia 2019/2020/2021/2022/2023, s. 12,121/12,120/13,87/13,89/13,91; TUIR „WARTA” S.A. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej na dzień 31 grudnia 2019/2020/2021/2022/2023 roku i za rok obrotowy kończący się tego dnia, s. 21,93/20,93/21,93/15,79/14,78.

Podobnie jak w przypadku spółek prowadzących działalność w zakresie ubezpieczeń na życie, w dziale II również liderem o najbardziej ostrożnej postawie w kontekście osiąganych wielkości badanej stopy jest Generali Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., co może świadczyć o zachowawczym podejściu do polityki rezerw utrzymywanych przez podmiot i próby utrzymywania jak najbezpieczniejszego poziomu rezerw techniczno-ubezpieczeniowych. Na przestrzeni lat 2019-2022 wyniki ulegają obniżeniu, jednak w 2023 roku jednostka powraca do wzrostowego trendu. Wahania te mogą wynikać z większej wrażliwości firmy na zmienność ryzyka. Tak duża przewaga poziomu rezerw techniczno-ubezpieczeniowych nad inkasowanymi składkami pozwala zakładowi na zwiększenie odporności finansowej na zdarzenia zewnętrzne, które mogą skutkować rosnącym poziomem szkodowości, a co za tym idzie – większymi zobowiązaniami z tytułu odszkodowań i świadczeń koniecznych do wypłaty klientom. W ramach przeprowadzanego badania Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji WARTA S.A. plasuje się na drugim miejscu pod względem wartości wskaźnika, zatem prezentuje się jako zakład o stabilnej polityce rezerw. Porównując wartość wskaźnika do pozostałych przedsiębiorstw objętych analizą, Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. charakteryzuje się najmniejszym stopniem doszacowania rezerw. Mimo tego trzeba nadmienić, iż podmiot nie znajduje się w niekorzystnej sytuacji, ponieważ parametr ten nadal przyjmuje wartości powyżej 100%. Należy zaznaczyć, że każde z analizowanych przedsiębiorstw ubezpieczeniowych utrzymuje wartość stopy rezerw techniczno-

ubezpieczeniowych w ujęciu brutto na przestrzeni lat znacznie ponad próg 100%, zatem świadczy to o braku zagrożenia niedoszacowaniem rezerw czy ryzykiem niewypłacalności.

Po przyjrzeniu się wielkościom stopy rezerw techniczno-ubezpieczeniowych w wybranych zakładach oferujących ubezpieczenia majątkowe i osobowe, warto również dokonać analizy porównawczej bezwzględnych wartości rezerw ustalanych zgodnie z krajowymi wymogami w zakresie rachunkowości, jak i tworzonych w ramach regulacji zawartych w Dyrektywie Solvency II.

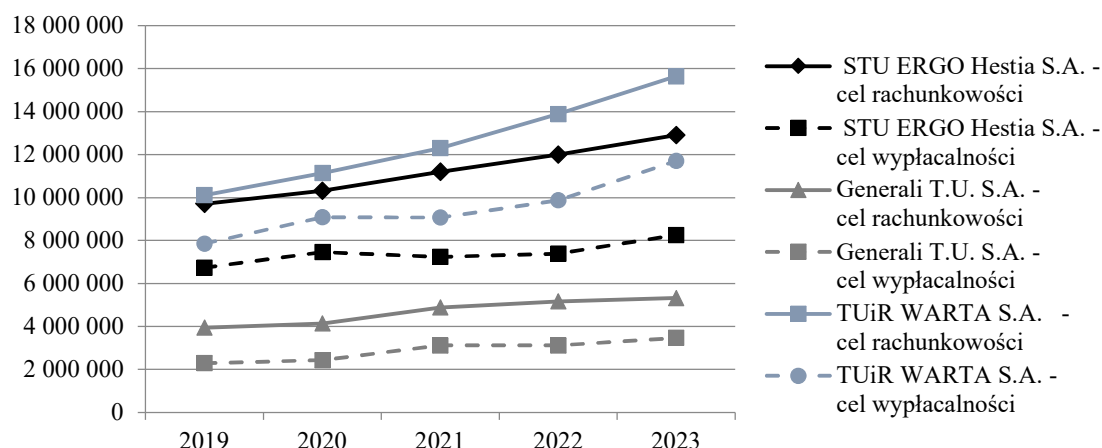
Tabela 10.12. Wartość rezerw techniczno-ubezpieczeniowych brutto ustalanych dla celów rachunkowości i wypłacalności w wybranych zakładach ubezpieczeń działu II w latach 2019-2023 (w tys. zł)

	2019	2020	2021	2022	2023
STU ERGO Hestia S.A.					
RTU brutto dla celów rachunkowości	9 712 121	10 315 553	11 203 213	12 002 368	12 908 364
Zmiana %	x	6,2%	8,6%	7,1%	7,5%
RTU brutto dla celów wypłacalności	6 737 445	7 464 513	7 231 000	7 395 541	8 259 361
Zmiana %	x	10,8%	-3,1%	2,3%	11,7%
Generali T.U. S.A.					
RTU brutto dla celów rachunkowości	3 947 103	4 138 982	4 885 658	5 157 826	5 323 882
Zmiana %	x	4,9%	18,0%	5,6%	3,2%
RTU brutto dla celów wypłacalności	2 289 262	2 434 006	3 117 429	3 116 372	3 463 933
Zmiana %	x	6,3%	28,1%	-0,03%	11,2%
TUIR WARTA S.A.					
RTU brutto dla celów rachunkowości	10 111 294	11 141 225	12 300 702	13 893 813	15 645 669
Zmiana %	x	10,2%	10,4%	13,0%	12,6%
RTU brutto dla celów wypłacalności	7 857 078	9 091 792	9 068 779	9 869 155	11 706 220
Zmiana %	x	15,7%	-0,3%	8,8%	18,6%

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia SA na dzień 31 grudnia 2019/2020/2021/2022/2023 roku i za rok zakończony tego dnia, str. 58/59/59/59/60; Polska Izba Ubezpieczeń, Raport roczny 2019, Warszawa 2020, str. 110; Polska Izba Ubezpieczeń, Raport roczny 2020, Warszawa 2021, str. 114; Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Generali Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. na dzień 31 grudnia 2019/2020/2021/2022/2023, str. 121/120/87/89/91; TUIR „WARTA” S.A. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej na dzień 31 grudnia 2019/2020/2021/2022/2023 roku i za rok obrotowy kończący się tego dnia, str. 93/93/93/79/78.

Wśród wszystkich analizowanych jednostek widoczna jest tendencja wzrostowa utrzymywanych rezerw dla celów rachunkowości. Na podstawie danych z tabeli 10.12. można przypuszczać, iż na największą skalę działa Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji WARTA S.A., natomiast najmniejszymi rozmiarami działalności charakteryzuje się Generali Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. W przypadku tego ostatniego widoczne są najmniejsze zmiany w wartości procentowej względem lat poprzednich, za wyjątkiem roku 2021, kiedy wykazywane rezerwy wynosiły aż o 18% więcej niż w poprzednim okresie obrotowym. Ten bardziej gwałtowny wzrost jest przejawem jednorazowego zwiększenia portfela, by w kolejnych latach ponownie go ustabilizować. O najbardziej dynamicznym wzroście można mówić w przypadku lidera w kontekście rozmiarów utrzymywanych rezerw, czyli Towarzystwa Ubezpieczeń i Reasekuracji WARTA S.A. Spółka w 2023 roku wykazała wysoką wartość badanego parametru, która na przestrzeni 5 lat wzrosła aż o 54,7%. Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. odnotowuje natomiast względnie umiarkowany wzrost pozbawiony gwałtownych wahań.

Naturalnie spółki utrzymują rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe w ujęciu brutto ustalone dla celów wypłacalności w wartościach mniejszych, niż te tworzone zgodnie z polskimi standardami rachunkowości, co wynika ze specyfiki ich kształtowania. Badana wielkość nie wzrasta tak dynamicznie, choć również widoczna jest tendencja wzrostowa. Ponownie Generali Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. wykazuje relatywnie stały poziom rezerw na przestrzeni całego okresu, choć w 2021 roku również miał miejsce bardzo silny wzrost względem roku poprzedniego (o 28,1%). Podobieństwo dostrzegalne jest także w przypadku Towarzystwa Ubezpieczeń i Reasekuracji WARTA S.A., które najbardziej dynamicznie powiększa swój portfel rezerw. Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. także pozostaje w stabilnej pozycji z tendencją do wzrostu. W badanym okresie w każdej jednostce objętej analizą poza trendem zwiększeń miały miejsce też niewielkie zmniejszenia wielkości rezerw wypłacalnościowych. Może być to efektem zmian oceny ryzyk ubezpieczeniowych bądź pewnych strategii w zakresie struktury portfela firm i sposobów zarządzania nim.



Rysunek 10.6. Dynamika wartości rezerw techniczno-ubebezpieczeniowych ustalanych dla celów rachunkowości oraz wypłacalności w wybranych zakładach ubezpieczeń działu II na przestrzeni lat 2019-2023

Źródło: opracowanie własne na podstawie tabeli 12.

Dynamika wartości rezerw techniczno-ubebezpieczeniowych ustalanych zarówno dla celów rachunkowości jak i wypłacalności, ukazana na rysunku 10.6., potwierdza stwierdzenie, iż Generali Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. prowadzi względnie stabilną politykę tworzenia rezerw na przestrzeni lat 2019-2023. Bardziej wyraźnymi zmianami charakteryzuje się Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A., natomiast liderem w kwestii zróżnicowanego przebiegu zmian wartości rezerw pozostaje Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji WARTA S.A., które równocześnie zarządza swoją wypłacalnością w sposób najbardziej dynamiczny i rozwojowy.

O stabilności finansowej zakładów ubezpieczeń świadczą dostępne środki własne podmiotu, pozwalające na zapewnienie ciągłości prowadzenia działalności przez jednostki, a także na pokrycie wymogów kapitałowych, których wypełnianie zostało uwarunkowane Dyrektywą Solwency II. Dane zebrane w tabeli 10.13. pozwolą na dokonanie analizy porównawczej oraz obserwację zmian wielkości środków własnych badanych ubezpieczycieli z działu II w pięcioletnim horyzoncie czasowym.

Tabela 10.13. Środki własne wybranych zakładów ubezpieczeń działu II w latach 2019- 2023 (w tys. zł)

	2019	2020	2021	2022	2023
STU ERGO Hestia S.A.					
Wartość	2 572 978	2 802 727	2 391 384	2 359 002	2 605 276
Zmiana %	x	8,9%	-14,7%	-1,4%	10,4%
Generali T.U. S.A.					
Wartość	941 460	1 043 007	1 153 548	981 772	944 359
Zmiana %	x	10,8%	10,6%	-14,9%	-3,8%
TUIR WARTA S.A.					
Wartość	2 914 559	3 518 075	3 688 383	3 884 872	4 785 190
Zmiana %	x	20,7%	4,8%	5,3%	23,2%

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia SA na dzień 31 grudnia 2019/2020/2021/2022/2023 roku i za rok zakończony tego dnia, s. 74/74/76/76/76; Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Generali Towarzystwa Ubezpieczeń S.A. na dzień 31 grudnia 2019/2020/2021/2022/2023, s. 123/122/124/124/115; TUIR „WARTA” S.A. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej na dzień 31 grudnia 2019/2020/2021/2022/2023 roku i za rok obrotowy kończący się tego dnia, s.140/141/141/121/118.

