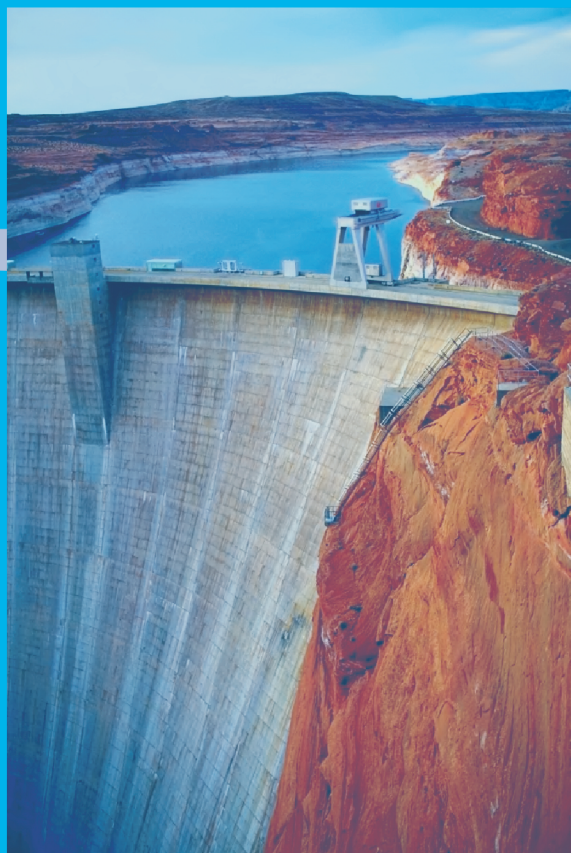


POLITECHNIKA CZĘSTOCHOWSKA

MECHANIZMY FUNKCJONOWANIA UBEZPIECZEŃ GOSPODARCZYCH



redakcja

ROMAN GARBIEC

WYDANIE 2
ZMIENIONE I ZAKTUALIZOWANE

CZĘSTOCHOWA 2022

Politechnika Częstochowska

MECHANIZMY FUNKCJONOWANIA UBEZPIECZEŃ GOSPODARCZYCH

redakcja
Roman Garbiec

WYDANIE 2
ZMIENIONE I ZAKTUALIZOWANE



Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej

Częstochowa 2022

RECENZENT

Dr hab. Anna Korombel, prof. PCz

REDAKCJA

Anita Ganoun

REDAKCJA TECHNICZNA

Robert Świerczewski

PROJEKT OKŁADKI

Dorota Boratyńska

e-ISBN 978-83-7193-880-1

© Copyright by Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2022

© Copyright by Roman Garbiec, Częstochowa 2022



Publikacja udostępniona na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa –
Użycie niekomercyjne 4.0 Międzynarodowa (CC BY-NC 4.0)
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode>

SPIS TREŚCI

WSTĘP	5
1. PODSTAWOWE POJĘCIA I DEFINICJE UBEZPIECZEŃ GOSPODACZYCH	
<i>Roman Garbiec</i>	7
Wprowadzenie	7
1.1. Podstawowa terminologia ubezpieczeń	7
1.2. Mechanizmy funkcjonowania ubezpieczeń – funkcje i zasady	12
1.3. Istota reasekuracji, retrocesji i koasekuracji	21
1.4. Metody i formy reasekuracji oraz rodzaje koasekuracji	24
1.5. Sekurytyzacja w ubezpieczeniach	30
Podsumowanie	32
Literatura	32
2. TYPOLOGIE UBEZPIECZEŃ GOSPODARCZYCH	
<i>Roman Garbiec, Agata Krukowska-Miler</i>	35
Wprowadzenie	35
2.1. Rodzaje ubezpieczeń	35
2.2. Podstawowe podziały ubezpieczeń	37
2.3. Dychotomiczne podziały ubezpieczeń	43
2.4. Zestawienie rodzajów ubezpieczeń na polskim rynku ubezpieczeniowym ...	57
Podsumowanie	63
Literatura	64
3. FINANSOWE ASPEKTY DZIAŁALNOŚCI ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ	
<i>Izabela Krawczyk-Sokołowska, Roman Garbiec</i>	66
Wprowadzenie	66
3.1. Istota zarządzania finansami zakładu ubezpieczeń	66
3.2. Analiza jakościowa i ilościowa sytuacji finansowej zakładu ubezpieczeń	70
3.3. Pasywa zakładu ubezpieczeń	80
3.4. Aktywa zakładu ubezpieczeń	82
Podsumowanie	84
Literatura	85
4. PODSTAWY PRAWNE UBEZPIECZEŃ GOSPODARCZYCH – GŁÓWNE ZAGADNIENIA	
<i>Anna Bazan-Bulanda</i>	86
Wprowadzenie	86
4.1. Umowa ubezpieczenia	86

4.2. Prawa i obowiązki stron	92
4.3. Przedawnienie roszczeń ubezpieczeniowych	95
Podsumowanie	96
Literatura	96
5. ISTOTA RYZYKA W DZIAŁALNOŚCI UBEZPIECZENIOWEJ	
<i>Iwetta Budzik-Nowodzińska</i>	98
Wprowadzenie	98
5.1. Ryzyko a niepewność w działalności gospodarczej	98
5.2. Specyfika ryzyka w działalności ubezpieczeniowej	103
5.3. Rola i etapy zarządzania ryzykiem	106
5.4. Istota underwritingu w ubezpieczeniach	113
Podsumowanie	116
Literatura	117
6. SPECYFIKA DZIAŁALNOŚCI MARKETINGOWEJ NA RYNKU UBEZPIECZENIOWYM	
<i>Katarzyna Łazorko</i>	120
Wprowadzenie	120
6.1. Specyfika współczesnego marketingu usług	120
6.2. Zarządzanie marketingiem w przedsiębiorstwie ubezpieczeniowym	125
6.3. Zachowania nabywców usług ubezpieczeniowych	127
6.4. Segmentacja rynku usług ubezpieczeniowych	129
6.5. Koncepcja marketingu mix w działalności ubezpieczeniowej	131
Podsumowanie	137
Literatura	138
ZAKOŃCZENIE	140
SPIS RYSUNKÓW	141
SPIS TABEL	143

WSTĘP

Ubezpieczanie się jest ściśle związane z rozwojem gospodarczym. Im wyższy poziom rozwoju gospodarki, a w konsekwencji wyższy standard życia członków społeczeństwa, tym większa potrzeba ubezpieczenia życia, zdrowia czy też mienia. Przyczyną chęci ubezpieczenia się jest jednak identyfikacja ryzyka, czyli możliwość albo prawdopodobieństwo zajścia pewnego zdarzenia, które spowoduje szkodę w mieniu czy też utratę zdrowia lub życia osoby pragnącej się ubezpieczyć.

Funkcjonowanie każdego obywatela w nowoczesnym społeczeństwie wymaga wiedzy o ubezpieczeniach i ich formach, a także o mechanizmach, które nimi kierują. Wiedza ta jest niezbędna do wyboru określonego rodzaju ubezpieczenia. Obecnie w Polsce firmy ubezpieczeniowe oferują kilkadziesiąt rodzajów ubezpieczeń, które często noszą podobne lub identyczne nazwy.

Ubezpieczenie jest procesem ekonomicznym i społecznym. W ubezpieczeniach występuje alokacja środków finansowych pomiędzy ubezpieczycielami a ubezpieczonymi w sytuacjach ściśle określonych w umowie ubezpieczenia. Alokacja tych środków uzależniona jest od ram prawnych regulujących działanie podmiotów ubezpieczeniowych. Funkcjonowanie ubezpieczeń na rynku związane jest z działalnością marketingową zakładów ubezpieczeń i pośredników ubezpieczeniowych. Ich działalność jest zróżnicowana i również uzależniona od norm prawnych określonych w aktach legislacyjnych. Dokonywanie wyboru zakładu ubezpieczeń jako strony umowy ubezpieczenia winno opierać się na podstawie szczegółowej analizy wskaźnikowej. Sam proces ubezpieczania się jest procesem społecznym, w którym dochodzi do interakcji pomiędzy przedstawicielami zakładów ubezpieczeń a ubezpieczającymi. Jak w każdym procesie społecznym występują w nim określone mechanizmy wywierania wpływu, perswazji czy też oddziaływania marketingowego. Wszystkie te elementy funkcjonowania ubezpieczeń gospodarczych oparte są na określonych mechanizmach: ekonomicznych, społecznych i prawnych, które zaprezentowane zostały w niniejszym skrypcie.

Celem dydaktycznym sporządzenia tej publikacji jest przybliżenie zagadnień ubezpieczeń studentom kierunku zarządzanie i finanse i rachunkowość w biznesie, realizowanych w ramach przedmiotu ubezpieczenia gospodarcze.

Wiedzę z zakresu ubezpieczeń można praktycznie wykorzystać w indywidualnej i zbiorowej działalności, zwłaszcza że część ubezpieczeń gospodarczych jest w Polsce obowiązkowa.

1. PODSTAWOWE POJĘCIA I DEFINICJE UBEZPIECZEŃ GOSPODARCZYCH

Roman Garbiec

Wprowadzenie

U źródeł powstania ubezpieczenia leży m.in. rozwój cywilizacyjny oraz wykształcenie odpowiednich form organizacyjno-prawnych w społeczeństwie. Praprzyczyną chęci ubezpieczenia się jest jednak ryzyko, czyli możliwość czy też prawdopodobieństwo zajścia pewnego zdarzenia, które spowoduje szkodę na zdrowiu lub mieniu czy też utratę życia osoby pragnącej się ubezpieczyć.

Funkcjonowanie każdego obywatela w nowoczesnym społeczeństwie wymaga wiedzy o ubezpieczeniach i ich formach oraz o mechanizmach, które nimi kierują. Wiedza ta jest niezbędna do wyboru określonego rodzaju ubezpieczenia. Obecnie w Polsce firmy ubezpieczeniowe oferują kilkadziesiąt rodzajów ubezpieczeń, które często noszą podobne lub identyczne nazwy. Potencjalny ubezpieczony staje przed dylematem, który z oferowanych „produktów ubezpieczeniowych” jest dla niego najodpowiedniejszy. Aby rozstrzygać takie problemy, niezbędna jest podstawowa wiedza na temat ubezpieczeń.

1.1. Podstawowa terminologia ubezpieczeń

Podanie uniwersalnej (dla kilku dyscyplin naukowych zajmujących się ubezpieczeniami) definicji ubezpieczeń jest – zdaniem autora – niemożliwe. Dlatego poniżej podano kilka różnych definicji tego pojęcia, w zależności od dyscypliny naukowej, która je określa.

Ubezpieczenie jest urządzeniem gospodarczym, które z jednej strony na podstawie umowy i dzięki opłacie składki pozwala zakładowi ubezpieczeń przyjąć na siebie, a ubezpieczającemu przekazać do zakładu, ryzyko negatywnych, ekonomicznych skutków określonego zdarzenia losowego; z drugiej – na podstawie metod oceny ryzyka – pozwala selekcjonować i gromadzić ryzyka przez zakład ubezpieczeń i jednocześnie gromadzić składki w sposób i w skali pozwalającej co najmniej pokryć przyrzeczone świadczenia z tytułu wypadków ubezpieczeniowych oraz koszty funkcjonowania zakładu¹.

¹ B. Hadyniak, *Ubezpieczenie jako urządzenie gospodarcze*, [w:] J. Monkiewicz (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. I – *Mechanizmy i funkcje*, Poltext, Warszawa 2000, s. 56-57.

Według innej definicji ubezpieczenie jest instytucją, która ma znieść lub przynajmniej ograniczyć ciężar pewnych zdarzeń losowych, których ryzyko wystąpienia towarzyszy człowiekowi na każdym etapie jego życia. Zdarzenia te mogą mieć charakter negatywny (śmierć, zniszczenie domu wskutek pożaru) lub też mogą wiązać się nie tyle ze stratą, ile z powstaniem lub zwiększeniem potrzeb finansowych (urodzenie dziecka)².

Według innej definicji **ubezpieczenie** jest metodą zarządzania ryzykiem poprzez transfer ryzyka z jednostki – w drodze umowy – na wyspecjalizowany podmiot (zakład ubezpieczeń), który organizuje dystrybucję tego ryzyka pomiędzy większą liczbę podmiotów, którym podobne ryzyko zagraża. Organizacja ta polega na stworzeniu scentralizowanego funduszu z wpłat odpowiednio dużej grupy podmiotów (składek ubezpieczeniowych) i pokrywaniu z niego strat doznanych przez wpłacających. Wysokość tych wpłat zakład ubezpieczeń tak kalkuluje na własne ryzyko, aby zapewnić zarówno pokrycie ewentualnych strat grupie, jak i stosowne wynagrodzenie dla siebie³.

Istotą ubezpieczenia jest rozłożenie ryzyka strat i konieczności finansowego pokrycia nadzwyczajnych potrzeb powstałych wskutek poniesionych strat na większą liczbę podmiotów zagrożonych tym samym ryzykiem i uiszczających składki do wspólnego funduszu ubezpieczeniowego (chodzi tu o podmioty zagrożone takim samym lub podobnym niebezpieczeństwem, organizacja funduszu związana jest ściśle z jego przeznaczeniem i rodzajem ubezpieczenia)⁴.

Aby precyzyjnie określić ubezpieczenie, wyodrębniono pięć niezbędnych elementów tworzących to ubezpieczenie⁵:

- ubezpieczający ma interes, który jest ubezpieczalny;
- interes ubezpieczającego jest zagrożony przez możliwość nastąpienia pewnych zdarzeń losowych;
- ubezpieczyciel bierze na siebie ryzyko straty;
- przyjęcie (asumpcja) ryzyka przez ubezpieczyciela jest częścią programu rozkładania rzeczywistych strat na większą grupę podmiotów zagrożonych podobnym ryzykiem;
- ubezpieczający płaci składkę do ogólnego funduszu ubezpieczeniowego.

Ubezpieczenie jako dyscyplina naukowa posługuje się specyficznymi terminami (pojęciami), których określenia zaprezentowano poniżej. Należy do nich między innymi: składka ubezpieczeniowa, ubezpieczający, ubezpieczony, uprawniony, zakład ubezpieczeń, działalność ubezpieczeniowa, wypadek ubezpieczeniowy itd.