Spółką, która na przestrzeni pięciu lat w najmniejszym stopniu zmodyfikowała wartość posiadanych środków własnych jest Generali Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Przedsiębiorstwo to do 2021 roku odnotowało wzrost badanej wielkości, natomiast po roku 2021 widoczne są zmniejszenia środków własnych. Dlatego też warto obserwować, czy tendencja spadkowa utrzyma się w kolejnych latach. O relatywnie sporej zmienności w analizowanym okresie można mówić w przypadku Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A., którego wartości środków własnych ulegały częstym wahaniom, bez jednej i stabilnej linii trendu. W horyzoncie pięcioletnim największym przyrostem środków własnych charakteryzuje się Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji WARTA S.A. Na przestrzeni całego badanego okresu jest to zwiększenie o ponad 64%. Jednostka wykazuje konsekwentnie dodatnią dynamikę w każdym roku, dbając o stały rozwój kapitałowy, gdyż nie odnotowała żadnego spadku wielkości analizowanego parametru. Podobny wzrostowy trend widoczny jest także w zmianach wielkości rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, ustalanych dla celów rachunkowości oraz wypłacalności przez tego ubezpieczyciela. Świadczy to o jego dobrej kondycji finansowej. W celu uzyskania pełniejszego obrazu sytuacji badanych zakładów ubezpieczeń działu II warto odnieść się do wskaźnika wypłacalności, ukazującego relację

środków własnych do składki przypisanej na udziale własnym, którego wyliczone wartości dla pięciu kolejnych lat przedstawiono w tabeli 10.14.

Tabela 10.14. Wskaźnik wypłacalności w wybranych zakładach ubezpieczeń działu II w latach 2019-2023

	2019	2020	2021	2022	2023
STU ERGO Hestia S.A.					
Wartość	43,1%	47,3%	35,4%	34,2%	35,1%
Zmiana w p.p.	x	4,2	-11,9	-1,2	0,9
Generali T.U. S.A.					
Wartość	119,9%	135,7%	87,5%	77,8%	76,6%
Zmiana w p.p.	x	15,8	-48,2	-9,7	-1,2
TUIR WARTA S.A.					
Wartość	50,7%	58,9%	55,1%	51,0%	54,2%
Zmiana w p.p.	x	8,2	-3,8	-4,1	3,2

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia SA na dzień 31 grudnia 2019/2020/2021/2022/2023 roku i za rok zakończony tego dnia, s. 74,88/74,88/76,92/76,92/76,92; Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Generali Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. na dzień 31 grudnia 2019/2020/2021/2022/2023, s. 116,123/115,122/117,124/117,124/108,115; TUIR „WARTA” S.A. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej na dzień 31 grudnia 2019/2020/2021/2022/2023 roku i za rok obrotowy kończący się tego dnia, s. 127,140/128,141/128,141/113,121/111,118.

Najniższe wartości wskaźnika wypłacalności uzyskuje Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A., utrzymując tym samym najmniejszy bufor kapitałowy w stosunku do skali prowadzonej działalności względem pozostałych ubezpieczycieli. W 2021 i 2022 roku odnotowane zostały spadki świadczące o większym wzroście składki przypisanej na udziale własnym w stosunku do zmian środków własnych. Wskazuje to na słabnącą kondycję jednostki w kontekście wypłacalności oraz bezpieczeństwa finansowego. Nieco lepsza sytuacja została ukazana dla Towarzystwa Ubezpieczeń i Reasekuracji WARTA S.A., gdzie również obserwowane są wahania badanego parametru, jednak o mniejszym trendzie spadkowym niż w przypadku poprzedniej spółki. Wskaźnik wykazuje względną stabilność w horyzoncie pełnego okresu pięciu lat, gdyż wartości krańcowe różnią się zaledwie o 3,5 punktu procentowego. Świadczy to o większym bezpieczeństwie w zakresie zdolności do terminowego wypłacania zobowiązań w porównaniu do sopockiego ubezpieczyciela. Liderem, wykazującym najwyższe wartości w zestawieniu środków własnych i składki przypisanej na

udziale własnym, jest Generali Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Zakład ten wyróżnia również największe załamanie wielkości parametru, które miało miejsce w 2021 roku, kiedy to wskaźnik spadł aż o 48,2 punktu procentowego względem wyniku z poprzedniego roku obrotowego. Zapoczątkowało to tendencję do zmniejszeń w kolejnych latach analizowanego okresu. Trend owych zmian potwierdza słabnąca ilość posiadanych środków własnych od roku 2022, wykazana w tabeli 10.13. Mimo tego przedsiębiorstwo jawi się jako jednostka o najwyższym poziomie wypłacalności wśród badanych podmiotów.

W momencie dokonywania analizy wypłacalności zakładów ubezpieczeń oraz ich zdolności do zapewnienia bezpieczeństwa finansowego w spółce, należy pochylić się również nad wymogami kapitałowymi, koniecznymi do zrealizowania zgodnie z obowiązującymi regulacjami prawnymi.

Tabela 10.15. Wymogi kapitałowe wybranych zakładów ubezpieczeń działu II w latach 2019-2023 (w tys. zł)

STU ERGO Hestia S.A.	2019	2020	2021	2022	2023
SCR	1 741 642	1 843 890	929 290	1 035 197	1 178 858
Zmiana %	x	5,9%	-49,6%	11,4%	13,9%
MCR	783 739	829 751	418 181	465 839	530 486
Zmiana %	x	5,9%	-49,6%	11,4%	13,9%
Generali T.U. S.A.					
SCR	443 783	495 054	559 361	589 510	587 267
Zmiana %	x	11,6%	13,0%	5,4%	-0,4%
MCR	119 702	222 774	251 713	265 280	264 270
Zmiana %	x	86,1%	13,0%	5,4%	-0,4%
TUIR WARTA S.A.					
SCR	2 003 407	2 165 787	2 213 522	2 471 334	2 849 076
Zmiana %	x	8,1%	2,2%	11,6%	15,3%
MCR	901 533	974 604	996 085	1 112 100	1 282 084
Zmiana %	x	8,1%	2,2%	11,6%	15,3%

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia SA na dzień 31 grudnia 2019/2020/2021/2022/2023 roku i za rok zakończony tego dnia, s. 74/74/76/76/76; Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Generali Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. na dzień 31 grudnia 2019/2020/2021/2022/2023, s. 124/123/125/125/115; TUIR „WARTA” S.A. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej na dzień 31 grudnia 2019/2020/2021/2022/2023 roku i za rok obrotowy kończący się tego dnia, s.141/142/142/121/119.

Na samym początku interpretowania wyznaczonych wartości wymogów kapitałowych oraz dynamiki ich zmian na przestrzeni lat należy skupić się na najważniejszym aspekcie omawianego zagadnienia, mianowicie na zgodności utrzymywanych wielkości z kapitałowym wymogiem wypłacalności, jak i z minimalnym wymogiem kapitałowym. Jak podają zakłady ubezpieczeń w sporządzonych sprawozdaniach o wypłacalności i kondycji finansowej, każdy z podmiotów spełniał prawne wymogi w ramach wypłacalności oraz bezpieczeństwa finansowego w całym okresie objętym badaniem. Ubezpieczyciele pokryli owe wymogi oraz nie zidentyfikowali żadnych trudności w związku z ich realizacją. Jednym z elementów przykuwających uwagę jest znaczne zróżnicowanie procentowej zmiany SCR i MCR Generali Towarzystwa Ubezpieczeń S.A. w 2020 roku w stosunku do minionego roku obrotowego, kiedy to zwiększenie dla SCR wyniosło 11,6%, natomiast dla MCR aż 86,1%. Kolejnym ciekawym zjawiskiem obserwowanym na przestrzeni pięciu lat jest fakt, iż tylko jeden podmiot odnotował wyraźny spadek wymogów kapitałowych. Mowa tutaj o Sopockim Towarzystwie Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A., które wykazało jednorazowe zmniejszenie aż o 49,6% dla SCR i MCR względem poprzedniego roku. Sytuacja ta wiąże się ze zmianą sposobu wyznaczania SCR z metody standardowej na model wewnętrzny.

Bardziej przydatnym narzędziem do interpretacji przyjętych wymogów kapitałowych jest wskaźnik monitorowania działalności, wykorzystany zarówno dla kapitałowego wymogu wypłacalności, jak i dla minimalnego wymogu wypłacalności, ukazany w tabeli 10.16.

Tabela 10.16. Wskaźnik monitorowania działalności dla kapitałowego wymogu wypłacalności oraz minimalnego wymogu kapitałowego w wybranych zakładach ubezpieczeń działu II w latach 2019-2023

	2019	2020	2021	2022	2023
STU ERGO Hestia S.A.					
Wartość dla SCR	147,7%	152,0%	257,3%	227,9%	221,0%
Zmiana w p.p.	x	4,3	105,3	-29,4	-6,9
Wartość dla MCR	328,3%	337,8%	571,9%	506,4%	491,1%
Zmiana w p.p.	x	9,5	234,1	-65,5	-15,3
Generali T.U. S.A.					
Wartość dla SCR	212,1%	210,7%	206,2%	166,5%	160,8%
Zmiana w p.p.	X	-1,4	-4,5	-39,7	-5,7
Wartość dla MCR	786,5%	468,2%	458,3%	370,1%	357,3%

Zmiana w p.p.	X	-318,3	-9,9	-88,2	-12,8
TUIR WARTA S.A.					
Wartość dla SCR	145,5%	162,4%	166,6%	157,2%	168,0%
Zmiana w p.p.	x	16,9	4,2	-9,4	10,8
Wartość dla MCR	323,3%	361,0%	370,3%	349,3%	373,2%
Zmiana w p.p.	x	37,7	9,3	-21	23,9

Źródło: opracowanie własne na podstawie tabeli 10.13. oraz tabeli 10.15.

Naturalnie wskaźnik monitorowania działalności dla minimalnego wymogu kapitałowego przyjmuje dużo wyższe wartości, niż dla kapitałowego wymogu wypłacalności. Jest to oczywistą konsekwencją faktu, iż ze względu na specyfikę tworzenia MCR, środki własne w o wiele większym stopniu przewyższają wielkość tego wymogu kapitałowego. Podobnie do sytuacji zakładów ubezpieczeń z działu I, prym pod względem osiąganych wartości analizowanego parametru wiedzie Generali Towarzystwa Ubezpieczeń S.A. Ubezpieczyciel jako jedyny wykazuje także konsekwentnie spadek nadwyżki kapitałowej, tym samym w coraz większym stopniu wykorzystując dostępne środki własne. Mimo tego, wskaźniki nie zbliżają się do momentu budzącego niepokój, gdyż pozostają znacznie powyżej progu wymagającego interwencji. Największą stabilnością wykazuje się Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji WARTA, zachowując swoją przewidywalną oraz zrównoważoną postawę wobec wypłacalności. Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. również nie wykazuje dużych zmienności za wyjątkiem roku 2021, kiedy spółka dokonała wspomnianej wcześniej modyfikacji w zakresie metody ustalania SCR, zatem wykazała w tym czasie dynamiczny wzrost wartości analizowanych wskaźników. W kolejnych latach jednostka dąży jednak do ponownej stabilizacji, nadal utrzymując bezpieczny bufor środków własnych, zapewniający wypłacalność podmiotowi. Co ważne, każdy z badanych zakładów ubezpieczeń wykazuje znaczącą przewagę posiadanego kapitału nad wymogami kapitałowymi. Dlatego też, mimo zauważalnych odchyleń, spółki nie są zagrożone niewypłacalnością ani ryzykiem utraty bezpieczeństwa finansowego.

10.6. Podsumowanie

Powyższe opracowanie ukazało kluczowe znaczenie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, będących nie tylko głównym elementem kapitałów obcych w bilansie ubezpieczycieli. Przedstawiona została ich fundamentalna rola w kontekście wypłacalności,

stabilności finansowej oraz zabezpieczenia kapitałowego, przy założeniu spełnienia wymogów wypłacalnościowych, wynikających z przepisów Dyrektywy Solvency II.

Badanie empiryczne, oparte na analizie danych finansowych trzech grup ubezpieczeniowych (ERGO Hestia, Generali, WARTA) w pięcioletnim horyzoncie czasowym (2019-2023), pozwoliło na identyfikację zależności między poziomem rezerw techniczno-ubezpieczeniowych a wypłacalnością i stabilnością wśród podmiotów sektora ubezpieczeniowego. Z zaprezentowanych tabel i rysunków wynika, że wysoki poziom rezerw techniczno-ubezpieczeniowych utrzymywany przez spółki objęte badaniem znajduje swoje odzwierciedlenie w bezpiecznych wartościach wskaźnika wypłacalności. Przykładem może być Generali Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., które odnotowuje w porównaniu z konkurentami najwyższe wartości stopy rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, a tym samym dominuje pod względem poziomu wskaźnika wypłacalności. Wykazano w ten sposób, że istnieje dodatnia zależność pomiędzy poziomem rezerw techniczno-ubezpieczeniowych a wypłacalnością zakładów ubezpieczeń, zatem pierwsza hipoteza badawcza została pozytywnie zweryfikowana.

Koncentrując się na aspekcie zabezpieczenia kapitałowego, dostrzeżono również korelację pomiędzy stopą rezerw techniczno-ubezpieczeniowych a wielkością wskaźnika monitorowania działalności dla wymogów wypłacalności. Dla przykładu spadkowy trend poziomu analizowanych parametrów w przypadku Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. jest zauważalny zarówno dla stopy rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, jak i wskaźników monitorowania działalności SCR i MCR. Przez okres pięciu lat pierwszy z wspomnianych parametrów spadł z poziomu 408,30% do 313,38%. Koreśponduje to ze zmianami w zakresie wypłacalności, gdyż dla kapitałowego wymogu wypłacalności wskaźnik monitorowania działalności zmniejszył się z 407,% w 2019 roku do 259,8% w 2023 roku, a odpowiednio dla minimalnego wymogu kapitałowego z 904,6% do 577,4%. Widoczna jest tym samym zbieżność trendów, w której niższa stopa rezerw techniczno-ubezpieczeniowych współwystępuje z niższym poziomem zabezpieczenia kapitałowego ubezpieczyciela, zmniejszając w ten sposób stabilność finansową oraz odporność na kryzysy w zakresie płynności podmiotu. Pozwala to na pozytywną weryfikację drugiej hipotezy badawczej.

Wszystkie hipotezy badawcze zostały zatem zweryfikowane w sposób pozytywny. Powyższe opracowanie wskazuje, iż dla zapewnienia bezpieczeństwa kapitałowego

ubezpieczycieli niezwykle istotne są rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe. Przy jednoczesnym monitorowaniu wypłacalności, są instrumentem stabilizacji finansowej całego sektora ubezpieczeniowego.

Literatura

Piśmiennictwo

- Bijak W., Bijak K., *Dynamiczna analiza wypłacalności zakładów ubezpieczeń na podstawie danych publicznych: badanie empiryczne zakładów ubezpieczeń na życie działających w Polsce*, „Bank i Kredyt” 2004, nr 10.
- Cycoń M., *Finanse zakładów ubezpieczeń*, [w:] *Współczesne ubezpieczenia gospodarcze*, red. W. Sułkowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2013.
- European Insurance and Occupational Pensions Authority (EIOPA), *Annual Report 2021*, Publications Office of the European Union, Luksemburg 2022.
- European Insurance and Occupational Pensions Authority (EIOPA), *Opinion on the 2020 Review of Solvency II (EIOPA-BoS-20/749)*, EIOPA, Frankfurt 2020.
- Garbiec R., *Ubezpieczenia w teorii i praktyce. Część II Ubezpieczenia gospodarcze i zdrowotne*, Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2022.
- Janowicz-Lomott M., Spigarska E., Dąbrowski I., Łyskawa K., *Finanse ubezpieczeń*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2020.
- Jonas K., *Rachunkowość zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji*, Difin, Warszawa 2020.
- Kowalczyk-Rólczyńska P., *Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe*, [w:] *Ubezpieczenia*, red. W. Ronka-Chmielowiec, C.H.Beck Sp. z o.o., Warszawa 2016.
- Lament M., Piątek J., *Rachunkowość zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2023.
- Lament M., *Wykorzystanie analizy wskaźnikowej do oceny sytuacji finansowej zakładu ubezpieczeń*, [w:] *Ubezpieczenia*, red. M. Iwanicz-Drozdowska, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2024.
- Lament M., *Zarządzanie finansami zakładu ubezpieczeń. Wypłacalność II*, [w:] *Ubezpieczenia*, red. M. Iwanicz-Drozdowska, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2024.
- Manikowski P., Matuła R., *Analiza wypłacalności zakładów ubezpieczeń w Solvency II na przykładzie wybranych ubezpieczycieli*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2018, tom 80, nr 2.
- Nossa V., de Souza Guimarães A.L., *Working capital, profitability, liquidity and solvency of healthcare insurance companies*, „Brazilian Business Review” 2010, nr 7 (2).
- Piątek E., Moczydłowski K., *Wypłacalność a płynność finansowa – zależności*, „Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” 2017, nr 5 (89) cz. 1.
- Spigarska E., *Wielowymiarowość sprawozdawczości zakładów ubezpieczeń (prawo bilansowe, Wypłacalność II, BION, GUS)*, „Studia Oeconomica Posnaniensia” 2018, vol. 6, no. 7.

Sprawozdania i raporty

- Polska Izba Ubezpieczeń, *Raport roczny 2019*, Warszawa 2020.
- Polska Izba Ubezpieczeń, *Raport roczny 2020*, Warszawa 2021.

Polska Izba Ubezpieczeń, *Raport roczny 2021*, Warszawa 2022.

Polska Izba Ubezpieczeń, *Raport roczny 2022*, Warszawa 2023.

Polska Izba Ubezpieczeń, *Raport roczny 2023*, Warszawa 2024.

Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA na dzień 31 grudnia 2019 roku i za rok zakończony tego dnia.

Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA na dzień 31 grudnia 2020 roku i za rok zakończony tego dnia.

Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA na dzień 31 grudnia 2021 roku i za rok zakończony tego dnia.

Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA na dzień 31 grudnia 2022 roku i za rok zakończony tego dnia.

Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA na dzień 31 grudnia 2023 roku i za rok zakończony tego dnia.

Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia SA na dzień 31 grudnia 2019 roku i za rok zakończony tego dnia.

Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia SA na dzień 31 grudnia 2020 roku i za rok zakończony tego dnia.

Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia SA na dzień 31 grudnia 2021 roku i za rok zakończony tego dnia.

Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia SA na dzień 31 grudnia 2022 roku i za rok zakończony tego dnia.

Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia SA na dzień 31 grudnia 2023 roku i za rok zakończony tego dnia.

Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. na dzień 31 grudnia 2019.

Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. na dzień 31 grudnia 2020.

Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. na dzień 31 grudnia 2021.

Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. na dzień 31 grudnia 2022.

Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. na dzień 31 grudnia 2023.

Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Generali Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. na dzień 31 grudnia 2019.

Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Generali Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. na dzień 31 grudnia 2020.

Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Generali Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. na dzień 31 grudnia 2021.

Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Generali Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. na dzień 31 grudnia 2022.

Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Generali Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. na dzień 31 grudnia 2023.

TUnŻ „WARTA” S.A. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej na dzień 31 grudnia 2019 roku i za rok obrotowy kończący się tego dnia.

TUnŻ „WARTA” S.A. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej na dzień 31 grudnia 2020 roku i za rok obrotowy kończący się tego dnia.

TUnŻ „WARTA” S.A. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej na dzień 31 grudnia 2021 roku i za rok obrotowy kończący się tego dnia.

TUnŻ „WARTA” S.A. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej na dzień 31 grudnia 2022 roku i za rok obrotowy kończący się tego dnia.

TUnŻ „WARTA” S.A. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej na dzień 31 grudnia 2023 roku i za rok obrotowy kończący się tego dnia.

TUiR „WARTA” S.A. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej na dzień 31 grudnia 2019 roku i za rok obrotowy kończący się tego dnia.

TUiR „WARTA” S.A. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej na dzień 31 grudnia 2020 roku i za rok obrotowy kończący się tego dnia.

TUiR „WARTA” S.A. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej na dzień 31 grudnia 2021 roku i za rok obrotowy kończący się tego dnia.

TUiR „WARTA” S.A. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej na dzień 31 grudnia 2022 roku i za rok obrotowy kończący się tego dnia.

TUiR „WARTA” S.A. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej na dzień 31 grudnia 2023 roku i za rok obrotowy kończący się tego dnia.

Źródła internetowe

Komisja Nadzoru Finansowego, *Biuletyn Roczny. Rynek Ubezpieczeń 2019, Część II – Informacje o krajowych zakładach ubezpieczeń*, (www.knf.gov.pl), dostęp: 31.03.2025 r.

Komisja Nadzoru Finansowego, *Biuletyn Roczny. Rynek Ubezpieczeń 2020, Część II – Informacje o krajowych zakładach ubezpieczeń*, (www.knf.gov.pl), dostęp: 31.03.2025 r.

Komisja Nadzoru Finansowego, *Biuletyn Roczny. Rynek Ubezpieczeń 2021, Część II – Informacje o krajowych zakładach ubezpieczeń*, (www.knf.gov.pl), dostęp: 31.03.2025 r.

Komisja Nadzoru Finansowego, *Biuletyn Roczny. Rynek Ubezpieczeń 2022, Część II – Informacje o krajowych zakładach ubezpieczeń*, (www.knf.gov.pl), dostęp: 31.03.2025 r.

Komisja Nadzoru Finansowego, *Biuletyn Roczny. Rynek Ubezpieczeń 2023, Część II – Informacje o krajowych zakładach ubezpieczeń*, (www.knf.gov.pl), dostęp: 31.03.2025 r.

Akty prawne

Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/138/WE z dnia 25 listopada 2009 r. w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Wypłacalność II) (Dz.U.UE.L. 2009 poz. 335.1 z dnia 2009.12.17 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. 2015 poz. 1844 z późn. zm.).

Rozdział 11

Rola zakładów ubezpieczeń Działu II w gospodarce oraz odporność wybranych zakładów na ryzyko systemowe – analiza porównawcza Polski i Niemiec

Karol Jeniec¹

11.1. Wprowadzenie

Współczesny system finansowy nie może funkcjonować bez efektywnie działającego sektora ubezpieczeń. Zakłady ubezpieczeń pełnią w gospodarce wiele ról, które niekiedy wykraczają poza tradycyjnie rozumianą ochronę przed skutkami zdarzeń losowych. Ich znaczenie zauważalne jest zarówno w płaszczyźnie finansowej (m.in. transfer ryzyka, mobilizacja kapitału), jak i behawioralnej (np. stymulowanie poczucia bezpieczeństwa²).

Z makroekonomicznego punktu widzenia, zakłady ubezpieczeń są kluczowymi inwestorami instytucjonalnymi – akumulują składki w celu późniejszej alokacji środków na rynkach finansowych, zasilając gospodarkę długoterminowym kapitałem. Z kolei na poziomie mikroekonomicznym, ubezpieczenia stabilizują sytuację przedsiębiorstw, chroniąc je przed niewypłacalnością. Istotność sektora ubezpieczeń potwierdzają raporty Polskiej Izby Ubezpieczeń, które pokazują jego wpływ na gospodarkę, co mogą potwierdzać następujące realne parametry³:

- pośredni i bezpośredni udział w generowaniu PKB,
- rynek pracy – zapewnianie znaczącej liczby miejsc pracy, zarówno w strukturach zakładów, jak i w szeroko pojętym pośrednictwie finansowym.

Jednym z kluczowych przejawów ewolucji sektora ubezpieczeń stają się silne powiązania rynkowe, w tym model bancassurance. Współpraca banków i ubezpieczycieli pozwala na

¹ Koło Naukowe Ubezpieczeń „Risk Management”, Katedra Zarządzania Ryzykiem i Ubezpieczeń, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie.

² T. Bednarczyk, *Funkcje ubezpieczeń i ubezpieczycieli a ich rola dla gospodarki realnej*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2010, nr 4, s. 103.

³ Polska Izba Ubezpieczeń (PIU), *Wpływ ubezpieczeń na polską gospodarkę i społeczeństwo*, Warszawa 2022, s. 26-30.

zwiększenie efektywności sprzedaży i optymalizację kosztów, choć po wprowadzeniu przez KNF w 2014 roku Rekomendacji U⁴ model ten uległ istotnym zmianom, co wpłynęło na późniejszą strukturę przychodów i sposób oferowania produktów.