² I. Kwiecień, *Istota i rola ubezpieczeń*, [w:] W. Ronka-Chmielowiec (red.), *Ubezpieczenia. Rynek i ryzyko*, PWE, Warszawa 2002, s. 34.

³ Ibidem, s. 34-37.

⁴ Zob. T. Michalski, *Ryzyko w działalności człowieka*, [w:] J. Monkiewicz (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. I, op. cit., s. 43-60.

⁵ Zob. I. Kwiecień, *Istota i rola ubezpieczeń*, op. cit., s. 34-37.

Składka ubezpieczeniowa jest to świadczenie pieniężne realizowane przez ubezpieczającego na rzecz zakładu ubezpieczeń w zamian za ochronę ubezpieczeniową. Świadczenie ubezpieczeniowe jest to wypłata, w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia, do której ubezpieczyciel jest zobowiązany w przypadku zajścia zdarzenia losowego określonego w umowie ubezpieczeniowej (wypadku ubezpieczeniowego). Gdy świadczenie służy kompensacie strat majątkowych, najczęściej jest nazywane odszkodowaniem. Zadaniem świadczenia jest finansowa kompensata (całkowita lub częściowa) strat w mieniu, utraty praw, szkód osobistych lub braków finansowych. Świadczenie z zasady nie może przekraczać poniesionych strat, czyli przekraczać kwot wynikających z interesu ubezpieczeniowego⁶.

Ubezpieczającym może być zarówno osoba prawna (np. zakład pracy ubezpieczający swoich pracowników), jak i osoba fizyczna. Ubezpieczający może zawrzeć umowę na własną rzecz (ubezpieczenie chroni wówczas własny interes finansowy ubezpieczającego, który jest wówczas równocześnie ubezpieczonym). W tych najczęściej występujących przypadkach ubezpieczający jest nie tylko zobowiązany wobec ubezpieczyciela, ale również jest osobą uprawnioną do odszkodowania lub świadczenia⁷.

Ubezpieczony jest to osoba, której mienie albo życie, albo zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia. Uprawniony – w ubezpieczeniach na wypadek śmierci – jest to osoba wskazana (przez ubezpieczonego) jako uprawniona do pobrania sumy ubezpieczenia, zwyczajowo nazywana jest „uposażonym” lub „beneficjentem”⁸.

Zakład ubezpieczeń (ubezpieczyciel) jest podmiotem prowadzącym działalność ubezpieczeniową, na podstawie zezwolenia, będącą działalnością gospodarczą prowadzoną dla zysku lub bezdochodowo (*non profit*). Działalność ubezpieczeniowa jest to działalność prowadzona na podstawie zezwolenia, przez zakład ubezpieczeń, która polega na zobowiązaniu się zakładu (w umowie ubezpieczenia) do udzielenia, w zamian za składkę, ochrony ubezpieczeniowej, polegającej na wypłacie przez zakład świadczenia w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego⁹.

Prowadzenie działalności gospodarczej, także dla zerowego zysku, jest specyfiką przedsiębiorstw ubezpieczeniowych. Obejmuje ona bowiem przedsiębiorstwa nastawione na zysk oraz takie, które nie są nastawione na osiągnięcie zysku.

Przedmiotem działania przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego może być wyłącznie działalność ubezpieczeniowa oraz działalność z nią związana. Działalność

⁶ B. Hadyniak, *Ubezpieczenia jako urządzenie...*, op. cit., s. 5758.

⁷ M. Gasińska, *Ubezpieczenia turystyczne w systemie ubezpieczeń gospodarczych*, „Zeszyty Naukowe Uczelni Vistula” 2013, nr 32, s. 50.

⁸ R. Garbicz, *Ubezpieczenia w teorii i praktyce*, cz. II – *Ubezpieczenia gospodarcze i zdrowotne*, Wydawnictwo Wydziału Zarządzania Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2016, s. 29.

⁹ B. Hadyniak, *Ubezpieczenia jako urządzenie...*, op. cit., s. 5758; P. Jaworski, J. Micał, *Pojęcie ubezpieczenia i podstawowa terminologia*, [w:] M. Iwanicz-Drozdowska (red.), *Ubezpieczenia*, PWE, Warszawa 2018.

towarzystwa może być ograniczona tylko do jednego z dwóch działów ubezpieczeń (tak jest obecnie w Polsce).

Przedsiębiorstwo ubezpieczeniowe nazywane jest zakładem ubezpieczeń, towarzystwem ubezpieczeń oraz ubezpieczycielem lub asekuratorem.

Nazwa **zakład** jest nazwą tradycyjną, przyjętą dla zorganizowanych środków (ludzkich i rzeczowych) przeznaczonych na określony cel. Nazwa zakład lub instytut (łac. *instituire* – zakładać) szczególnie przyłgnęła do organizacji społecznie użytecznych. W ubezpieczeniach nazwa ta przetrwała i obecnie podkreśla ona dwoistość charakteru przedsiębiorstw ubezpieczeniowych.

Obecnie w polskim prawie ubezpieczeniowym stosuje się dla określenia przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego właśnie nazwę: „zakład ubezpieczeń”. Nazwa **towarzystwo ubezpieczeń** wiąże się z korporacyjną formą prawną większości przedsiębiorstw ubezpieczeniowych. Nazwa **ubezpieczyciel (asekurator)** łączy się ze stosunkiem prawnym, jaki wiąże przedsiębiorstwo ubezpieczeniowe z ubezpieczającym.

Ubezpieczenia prowadzone są przez zakłady publiczne i prywatne. Publiczne zakłady ubezpieczeń mogą działać na zasadach rynkowych lub pozarynkowych (ustawowy obowiązek ubezpieczenia z wyłączeniem obsługi przez ustawowo określony zakład). Prywatne zakłady zawsze funkcjonują na rynku i mogą działać: (a) dla zysku, (b) na zasadzie „zero strat – zero zysku”.

Zakłady publiczne działające na zasadach pozarynkowych są podmiotami publicznoprawnymi (np. Zakład Ubezpieczeń Społecznych). Charakteryzują się bardzo małymi kosztami akwizycyjnymi i zwykle znacznymi kosztami administracyjnymi. Posiadają najdoskonalej zrównoważony portfel ryzyk, pozwalający na stosowanie systemów repartycyjnych.

Zakłady publiczne działające na rynku funkcjonują na podstawie prywatnoprawnych form przedsiębiorstwa (spółka akcyjna z decydującym udziałem państwa lub samorządu, np. KUKI – Korporacja Ubezpieczeń Kredytów Eksportowych) i w ten sam sposób, jak zakłady prywatne.

Zakłady prywatne działające dla zysku mogą funkcjonować jako ubezpieczyciele indywidualni lub spółki. Korporacją ubezpieczycieli indywidualnych gwarantujących (na określonych zasadach) pokrycie ryzyka własnym majątkiem jest Lloyd's.

Najbardziej popularną formą przedsiębiorstw ubezpieczeniowych pracujących dla zysku jest **spółka akcyjna**. Obowiązkiem akcjonariuszy jest dostarczenie kapitału pokrywającego potrzeby organizacyjne (uruchomienie i utrzymanie działalności w pierwszych latach) oraz gwarancyjne (zapewnienie rezerw na pokrycie zobowiązań) zakładu. Zaletą spółki akcyjnej jest stosunkowo łatwe uzupełnienie rosnących potrzeb kapitałowych.

Zakłady prywatne działające na zasadzie „zero zysku – zero strat” powstają ze wspólnot ubezpieczeniowych. Są to zrzeszenia lub towarzystwa ubezpieczeń

wzajemnych (Tuw). W Tuw ubezpieczający, zawierając umowę ubezpieczenia, przystępuje jednocześnie do towarzystwa, czyli staje się udziałowcem ubezpieczyciela. W niektórych krajach w Tuw kapitał zakładowy nie musi odgrywać roli gwarancyjnej. Gwarancję stanowi wzajemna odpowiedzialność członków. Niedobory wynikające z działalności ubezpieczeniowej, po wyczerpaniu kapitału zapasowego, wymagają wówczas dopłaty albo podwyżki składek lub obniżki świadczeń. Jak widać, zakłady ubezpieczeń wzajemnych nie są urządzeniem pozwalającym w pełni na przekazanie ryzyka niepewnej dużej straty w zamian za pewną, ale niewielką składkę. Odmienne też niż w towarzystwach działających dla zysku, nadwyżki z działalności ubezpieczeniowej wracają do członków jako zwroty lub obniżki składek (nie wsteczne) bądź wzrost świadczeń (w ubezpieczeniach osobowych).

Szczególną formą zakładu ubezpieczeń jest spółka podporządkowana (*capitive*) założona przez firmę lub grupę kapitałową. Jej podstawowym zadaniem jest ubezpieczenie lub reasekuracja grupy kapitałowej, do której należy. To, że około 80% podporządkowanych zakładów ubezpieczeń funkcjonuje w rajach podatkowych (Bermudy, Kajmany, Guernsey itd.) świadczy o tym, że spółki te służą nie tylko do lepszej kontroli szkód czy redukcji kosztów kapitału, ale także do efektywniejszego zarządzania podatkami¹⁰. Zakład ubezpieczeń może funkcjonować w dwóch formach organizacyjno-prawnych: 1) spółka akcyjna, 2) towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych. Od 1 stycznia 1999 roku bezpośrednią działalność ubezpieczeniową w Polsce może prowadzić zagraniczny zakład ubezpieczeń, na zasadach wzajemności, w formie głównego oddziału. Musi uzyskać odpowiednie zezwolenie ministra finansów, a jego wydanie uzależnione jest m.in. od¹¹:

- posiadania odpowiedniego zezwolenia we wnioskowanym zakresie w państwie siedziby zakładu;
- funkcjonowania w formie organizacyjno-prawnej dopuszczalnej w Polsce;
- spełnienia warunku wzajemności – możliwości podjęcia działalności ubezpieczeniowej w kraju pochodzenia przez polski zakład ubezpieczeń;
- złożenia kaucji w wysokości 50% minimalnej wysokości kapitału gwarancyjnego dla każdego rodzaju ubezpieczeń.

W czasie udzielania ochrony ubezpieczeniowej zakład ubezpieczeń oraz ubezpieczającego wiąże stosunek (umowa) ubezpieczenia. Ubezpieczający jest stroną umowy ubezpieczeniowej. Ubezpieczający jest to osoba, która zawiera z zakładem ubezpieczeń umowę ubezpieczenia i zobowiązana jest do płacenia składki ubezpieczeniowej. Ubezpieczony jest to osoba, której mienie albo życie, albo zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia. Uprawniony – w ubezpieczeniach na wypadek

¹⁰ Por. B. Hadyniak, *Przedsiębiorstwo ubezpieczeniowe*, [w:] J. Monkiewicz (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. I, op. cit., s. 161-166; M. Płonka, *Zakłady ubezpieczeń*, [w:] W. Ronka-Chmielowiec (red.), *Ubezpieczenia*, C.H.Beck, Warszawa 2016.

¹¹ I. Kwiecień, *Rynek ubezpieczeń*, [w:] Ronka-Chmielowiec W. (red.), *Ubezpieczenia. Rynek...*, op. cit., s. 94-95.

śmierci – jest to osoba wskazana (przez ubezpieczonego) jako uprawniona do pobrania sumy ubezpieczenia, zwyczajowo nazywana jest „uposażonym” lub „beneficjentem”.

Przedmiot ubezpieczenia jest to interes ubezpieczeniowy chroniony w ramach stosunku ubezpieczenia. Interes ubezpieczeniowy jest to „rodzaj finansowego interesu”, który jednostka musi posiadać, aby mieć prawo do świadczenia. Wypadek ubezpieczeniowy jest zdarzeniem losowym, które jest określone w umowie ubezpieczeniowej jako to, którego pojawienie się rodzi prawo do uzyskania świadczenia od zakładu ubezpieczeń¹².

1.2. Mechanizmy funkcjonowania ubezpieczeń – funkcje i zasady

Funkcje kategorii ekonomicznej to przejaw przede wszystkim jej istoty w działaniu, czyli wywieranie społecznego przeznaczenia danej kategorii ekonomicznej. Funkcje ubezpieczeń to formy przejawiania się ich społecznego przeznaczenia, uwarunkowane ich istotą. Funkcje ubezpieczeń są analogiczne do funkcji finansów ze względu na istotę ubezpieczeń. Do zasadniczych funkcji finansów, a więc również ubezpieczeń, zaliczamy funkcje (rys. 1.1)¹³:

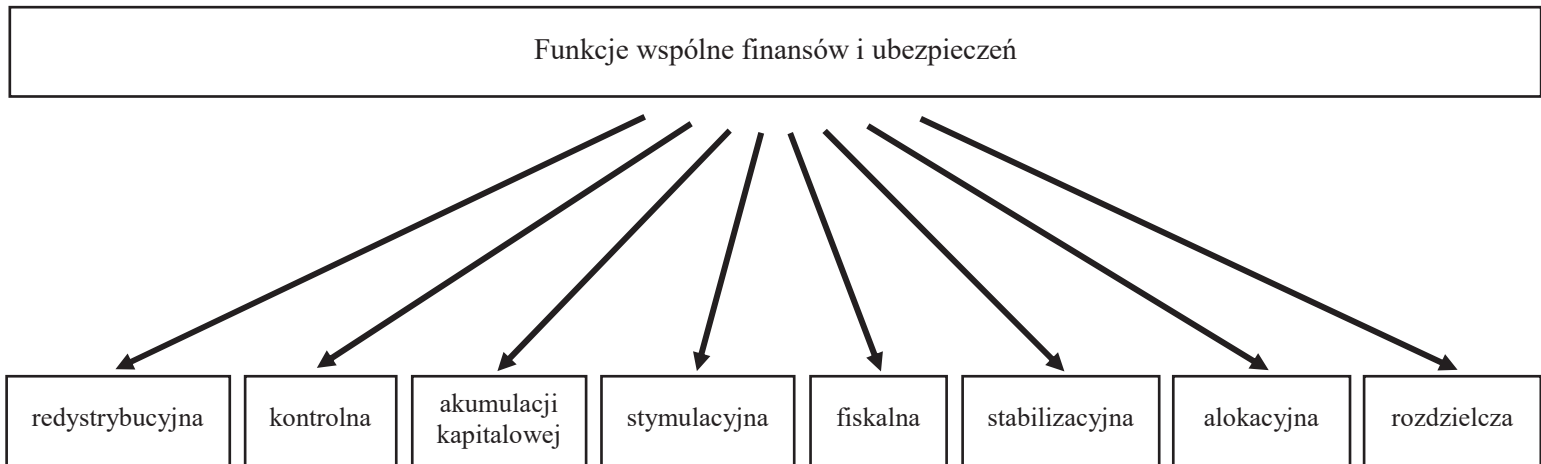
- rozdzielczą,
- kontrolną,
- redystrybucyjną,
- akumulacji środków finansowych (akumulacji kapitałowej),
- stymulacyjną (interwencyjną),
- fiskalną,
- stabilizacyjną,
- alokacyjną.