Niniejsze opracowanie koncentruje się na próbie odpowiedzi na pytanie badawcze w brzmieniu: w jaki sposób zakłady ubezpieczeń Działu II reagują na ryzyko systemowe i na ile wykazują odporność na szoki gospodarcze w warunkach kryzysowych oraz jak przebiega proces odbudowy ich stabilności po wystąpieniu tych szoków, z uwzględnieniem porównania międzynarodowego odnoszącego się do rynku niemieckiego w ujęciu międzynarodowym? Analiza ma charakter studium porównawczego wybranych podmiotów i nie obejmuje całego rynku ubezpieczeniowego Polski i Niemiec, dlatego formułowane wnioski odnoszą się przede wszystkim do badanych zakładów ubezpieczeń. W związku z powyższym postawiono następujące hipotezy:

- H1: Zakłady ubezpieczeń Działu II wykazują wysoką odporność na szoki systemowe, co przejawia się utrzymaniem stabilnych wyników finansowych w okresie kryzysowym (2020–2022) oraz ich poprawą w latach 2023–2024;
- H2 Reakcja na szoki systemowe oraz tempo odbudowy rentowności różniły się pomiędzy analizowanymi zakładami ubezpieczeń z Polski i Niemiec.

Analiza ta zostanie przeprowadzona przez pryzmat reakcji zakładów ubezpieczeń na ryzyko systemowe – pandemia COVID-19 i wojna w Ukrainie w latach 2020/2022 – poprzez ocenę wskaźników finansowych i operacyjnych wybranych spółek z rynku polskiego oraz niemieckiego. Badanie obejmuje trzy kluczowe okresy pozwalające na porównanie i weryfikację odporności i roli sektora ubezpieczeń w różnych realiach gospodarczych:

- 2018–2019 - okres przed kryzysem,
- 2020–2022 - czas kryzysu,
- 2023-2024 - okres powrotu do względnej stabilizacji i adaptacji do nowych warunków makroekonomicznych.

⁴ Komisja Nadzoru Finansowego, *Rekomendacja U dotycząca dobrych praktyk w zakresie bancassurance*, Warszawa, czerwiec 2014, s. 2.

11.2. Teoretyczne fundamenty i systematyka funkcji ubezpieczeniowych

Zakłady ubezpieczeń Działu II, obejmujące pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe, pełnią w gospodarce rolę wielowymiarową, wykraczającą poza prostą wypłatę odszkodowań. Ich nadrzędnym celem jest niwelowanie lub ograniczanie ekonomicznego ciężaru zdarzeń losowych, które towarzyszą podmiotom. Ubezpieczenia pozwalają rozpraszać i redystrybuować skutki finansowe szkód losowych oraz podnosić bezpieczeństwo finansowe podmiotów.

Zakłady ubezpieczeń, jako podmioty systemu finansowego, pełnią funkcje właściwe dla wszystkich instytucji operujących kapitałem, ale posiadają też cechy specyficzne, odróżniające je od innych podmiotów. Według klasycznego podejścia, ubezpieczenia realizują następujące funkcje:

- funkcja redystrybucyjna ubezpieczeń – polega na korygowaniu dochodów ubezpieczających przez transfer środków w postaci odszkodowań i świadczeń, co pozwala na pokrycie strat powstałych wskutek zdarzenia losowego. Na poziomie zakładu ubezpieczeniowego następuje centralizacja („pooling”) kapitału pochodzącego ze składek, co wynika z rezygnacji podmiotów z bieżącej konsumpcji na rzecz zakupu ochrony ubezpieczeniowej;⁵
- funkcja alokacyjna – oznacza zdolność ubezpieczycieli do wpływania na podział dostępnych w gospodarce zasobów za pomocą strumieni składek i wypłat⁶;
- funkcja fiskalna – polega na dostarczaniu państwu oraz innym jednostkom publicznym dochodów poprzez obowiązujący system podatkowy, któremu podlegają zakłady ubezpieczeń⁷;
- funkcja ochrony ubezpieczeniowej – polega na kompensowaniu powstałych szkód oraz oferowaniu gwarancji pokrycia przyszłych strat (wypłacenie określonej kwoty odszkodowania lub świadczenia), co eliminuje barierę zbyt wysokiego ryzyka w procesach

⁵ R. Grabiec, *Podstawowe pojęcia i definicje ubezpieczeń gospodarczych* [w:] *Mechanizmy funkcjonowania ubezpieczeń gospodarczych*, red. R. Grabiec, Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2022, s. 12.

⁶ Ibidem s. 12.

⁷ Ibidem s. 14.

decyzyjnych podmiotów⁸. W literaturze przedmiotu określa się ją jako najważniejszą, ponieważ określa ona cel i charakter ubezpieczeń⁹;

- funkcja prewencyjna – polega na ograniczaniu ryzyka i minimalizowaniu jego skutków finansowych. Obejmuje to zarówno zmniejszenie częstotliwości występowania zdarzeń losowych, jak i redukcję powstałych strat, co w efekcie prowadzi do spadku liczby oraz wysokości szkód¹⁰;
- funkcja akumulacji kapitałowej i inwestycyjna – pieniądze pochodzące ze składek ubezpieczeniowych i reasekuracyjnych oraz z własnych środków firm są akumulowane w celu ich zainwestowania na rynkach finansowych¹¹.

11.2.1. Mikroekonomiczny wymiar ubezpieczeń – perspektywa przedsiębiorstwa

Dla współczesnego przedsiębiorstwa ubezpieczenie majątkowe nie jest jedynie kosztem, lecz strategicznym narzędziem zarządzania ryzykiem. Decyzja firmy o wykorzystaniu ubezpieczenia jest równoznaczna z gotowością do poniesienia stałego kosztu ochrony w formie składki, co pozwala uniknąć konieczności samodzielnego pozyskiwania środków na pokrycie strat¹².

Kluczowe aspekty mikroekonomiczne obejmują¹³:

- transfer ryzyka – przedsiębiorstwo nie musi samodzielnie pozyskiwać środków na pokrycie strat z powodu zdarzeń losowych;
- ciągłość działania – ochrona ubezpieczeniowa prowadzi nie do uniknięcia ryzyka, lecz zapewnia uniknięcie ujemnych finansowych następstw ryzyka w razie wystąpienia jego negatywnych skutków;
- realność ochrony – przedsiębiorstwo objęte ochroną ma pewność, że ujemne skutki ryzyka zostaną w jego przypadku usunięte.

⁸ Ibidem. s. 16.

⁹ T. Bednarczyk, *Funkcje ubezpieczeń i ubezpieczycieli a ich rola dla gospodarki realnej*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2010, nr 4, s. 103

¹⁰ A. Gumieniak, Rola ubezpieczeń we współczesnej gospodarce, [w:] *Ubezpieczenia i Bankowość z perspektywy młodego ekonomisty. Wybrane problemy*, red. T.H. Bednarczyk, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2016, s. 157.

¹¹ A. Parlińska, *Ubezpieczyciele na rynku kapitałowym*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2009, nr 2, s. 30.

¹² M. Wieczorek-Kosmala, *Rola i znaczenie ubezpieczeń gospodarczych w systemie ochrony przedsiębiorstwa przed ryzykiem*, „Finanse. Czasopismo Komitetu Nauk o Finansach PAN” 2009, nr 1, s. 75-76.

¹³ Ibidem s. 75-76.

11.2.2. Sektor ubezpieczeń jako stabilizator makroekonomiczny – analiza danych PIU

W skali makroekonomicznej ubezpieczenia mogą pełnić rolę tzw. stabilizatorów gospodarczych. Ubezpieczenia gospodarcze zalicza się do tej grupy, ponieważ łagodzą szoki związane z zaistniałymi szkodami losowymi¹⁴. Kluczowym miernikiem znaczenia zakładów ubezpieczeń w gospodarce jest wielkość zgromadzonych aktywów oraz zdolność do generowania dochodów z lokat, co zostało przedstawione w tabeli 11.1.

Tabela 11.1. Zagregowane dane dotyczące aktywów polskiego sektora ubezpieczeń w latach 2018-2024 (w tys. zł)

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Dział I	94 951 254	93 853 390	95 263 248	91 530 446	82 825 355	89 368 406	88 977 299
Dział II	97 129 239	100 157 466	109 447 082	110 101 973	114 064 747	128 724 552	136 855 227
Razem	192 080 493	194 010 856	204 710 330	201 632 419	196 890 102	218 092 958	225 832 526

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych statystycznych PIU raporty z lat 2018-2024, (<https://piu.org.pl/raport-roczny-piu/>), dostęp: 28.02.2026 r.

Przedstawione dane za lata 2018–2024 obrazują zmianę w strukturze polskiego rynku ubezpieczeniowego, wskazując na rosnącą dominację Działu II nad Działem I. Analizując zestawienie aktywów, należy zwrócić uwagę na wyraźny trend wzrostowy całego sektora, który jest jednak napędzany głównie przez Dział II. Charakterystyka ta obejmuje następujące cechy badanego rynku:

- dominacja i wzrost Działu II: W badanym okresie aktywa zakładów ubezpieczeń majątkowych wykazały stabilną i silną dynamikę wzrostu. Na koniec 2024 roku aktywa sektora ubezpieczeń Działu II wyniosły 136 855 227 tys. zł, co stanowi znaczący wzrost względem 97 129 239 tys. zł w roku 2018. Oznacza to przyrost o blisko 41% w ciągu sześciu lat;
- stagnacja Działu I: W kontraście do ubezpieczeń majątkowych, sektor życiowy (Dział I) odnotował stagnację, a w niektórych latach regres. W 2018 roku aktywa Działu I wynosiły 94 951 254 tys. zł, by w 2024 roku spaść do poziomu 88 977 299 tys. zł. Najgłębszy spadek odnotowano w 2022 roku, kiedy aktywa te skurczyły się do ok. 82,8 mld zł;

¹⁴ T. Bednarczyk, *Funkcje ubezpieczeń i ubezpieczycieli a ich rola dla gospodarki realnej*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe”, 2010 nr 4, s. 110.

— zmiana struktury rynku: Jeszcze w 2018 roku oba działy dysponowały zbliżonym potencjałem kapitałowym (ok. 95 mld zł vs 97 mld zł). Dane z 2024 roku pokazują jednak, że różnica w wartości majątku zwiększyła się na korzyść ubezpieczeń majątkowych.

Dowodzi to, że zakłady ubezpieczeń świadczące usługi Działu II stały się znaczącym inwestorem instytucjonalnym.

Tabela 11.2. Zagregowane dane dotyczące dochodów z lokat polskiego sektora ubezpieczeń w latach 2018-2024 (w tys. zł)

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Dział I	-77 450	4 389 357	3 984 155	3 082 513	-2 143 386	8 706 639	4 337 182
Dział II	3 050 507	3 474 820	2 445 132	2 662 257	3 168 470	5 649 967	6 412 753
Razem	3 077 985	7 864 727	6 429 286	5 744 769	1 025 084	14 356 606	10 749 935

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych statystycznych PIU z lat 2018-2024, (<https://piu.org.pl/raport-roczny-piu/>), dostęp: 28.02.2026 r.

Tabela 11.2, obrazująca dochody z lokat, dostarcza istotnych informacji o efektywności inwestycyjnej oraz profilu ryzyka obu działów ubezpieczeń. Zestawione dane wskazują na następujące cechy:

- stabilność dochodowa Działu II: W latach 2018–2022 dochody z lokat utrzymywały się na zbliżonym poziomie 2,6–3,4 mld zł rocznie. W 2024 r. wzrosły do 6 412 753 tys. zł, co potwierdza rosnące znaczenie ubezpieczycieli majątkowych jako inwestorów instytucjonalnych.
- wahania w Dziale I: Sektor ubezpieczeń na życie charakteryzował się znacznie większą zmiennością wyników z lokat – w 2018 r. odnotowano stratę w wysokości -77 450 tys. zł, natomiast w 2022 r. strata inwestycyjna przekroczyła -2,1 mld zł.

Zgodnie z analizami Polskiej Izby Ubezpieczeń¹⁵, wpływ branży na gospodarkę realną jest znaczący:

- 1 zł wpływu bezpośredniego w branży ubezpieczeń na PKB przekłada się na kolejne 3,5 zł pozostałych sektorów.
- branża ubezpieczeniowa bezpośrednio i pośrednio generuje zatrudnienie na poziomie 221,5 tys. etatów, z czego 29 tys. bezpośrednio w sektorze.

¹⁵ Polska Izba Ubezpieczeń (PIU), *Wpływ ubezpieczeń na polską gospodarkę i społeczeństwo*, Warszawa 2022, s. 25, 30-34.

- na każdy etat stworzony w branży ubezpieczeń przypada prawie 7 etatów w pozostałych sektorach gospodarki związanych w sposób pośredni i indukowany.
- bezpośredni udział branży w tworzeniu PKB wynosi około 0,5%, co w połączeniu z dochodami gospodarstw domowych w sektorze rosnącymi o 33,9% podkreśla rangę ubezpieczycieli w systemie gospodarczym.

11.2.3. Powiązania rynkowe – bancassurance i Rekomendacja U

Wraz z rozwojem rynku ubezpieczeń oraz coraz silniejszymi powiązaniami między instytucjami finansowymi, zaczęła się rozwijać współpraca zakładów ubezpieczeń z innymi podmiotami sektora finansowego, zwłaszcza bankami, określana jako bancassurance – jest to sprzedaż umów ubezpieczenia klientom banków poprzez sieć dystrybucji banku, taką jak oddziały, aplikacje mobilne czy serwisy internetowe¹⁶.

Kluczowym dokumentem regulującym tę współpracę jest wydana przez KNF Rekomendacja U z 2014 r. Rekomendacja ta dotyczyła dobrych praktyk w zakresie bancassurance i miała na celu poprawę jakości standardów współpracy między zakładami ubezpieczeń a bankami. Dokument ten wprowadził szereg zmian projakościowych. Dotyczyły one przede wszystkim:

- rozdziału ról – rekomendacja obligowała również bank do przekazania klientowi klarownej informacji, czy działa on jako pośrednik, czy ubezpieczający.¹⁷
- obowiązków informacyjnych – bank powinien zapewnić rzetelną politykę informacyjną tak, aby nie dochodziło do oferowania produktów niedopasowanych do potrzeb klientów¹⁸.

Analiza struktury sprzedaży dokonana przez Stęplewską w latach 2012-2018 wykazuje istotne zmiany w preferencjach klientów i strategii banków:

- wzrasta znaczenie produktów osobowych działu II, których udział w składce przypisanej brutto zwiększył się o ponad 12 p.p.¹⁹.

¹⁶ Polska Izba Ubezpieczeń (PIU), *Rynek bancassurance w Polsce*. Raport 2025, s. 7.

¹⁷ J. Stęplewska, *Znaczenie bancassurance w procesie zarządzania sprzedażą w zakładzie ubezpieczeń*, „Finanse i Prawo Finansowe” 2021, vol. 2 (30), s. 144.

¹⁸ J. Stęplewska, *Znaczenie bancassurance w procesie zarządzania sprzedażą w zakładzie ubezpieczeń*, „Finanse i Prawo Finansowe” 2021, vol. 2 (30), s. 144.

¹⁹ Ibidem, s. 151.

— jednocześnie obserwuje się niemal trzykrotny wzrost udziału produktów grupy 18 (ubezpieczenia świadczenia pomocy), co świadczy o ewolucji kanału bankowego w stronę produktów o charakterze ochronnym (np. assistance, turystyka), a nie tylko stricte finansowym²⁰.

Zakłady ubezpieczeń Działu II stanowią fundament stabilności polskiej gospodarki. Dzięki realizacji funkcji ochronnej, prewencyjnej i kapitałowej, ubezpieczyciele nie tylko zabezpieczają majątek przedsiębiorstw, ale również aktywnie stymulują wzrost PKB i kreują miejsca pracy (ujęcie makro). Ewolucja kanału bancassurance po wprowadzeniu Rekomendacji U sprawia, że sektor ten staje się coraz bardziej przejrzysty i dostosowany do potrzeb nowoczesnego społeczeństwa. Dane rynkowe z lat 2018–2024 jednoznacznie wskazują, że to ubezpieczenia majątkowe stały się dominującym filarem kapitałowym branży, gwarantując jej stabilność nawet w obliczu zmiennej koniunktury gospodarczej.

11.3. Ryzyko systemowe i stabilność finansowa zakładów ubezpieczeń w świetle doświadczeń kryzysowych lat 2020–2024

Zakłady ubezpieczeń tradycyjnie postrzegano jako pasywne podmioty, których głównym zadaniem jest przejmowanie ryzyka od gospodarstw domowych i firm, a następnie wypłata odszkodowań w razie wystąpienia szkody. Jednak współczesny rynek wygląda inaczej. Ubezpieczyciele stali się potężnymi inwestorami instytucjonalnymi, co powoduje silne powiązania rynkowe. Badania prowadzone po wielkim kryzysie finansowym z lat 2007–2009 zmieniły sposób myślenia o tym sektorze. Zrozumiano, że ryzyko systemowe nie jest prostą sumą ryzyka pojedynczych firm, ale wynika z ich wzajemnych powiązań i tego, jak problemy jednej dużej instytucji mogą „zarazić” inne. W latach 2020–2024, w obliczu nowych zagrożeń – takich jak pandemia COVID-19 czy wojna w Ukrainie – kluczowe jest zrozumienie, czy ubezpieczyciele są „bezpieczną przystanią”, czy też mogą stać się źródłem kolejnego kryzysu.

W polskim prawie definicja ryzyka systemowego jest bardzo szeroka i kładzie nacisk na skutki dla całej gospodarki. Zgodnie z art. 4 ustawy o nadzorze makroostrożnościowym, przez ryzyko systemowe rozumie się: „ryzyko zakłócenia w funkcjonowaniu systemu finansowego, które w razie jego materializacji zaburza działanie systemu finansowego i gospodarki narodowej jako całości, którego źródłem mogą być w szczególności tendencje związane

²⁰ Ibidem s. 152.

z nadmierną dynamiką akcji kredytowej lub zadłużenia i związane z nimi nierównowagi w zakresie cen aktywów, niestabilne modele finansowania, rozkład ryzyka w systemie finansowym, powiązania pomiędzy instytucjami finansowymi lub nierównowagi makroekonomiczne²¹. W literaturze naukowej podkreśla się, że ryzyko to ma specyficzny charakter – często jest to tzw. „ryzyko zachowania ogona”. Oznacza to, że tradycyjne statystyki mogą go nie wykryć, ponieważ dotyczy zdarzeń bardzo rzadkich, ale o katastrofalnych skutkach²².

Analizując ryzyko systemowe, trzeba pamiętać o cechach charakterystycznych zakładów ubezpieczeń. Wynikają one z odwróconego cyklu produkcyjnego – najpierw obliczana jest cena produktu ubezpieczeniowego (składka), a dopiero później pojawiają się koszty (świadczenia i odszkodowania). Rozkład wpływów ze składek jest więc znany i pewny natomiast wypłaty są losowe²³. Dzięki temu mechanizmowi, ubezpieczyciele są znacznie bardziej odporni na panikę rynkową. Ryzyko tzw. „runu”, czyli masowego wycofania pieniędzy przez klientów w krótkim czasie, jest w ubezpieczeniach relatywnie niskie. W bankach „run” może doprowadzić do upadku w kilka dni; w ubezpieczeniach proces upadłości jest zazwyczaj rozłożony w czasie. Badania wskazują, że klasyczna działalność ubezpieczeniowa w zasadzie nie generuje znaczącego ryzyka systemowego²⁴. Problem pojawia się wtedy, gdy ubezpieczyciele zaczynają działać jak banki inwestycyjne – angażują się w działalność nietradycyjną (np., produkty ubezpieczeniowe z minimalnymi zyskami), ponieważ jest ona powiązana z cyklem koniunkturalnym i może generować ryzyko zwłaszcza w sytuacjach kryzysowych²⁵.

Każdy zakład ubezpieczeń na co dzień zarządza wieloma rodzajami ryzyka. Aby zrozumieć ich sytuację finansową, warto posłużyć się klasyfikacją przygotowaną przez Polską Izbę Ubezpieczeń (PIU). Ryzyka te można podzielić na dwie główne grupy: związane z produktem (ubezpieczeniowe) i związane z prowadzeniem firmy (ubezpieczyciela):

²¹ Ustawa z dnia 5 sierpnia 2015 r. o nadzorze makroostrożnościowym nad systemem finansowym i zarządzaniu kryzysowym w systemie finansowym (Dz.U. 2015 poz. 1513).

²² K. Budzich, *Znaczenie sektora ubezpieczeniowego dla stabilnego funkcjonowania systemu finansowego i gospodarki realnej*, „Bezpieczny Bank” 2025, nr 4 (97), s. 12.

²³ T. Czerwińska, *Ryzyko systemowe w sektorze ubezpieczeń – analiza ekspozycji w krajach Unii Europejskiej*, „Problemy Zarządzania” 2014, vol. 12, nr 4, s. 44.

²⁴ Ibidem s. 44.

²⁵ K. Budzich, *Znaczenie sektora ubezpieczeniowego dla stabilnego funkcjonowania systemu finansowego i gospodarki realnej*, „Bezpieczny Bank” 2025, nr 4 (97), s. 16.

1. Ryzyko aktuarialne²⁶ (ubezpieczeniowe) to sedno działalności ubezpieczeniowej. Najważniejsze w tej grupie są:
 - ryzyko nieadekwatności składki i rezerw- polega na tym, że ubezpieczyciel źle oszacuje cenę polisy i zebrane środki nie wystarczą na pokrycie szkód. Wymaga to ciągłej analizy szkodowości i trendów,
 - ryzyko katastroficzne --związane z nagłymi, ekstremalnymi zdarzeniami, takimi jak powodzie czy huragany. Są one trudne do przewidzenia i mogą zachwiać stabilnością firmy w jeden dzień. Zarządza się nim m.in. poprzez reasekurację,
2. Ryzyko rynkowe i finansowe- ponieważ ubezpieczyciele inwestują składki, są narażeni na to, co dzieje się na giełdach²⁷:
 - ryzyko stopy procentowej - zmiana stóp procentowych wpływa na wycenę obligacji, które stanowią większość portfela ubezpieczycieli,
 - ryzyko płynności - sytuacja, w której firma ma majątek, ale nie może go szybko sprzedać, by wypłacić odszkodowania,
 - ryzyko kredytowe - ryzyko, że podmiot, którego obligacje kupił ubezpieczyciel, zbankrutuje.
3. Ryzyko operacyjne²⁸ - zagrożenia wynikające z błędów wewnętrznych. PIU wymienia tu m.in.:
 - ryzyko nadużyć - zarówno ze strony pracowników, jak i klientów próbujących wyłudzić odszkodowanie,
 - ryzyko awarii systemów IT - we współczesnym świecie awaria systemu informatycznego może sparaliżować sprzedaż i likwidację szkód.

Istnieją podmioty, których powiązania rynkowe i rozmiar sprawia, że ich upadek może przyczynić się do globalnego kryzysu - Globalni Ubezpieczyciele Systemowo Ważni (G-SIIs). Listę takich podmiotów monitoruje Rada Stabilności Finansowej (FSB). Poniższa tabela prezentuje przykłady instytucji ubezpieczeniowych podlegających szczególnym standardom planowania restrukturyzacji (resolution) w 2025 roku.

²⁶ PIU / KPMG, *Klasyfikacja ryzyk w zakładach ubezpieczeń*, Warszawa 2017, s 6-9.

²⁷ PIU / KPMG, *Klasyfikacja ryzyk w zakładach ubezpieczeń*, Warszawa 2017, s. 22-23.

²⁸ Ibidem s. 22-23, s 6-9, s. 11-19.

Tabela 11.3. Lista Systemowo ważnych ubezpieczycieli, opublikowana przez FSB w 2025r.

Kraj	Zakład ubezpieczeniowy
Australia	QBE Insurance Group Limited
Francja	The AXA Group
Niemcy	Allianz SE
Włochy	Assicurazioni Generali S.p.A.
Holandia	NN Group N.V., Athora Netherlands N.V.
Szwajcaria	Zurich Insurance Group Ltd, Swiss Re Ltd, Swiss Life Holding Ltd
Wielka Brytania	Legal and General Group Plc, Aviva Plc, Bupa Finance Plc, Phoenix Group Holdings Plc, M&G Plc
USA	American International Group, Inc., MetLife, Inc., Prudential Financial, Inc.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: FSB, *2025 List of Insurers subject to resolution planning standards*, (<https://www.fsb.org/work-of-the-fsb/market-and-institutional-resilience/crisis-management-and-resolution/insurers-subject-to-resolution-standards/>), dostęp: 28.02.2026 r.