Funkcja redystrybucyjna ubezpieczeń polega na korygowaniu dochodów ubezpieczonych realizowanych w przypadku zaistnienia wypadku ubezpieczeniowego określonego w umowie ubezpieczenia. Korygowanie dochodów realizuje się poprzez transfer środków (odszkodowań i świadczeń), kształtując w ten sposób fundusze ubezpieczonych¹⁴. Funkcja alokacyjna ubezpieczeń oznacza, że zakłady ubezpieczeń za pomocą przepływów pieniężnych w postaci składek i wydatków w postaci odszkodowań i świadczeń mogą wpływać na alokację zasobów w gospodarce. Przepływy te kształtują podział dostępnych zasobów między ubezpieczyciela a ubezpieczonych. Funkcja stabilizacyjna ubezpieczeń, zwana też funkcją wyrównawczą, polega na wykorzystaniu składek oraz odszkodowań i świadczeń

¹² Zob. Ibidem, s. 56-60.

¹³ Zob. E. Denek i in., *Finanse publiczne*, PWN, Warszawa 1995, s. 24-26.

¹⁴ Zob. B. Hadyniak, *Ubezpieczenie jako urządzenie gospodarcze*, op. cit., s. 68-69.



Rysunek 1.1. Funkcje wspólne finansów i ubezpieczeń

Źródło: opracowanie własne na podstawie: E. Denek i in., *Finanse publiczne*, PWN, Warszawa 1995, s. 24-26

do oddziaływania na sytuację społeczno-gospodarczą ubezpieczonych i dąży do przywrócenia naruszonej równowagi oraz przeciwdziałania załamaniom finansowym osób poszkodowanych¹⁵.

Równocześnie system ubezpieczeń pełni ogólne funkcje, właściwe wszystkim ogniowom finansów, czyli realizuje typowe funkcje finansowe, tj. funkcję fiskalną, redystrybucyjną (opisaną powyżej), stymulacyjną i ewidencyjno-kontrolną. Funkcja fiskalna, polegająca na dostarczaniu państwu i innym podmiotom publicznym dochodów, jest realizowana w odniesieniu do ubezpieczeń przez obowiązujący system podatkowy. Funkcja interwencyjna (stymulacyjna) polega na stwarzaniu przez ubezpieczenia bodźców zmierzających do polepszenia ryzyka, a więc zmniejszenia stopnia zagrożenia ubezpieczonego przedmiotu. Inaczej mówiąc, ubezpieczenia mogą być wykorzystane jako narzędzie skłaniające ubezpieczających do większej dbałości o ubezpieczone przedmioty, np. przez stosowanie bonifikat przy opłacaniu składek z tytułu bezwypadkowej jazdy ubezpieczonym samochodem. Funkcję kontrolną sprowadza się do kontrolowania bezpieczeństwa, jakie ubezpieczający zapewnia ubezpieczanemu mieniu. W literaturze jest prezentowany również pogląd, że realizacja funkcji kontrolnej polega na tym, iż na podstawie obserwacji zjawisk finansowych w obszarze działalności ubezpieczeniowej można wnioskować o przebiegu realnych (rzeczowych) procesów gospodarczych. Wyrazem kontrolnej funkcji systemu ubezpieczeń jest też weryfikacja wartości ubezpieczonego majątku. Umożliwia ona konfrontację danych z tego zakresu ze stanem faktycznym, służąc niekiedy innym celom¹⁶.

Ponadto ubezpieczenia charakteryzują się swoimi specyficznymi funkcjami, takimi jak: ochrony ubezpieczeniowej (ochronną), prewencyjną i finansową (zarobkowego inwestowania finansowego).

Natomiast, mając na uwadze istniejące klasyfikacje tych funkcji, uzasadnione wydaje się wyodrębnić (rys. 1.2)¹⁷:

- funkcji ochrony ubezpieczeniowej,
- funkcji prewencyjnej,
- funkcji akumulacji kapitałowej.

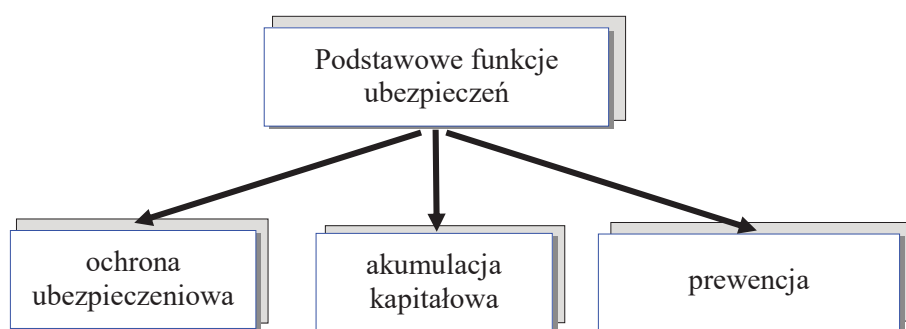
Funkcja ochrony ubezpieczeniowej polega na finansowym kompensowaniu powstałych szkód, a więc na wypłaceniu określonej kwoty odszkodowania lub świadczenia. Funkcja ochrony ubezpieczeniowej zamyka się niejako w dwóch aspektach, z których pierwszy związany jest z tworzeniem warunków do realnego oferowania gwarancji finansowego pokrycia skutków przyjętych do ubezpieczenia

¹⁵ Zob. K. Kopeć, E. Wanat-Poleć, *Rola ubezpieczeń w systemie finansowym państwa*, „Prawo Asekuracyjne” 1996, nr 8, s. 6.

¹⁶ B. Hadyniak, *Ubezpieczenie jako urządzenie gospodarcze*, op. cit., s. 65; T. Bednarczyk, *Funkcje ubezpieczeń i ich znaczenie w gospodarce*, [w:] W. Ronka-Chmielowiec (red.), *Ubezpieczenia*, C.H.Beck, Warszawa 2016.

¹⁷ Zob. J. Handschke, *Zasady i funkcje ubezpieczeń gospodarczych*, [w:] T. Sangowski (red.), *Ubezpieczenia gospodarcze*, Poltext, Warszawa 2000, s. 75-78.

ryzyk, a drugi związany jest z ewentualną konkretną realizacją przyjętego przez zakład ubezpieczeń zobowiązania finansowego, a więc nadaje ochronie ubezpieczeniowej bardziej wymiarną, zmaterializowaną postać. Funkcja prewencyjna polega na działalności zapobiegawczej ubezpieczeń (poprzez określone narzędzia promocji), a konkretnie na stwarzaniu warunków zmierzających do ograniczenia szkód i możliwości ich wystąpienia¹⁸. Funkcja akumulacji kapitałowej ubezpieczeń koncentruje w sobie zarówno istotę (strona techniczna), jak i treści ekonomiczne instytucji ubezpieczeń. Techniczna strona działalności ubezpieczeniowej to nie tylko repartycja finansowych skutków zdarzeń losowych w ramach wspólnot niebezpieczeństwa, ale również konieczność tworzenia określonych rezerw, które umożliwiają realizację funkcji ochrony ubezpieczeniowej.



Rysunek 1.2. Podział podstawowych funkcji ubezpieczeń według J. Handschke

Źródło: opracowanie własne

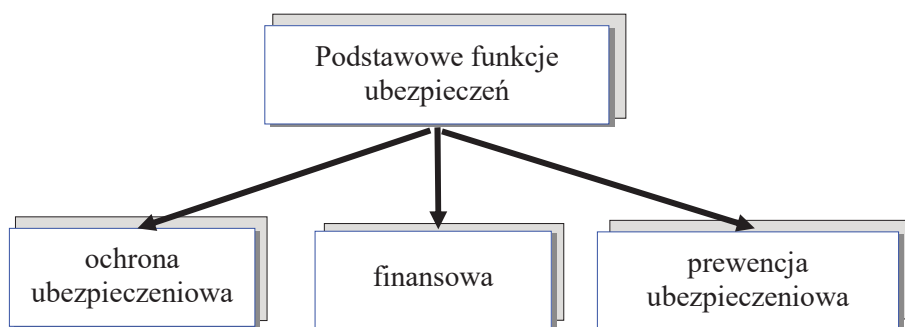
Z ekonomicznego punktu widzenia należy podkreślić, że akumulacja w ubezpieczeniach jest związana nie z całą składką ubezpieczeniową, ale jedynie z tą jej częścią, która jest zbędna przy realizacji bieżących potrzeb finansowych zakładu ubezpieczeń. Ostatecznie do akumulacji ubezpieczeniowej zaliczyć należy kapitały o charakterze gwarancyjnym (akcyjny i zapasowy), rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe, rezerwę matematyczną w ubezpieczeniach na życie, dodatni wynik finansowy oraz środki finansowe chwilowo zbędne w bieżącej działalności zakładu ubezpieczeń¹⁹.

W literaturze przedmiotu istnieją różne katalogi i hierarchie funkcji ubezpieczeniowych. Na przykład M. Lemkowska wyróżnia trzy podstawowe funkcje (grupy funkcji) ubezpieczeń gospodarczych (rys. 1.3), które pozostają w silnej relacji wzajemnie determinującej ich zasięg:

- funkcję ochrony ubezpieczeniowej,
- funkcję prewencji ubezpieczeniowej,
- funkcje finansowe.

¹⁸ Zob. Ibidem, s. 81-83, 96-99.

¹⁹ Ibidem, s. 103.



Rysunek 1.3. Podział podstawowych funkcji ubezpieczeń według M. Lemkowskiej

Źródło: opracowanie własne

Funkcja ochrony ubezpieczeniowej pozostaje bezwzględnie funkcją nadrzędną wobec pozostałych wymienionych i nie ma wątpliwości co do jej pierwotnego znaczenia wobec kompensacji ubezpieczeniowej. Ta druga realizuje się tylko warunkowo, w sytuacji materializacji ryzyka, tj. zaistnienia przewidzianego w umowie wypadku ubezpieczeniowego. W ujęciu społecznym kompensacja ma za zadanie naprawę szkód ubezpieczeniowych, a zatem stabilizację uwarunkowań społeczno-gospodarczych po realizacji zdarzeń losowych. Ochrona ubezpieczeniowa, obok kompensacji, generuje dodatkowe efekty społeczno-gospodarcze, w tym przede wszystkim stymuluje podejmowanie określonych aktywności wspierających rozwój gospodarczy w dwójnasób. Po pierwsze, gwarancja ochrony eliminuje barierę zbyt dużego ryzyka w procesie decyzyjnym podmiotów gospodarujących. Po drugie, podaż ochrony ubezpieczeniowej i jej wycena są informacjami o wielkości ryzyka, dostarczonymi przez podmiot profesjonalny z zakresu zarządzania ryzykiem, tj. zakład ubezpieczeń. Tym samym dostępność ochrony ubezpieczeniowej lub – przeciwnie – jej brak (ograniczony np. zbyt wysoką ceną) może determinować rodzaje podejmowanych przez podmioty gospodarcze działań.

Ubezpieczyciele, jako podmioty istotnie zainteresowane poziomem materializacji ryzyka i, w konsekwencji, wysokością wypłacanych świadczeń, mogą podejmować i podejmują działania prewencyjne o charakterze ogólnym, zarówno na poziomie świadomościowym (społeczna kampania informacyjna), jak i faktycznym (np. współfinansowanie stacji meteorologicznych). Szczególne znaczenie prewencji ubezpieczeniowej zasadza się jednak na działaniach u źródła, które modyfikują indywidualną aktywność samych podmiotów ryzyka (ubezpieczonych). Potencjał kierunkowego stymulowania aktywności ubezpieczonych i poszukujących ochrony nie wyczerpuje jednak zakresu wpływu ubezpieczycieli na rzeczywistość gospodarczą. Późniejsze w stosunku do wypracowania koncepcji ochrony ubezpieczeniowej, acz nie mniej istotne, jest spojrzenie na ubezpieczenia przez pryzmat ich funkcji kapitałowych. Ubezpieczyciele, jako instytucje finansowe (inwestorzy instytucjonalni, instytucje pośrednictwa finansowego), kontrolują ogrom przepływów

finansowych realizowanych na rynkach finansowych. Wolumen inwestycji ubezpieczycieli, przerastający nawet wyniki sektora bankowego, czyni ubezpieczycieli jednymi z największych kreatorów podaży kapitałów. Poprzez świadome kierowanie strumienia kapitałów mogą oni determinować rozwój określonych sektorów gospodarki o tyle, o ile ich inwestycje pozostaną rentowne, bezpieczne i płynne w zakresie, w jakim wymagają tego regulacje prawne²⁰.

Natomiast według R. Pietronia istnieje określony katalog funkcji ubezpieczeń, a mianowicie:

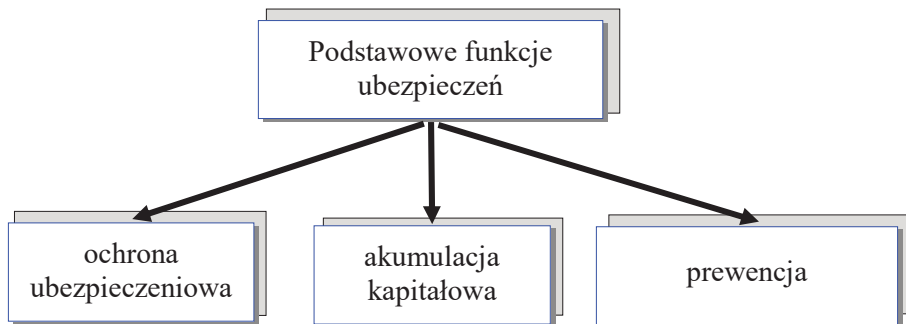
- a) funkcja ochrony ubezpieczeniowej:
 - funkcja kompensacyjna (finansowa ochrona ubezpieczającego: wypłata świadczenia lub odszkodowania),
 - funkcja gotowości do pokrycia szkody (utrzymywanie przez zakład ubezpieczeń w czasie trwania stosunku ubezpieczenia);
- b) funkcja prewencyjna:
 - funkcja prewencji materialnej (finansowanie przez zakład ubezpieczeń przedsięwzięć prewencyjnych),
 - funkcja prewencji niematerialnej (działalność zmierzająca do zmniejszenia szkód losowych poprzez instrumenty systemu *bonus-malus*, instytucji udziału własnego, ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, regresu oraz instrumenty legislacyjne);
- c) funkcja finansowa:
 - akumulacyjna i redystrybucyjna (kumulowanie i proporcjonalne rozdzielanie środków finansowych pomiędzy adresatów),
 - fiskalna (dostarczanie państwu i innym podmiotom publicznym dochodów w postaci płaconych podatków),
 - lokacyjna (inwestowanie chwilowo wolnych środków finansowych zgromadzonych przez zakłady ubezpieczeń w różne instrumenty finansowe, np. akcje, obligacje, lokaty bankowe, w celu osiągnięcia dodatkowych dochodów),
 - interwencyjna (stymulacyjna) (stworzenie bodźców zmierzających do poprawy ryzyka, zmniejszenia zagrożenia ubezpieczonego, skłonienie ubezpieczonego do większej dbałości o przedmiot oraz stymulowanie rozwoju nowych dziedzin gospodarki poprzez postęp naukowo-techniczny),
 - kontrolna (kontrola postępowania ubezpieczającego z przedmiotem ubezpieczenia oraz weryfikacja wartości przedmiotu ubezpieczenia);
- d) funkcja wychowawcza:
 - przewidywania przyszłych zdarzeń (przezorność, umiejętności przewidywania skutków działań),

²⁰ M. Lemkowska, *Funkcje ubezpieczeń gospodarczych a zrównoważony rozwój*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2020, nr 2, s. 50-51.

- oszczędności (kształtowania umiejętności oszczędzania – odkładania konsumpcji),
- wspólnoty niebezpieczeństwa (zasada: „jeden za wszystkich wszyscy za jednego”).

Z tego katalogu R. Pietroń wyodrębnia 3 podstawowe funkcje ubezpieczeń (rys. 1.4)²¹:

- ochrona ubezpieczeniowa,
- akumulacja kapitałowa,
- prewencja.

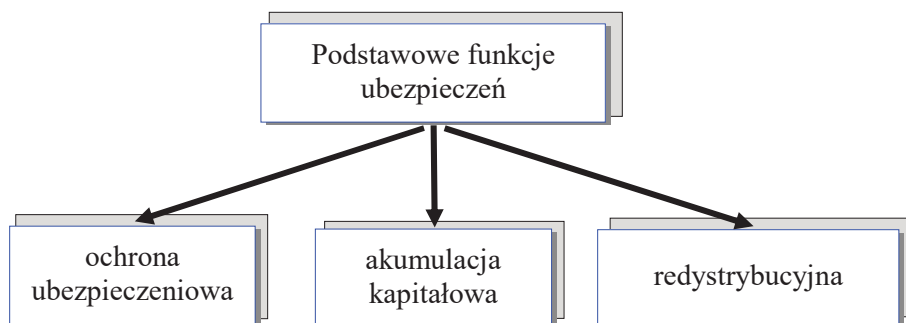


Rysunek 1.4. Podział podstawowych funkcji ubezpieczeń według R. Pietronia

Źródło: opracowanie własne

Z technicznego punktu widzenia (funkcjonowania zakładów ubezpieczeń oraz samych ubezpieczonych) do najważniejszych funkcji ubezpieczeń zaliczyć można (rys. 1.5):

- funkcję ochronną,
- funkcję akumulacji kapitałowej,
- funkcję redystrybucyjną.



Rysunek 1.5. Podział podstawowych funkcji ubezpieczeń

Źródło: opracowanie własne

²¹ R. Pietroń, *Ubezpieczenia gospodarcze*, Politechnika Wrocławska, Wrocław 2013, s. 9.

Formułowane w teorii i odczuwane w praktyce zasady ubezpieczeń są ściśle związane z ich funkcjami w ten sposób, że im w większym stopniu będą one przestrzegane, tym lepiej spełniane będą zadania stawiane przed ubezpieczeniami, a więc lepiej realizowane będą funkcje ubezpieczeń. Zasady te określają pewne charakterystyczne cechy ochrony ubezpieczeniowej, dzięki którym może ona należycie funkcjonować na miarę stawianych jej różnorodnych zadań²². Zasady są więc wtórne względem funkcji ubezpieczeń. Przez pojęcie zasad ubezpieczeń gospodarczych rozumieć należy określone wymagania, jakie stawiane są świadczonym usługom ubezpieczeniowym.

Podobnie jak w przypadku funkcji, można formułować w funkcjonowaniu ubezpieczeń różne zasady, jednak ani w teorii, ani w praktyce nie kwestionuje się trzech z nich, a mianowicie: **realności** (pewności), **pełności** oraz **powszechności** ochrony ubezpieczeniowej. Niekiedy wymienia się również zasadę **szybkości wypłaty odszkodowań** i świadczeń ubezpieczeniowych (rys. 1.6)²³.



1 – R. Pietroń nazywa tę zasadę – zasadą minimalizacji czasu kompensacji skutków²⁴

Rysunek 1.6. Zasady ubezpieczeń gospodarczych

Źródło: opracowanie własne na podstawie: <http://www.wszim-sochaczew.edu.pl/www/download%5CUbezpieczenia%5CUbezpieczenia%20-%20sem.%20VI%20%20Andrzej%20Jurowski.pdf> (dostęp: 20.12.2019); <http://kms.ue.poznan.pl/Bartkowiak/materiały/UBEZPIECZENIA.pdf> (dostęp: 20.12.2019)

²² J. Szpunar, *Ubezpieczenia gospodarcze*, „Zeszyt Naukowy WSE w Poznaniu” 1972, nr 138, s. 64.

²³ J. Handschke, *Zasady i funkcje...*, op. cit., s. 79.

²⁴ R. Pietroń, *Ubezpieczenia gospodarcze*, Politechnika Wrocławska, Wrocław 2013, s. 10.

Na pojęcie **realności** ochrony ubezpieczeniowej (zasada realności) składają się gwarancje prawne i ekonomiczne otrzymania odszkodowania lub świadczenia ubezpieczeniowego. Realność ochrony ubezpieczeniowej jest ściśle związana z istotą i celem ubezpieczenia, gdyż to ostatnie, mając eliminować z działalności gospodarczej część wymiernej niepewności (tzw. część ryzyk), a na jej miejsce wprowadzać poczucie spokoju i bezpieczeństwa, nie może tego czynić, będąc samemu niepewnym. Prawne zabezpieczenie realności ochrony ubezpieczeniowej powinno zmierzać do tego, aby uchronić ubezpieczających przed nieuzasadnioną odmową wypłaty odszkodowania lub świadczenia ubezpieczeniowego, zwłoką w jego wypłacie czy wreszcie niewłaściwym, zbyt niskim ustaleniem jego wysokości. Zabezpieczenie takie zwykle stanowią ustalone w odpowiednich przepisach prawnych terminy, w których zakład ubezpieczeń powinien dokonać wypłaty należnego odszkodowania lub świadczenia. Ustala się także określone metody obliczania wysokości tych odszkodowań i środki prawne przysługujące zainteresowanemu w przypadku, gdy decyzja ubezpieczyciela jest jego zdaniem niesłuszna²⁵. Element wiąże się mocno z następną zasadą – **gwarancji ochrony ubezpieczeniowej**. Systemy ubezpieczeń funkcjonujące w różnych państwach zapewniają pewne gwarancje realności ochrony ubezpieczeniowej. W związku z tym, że w kontrakcie ubezpieczeniowym znacznie słabsza jest pozycja ubezpieczającego bądź ubezpieczonego w zakresie wiedzy ubezpieczeniowej, możliwości korzystania z ochrony, a przede wszystkim w zakresie kondycji finansowej zakładu ubezpieczeń i funkcjonowania przepisów prawa ubezpieczeniowego – pojawia się interwencjonizm państwa w postaci przepisów ustanowionych w prawie o funkcjonowaniu różnych form systemów gwarancyjnych, które dotyczą poszczególnych rodzajów ubezpieczeń²⁶.

Zasada pełności ochrony ubezpieczeniowej postuluje zapewnienie ubezpieczonym takiego poziomu finansowego wyrównania strat losowych, jaki w danych warunkach możliwy jest do osiągnięcia. Zasada ochrony ubezpieczeniowej zawiera wskazanie, aby organizacja i funkcjonowanie ubezpieczeń zabezpieczały każdej zainteresowanej w ubezpieczeniu jednostce możliwość korzystania z tego urzędzenia w miarę potrzeb, a więc w odniesieniu do interesujących ją przedmiotów i realnie zagrażających jej ryzyk²⁷.

Zasada powszechności ochrony ubezpieczeniowej określa, że ubezpieczenie jest dostępne bez żadnych ograniczeń (powszechnie) dla wszystkich zainteresowanych objęciem daną ochroną ubezpieczeniową. W myśl tej zasady nie może być elitarne, to znaczy dostępne tylko pewnej nielicznej grupie osób.

²⁵ Ibidem, s. 85-86, 89, 93-94.

²⁶ W. Ronka-Chmielowec (red.), *Ubezpieczenia*, C.H. Beck, Warszawa 2016, s. 11-29.

²⁷ J. Handschke: *Zasady i funkcje...*, op. cit., s. 85-86, 89, 93-94.

Zasada szybkości wypłaty odszkodowania i świadczeń ubezpieczeniowych stanowi, iż wypłata należności osobom ubezpieczonym lub uprawnionym winna następować niezwłocznie na określonych w umowie zasadach²⁸.

W literaturze przedmiotu spotyka się też **zasady organizacji rynku ubezpieczeniowego** oraz **zasady ustalania składek ubezpieczeniowych**. Do zasad organizacji rynku ubezpieczeniowego w Polsce zalicza się²⁹:

1. zasadę prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej tylko w dwóch prywatnych formach organizacyjno-prawnych: SA lub TUW;
2. zasadę koncesjonowania działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej;
3. zasadę rozdziału branż (dział I lub dział II);
4. zasadę ograniczenia pozaubezpieczeniowej działalności ubezpieczeniowej;
5. zasadę ochrony krajowego rynku ubezpieczeniowego (protekcjonizmu) w zakresie cen;
6. zasadę otwarcia polskiego rynku ubezpieczeniowego dla kapitału zagranicznego i warunkowego otwarcia dla zagranicznych instytucji ubezpieczeniowych (swoboda świadczenia usług dla UE i zasada wzajemności);
7. zasadę materialnego (finansowego) nadzoru państwa nad działalnością ubezpieczeniową;
8. zasadę ochrony ubezpieczonych i poszkodowanych (konsumentów usługi ubezpieczeniowej).

Z kolei do zasad ustalania składek ubezpieczeniowych zalicza się³⁰:

- masowość transakcji,
- długoterminowość transakcji,
- odpowiednia kalkulacja składki.

1.3. Istota reasekuracji, retrocesji i koasekuracji

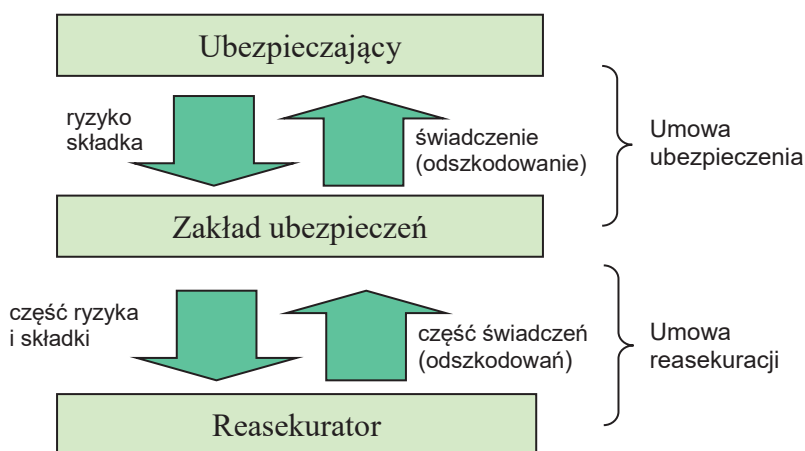
Ubezpieczenie gospodarcze jako jeden z rodzajów ubezpieczeń występujących w Polsce posiada specyficzne dla siebie procesy i mechanizmy regulujące ich funkcjonowanie. Do klasycznych przykładów występujących tylko w ubezpieczeniach gospodarczych należy reasekuracja i koasekuracja. Procesy te składają się z określonych etapów oraz występują wśród nich określone definitywnie rodzaje, formy i mechanizmy regulujące ich działanie. Znajomość tych typowych tylko i wyłącznie dla tych ubezpieczeń procesów i ich mechanizmów jest konieczna, aby zrozumieć ich funkcjonowanie na rynku ubezpieczeniowym nie tylko w Polsce, ale i na świecie.

²⁸ Według R. Pietronia jest to zasadą minimalizacji czasu kompensacji skutków, R. Pietroń, *Ubezpieczenia gospodarcze*, op. cit., s. 10.