11.4. Analiza reakcji na szoki systemowe i ocena odporności (studium porównawcze Polska – Niemcy)

W celu oceny odporności na ostatnie zawirowania gospodarcze przeprowadzono analizę porównawczą wiodących ubezpieczycieli z Polski (PZU, Warta) oraz Niemiec (Allianz, HDI). Zestawienie to pozwala bezpośrednio zweryfikować postawione hipotezy. Porównanie dwóch wiodących podmiotów rynku polskiego ze znaczącymi zakładami ubezpieczeń działającymi na rynku niemieckim, który stanowi w niniejszej analizie główny punkt odniesienia, jest niezbędne do oceny różnic w reakcji polskich i niemieckich ubezpieczycieli na szoki systemowe. Umożliwia ono również zbadanie odmienności w procesie odbudowy rentowności pomiędzy analizowanymi firmami z Polski a dojrzałą konkurencją z Niemiec, służąc tym samym weryfikacji drugiej hipotezy badawczej. .

Analizę przeprowadzono w podziale na trzy okresy, co pozwala uchwycić dynamikę zmian:

- 2018–2019 (okres przed kryzysem): czas stabilnej koniunktury makroekonomicznej, stanowiący punkt odniesienia dla oceny odchyleń wskaźników w kolejnych fazach,- 2020–2021 (faza kryzysu): wybuch i przebieg pandemii COVID-19 (wprowadzonymi restrykcjami gospodarczymi) oraz wybuch wojny w Ukrainie,
- 2020–2021 (faza kryzysu): wybuch i przebieg pandemii COVID-19 (wprowadzonymi restrykcjami gospodarczymi) oraz wybuch wojny w Ukrainie,

- 2022–2024 (okres powrotu do względnej stabilizacji i adaptacji do nowych warunków makroekonomicznych): czas dostosowania modeli finansowych ubezpieczycieli do nowych warunków gospodarczych.

Do analizy wykorzystano następujące wskaźniki:

- Składka zarobiona (tys. USD): Mierzy skalę działalności i zaufanie rynku. Pozwala ocenić, jak szoki systemowe wpływają na zdolność zakładu do generowania przychodów z działalności podstawowej. Jest to miara wielkości rynkowej.
- ROE przed podatkiem (%): Rentowność kapitału własnego. Pozwala ocenić efektywność generowania zysku. Gwałtowne spadki tego wskaźnika sygnalizują silny wpływ czynników zewnętrznych na wynik finansowy.
- Solvency ratio (Asset based) (%): Kluczowy wskaźnik wypłacalności, wyrażający relację kapitału do sumy pasywów (aktywa ogółem). Wysoki wskaźnik oznacza bardzo duży bufor bezpieczeństwa, natomiast wartości niskie (choć stabilne) wskazują na agresywne, ale bardziej efektywne wykorzystanie kapitału (działanie na wysokiej dźwigni).

Zysk/strata netto (tys. USD): syntetyczny wynik finansowy, weryfikujący zdolność podmiotu do akumulacji kapitału w trudnych okresach makroekonomicznych.

Zestawienie wyników finansowych PZU i Warty z wynikami Allianz oraz HDI pozwala bezpośrednio sprawdzić postawione w pracy hipotezy. Porównanie rynku polskiego z rynkiem niemieckim, który służy tutaj jako główny punkt odniesienia, jest konieczne do zweryfikowania, czy wysoka odporność sektora opisana w pierwszej hipotezie to cecha całej branży, czy specyfika wyłącznie polskiego rynku. Tylko takie zestawienie danych pozwala obiektywnie wykazać, czy polskie firmy faktycznie w inny sposób odbudowują rentowność na tle dojrzałej konkurencji z zagranicy, co zakłada druga hipoteza. Dzięki badaniu dwóch rynków w tym samym czasie można łatwiej ocenić, co było wspólnym problemem dla dwóch wiodących ubezpieczycieli w Polsce i Niemczech, a co wynikało z lokalnych warunków panujących w Polsce lub Niemczech

Tabela 11.4. Kluczowe wskaźniki finansowe wiodących polskich zakładów ubezpieczeń (PZU SA i TUiR Warta) oraz dla dwóch znaczących na rynku niemieckim zakładów ubezpieczeń (Allianz SE oraz HDI Versicherung AG) w latach 2018–2024

	zakład	rok	Składka zarobiona (w tys. USD)	ROE (przed podatkiem)(%)	Solvency ratio (Asset based) (%)	Zysk/strata netto (tys. USD)
2018-2019	PZU SA	2018	5944623	47,48%	4,54%	1427773
		2019	6079995	43,79%	4,71%	1365300
	TUiR Warta	2018	1386248	22,80%	20,12%	121069
		2019	1422717	27,89%	20,84%	175017
	ALLIANZ SE	2018	81835481	16,98%	6,82%	8819939
		2019	85281776	14,97%	7,32%	9326466
	HDI VERSICHERUNG AG	2018	1460124	4,93%	9,48%	15012
		2019	1502190	14,45%	10,76%	67981
2020-2022	PZU SA	2020	6126011	21,61%	4,96%	673159
		2021	5722168	43,64%	4,25%	1338424
		2022	5621564	31,10%	6,10%	1287201
	TUiR Warta	2020	1535331	20,16%	22,24%	151910
		2021	1524376	22,98%	19,37%	146561
		2022	1631694	28,74%	17,01%	158264
	ALLIANZ SE	2020	92908596	11,88%	7,62%	8752899
		2021	87963209	11,91%	7,02%	8047125
		2022	92876284	17,76%	5,81%	7312606
	HDI VERSICHERUNG AG	2020	1479905	15,50%	10,66%	76135
		2021	1381044	17,86%	10,73%	87758
		2022	1520099	2,58%	10,79%	11896
2023-2024	PZU SA	2023	6827955	53,88%	6,40%	3181449
		2024	7174242	48,91%	6,38%	2979859
	TUiR Warta	2023	2087582	23,90%	19,74%	199991
		2024	2301799	25%	19,89%	234984
	ALLIANZ SE	2023	100927430	19,89%	5,92%	9980364

		2024	101558664	23,25%	5,77%	10950001
	HDI VERSICHERUNG AG	2023	1625337	-12,80%	7,91%	-47431
		2024	1563298	2,69%	7,00%	8953

Źródło: Opracowanie własne na podstawie bazy danych Orbis (Tabela 11.4).

Analiza wielkości składki zarobionej wskazuje na strukturalną odmiennność badanych rynków, widoczną zarówno w skali działalności największych zakładów ubezpieczeń, jak i w zachowaniu mniejszych podmiotów w warunkach kryzysowych. W tym zakresie można sformułować następujące wnioski:

- Allianz SE osiągał istotnie wyższą wartość składki zarobionej niż PZU SA, ponieważ składka Allianz wyniosła 101,5 mld USD, podczas gdy w przypadku PZU SA było to 7,1 mld USD; różnica ta potwierdza odmienną skalę działalności obu podmiotów i determinuje ich ekspozycję na ryzyko systemowe, gdyż Allianz pozostaje podmiotem o znaczeniu globalnym (G-SII), natomiast PZU SA ma znaczenie przede wszystkim krajowe (D-SII);
- TUiR Warta SA, mimo mniejszej skali działalności, w całym analizowanym okresie osiągała wyższą składkę zarobioną niż porównywalny niemiecki ubezpieczyciel HDI Versicherung AG; co więcej, również w latach kryzysowych Warta odnotowała wzrost przypisu składki, podczas gdy HDI wykazywało spadki; może to sugerować, że mniejsze podmioty na polskim rynku wykazały większą elastyczność i zdolność dostosowania do trudnych warunków gospodarczych niż ich odpowiedniki w Niemczech.
- kolejny obszar analizy dotyczy rentowności kapitału własnego, mierzonej wskaźnikiem ROE. Porównanie dynamiki tego wskaźnika w roku wybuchu pandemii ujawnia zróżnicowaną wrażliwość badanych zakładów ubezpieczeń na nagłe pogorszenie warunków gospodarczych, widoczną zarówno w przypadku liderów rynkowych, jak i mniejszych podmiotów: największe podmioty odnotowały spadek rentowności kapitału własnego, przy czym PZU SA zanotowało obniżenie ROE o 22,18 p.p., z 43,79% do 21,61%, natomiast Allianz SE o 3,09 p.p., z 14,97% do 11,88%; wyniki te wskazują, że skala działalności oraz znaczenie rynkowe mogą wiązać się z większą ekspozycją na zawirowania makroekonomiczne;
- mniejsze zakłady ubezpieczeń wykazały relatywnie większą stabilność rentowności, choć ich sytuacja kształtowała się odmiennie na rynku polskim i niemieckim; TUiR Warta odnotowała przejściowy spadek ROE z 27,89% w 2019 r. do 20,16% w 2020 r., jednak

w kolejnych latach nastąpiła poprawa wyników, a w 2022 r. wskaźnik ROE przed opodatkowaniem przekroczył poziom sprzed kryzysu; w przypadku HDI początkowy wzrost rentowności nie utrzymał się w dłuższym okresie, a pogorszenie wyników znalazło odzwierciedlenie w ujemnym ROE w 2023r.

Analiza zdolności do kreowania zysku po szoku pandemicznym wskazuje na wyraźne różnice między liderami rynku polskiego i niemieckiego w zakresie tempa odbudowy rentowności oraz odporności wyników finansowych:

- w przypadku polskich zakładów ubezpieczeń widoczna była silna poprawa wyników finansowych; PZU SA w 2023 r. podwoiło zysk netto względem 2021 r., osiągając 3,1 mld USD oraz ROE na poziomie 53,88%, natomiast TUiR Warta zwiększyła wynik netto o 31%, do 199 mln USD;
- na rynku niemieckim proces odbudowy rentowności przebiegał mniej stabilnie; HDI Versicherung AG odnotowało stratę netto w wysokości 47 mln USD oraz ujemne ROE na poziomie -12,80%, natomiast Allianz SE utrzymał dodatnią dynamikę rentowności, osiągając ROE 19,89%, jednak tempo poprawy było wyraźnie niższe niż w przypadku PZU SA;

Zróznicowanie wyników może wskazywać na większą odporność polskich zakładów ubezpieczeń w analizowanym okresie oraz na wyższą wrażliwość części niemieckich aktywów na ryzyko wyceny w warunkach podwyższonej inflacji.

Dla pełniejszego wyjaśnienia zmian rentowności konieczne jest odniesienie się do struktury kapitałowej badanych zakładów ubezpieczeń. Udział kapitałów własnych w aktywach pozwala bowiem lepiej zrozumieć zmienność wskaźnika ROE oraz różnice w odporności finansowej poszczególnych podmiotów:

- w przypadku PZU SA oraz Allianz SE widoczna jest relatywnie wysoka dźwignia finansowa, wynikająca z niskiego udziału kapitałów własnych w aktywach, który wynosi odpowiednio 6,38% oraz 5,77%; taka struktura kapitałowa może sprzyjać maksymalizacji zwrotu z kapitału w warunkach korzystnej koniunktury, co było widoczne w przypadku PZU SA w 2023 r., ale jednocześnie zwiększa podatność wyników na pogorszenie warunków rynkowych, czego przykładem był spadek ROE PZU SA w 2020 r.;

— TUIR Warta SA utrzymuje znacznie wyższy udział kapitałów własnych w aktywach, wynoszący 19,89%, co oznacza około trzykrotnie wyższy bufor kapitałowy niż w przypadku największych analizowanych podmiotów; bardziej konserwatywna struktura kapitałowa może tłumaczyć mniejsze wahania wyników tej spółki w całym badanym okresie 2018–2024.

Podsumowując, analiza porównawcza obejmująca lata 2018–2024 pokazuje wyraźne różnice w sposobie reagowania polskich i niemieckich ubezpieczycieli na okres kryzysowy 2020–2022 oraz późniejszą fazę stabilizacji w latach 2023–2024. W czasie kryzysu pandemicznego największe podmioty – PZU i Allianz – odnotowały spadki rentowności, co wskazuje, że nawet liderzy rynku pozostają wrażliwi na gwałtowne zaburzenia otoczenia gospodarczego.