²⁹ R. Pietroń, *Ubezpieczenia gospodarcze...*, op.cit., s 15

³⁰ Ibidem, s. 15.

Przez reasekurację rozumie się umowę zawartą pomiędzy ubezpieczycielem a reasekuratorem, na mocy której następuje podział lub odstąpienie ryzyka w ten sposób, że ubezpieczyciel nadal pozostaje jedynie i wyłącznie odpowiedzialny bezpośrednio wobec ubezpieczonego (rys. 1.7). Poza specyficznymi wyjątkami regulowanymi specjalnymi klauzulami, zobowiązania reasekuratora dotyczą wyłącznie ubezpieczyciela i tylko poprzez niego są przenoszone na wspólnotę ubezpieczonych. Reasekurator nie ma z reguły bezpośrednich relacji z ubezpieczonymi i nie uczestniczy zazwyczaj ani w procesie akwizycji ubezpieczeń, ani w procesie likwidacji szkód i wypłaty świadczeń. Jest on swego rodzaju hurtownikiem ubezpieczeniowym, ubezpieczycielem wyspecjalizowanym w ubezpieczaniu towarzystw ubezpieczeniowych (rys. 1.7)³¹.



Rysunek 1.7. Proces reasekuracji

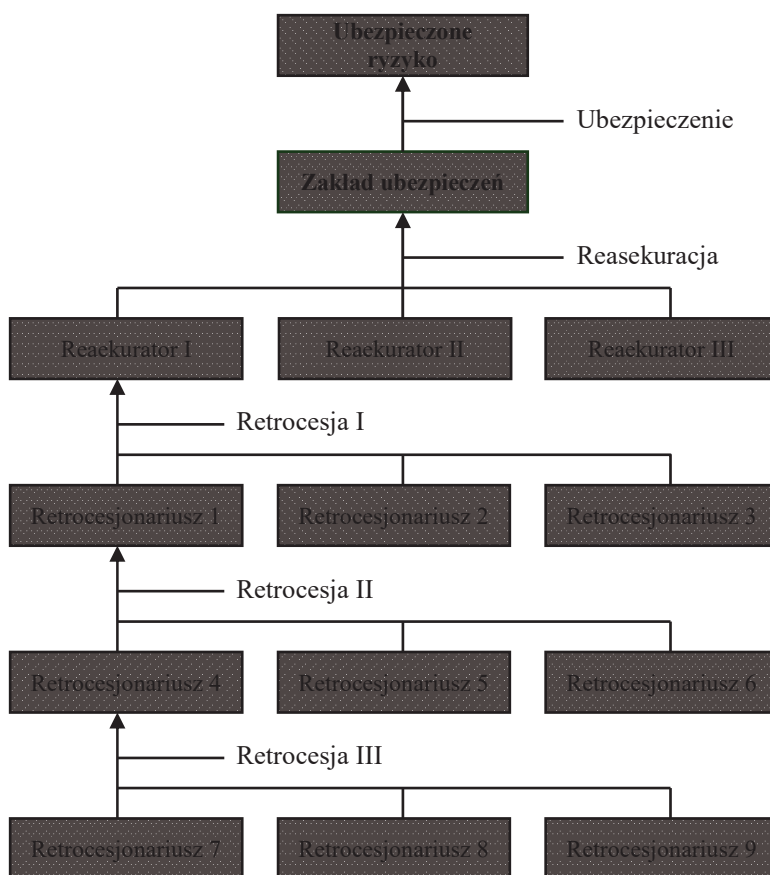
Źródło: opracowanie własne na podstawie: www.sgh.waw.pl/.../Reasekuracja%20i%20koasekuracja_J.Owczarek.doc (dostęp: 20.12.2019)

Zakład ubezpieczeń odstępujący (cedujący) część lub całość ryzyka nosi nazwę cedenta lub reasekurowanego, przyjmujący zaś ryzyko na swoją odpowiedzialność nazywany jest reasekurowanym lub cesjonariuszem. Ryzyko przyjęte do reasekuracji może być przez pierwszego reasekuratora reasekurowane dalej. Mamy wówczas do czynienia z retrocesją, gdzie zakład odstępujący ryzyko nosi nazwę retrocedenta, a przyjmujący ryzyko – retrocesjonariusza. Retrocesja zachodzi wyłącznie między reasekuratorami i trwa tak długo, aż wyczerpane zostaną potrzeby wtórnego i dalszych podziałów ryzyka (rys. 1.8).

Reasekuracja nie jest jedyną techniką wyrównywania ryzyka poprzez jego podział. Można w tym celu posłużyć się koasekuracją (*coinsurance*), czyli techniką

³¹ Zob. J. Monkiewicz, *Reasekuracja*, [w:] J. Monkiewicz (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. I, op. cit. – s. 126-130; M. Woźniak-Makarska, *Reasekuracja – zarys ogólny*, [w:] E. Wierzbicka (red.), *Ubezpieczenia non-life*, CeDeWu, Warszawa 2022.

ubezpieczenia jednego ryzyka u wielu ubezpieczycieli. Koasekuracja, czyli współ-ubezpieczenie, jest techniką rozproszenia ryzyka, którego istota zawiera się wyłącznie w działalności ubezpieczeniowej³². Stronami w umowie reasekuracji są: reasekurowany i reasekurator. W roli reasekurowanego w tej umowie występuje zakład ubezpieczeń (ubezpieczyciel) odstępujący (cedujący) ryzyko. Zakład ten dokonuje cesji reasekuracyjnej i stąd nazywany jest on także cedentem. W roli zaś reasekuratora w umowie reasekuracji występuje zakład ubezpieczeń przyjmujący ryzyko do reasekuracji (przyjmujący cesję), zwany również cesjonariuszem (rys. 1.8).



Rysunek 1.8. Ubezpieczenie, reasekuracja, retrocesja

Źródło: J. Monkiewicz, *Reasekuracja*, [w:] J. Monkiewicz (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. I – *Mechanizmy i funkcje*, Poltext, Warszawa 2000, s. 128

Jak wynika z powyższego, rola odgrywana przez strony występujące w umowie reasekuracji nie jest jednakowa. Jedną ze stron tej umowy – zakład odstępujący

³² Ibidem.

ryzyko (reasekurowany) – odgrywa rolę **bierną**, pozbywa się bowiem ciężaru ponoszenia tego ryzyka. Natomiast druga strona – reasekurator – odgrywa rolę **czynną**, bowiem przyjmuje to ryzyko. W związku z tym reasekurację można dzielić na bierną i czynną, przy czym w praktyce zakłady ubezpieczeń zajmujące się reasekuracją prowadzą zarówno reasekurację bierną i czynną³³.

Innymi słowy, możemy stwierdzić, iż reasekuracja to ochrona ubezpieczeniowa wystawiana przez jedną organizację ubezpieczeniową dla innej³⁴. Z uwagi na stosowanie wspomnianej zasady wzajemności zakłady ubezpieczeniowo-reasekuracyjne występują na rynku ubezpieczeniowo-reasekuracyjnym w potrójnej roli jako³⁵:

- 1) ubezpieczyciele w stosunku do ubezpieczających;
- 2) cedenci w stosunku do reasekuratorów, z usług których korzystają;
- 3) reasekuratorzy w stosunku do swych cedentów.

W reasekuracji ubezpieczyciel I pełni funkcję ubezpieczyciela w stosunku do swych ubezpieczających. Gdy decyduje się cedować część ryzyk na rzecz ubezpieczyciela II (reasekuracja bierna), ubezpieczyciel I staje się cedentem (reasekurowanym), a ubezpieczyciel II cesjonariuszem (reasekuratorem). Jeśli ubezpieczyciel I przyjmie część ryzyk od ubezpieczyciela II (reasekuracja czynna), to ubezpieczyciel I jest reasekuratorem, a ubezpieczyciel II reasekurowanym. Podobnie ubezpieczyciel II jest ubezpieczycielem dla swych ubezpieczających, w przypadku reasekuracji biernej jest cedentem (reasekurowanym) wobec reasekuratora, natomiast w sytuacji, gdy prowadzi reasekurację czynną, jest reasekuratorem wobec reasekurowanego (cedenta)³⁶.

Ubezpieczyciel z reguły przekazuje reasekuratorowi tylko część ponoszonego przez siebie ryzyka. Część ryzyka, którą ubezpieczyciel zdecyduje się sam ponieść, nazywa się **retencją** (udziałem własnym)³⁷.

1.4. Metody i formy reasekuracji oraz rodzaje koasekuracji

Przez metodę reasekuracji rozumie się charakter zobowiązań umownych łączących strony umowy reasekuracyjnej. W praktyce ukształtowały się cztery podstawowe metody reasekuracji:

- reasekuracja obligatoryjna lub obowiązkowa,
- reasekuracja fakultatywna lub dobrowolna,

³³ Z. Dudkowiak, *Reasekuracja, jej formy i funkcje*, [w:] A. Wąsiewicz (red.), *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 1994, s. 214; W. Ronka-Chmielowiec (red.), *Ubezpieczenia*, C.H.Beck, Warszawa 2016.

³⁴ C.A. Williams Jr., M.L. Smith, P.C. Young, *Zarządzanie ryzykiem a ubezpieczenia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002, s. 426.

³⁵ K. Ciuman, *Reasekuracja a rynek ubezpieczeń*, Poltext, Warszawa 1996, s. 14.

³⁶ Zob. Ibidem, s. 14-15.

³⁷ K. Jajuga, *Reasekuracja*, [w:] Ronka-Chmielowiec W. (red.), *Ubezpieczenia. Rynek...*, op. cit., s. 307.

- reasekuracja fakultatywno-obligatoryjna,
- reasekuracja syndykatoowa (poole reasekuracyjne).

Reasekuracja obligatoryjna, zwana inaczej automatyczną, stanowi ciągle jeszcze najbardziej rozpowszechnioną współcześnie metodę reasekuracji. Jej podstawą jest porozumienie pomiędzy ubezpieczycielem a reasekuratorem, w myśl którego cedent zobowiązuje się do przekazywania, a reasekurator do przyjmowania automatycznie każdego ryzyka objętego programem.

Reasekuracja fakultatywna jest historycznie najstarszą metodą reasekuracji. Jej istotą jest swoboda w zakresie indywidualnego podjęcia decyzji co do podziału ryzyka pomiędzy cedentem a reasekuratorem. Przy asekuracji fakultatywnej obie strony umowy mają pełną swobodę wyboru. Zakład ubezpieczeń cedent podejmuje decyzje, czy i w jakim zakresie reasekurować poszczególne ryzyka, natomiast reasekurator może zdecydować o tym, czy i w jakim zakresie przyjąć oferowane mu do ochrony ryzyka. Z tego względu reasekuracja ta nosi także nazwę opcyjnej.

Reasekuracja fakultatywno-obligatoryjna, zwana inaczej reasekuracją otwartej ochrony, jest metodą reasekuracji zawierającą zarówno pewne elementy reasekuracji dobrowolnej, jak i obligatoryjnej. Stanowi ona w istocie rzecz w języku rynku finansowego opcję sprzedaży, którą dysponuje cedent. Umowa o reasekuracji fakultatywno-obligatoryjnej daje bowiem cedentowi prawo swobodnej decyzji co do tego, jakie rodzaje ryzyka i w jakiej części przekazać reasekuratorowi, który z kolei przyjmuje je automatycznie, nie mając prawa do odmowy.

Ostatnią z głównych metod reasekuracji są poole reasekuracyjne, zwane też reasekuracją syndykatoową, a więc porozumieniem grup ubezpieczycieli, którzy łączą się w celu lepszego rozłożenia ryzyka. Uczestnicy porozumienia przekazują do poolu uzgodnioną część lub całość swoich portfeli ubezpieczeniowych, które następnie po wymieszaniu i podziale są umieszczane u nich z powrotem w przyjętych, określonych proporcjach. Niekiedy organizacje poolowe zawierają dodatkowo umowy, w tym np. nadwyżki szkody, reasekurujące cały ich portfel na zewnątrz. Poole reasekuracyjne, podobnie zresztą jak identyczne w treści porozumienia ubezpieczeniowe, tworzone są dla specyficznych, najczęściej o wysokim stopniu prawdopodobieństwa wydarzenia się, ogromnych szkód, ryzyk czy nawet rodzajów ubezpieczeń, np. dla takich ryzyk, jak ryzyka lotnicze, nuklearne, związane z ochroną środowiska naturalnego, substandardowe ryzyka w ubezpieczeniach życiowych czy też katastrofy naturalne³⁸.

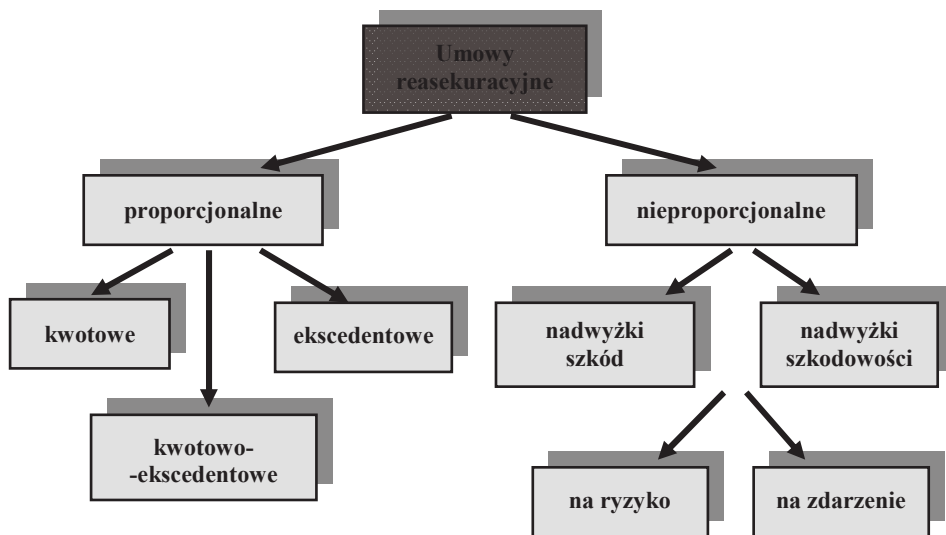
Przez formę reasekuracji (rys. 9) rozumie się sposób podziału ryzyka pomiędzy cedentem (ubezpieczycielem) a reasekuratorem. Reasekuracja może przybrać różne formy. Najczęściej ogół umów reasekuracyjnych dzieli się na dwie podstawowe grupy³⁹:

- reasekurację proporcjonalną,
- reasekurację nieproporcjonalną.

³⁸ Zob. J. Monkiewicz, *Reasekuracja*, op. cit., s. 135-138.

³⁹ Zob. K. Jajuga, *Reasekuracja*, op. cit., s. 308-310.

Reasekuracja proporcjonalna charakteryzuje się tym, że udział reasekuratora w każdym ryzyku jest ustalony w umówionym stosunku do cedenta, a więc reasekurowanego. W myśl tej umowy reasekurator przejmuje określoną część całej składki ubezpieczeniowej pomniejszonej o prowizję reasekuracyjną oraz uczestniczy w takim samym stopniu w pokryciu wszystkich szkód odnotowanych w reasekurowanym portfelu. W reasekuracji proporcjonalnej reasekurator jednoznacznie dzieli los reasekurowanego. Zasada ta nie ma zastosowania do umów reasekuracji nieproporcjonalne



Rysunek 1.9. Formy reasekuracji

Źródło: R. Garbiec, *Ubezpieczenia w teorii i praktyce, cz. II – Ubezpieczenia gospodarcze i zdrowotne*, Wydawnictwo Wydziału Zarządzania Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2016, s. 84 za: J. Monkiewicz, *Reasekuracja*, op. cit., s. 139

W skład umów reasekuracji proporcjonalnej wchodzi (rys. 1.9):

- umowy kwotowe,
- umowy ekscedentowe lub nadwyżkowe,
- umowy kwotowo-ekscedentowe.

Reasekuracja proporcjonalna kwotowa

Umowy kwotowe są najprostszą formą reasekuracji. Ich istota polega na odstępowaniu reasekuratorowi uzgodnionej części całego portfela ryzyk objętego umową. W tym kontrakcie reasekurator przejmuje ustalony procent każdej polisy ubezpieczeniowej sprzedanej przez ubezpieczyciela. Współczynnik ten nosi nazwę *quota*. Określa on proporcje podziału sumy ubezpieczenia, składki oraz strat między ubezpieczyciela i reasekuratora.

Reasekuracja proporcjonalna ekscedentowa

W tym kontrakcie reasekurator również przejmuje jakiś procent polis ubezpieczeniowych ubezpieczyciela, ale jedynie powyżej pewnego limitu. Limit ten określa retencję ubezpieczyciela. Podobnie określony jest również pewien górny limit, powyżej którego reasekurator nie partycypuje w ryzyku. W ramach tych limitów są ustalone proporcje podziału sumy ubezpieczenia, składki oraz strat między ubezpieczyciela i reasekuratora⁴⁰.

Reasekuracja proporcjonalna kwotowo-ekscedentowa

Reasekuracja proporcjonalna kwotowo-ekscedentowa charakteryzuje się kompozytowym zastosowaniem zasad reasekuracji kwotowej oraz ekscedentowej, czyli cały portfel danego rodzaju ubezpieczeń reasekurowany jest kwotowo, a wybrane ryzyka wychodzące poza poziom zaakceptowany przez ubezpieczyciela reasekurowany jest za pomocą reasekuracji ekscedentowej⁴¹.

Umowy reasekuracji nieproporcjonalnej, które pojawiły się w praktyce znacznie później od proporcjonalnych, polegają na tym, że przy podziale ryzyka pomiędzy reasekurowanego a reasekuratora nie obowiązują żadne z góry określone proporcje. Reasekurator będzie zobowiązany do pokrycia szkody lub szkodowości tylko w tym przypadku, gdy przekroczy ona z góry określoną wielkość.

Reasekuracja nieproporcjonalna powstała wskutek pewnych mankamentów reasekuracji proporcjonalnej, która nie pozwala na optymalną ochronę interesów ubezpieczyciela w przypadku pojawienia się ryzyka w danym okresie, jedynie maksymalnie kilku szczególnie wysokich szkód bądź w przypadku sporadycznego występowania szkód o przeciętnych rozmiarach, ale nader licznych (np. w efekcie klęski żywiołowej). Wśród umów reasekuracji nieproporcjonalnej wyróżniamy:

- umowy nadwyżki lub nadmiaru szkody,
- umowy nadwyżki lub nadmiaru szkodowości.

Reasekuracja nieproporcjonalna nadwyżki szkody

Istotę reasekuracji nadwyżki szkody stanowi zobowiązanie reasekuratora do pokrycia tej części szkody, która jest wyższa od przyjętej wielkości udziału cedenta w szkodzie, a niższa od sumy stanowiącej granicę odpowiedzialności reasekuratora. Odpowiedzialność reasekuratora nosi nazwę priorytetu lub franszyzy, a granica odpowiedzialności reasekuratora z tytułu jednego zdarzenia losowego nosi nazwę limitu pokrycia reasekuracyjnego.

⁴⁰ Zob. Ibidem.

⁴¹ Zob. J. Monkiewicz, *Reasekuracja*, op. cit., s. 143.

W tym kontrakcie, tak jak w każdej reasekuracji nieproporcjonalnej, podział ryzyka jest zależny od strat, które wystąpiły. Określa się limit strat. Strata, która nie przekracza tej wartości, jest w całości pokrywana przez ubezpieczyciela. Reasekurator pokrywa natomiast wszystkie straty powyżej tego limitu, lecz z reguły tylko do pewnego górnego limitu⁴².

Reasekuracja nieproporcjonalna nadwyżki szkodowości

Drugim rodzajem reasekuracji nieproporcjonalnej jest reasekuracja nadwyżki (nadmiaru) szkodowości. W reasekuracji tego rodzaju odpowiedzialność reasekuratora dotyczy sytuacji, w której wartość odnotowanych szkód w danym roku powoduje albo przekroczenie uzgodnionego wskaźnika szkodowości (tzn. stosunku wartości szkód do wartości zebranej składki ubezpieczeniowej), albo też ustalonego poziomu kwotowego. Reasekuracja ta dotyczy całego portfela ubezpieczeń danego rodzaju bądź wręcz całego portfela ubezpieczeń zakładu, chroniąc w ten sposób jego gospodarkę finansową przed skutkami nadmiernej szkodowości⁴³.

Funkcje reasekuracji

Najważniejszymi funkcjami reasekuracji są⁴⁴:

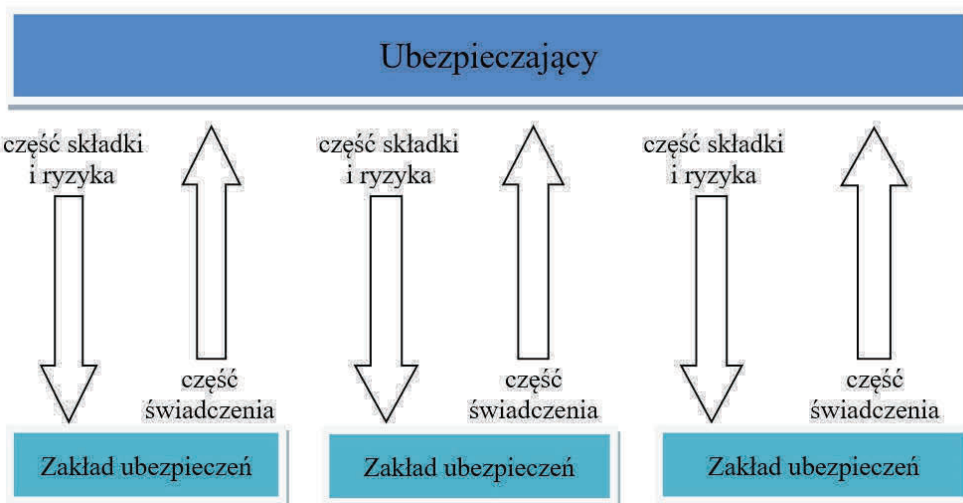
- funkcja stabilizatora wyników finansowych ubezpieczyciela,
 - funkcja zwiększania możliwości akceptacyjnych ubezpieczyciela,
 - funkcja wzmocnienia podstaw finansowych ubezpieczyciela.
- Spośród pozostałych funkcji i zadań reasekuracji należy jeszcze wymienić:
- rolę reasekuracji jako czynnika umożliwiającego objęcie ochroną ubezpieczeniową ryzyk o charakterze katastrofalnym;
 - rolę reasekuracji jako czynnika umożliwiającego uzyskanie pomocy fachowej (świadczonej przez reasekuratora swoim ubezpieczycielom – cedentom);
 - funkcję stymulatora rozwoju ubezpieczeń;
 - rolę reasekuracji jako czynnika ułatwiającego organizację nowych rodzajów lub wariantów ubezpieczeń;
 - rolę reasekuracji zagranicznej jako czynnika istotnie wpływającego na kształtowanie się bilansu płatniczego z zagranicą;
 - funkcję stymulatora handlu morskiego i zagranicznego.

Koasekuracja (bardzo rzadko jest regulowana przepisami prawnymi) występuje w dwóch podstawowych rodzajach: jako koasekuracja zewnętrzna oraz koasekuracja wewnętrzna (rys. 1.10).

⁴² Zob. K. Jajuga, s. 310-311.

⁴³ J. Monkiewicz, *Reasekuracja*, op. cit., s. 139-147.

⁴⁴ A. Wąsiewicz, *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, Wydawnictwo Branta, Bydgoszcz 1994, s. 217.



Rysunek 1.10. Umowa koasekuracji

Źródło: opracowanie własne

Koasekuracja zewnętrzna jest to taki rodzaj koasekuracji, w której ubezpieczający podpisuje umowę ubezpieczenia odnośnie do części ryzyka z każdym zakładem ubezpieczeń i za tę część ryzyka odpowiada bezpośrednio każdy koasekurator wobec ubezpieczającego. Ta forma koasekuracji nie jest dogodna ani dla zakładów ubezpieczeń, ani dla ubezpieczającego. Z punktu widzenia poszczególnych zakładów ubezpieczeń bezpośredni kontakt innych zakładów ubezpieczeń z ubezpieczającym nie jest pożądany ze względów konkurencyjnych oraz zwiększonych kosztów ubezpieczenia. Dla ubezpieczającego jest niedogodna przede wszystkim ze względu na większą czasochłonność związaną z koniecznością zawierania kilku umów ubezpieczenia, określenia warunków ochrony ubezpieczeniowej, płatnością składek, dochodzeniem roszczeń od każdego zakładu ubezpieczeń itp. Celem uniknięcia niektórych związanych z tym niedogodności, jak również w celu oszczędzenia kosztów, praktyka znacznie uprościła procedurę koasekuracji. Zarządzanie umową ubezpieczenia, inkaso składki oraz wypłatą odszkodowania lub świadczenia ubezpieczeniowego powierza się jednemu zakładowi ubezpieczeń, zwanemu koasekuratorem prowadzącym (jest to **koasekuracja wewnętrzna**). Taki koasekurator jest wyposażony w pełnomocnictwa ogólne (najczęściej na podstawie odpowiedniej umowy lub porozumienia pomiędzy koasekuratorami), by mógł występować w imieniu wszystkich koasekuratorów. Spotyka się, chociaż bardzo rzadko, inne formy koasekuracji. Jest to tzw. koasekuracja „cicha” i koasekuracja tzw. „solidarna”. Koasekuracja cicha występuje wtedy, gdy o podziale ryzyka pomiędzy zakładami ubezpieczeń ubezpieczający nie ma informacji (nie mylić z reasekuracją). Natomiast koasekuracja solidarna to taka, przy której

kilka zakładów ubezpieczeń odpowiada wobec ubezpieczającego solidarnie za całe ryzyko⁴⁵.

1.5. Sekurytyzacja w ubezpieczeniach

Wraz z rozwojem rynku ubezpieczeń rozwijają się też nowe formy zabezpieczania ryzyka. Do nowych form zabezpieczania ryzyka w ubezpieczeniach finansowych zalicza się sekurytyzację. Sekurytyzacja zwana jest też czasami substytutem reasekuracji. Jej zastosowanie w ubezpieczeniach polega na wyodrębnieniu części ryzyka w ubezpieczeniach finansowych i potraktowaniu ich jako wyodrębnionej formy aktywów.

Z sekurytyzacją ryzyka ubezpieczeniowego, która jest formą alternatywną reasekuracji ubezpieczeniowej, nieodłącznie kojarzy się możliwość, a nawet konieczność przekazywania części ubezpieczonego ryzyka mającego charakter systemowy do wspólnego udziału w nim ubezpieczającego i ubezpieczonego. Wynika to z możliwości, jakie dają kontrakty terminowe oferowane przez rynki finansowe. W pierwszych kontraktach typu udziałowego kontrakty terminowe i opcyjne były stosowane w obrotach towarowych od wielu stuleci. Obecnie pojawiły się „krojone na użytek klienta” nowoczesne finansowe instrumenty pochodne, odgrywające coraz większą rolę w ubezpieczaniu ryzyk skorelowanych, z którymi mogą być związane wielkie straty. Wpływa to na inne postrzeganie strategii zarządzania ryzykiem ubezpieczeniowym, które są bardziej zintegrowane z rynkiem kapitałowym. Są one elastyczniej dostosowane do pełnienia funkcji ochronnej samego ubezpieczyciela przed wpływem nadmiernych obciążeń finansowych powodowanych wypłatą odszkodowań ze zrealizowanych katastrofalnych szkód. Mają one także wpływ na zwiększenie „pojemności” rynku ubezpieczeniowego.