W kolejnych latach, określonych jako etap stabilizacji, polskie zakłady ubezpieczeń poprawiły swoje wyniki finansowe i odbudowały rentowność. W przypadku rynku niemieckiego sytuacja była bardziej zróżnicowana – obok stabilnych wyników Allianz widoczna była słabsza kondycja HDI. Można zatem stwierdzić, że w badanym okresie polski sektor Działu II relatywnie sprawnie przeszedł przez fazę kryzysową i szybciej powrócił do stabilnych rezultatów finansowych.

11.5. Podsumowanie

W rozdziale przedstawiono rolę zakładów ubezpieczeń Działu II jako ważnego elementu współczesnej gospodarki. W części teoretycznej wskazano, że ubezpieczyciele majątkowi nie ograniczają się wyłącznie do wypłaty odszkodowań, lecz pełnią także funkcję inwestycyjną, lokując zgromadzone środki na rynku finansowym. Na podstawie danych z lat 2018–2024 można zauważyć, że na polskim rynku to właśnie ubezpieczenia majątkowe stopniowo wzmacniały swoją pozycję w strukturze sektora.

W odniesieniu do ryzyka systemowego omówiono specyfikę modelu działalności ubezpieczycieli, która sprawia, że zazwyczaj są oni mniej podatni na nagłe kryzysy niż banki. Większe zagrożenie może dotyczyć przede wszystkim największych grup kapitałowych silnie powiązanych z rynkami międzynarodowymi.

Część empiryczna opierała się na analizie porównawczej wyników finansowych wybranych spółek z Polski (PZU, Warta) oraz Niemiec (Allianz, HDI). Badanie objęło okres przed

kryzysem, lata pandemii oraz kolejne lata związane z napięciami geopolitycznymi. W 2020 r. widoczny był spadek rentowności największych podmiotów, takich jak PZU i Allianz. W późniejszym okresie polskie zakłady poprawiły jednak swoje wyniki i wróciły do stabilnej rentowności, podczas gdy sytuacja niemieckiego HDI była mniej korzystna.

Analiza zgromadzonych danych pozwoliła na pozytywną weryfikację hipotezy H1, zakładającej wysoką odporność jednych z największych zakładów ubezpieczeń Działu II z rynku polskiego i niemieckiego na szoki systemowe. Mimo przejściowego spadku rentowności w fazie kryzysowej, badane podmioty utrzymały stabilność finansową, a w okresie adaptacji (2023–2024) odnotowały wyraźną poprawę wskaźników operacyjnych. Również hipoteza H2, zakładająca różnice w reakcji na szoki systemowe i tempo odbudowy rentowności pomiędzy dwoma wiodącymi zakładami ubezpieczeń z Polski i Niemiec, znalazła potwierdzenie. Analiza wskaźnikowa wykazała, że spółki PZU i Warta nie tylko sprawniej powróciły do generowania zysków, ale osiągnęły rekordowe poziomy rentowności kapitału własnego, w czasie, gdy niemiecki podmiot HDI odnotował stratę netto.

Wnioski płynące z przeprowadzonej analizy pozwalają stwierdzić, że polski sektor ubezpieczeń majątkowych wykazał się dużą odpornością w warunkach podwyższonej niepewności gospodarczej, choć należy pamiętać, że powyższe konkluzje odnoszą się bezpośrednio do grupy podmiotów objętych badaniem.

Literatura

Piśmiennictwo

- Bednarczyk T., *Funkcje ubezpieczeń i ubezpieczycieli a ich rola dla gospodarki realnej*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2010, nr 4.
- Budzich K., *Znaczenie sektora ubezpieczeniowego dla stabilnego funkcjonowania systemu finansowego i gospodarki realnej*, „Bezpieczny Bank” 2025, Vol. 97, nr 4.
- Czerwińska T., *Ryzyko systemowe w sektorze ubezpieczeń – analiza ekspozycji w krajach Unii Europejskiej*, „Problemy Zarządzania” 2014, Vol. 12, nr 4 (1).
- Grabiec R., *Podstawowe pojęcia i definicje ubezpieczeń gospodarczych*, [w:] *Mechanizmy funkcjonowania ubezpieczeń gospodarczych*, red. R. Grabiec, Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa [2022].
- Gumieniak A., *Rola ubezpieczeń we współczesnej gospodarce*, [w:] *Ubezpieczenia i Bankowość z perspektywy młodego ekonomisty. Wybrane problemy*, red. T.H. Bednarczyk, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin
- Lemkowska M., *Funkcje ubezpieczeń gospodarczych a zrównoważony rozwój*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2020, nr 2.

Parlińska A., *Ubezpieczyciele na rynku kapitałowym*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2009, nr 2

Stęplewska J., *Znaczenie bancassurance w procesie zarządzania sprzedażą w zakładzie ubezpieczeń*, „Finanse i Prawo Finansowe” 2021, Vol. 2 (30).

Wieczorek-Kosmala M., *Rola i znaczenie ubezpieczeń gospodarczych w systemie ochrony przedsiębiorstwa przed ryzykiem*, „Finanse. Czasopismo Komitetu Nauk o Finansach PAN” 2009, nr 1.

Akty prawne

Ustawa z dnia 5 sierpnia 2015 r. o nadzorze makroostrożnościowym nad systemem finansowym i zarządzaniu kryzysowym w systemie finansowym (Dz. U. poz. 1513),

Komisja Nadzoru Finansowego, *Rekomendacja U dotycząca dobrych praktyk w zakresie bancassurance*, Warszawa, czerwiec 2014

Źródła internetowe

Financial Stability Board (FSB), *Insurers subject to resolution standards*, (<https://www.fsb.org/work-of-the-fsb/market-and-institutional-resilience/crisis-management-and-resolution/insurers-subject-to-resolution-standards/>), dostęp: 28.02.2026 r.

PIU / KPMG, *Klasyfikacja ryzyk w zakładach ubezpieczeń*, Warszawa 2017, (<https://piu.org.pl/wp-content/uploads/2017/11/Klasyfikacja-ryzyk-2017.pdf>), dostęp: 28.02.2026 r.

Polska Izba Ubezpieczeń (PIU), *Rynek bancassurance w Polsce. Raport 2025*, (<https://piu.org.pl/wp-content/uploads/2025/12/Rynek-bancassurance-3-kw.-2025.pdf>), dostęp: 28.02.2026 r.

Polska Izba Ubezpieczeń (PIU), *Wpływ ubezpieczeń na polską gospodarkę i społeczeństwo*, Warszawa 2022, (https://piu.org.pl/wp-content/uploads/2023/03/PIU_raport-wplyw-ubepieczen-na-polska-gospodarke-2022.pdf), dostęp: 28.02.2026 r.

Spis rysunków

Rysunek 1.1. Czy spotkał/a się Pan/Pani wcześniej z pojęciem telematyki i Internetu Rzeczy?.....	24
Rysunek 1.2. Czy korzysta Pan/i na co dzień z rozwiązań wykorzystujących telematykę/Internet Rzeczy?	24
Rysunek 1.3. Obawy respondentów związane z wykorzystywaniem urządzeń monitorujących styl jazdy wskazane w maju 2024	34
Rysunek 1.4. Czynniki zniechęcające respondentów do skorzystania z ubezpieczeń bazujących na telematyce i Internecie Rzeczy	34
Rysunek 1.5. Zaufanie do przedsiębiorstw w zakresie odpowiedzialnego przetwarzania danych w Internecie	36
Rysunek 1.6. Ogólny poziom zaufania do zakładów ubezpieczeń	36
Rysunek 2.1. Podział przestępstw związanych z działalnością ubezpieczeniową	49
Rysunek 2.2. Ujawnione wyłudzenia odszkodowań i świadczeń ubezpieczeniowych w ujęciu ilościowym w latach 2018-2023 w Polsce, z wyszczególnieniem Działu II	57
Rysunek 2.3. Udział przestępstw ubezpieczeniowych z działu I i II w przestępstwach ubezpieczeniowych ogółem w Polsce w latach 2018-2023 w ujęciu ilościowym	58
Rysunek 2.4. Liczba respondentów posiadająca poszczególne ubezpieczenia w sektorze ubezpieczeń majątkowych	66
Rysunek 2.5. Odpowiedzi na pytanie „Czy według Pana/Pani problem przestępczości ubezpieczeniowej w Polsce jest duży?”	68
Rysunek 2.6. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Jakie konsekwencje prawne Pana/Pani zdaniem przewiduje się za upozorowanie zdarzenia, będącego podstawą do wypłaty odszkodowania?”	69
Rysunek 2.7. Procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie „Czy ma Pan/Pani świadomość, że Pana/Pani dane osobowe mogą być wykorzystywane w celach związanych z wykrywaniem oszustw ubezpieczeniowych?”	70
Rysunek 2.8. Procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie „Czy ufa Pan/Pani zakładom ubezpieczeń?”	71
Rysunek 2.9. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Czy zgadza się Pan/Pani ze stwierdzeniem, że zakłady ubezpieczeń w sposób skuteczny zapobiegają przestępczości ubezpieczeniowej?”	72
Rysunek 2.10. Procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie „Czy Pana/Pani zdaniem można usprawiedliwić, gdy ktoś wyłudza nienależne odszkodowanie?”	74
Rysunek 4.1. Skłonność do zakupu polisy a obiektywna wiedza o EKUZ	109
Rysunek 4.2. Zjawisko dysonansu poznawczego w grupie o wysokiej samoocenie kompetencji (n=49)	111
Rysunek 4.3. Odsetek osób ubezpieczających się komercyjnie w zależności od profilu aktywności sportowej.....	112
Rysunek 6.1. Składka przypisana brutto w Polsce w latach 2014-2023 w cenach z roku 2023 (w mln zł)	154
Rysunek 6.2. Odszkodowania i świadczenia w Polsce w latach 2014-2023 w cenach roku 2023 (w mln zł)	155
Rysunek 6.3. Mam wystarczającą wiedzę na temat ubezpieczeń na życie” Proszę zaznaczyć na skali od 1 do 5, jak bardzo Pan/Pani zgadza się z tym zdaniem	163
Rysunek 6.4. Statystyka prawidłowych odpowiedzi w zakresie wiedzy na temat ubezpieczeń na życie	164

Rysunek 6.5. . Opinie respondentów wyrażone na temat poszczególnych stwierdzeń dotyczących ubezpieczeń na życie	165
Rysunek 6.6. Społeczna percepcja korzyści wynikających z posiadania ubezpieczenia na życie.	168
Rysunek 6.7. Odpowiedzi na pytanie „Czy posiadasz obecnie ubezpieczenie na życie?”	169
Rysunek 6.8. Odpowiedzi na pytanie „Jakie ubezpieczenie na życie posiadasz?”	170
Rysunek 6.9. „Jeżeli kiedykolwiek korzystałeś/aś ze świadczenia z tytułu ubezpieczenia na życie, czy byłeś/zadowolona z wypłaty świadczenia?” Proszę zaznaczyć na skali od 1 do 5, jak bardzo Pan/Pani zgadza się z tym zdaniem.	171
Rysunek 6.10. Odpowiedzi na pytanie „Skąd najczęściej zdobywasz informacje na temat ubezpieczeń na życie?”	178
Rysunek 6.11. . Opinie respondentów wyrażone w kwestii edukacji w zakresie ubezpieczeń na życie.	180
Rysunek 7.1. Ograniczenie budżetowe konsumenta	187
Rysunek 7.2. Posiadanie ubezpieczenia na życie wśród respondentów	201
Rysunek 7.3. . Znajomość przypadków wypłaty świadczenia z polisy na życie	203
Rysunek 7.4. Świadomość wypłaty świadczenia z polisy na życie w ostatnim czasie	204
Rysunek 7.5. Postrzeganie zdarzeń losowych jako realnego zagrożenia dla siebie lub bliskich	204
Rysunek 7.6. Wpływ osobistych doświadczeń na gotowość do zakupu polisy na życie	205
Rysunek 7.7. Opinie na temat rzeczywistego poziomu ryzyka sytuacji losowych	207
Rysunek 7.8. Potencjalny wpływ wystąpienia zdarzenia losowego na decyzję o zakupie polisy na życie	207
Rysunek 7.9. Częstotliwość refleksji nad skutkami braku ubezpieczenia na życie.....	208
Rysunek 7.10. Skłonność do zakupu polisy w wersji pozytywnej: „90% wypłacalności”	209
Rysunek 7.11. Skłonność do zakupu polisy w wersji negatywnej: „10% ryzyka niewypłacalności” ...	210
Rysunek 7.12. Preferowane sformułowanie oferty ubezpieczeniowej w kontekście decyzji zakupowej	210
Rysunek 7.13. Wpływ sposobu przedstawienia oferty na decyzje finansowe respondentów	211
Rysunek 7.14. Ocena potrzeby większej przejrzystości ofert ubezpieczeniowych przez respondentów	213
Rysunek 7.15. Rezygnacja z zakupu ubezpieczenia z powodu niejasnych warunków	213
Rysunek 7.16. Poziom obaw respondentów przed niespodziewanymi zdarzeniami losowymi a ich wpływ na sytuację finansową.....	215
Rysunek 10.1. Dynamika wskaźnika efektywności technicznej wybranych zakładów ubezpieczeń działu I na przestrzeni lat 2019-2023	273
Rysunek 10.2. Dynamika wartości rezerw techniczno-ubezpieczeniowych ustalanych dla celów rachunkowości oraz wypłacalności w wybranych zakładach ubezpieczeń działu I na przestrzeni lat 2019-2023	277
Rysunek 10.3. Dynamika wskaźnika efektywności technicznej wybranych zakładów ubezpieczeń działu II na przestrzeni lat 2019-2023.....	286
Rysunek 10.6. Dynamika wartości rezerw techniczno-ubezpieczeniowych ustalanych dla celów rachunkowości oraz wypłacalności w wybranych zakładach ubezpieczeń działu II na przestrzeni lat 2019-2023	290