Wysokie korelacje pomiędzy różnymi rodzajami ryzyka może zwiększać wymagany kapitał ubezpieczyciela, a także zmniejszać dostępność ubezpieczenia. W takich przypadkach, a dotyczy to takich obszarów ubezpieczeń jak odpowiedzialność cywilna, sekurytyzacja jawi się jako szybka, alternatywna forma transferu ryzyka. Ostateczny sukces sekurytyzacji jako substytutu reasekuracji w zastępowaniu lub uzupełnianiu produktów tradycyjnego ubezpieczenia lub reasekuracji zależy od zdolności sekurytyzacji do uwzględniania takich innowacji w umowie ubezpieczeniowej, które stają się dla ubezpieczających i ubezpieczanych dość atrakcyjne. Istotne w tym podejściu jest rozpatrzenie, w jaki sposób ubezpieczone straty mogą być dekomponowane na oddzielne składniki, z których jeden jest typem „ryzyka systemowego” (bazowego), zwykle silnie skorelowanego z innymi ubezpieczanymi obiektami. Skorelowany składnik (lub czynnik) ryzyka może być

⁴⁵ Zob. T. Sangowski, *Vademecum pośrednika ubezpieczeniowego*, Saga Printing, Poznań 1996, s. 252-253.

zabezpieczony bezpośrednio przez podmioty indywidualne, ale bardziej prawdopodobne jest jego zabezpieczenie przez ubezpieczyciela. Problem, jaki się tu pojawia, tkwi więc w tym, jak powinny być skonstruowane umowy ubezpieczeniowe, by umożliwiły (zezwały) podmiotowi ubezpieczanemu zachowanie wszystkich lub tylko części komponentów specyficznych. W ostatnich dwudziestu latach rynki ubezpieczeniowe przeszły niebywałe zmiany. Sformułowane zostały nowe strategie zarządzania ryzykiem oraz skonstruowane nowe instrumenty finansowe dla uzupełnienia lub zastąpienia produktów tradycyjnego ubezpieczenia i reasekuracji.

Proces sekurytyzacji wymaga dekompozycji ryzyka i realizacji pewnej procedury, nazywanej przepakowaniem ryzyka. Procedura przepakowania w procesie sekurytyzacji ryzyka może wymagać zarówno konieczności bezpośredniej specyfikacji zobowiązań względem strat indywidualnego ubezpieczyciela w celu ich sprzedaży na rynku kapitałowym, jak i projektowania sekurytyzowanych produktów opartych na wskaźniku ekonomicznym. Oznacza to możliwość wspomnianego już „wycinania kawałków ryzyka” w celu jego sprzedaży na rynku kapitałowym w formie instrumentów finansowych opartych na wybranym wskaźniku ekonomicznym.

Sekurytyzacja jest często substytutem dla reasekuracji, co przejawia się w transferze nadmiaru ryzyka przez ubezpieczyciela. Jednakże najbardziej istotną cechą, jaką powinna charakteryzować się sekurytyzacja ubezpieczeniowa, jest ta, że w wyniku jej wdrażania powinna istnieć możliwość „wycinania kawałków ryzyka”. Cecha ta jest przedkładana nad traktowanie ryzyka jako całości. Przy przyjętym schemacie konstruowania polis udziałowych możliwe jest wskazanie w szczególności, jak ta zdolność do „wycinania” ryzyka prowadzi do minimalizowania strat ubezpieczonego lub podmiotu indywidualnego bądź instytucjonalnego albo do wzrostu ich dochodu w znaczeniu określonym modelowymi warunkami.

Główny cel uprowadzania sekurytyzacji wynika z potrzeby realizacji zadania polegającego na ochronie ubezpieczyciela, a przez to i ubezpieczanych, odpowiednio przed nadmiernymi obciążeniami finansowymi wynikającymi z wypłaty odszkodowań i zaniżaniem wielkości tych odszkodowań. Celem podrzędnym, który jest realizowany, jest rozłożenie ryzyka przyjętego do ubezpieczenia, w celu sprostanienia możliwości jego „utrzymania”, w sensie zdolności jego obsługi. Sprowadza się to do transferu niepożądanego ryzyka w postaci narzędzi zarządzania ryzykiem, jakimi są instrumenty możliwe do wprowadzenia na rynki finansowe. Taki sposób podziału ubezpieczonego ryzyka sprowadza się głównie do większej zdolności we wprowadzeniu poziomu „stopu” dla niepożądanych dla ubezpieczyciela ryzyk⁴⁶.

⁴⁶ Zob. B. Lawędziak, *Sekurytyzacja jako aktywniejsza forma zabezpieczenia ryzyka strat w kredytach bankowych – wiarytelność jako forma sekurytyzacji*, [w:] M. Balcerowicz-Szkutnik i in., *Ryzyko zobowiązań i działań w inwestycjach gospodarczych oraz ubezpieczeniowych. Aspekt modelowania i oceny sekurytyzacji ryzyka*, Akademia Ekonomiczna w Katowicach, Katowice 2009, s. 43-59.

Podsumowanie

Powszechnie stosowanym błędem przy zawieraniu stosunku ubezpieczenia w Polsce jest podpisywanie dokumentów potwierdzających zawarcie umowy ubezpieczenia, np. polisy ubezpieczeniowej, bez zapoznania się z ogólnymi warunkami ubezpieczenia (owu). W ogólnych warunkach ubezpieczenia zawarte są wszystkie prawa i obowiązki stron umowy oraz specyficzne rozstrzygnięcia dotyczące oferowanego przez zakład ubezpieczeń „produktu” ubezpieczeniowego. Działanie takie wynika z faktu lekceważenia treści umowy i przede wszystkim z nieznajomości nazewnictwa, pojęć i definicji ubezpieczeniowych. Czytanie ogólnych warunków ubezpieczenia przy braku tej wiedzy prowadzi do szybkiego zaniechania tej czynności lub zapoznania się z treścią tego dokumentu bez jego rozumienia. Jest to najczęstszą przyczyną niewypłacania świadczeń ubezpieczeniowych ze strony zakładu ubezpieczeń. Dlatego też tak ważne jest prezentowanie podstawowych pojęć i definicji ubezpieczeniowych, ich wyjaśnianie oraz rozumienie mechanizmów, którymi kierują się ubezpieczenia gospodarcze. Ich nieznajomość prowadzi do utraty należnych świadczeń lub przynajmniej do ich zaniżenia.

Takie typowe dla ubezpieczeń formy umów, jak reasekuracja, retrocesja czy koasekuracja są specyficzne, z ich zdefiniowaniem potencjalny ubezpieczony nie spotka się nigdzie indziej. Dlatego tak ważne jest ich zrozumienie dla osoby zawierającej umowę ubezpieczenia. Ich specyfika decyduje o funkcjonowaniu zakładów ubezpieczeń, ich wewnętrznych i zewnętrznych powiązaniach i relacjach pomiędzy nimi, co pośrednio determinuje warunki zawierania umów z ubezpieczonymi. Bez zrozumienia zasad działania tych procesów niemożliwe jest zrozumienie funkcjonowania ubezpieczeń we współczesnym świecie. Wartość materialna przedmiotów ubezpieczenia, ich ilość, a pośrednio także proces globalizacji wymusza na zakładach ubezpieczeń zawieranie umów reasekuracyjnych. Znaczna wartość przedmiotu ubezpieczenia determinuje również postępowanie ubezpieczających w kierunku zawierania umów koasekuracyjnych. Dlatego też, aby właściwie zabezpieczyć swoje mienie, niezbędna jest znajomość typowo ubezpieczeniowych reguł działania. Patrząc z punktu widzenia ubezpieczającego, można sformułować następującą zależność: im lepsza znajomość zasad działania ubezpieczeń, tym lepsza umowa ubezpieczenia.

Literatura

1. Bednarczyk T., *Funkcje ubezpieczeń i ich znaczenie w gospodarce*, [w:] Ronka-Chmielowiec W. (red.), *Ubezpieczenia*, C.H.Beck, Warszawa 2016.
2. Ciuman K., *Reasekuracja a rynek ubezpieczeń*, Poltext, Warszawa 1996.
3. Denek E. i in., *Finanse publiczne*, PWN, Warszawa 1995.

4. Dudkowiak Z., *Reasekuracja, jej formy i funkcje*, [w:] Wąsiewicz A. (red.). *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 1994.
5. Garbiec R., *Ubezpieczenia w teorii i praktyce, cz. II – Ubezpieczenia gospodarcze i zdrowotne*, Wydawnictwo Wydziału Zarządzania Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2016.
6. Gasińska M., *Ubezpieczenia turystyczne w systemie ubezpieczeń gospodarczych*, „Zeszyty Naukowe Uczelni Vistula” 2013, nr 32, s. 48-67.
7. Hadyniak B., *Ubezpieczenie jako urządzenie gospodarcze*, [w:] Monkiewicz J. (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. I – *Mechanizmy i funkcje*, Poltext, Warszawa 2000.
8. Hadyniak B., *Przedsiębiorstwo ubezpieczeniowe*, [w:] Monkiewicz J. (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. I – *Mechanizmy i funkcje*, Poltext, Warszawa 2000.
9. Handschke J., *Zasady i funkcje ubezpieczeń gospodarczych*, [w:] Sangowski T. (red.), *Ubezpieczenia gospodarcze*, Poltext, Warszawa 2000.
10. Jajuga K., *Reasekuracja*, [w:] Ronka-Chmielowiec W. (red.), *Ubezpieczenia. Rynek i ryzyko*, PWE, Warszawa 2002.
11. Jaworski P., Micał J., *Pojęcie ubezpieczenia i podstawowa terminologia*, [w:] Iwanicz-Drozdowska M. (red.), *Ubezpieczenia*, PWE, Warszawa 2018.
12. Kopeć K., Wanat-Połeć E., *Rola ubezpieczeń w systemie finansowym państwa*, „Prawo Asekuracyjne” 1996, nr 8.
13. Kwiecień I., *Istota i rola ubezpieczeń*, [w:] Ronka-Chmielowiec W. (red.), *Ubezpieczenia. Rynek i ryzyko*, PWE, Warszawa 2002.
14. Kwiecień I., *Rynek ubezpieczeń*, [w:] Ronka-Chmielowiec W. (red.), *Ubezpieczenia. Rynek i ryzyko*, PWE, Warszawa 2002.
15. Lawędziak B., *Sekuryzacja jako aktywniejsza forma zabezpieczenia ryzyka strat w kredytach bankowych – wiarygodność jako forma sekuryzacji*, [w:] Balcerowicz-Szkutnik M. i in., *Ryzyko zobowiązań i działań w inwestycjach gospodarczych oraz ubezpieczeniowych. Aspekt modelowania i oceny sekuryzacji ryzyka*, Akademia Ekonomiczna w Katowicach, Katowice 2009.
16. Lemkowska M., *Funkcje ubezpieczeń gospodarczych a zrównoważony rozwój*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2020, nr 2.
17. Michalski T., *Ryzyko w działalności człowieka*, [w:] Monkiewicz J. (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. I – *Mechanizmy i funkcje*, Poltext, Warszawa 2000.
18. Monkiewicz J., *Reasekuracja*, [w:] Monkiewicz J. (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. I – *Mechanizmy i funkcje*, Poltext, Warszawa 2000.
19. Pietron R., *Ubezpieczenia gospodarcze*, Politechnika Wroclawska, Wrocław 2013.
20. Płonka M., *Zakłady ubezpieczeń*, [w:] Ronka-Chmielowiec W. (red.), *Ubezpieczenia*, C.H.Beck, Warszawa 2016.
21. Ronka-Chmielowiec W. (red.), *Ubezpieczenia*, C.H. Beck, Warszawa 2016.
22. Sangowski T., *Vademecum pośrednika ubezpieczeniowego*, Saga Printing, Poznań 1996.
23. Szpunar J., *Ubezpieczenia gospodarcze*, „Zeszyt Naukowy WSE w Poznaniu” 1972, nr 138.

24. Wąsiewicz A., *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 1994.
25. Williams C.A. Jr., Smith M.L., Young P.C., *Zarządzanie ryzykiem a ubezpieczenia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002.
26. Woźniak-Makarska M., *Reasekuracja – zarys ogólny*, [w:] Wierzbicka E. (red.), *Ubezpieczenia non-life*, CeDeWu, Warszawa 2022.
27. <http://www.kms.ue.poznan.pl/Bartkowiak/materialy/UBEZPIECZENIA.pdf> (dostęp: 20.12.2019).
28. http://www.sgh.waw.pl/.../Reasekuracja%20i%20koasekuracja_J.Owczarek.d (dostęp: 20.12.2019).
29. <http://www.wszim-sochaczew.edu.pl/www/download%5C%20Ubezpieczenia%5C%20Ubezpieczenia%20-%20sem.%20VI%20%20Andrzej%20Jurowski.pdf> (dostęp: 20.12.2019).

2. TYPOLOGIE UBEZPIECZEŃ GOSPODARCZYCH

Roman Garbiec, Agata Krukowska-Miler

Wprowadzenie

Podziału ubezpieczeń można dokonywać z wykorzystaniem różnorodnych kryteriów. Dobór kryterium podziału, czyli cechy, ze względu na którą dokonujemy podziału, oznacza określenie zasady podziału ubezpieczeń. Podział według wybranej cechy jest najczęściej podziałem dychotomicznym, wskazującym tylko dwa typy ubezpieczenia. Dopiero kolejne podziały subrodzajów ubezpieczenia mają charakter wieloelementowy.

Kryteria podziału ubezpieczeń mogą stanowić: geneza ubezpieczeń, regulacje prawne, instytucje oferujące ubezpieczenia, oferowane ubezpieczenia ze względu na przedmiot objęty ochroną ubezpieczeniową, sposób nawiązania stosunku ubezpieczeniowego, sposób i forma wywiązania się instytucji ubezpieczeniowych z podjętych zobowiązań, ustalanie wysokości składek i świadczeń ubezpieczeniowych, źródła finansowania, odpowiedzialność za zobowiązania⁴⁷.

Zasadniczo w ubezpieczeniach gospodarczych dychotomiczny podział ubezpieczeń⁴⁸ polega na zastosowaniu określonego kryterium, czego efektem jest podział na 2 elementy składowe. Poniżej zaprezentowane zostaną podstawowe i szczegółowe, oparte na dychotomii, podziały ubezpieczeń.