Spis tabel

Tabela 1.1. Korzyści oraz zagrożenia związane z wykorzystaniem i rozwojem rozwiązań InsurTech w branży ubezpieczeniowej.....	16
Tabela 1.2. Schemat procedury badawczej.....	18
Tabela 1.3. Dane socjodemograficzne respondentów.....	21
Tabela 1.4. Przykłady rozwiązań bazujących na teledatce i Internecie Rzeczy na co dzień – odpowiedzi respondentów.....	26
Tabela 1.5. Skłonność do skorzystania z ubezpieczeń wykorzystujących teledatkę w zależności od miejsca zamieszkania.....	29
Tabela 1.6. Skłonność do skorzystania z ubezpieczeń wykorzystujących Internet Rzeczy w zależności od dochodu.....	30
Tabela 1.7. Skłonność do skorzystania z ubezpieczeń wykorzystujących Internet Rzeczy w zależności od ogólnego poziomu zaufania do zakładów ubezpieczeń.....	31
Tabela 1.8. Skłonność do skorzystania z teledatcznych polis komunikacyjnych, a opinią dotyczącą tego, czy zakład ubezpieczeń powinien mieć dostęp do informacji o sposobie użytkowania pojazdu.....	32
Tabela 2.1. Liczba wyłudzeń w dziale II w Polsce w latach 2018-2023.....	59
Tabela 2.2. Wartość wyłudzeń w dziale II w Polsce w latach 2018-2023 (w mln zł).....	60
Tabela 2.3. Respondenci według kryteriów społeczno-ekonomicznych.....	63
Tabela 2.4. Odpowiedzi na pytanie: „Czy kiedykolwiek słyszał/a Pan/Pani o przestępczości ubezpieczeniowej?”.....	67
Tabela 2.5. Akceptacja zachowań przestępczych w sektorze ubezpieczeń w zależności od płci.....	75
Tabela 2.6. Akceptacja zachowań przestępczych w sektorze ubezpieczeń w zależności od wieku.....	76
Tabela 2.7. Akceptacja zachowań przestępczych w sektorze ubezpieczeń w zależności od wykształcenia.....	76
Tabela 2.8. Akceptacja zachowań przestępczych w sektorze ubezpieczeń w zależności od wielkości miejscowości zamieszkania.....	77
Tabela 2.9. Akceptacja zachowań przestępczych w sektorze ubezpieczeń w zależności od dochodu miesięcznego.....	78
Tabela 2.10. Akceptacja zachowań przestępczych w sektorze ubezpieczeń w zależności od statusu.....	79
Tabela 2.11. Akceptacja zachowań przestępczych w sektorze ubezpieczeń w zależności od zaufania do zakładu ubezpieczeń.....	79
Tabela 2.12. Akceptacja zachowań przestępczych w sektorze ubezpieczeń w zależności od posiadania ubezpieczenia w sektorze ubezpieczeń majątkowych.....	80
Tabela 3.1. Okresy, w których SMSR ogłosił wystąpienie suszy rolniczej na terenie Polski w latach 2011-2024.....	91
Tabela 3.2. Najważniejsze różnice w Ogólnych Warunkach Ubezpieczeń wybranych zakładów oferujących ubezpieczenia gruntów rolnych.....	96
Tabela 5.1. Struktura badanej próby.....	127
Tabela 5.2. Nawyki i intensywność korzystania z narzędzi sztucznej inteligencji.....	128
Tabela 5.3. Percepcja ryzyka i poziom zaufania do technologii AI.....	130
Tabela 5.4. Zależność między kierunkiem studiów a oceną własnej odporności na zagrożenia AI.....	131
Tabela 5.5. Reakcje na symulowane zdarzenia oraz preferencje ubezpieczeniowe.....	132
Tabela 6.1. Rodzaje i charakterystyczne cechy grupy 1 Działu I ubezpieczeń.....	146
Tabela 6.2. Liczba zakładów ubezpieczeń w Polsce w latach 2014-2023.....	152
Tabela 6.3. Struktura składki przypisanej brutto wg grup w Dziale I (w %).....	156

Tabela 6.4. Udział rynkowy mierzony składką zakładów Działu I w Polsce w 2023 r. oraz ich zmiana względem roku 2022	158
Tabela 6.5. Respondenci według kryteriów społeczno-ekonomicznych.....	159
Tabela 6.6. Odpowiedzi na pytanie „Co uważasz za główne powody, dla których ludzie decydują się zakupić ubezpieczenie na życie?”	166
Tabela 6.7. Odpowiedzi na pytanie „Jeśli nie posiadasz ubezpieczenia na życie, to co jest głównym powodem?”	172
Tabela 6.8. Posiadanie ubezpieczenia na życie a wiek.....	174
Tabela 6.9. Posiadanie ubezpieczenia na życie a stosunek respondentów do towarzystw ubezpieczeniowych	175
Tabela 6.10. Posiadanie ubezpieczenia na życie a wykształcenie.....	176
Tabela 6.11. Posiadanie ubezpieczenia na życie a status zawodowy	176
Tabela 6.12. Posiadanie ubezpieczenia na życie a miejsce zamieszkania	177
Tabela 7.1. Fazy podejmowania decyzji w teorii perspektywy i ich związek z systemami poznawczymi	191
Tabela 7.2. Wybrane przykłady inklinacji motywacyjnych.....	194
Tabela 7.3. Wybrane przykłady inklinacji poznawczych.....	195
Tabela 7.4. Charakterystyka społeczno-demograficzna respondentów	199
Tabela 7.5. Relacja między posiadaniem ubezpieczenia na życie a deklarowanym wpływem doświadczeń.....	206
Tabela 7.6. Zależność między oceną wpływu sposobu przedstawienia oferty a posiadaniem ubezpieczenia na życie	212
Tabela 7.7. Zależność między posiadaniem ubezpieczenia na życie a wcześniejszą rezygnacją z zakupu polisy z powodu niejasnych warunków.....	214
Tabela 8.1. Procentowy udział instrumentu finansowego w strukturze lokat TUW PZUW (2021-2024)	228
Tabela 8.2. Rentowność lokat TUW PZUW (2021-2024).....	229
Tabela 8.3. Struktura lokat STMAB (2021-2024).....	230
Tabela 8.4. Rentowność lokat STMAB (2021-2024).....	231
Tabela 9.1. Wysokość nieprzekraczalnego dolnego progu minimalnego wymogu kapitałowego.....	243
Tabela 9.2. Podział rezerw techniczno-ubezpieczeniowych w zależności od źródła powstania.....	251
Tabela 9.3. Metody i moment tworzenia poszczególnych rezerw techniczno-ubezpieczeniowych... ..	256
Tabela 10.1. Wartość wyniku technicznego i składki przypisanej brutto w wybranych zakładach ubezpieczeń działu I w latach 2019-2023 (w tys. zł)	271
Tabela 10.2. Wskaźnik efektywności technicznej wybranych zakładów ubezpieczeń działu I w latach 2019-2023	273
Tabela 10.3. Stopa rezerw techniczno-ubezpieczeniowych w ujęciu brutto w wybranych zakładach ubezpieczeń działu I w latach 2019-2023.....	274
Tabela 10.4. Wartość rezerw techniczno-ubezpieczeniowych brutto ustalanych dla celów rachunkowości i wypłacalności w wybranych zakładach ubezpieczeń działu I w latach 2019-2023 (w tys. zł)	276
Tabela 10.5. Środki własne wybranych zakładów ubezpieczeń działu I w latach 2019-2023 (w tys. zł)	278
Tabela 10.6. Wskaźnik wypłacalności w wybranych zakładach ubezpieczeń działu I w latach 2019-2023.....	279
Tabela 10.7. Wymogi kapitałowe wybranych zakładów ubezpieczeń działu I w latach 2019-2023 (w tys. zł)	281

Tabela 10.8. Wskaźnik monitorowania działalności dla kapitałowego wymogu wypłacalności oraz minimalnego wymogu kapitałowego w wybranych zakładach ubezpieczeń działu I w latach 2019-2023	282
Tabela 10.9. Wartość wyniku technicznego i składki przypisanej brutto w wybranych zakładach ubezpieczeń działu II w latach 2019-2023 (w tys. zł)	283
Tabela 10.10. Wskaźnik efektywności technicznej wybranych zakładów ubezpieczeń działu II w latach 2019-2023	285
Tabela 10.11. Stopa rezerw techniczno-ubezpieczeniowych w ujęciu brutto w wybranych zakładach ubezpieczeń działu II w latach 2019-2023.....	287
Tabela 10.12. Wartość rezerw techniczno-ubezpieczeniowych brutto ustalanych dla celów rachunkowości i wypłacalności w wybranych zakładach ubezpieczeń działu II w latach 2019-2023 (w tys. zł)	288
Tabela 10.13. Środki własne wybranych zakładów ubezpieczeń działu II w latach 2019- 2023 (w tys. zł)	291
Tabela 10.14. Wskaźnik wypłacalności w wybranych zakładach ubezpieczeń działu II w latach 2019-2023	292
Tabela 10.15. Wymogi kapitałowe wybranych zakładów ubezpieczeń działu II w latach 2019-2023 (w tys. zł)	293
Tabela 10.16. Wskaźnik monitorowania działalności dla kapitałowego wymogu wypłacalności oraz minimalnego wymogu kapitałowego w wybranych zakładach ubezpieczeń działu II w latach 2019-2023.....	294
Tabela 11.1. Zagregowane dane dotyczące aktywów polskiego sektora ubezpieczeń w latach 2018-2024 (w tys. zł).....	304
Tabela 11.2. Zagregowane dane dotyczące dochodów z lokat polskiego sektora ubezpieczeń w latach 2018-2024 (w tys. zł)	305
Tabela 11.3. Lista Systemowo ważnych ubezpieczycieli, opublikowana przez FSB w 2025r.	310
Tabela 11.4. Kluczowe wskaźniki finansowe wiodących polskich zakładów ubezpieczeń (PZU SA i TUiR Warta) oraz dla dwóch znaczących na rynku niemieckim zakładów ubezpieczeń (Allianz SE oraz HDI Versicherung AG) w latach 2018–2024	312



UNIWERSYTET
EKONOMICZNY
W KRAKOWIE



RISK
MANAGEMENT

KOŁO NAUKOWE UBEZPIECZEŃ

**KATEDRA
ZARZĄDZANIA
RYZYKIEM
I UBEZPIECZEŃ**

KU.UEK.KRAKOW.PL