2.1. Rodzaje ubezpieczeń

W ostatnich stuleciach, zwłaszcza od końca XVII wieku do wieku XX, państwo brało na siebie aktywną rolę dostawcy lub gwaranta usług ubezpieczeniowych. Poważne skutki pożarów miast i osiedli oraz powodzi powodowały, że bardziej rozwinięte państwa wprowadzały obowiązek ubezpieczenia i organizowały (powołując publiczne zakłady ubezpieczeń) lub gwarantowały ubezpieczenia. Rozwój gospodarczy oraz zmiany w technice i infrastrukturze gospodarczej redukowały rolę

⁴⁷ A. Kufel-Siemińska, *Podział ubezpieczeń*, [w:] T. Sangowski (red.), *Ubezpieczenia gospodarcze*, Poltext, Warszawa 2000, s. 144.

⁴⁸ W.W. Mogilski, *Przymus ubezpieczenia na tle projektu ustawy działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2015, nr 1, s. 29.

publicznych instytucji w ubezpieczeniach, których przedmiotem działalności był majątek, oraz rozwijały działalność w ubezpieczeniach, których przedmiotem działalności było dobro osobiste, zwłaszcza w ubezpieczeniach emerytalnych i zdrowotnych. Niezwykle silny rozwój tego typu ubezpieczeń publicznych, jak ubezpieczenia emerytalne, wypadkowe, chorobowe i rentowe, spowodował wykształcenie się odrębnego określenia tych ubezpieczeń i nazwane one zostały ubezpieczeniami społecznymi. Nie jest to jedyne określenie tego typu ubezpieczeń. Jak pisze J. Łazowski: „Celem ubezpieczeń publicznych jest dobro publiczne” i dalej „...ubezpieczenie publiczne jest produktem woli państwa...”. W istocie J. Łazowski nie obarczał państwa rolą jedyne go lub najlepszego opiekuna społecznego. Upatrywał on – i słusznie – potrzebę aktywnej roli państwa tam, gdzie ubezpieczenia prywatne nie mogły lub nie chciały zapewniać ochrony ubezpieczeniowej w niezbędnym dla społeczności zakresie. Tylko wtedy państwo miało prawo prowadzić publiczne ubezpieczenia.

W warunkach PRL mogły funkcjonować tylko ubezpieczenia publiczne, w tym ubezpieczenia społeczne. Podział ubezpieczeń na publiczne i prywatne był niemożliwy. To wpłynęło na popularność nazwy ubezpieczenia gospodarcze, co uzasadniać miała dwoista rola ubezpieczeń, z jednej strony społeczna, z drugiej... gospodarcza. Nie jest to podział najlepszy, gdyż każde ubezpieczenie ma znaczenie ekonomiczne (gospodarcze) i wiele ubezpieczeń oferowanych na rynku ma znaczenie społeczne (np. OC, od ognia). Podział stosowany przez J. Łazowskiego na ubezpieczenia publiczne i prywatne ma też swoje wady. Zgodnie z nim wszystkie ubezpieczenia oferowane na rynku przez podmioty prawa publicznego lub prawa prywatnego, ale z większościowym udziałem publicznym, trzeba by zaliczyć do ubezpieczeń publicznych. Możliwy jest inny podział ubezpieczeń: na komercyjne i niekomercyjne, czyli oferowane na rynku (dobrowolne i obowiązkowe) i dystrybuowane na mocy prawa. Włączyłoby to do ubezpieczeń komercyjnych drugofilarytowe ubezpieczenia emerytalne. Przyjmijmy jednak, kierując się także wartością tradycji, podział ubezpieczeń na prywatne i publiczne.

Ubezpieczenia publiczne są to ubezpieczenia, których realizacja jest produktem woli państwa (ustawowe). Są to ubezpieczenia obowiązkowe prowadzone przez publiczną osobę prawną, państwową jednostkę nieposiadającą osobowości prawnej lub prywatną osobę prawną z dominującym udziałem środków publicznych, posiadającą pełną gwarancję ubezpieczeniową państwa. Obecnie podstawową formą ubezpieczeń publicznych jest ubezpieczenie społeczne. Ubezpieczenia prywatne są to ubezpieczenia, które może prowadzić prywatna osoba prawna, będąca zakładem ubezpieczeń działającym na podstawie zezwolenia na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej⁴⁹.

⁴⁹ B. Hadyniak, *Ubezpieczenie jako urządzenie gospodarcze*, [w:] J. Monkiewicz (red.), *Podstawy ubezpieczeń, t. I – Mechanizmy i funkcje*, Poltext, Warszawa 2000, s. 69-71.

Ze względu na „bałagan” pojęciowy w praktyce należy najpierw wyróżnić ubezpieczenia gospodarcze jako urządzenie gospodarcze, w odróżnieniu od mechanizmu zabezpieczenia społecznego, zwanego potocznie ubezpieczeniem społecznym (porównaj uwagi dotyczące definicji ubezpieczenia). Ubezpieczenia gospodarcze stanowią przedmiot działalności zakładów ubezpieczeń działających na podstawie ustawy o działalności ubezpieczeniowej i wiążą się z zawarciem stosownej umowy ubezpieczenia. W obecnym stanie pojawia się pytanie, jak zakwalifikować działalność Powszechnych Towarzystw Emerytalnych. Należy jednak uznać, że działają one w systemie organizowanym przez państwo – składki są potrącane z wynagrodzenia, a świadczenia nie są ustalane w drodze umowy, lecz pod warunkiem spełnienia określonych kryteriów. Taki system niewiele ma wspólnego z prawdziwym ubezpieczeniem i oceną ryzyka. Niektórzy autorzy (np. B. Hadyniak) obejmują je zakresem pojęcia „ubezpieczenie”, klasyfikując przy tym do kategorii ubezpieczeń publicznych w odróżnieniu od prywatnych. Prywatne rozumiane są w tym przypadku jak gospodarcze, publiczne natomiast mają obejmować ubezpieczenia, których realizacja jest produktem woli państwa i które są prowadzone przez publiczną osobę prawną, państwową jednostkę bez osobowości prawnej lub prywatną osobę prawną z dominującym udziałem środków publicznych, mającą pełną gwarancję ubezpieczeniową państwa. Kryteria te mogą jednak budzić wątpliwości przy analizie ubezpieczeń obowiązkowych, gwarantowanych przez państwo (kontrakty eksportowe), zwłaszcza że inni (np. A. Kufel-Siemieńska) opierają podział ubezpieczeń na prywatne i publiczne jedynie na kryterium własności instytucji oferującej ubezpieczenia⁵⁰.

2.2. Podstawowe podziały ubezpieczeń

Ustawa o działalności ubezpieczeniowej wprowadziła w Polsce nowoczesny system ubezpieczeń oparty m.in. na rozdzieleniu ubezpieczeń życiowych (*life*) i nieżyciowych (*non-life*). Co istotne, było to połączone z jednoczesnym ograniczeniem działalności operacyjnej ubezpieczycieli albo do ubezpieczeń życiowych, albo nieżyciowych. Zróznicowano bowiem zasady gospodarki finansowej ubezpieczycieli życiowych i nieżyciowych, co zgodne było tak z odmienną naturą i funkcją tych ubezpieczeń, jak i z tendencjami europejskiego rynku ubezpieczeń. Kryterium podziału stanowi przedmiot ubezpieczenia. Ubezpieczenia życiowe obejmują ochroną: życie, zdrowie i zdolność do pracy. Atrybuty te przynależne mogą być jedynie osobom fizycznym, stąd bardzo często w celu zdefiniowania

⁵⁰ I. Kwiecień, *Istota i rola ubezpieczeń*, [w:] W. Ronka-Chmielowiec (red.), *Ubezpieczenia. Rynek i ryzyko*, PWE, Warszawa 2002, s. 41-42; *Encyklopedia Zarządzania*, <https://mfiles.pl/pl/index.php/Dyskusja:Ubezpieczenie> (dostęp: 20.01.2022)..

ubezpieczeń życiowych używa się określenia osobowe. *Kodeks cywilny* wyróżnia w tej kategorii:

- ubezpieczenia na życie – dotyczące śmierci osoby ubezpieczonej lub dożycia przez nią określonego wieku;
- ubezpieczenia następstw nieszczęśliwego wypadku – dotyczące uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku.

W podziale dokonany w załączniku do ww. ustawy ubezpieczeniowej ubezpieczenia osobowe obejmują:

- ubezpieczenia na życie;
- ubezpieczenia posagowe, zaopatrzenia dzieci;
- ubezpieczenia na życie z funduszem inwestycyjnym;
- ubezpieczenia rentowe;
- ubezpieczenia wypadkowe;
- ubezpieczenia chorobowe.

Wydaje się, że mogą one dotyczyć także innych zdarzeń niż śmierć, dożycie określonego wieku, rozstrój zdrowia i uszkodzenie ciała, jednak przyjmuje się, że rozpoczęcie studiów, urodzenie dziecka czy zawarcie małżeństwa stanowi dożycie określonej chwili (wieku).

Szczególne natury przedmiotu ubezpieczenia osobowego sprawia, że trudno oszacować jego wartość do celów ubezpieczenia, tym bardziej że wypadek ubezpieczeniowy nie zawsze ma charakter negatywny. Może on powodować powstanie straty, ale także potrzeby finansowej. Stąd w ubezpieczeniach osobowych nie znajduje zastosowania kategoria wartości przedmiotu ubezpieczenia, wielkość sumy ubezpieczenia jest umowna. Tym samym nie jest możliwe nadubezpieczenie, a ubezpieczenie wielokrotne ryzyka na ten sam okres jest nie tylko dopuszczalne, ale i korzystne. Ponieważ problem wyceny dotyczy także doznanej straty (potrzeby), świadczenie zakładu ubezpieczeń polega na zapłacie sumy pieniężnej lub renty w wysokości umówionej, a nie zależnej wprost od oceny wielkości uszczerbku. Nie dotyczy to jedynie świadczeń polegających na pokryciu przez ubezpieczyciela poczynionych wydatków (np. kosztów zakupu protez czy kosztów leczenia) – świadczenia te mają charakter odszkodowawczy, zapewniający przywrócenie majątku do stanu poprzedniego). Ubezpieczenia osobowe w przeważającej części są ubezpieczeniami długoterminowymi, co wymusza szczególną ochronę ubezpieczonego, zwłaszcza że niektóre z nich mają stanowić dla niego zabezpieczenie na okres zakończenia aktywności zawodowej. Stąd ubezpieczycielom życiowym stawiane są bardziej restrykcyjne warunki dotyczące gospodarki finansowej, np. polityki lokacyjnej czy sprawozdań finansowych.

Pojęcie ubezpieczeń życiowych w kontekście podziału organizacyjnego działalności ubezpieczycieli obejmuje ubezpieczenia podzielone na podstawie załącznika do ustawy ubezpieczeniowej (dział I), z tym ograniczeniem, że ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe mogą tu stanowić jedynie uzupełnienie pozostałych

rodzajów ubezpieczeń. Oznacza to tym samym, że ryzyko obejmowane jest na ich podstawie ochroną na ten sam (długi zazwyczaj) okres co ubezpieczenie podstawowe.

Ubezpieczenia majątkowe (nieżyciowe) obejmują ochroną majątek w postaci rzeczy lub sytuacji majątkowej. Wydaje się słuszne przyjęcie, że przedmiotem ubezpieczenia będzie tu interes majątkowy, rozumiany jako wartość gospodarcza, lub wszelkiego rodzaju dobra chronione przez prawo. Na tym tle wyróżnia się w literaturze (Sangowski):

- ubezpieczenia rzeczowe – majątku w postaci rzeczy (dóbr materialnych);
- ubezpieczenia majątkowe sensu stricte – dotyczące wartości majątkowych należących do ubezpieczonego, które mogą mieć postać:
 - wierzytelności (np. należności kredytowe);
 - wartości, których uzyskania oczekuje ubezpieczony w przyszłości (np. zysk);
 - wartości, które mogą pomniejszyć majątek osoby objętej ochroną (np. zobowiązania).

Posiadaczem tak rozumianego interesu może być każdy podmiot (osoba fizyczna, prawna, jednostka organizacyjna bez osobowości prawnej). Interes ten, jako ubezpieczalny, jest wycenialny. Wynikają z tego określone konsekwencje, specyficzne dla ubezpieczeń majątkowych:

- istnieje kategoria wartości przedmiotu ubezpieczenia;
- suma ubezpieczenia powinna odpowiadać wartości przedmiotu ubezpieczenia;
- wypadek ubezpieczeniowy jest zdarzeniem negatywnym, powodującym uszczerbek interesu majątkowego;
- uszczerbek (szkoda) jest wymierny w pieniądzu;
- świadczenie zakładu ubezpieczeń powinno wyrównać uszczerbek (odszkodowanie), ale w zasadzie nie powinno go przewyższać.

Nieco odrębnie charakteryzuje się ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej. W kodeksowym podziale ubezpieczeń majątkowych zostało ono przeciwstawione ubezpieczeniom majątku w postaci rzeczy. Istotą tego ubezpieczenia jest przejście przez zakład ubezpieczeń ewentualnych zobowiązań do pokrycia szkód wyrządzonych przez ubezpieczonego osobom trzecim. Ponieważ jednak nie da się z góry przewidzieć rodzaju i wielkości tych szkód, zakład ubezpieczeń ustala górny limit swojej odpowiedzialności w postaci sumy gwarancyjnej, która ma charakter umowny. Specyficzny jest także zakres ochrony, który zależy od przyjętego w danym systemie prawnym kształtu odpowiedzialności odszkodowawczej sprawcy – stanowi on podstawę ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, jednak zawężoną (a rzadziej rozszerzoną) przez postanowienia kontraktu ubezpieczenia. Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej dzieli się w praktyce na ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawodowej (związanej z wykonywaniem czynności

zawodowych), odpowiedzialności cywilnej za produkt (za szkody wyrządzone przez produkt niebezpieczny) czy odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym.

Ubezpieczenia majątkowe (nieżyciowe) stanowią rodzaje ryzyka sklasyfikowane w załączniku do ustawy ubezpieczeniowej (dział II). Należą do niego także ubezpieczenia osobowe, tzw. pozostałe (czyli wypadkowe i chorobowe), jednak w tym dziale figurują one jako ubezpieczenia samodzielne. Klasyfikacja ustawowa dokonana została według kryterium ryzyka będącego przedmiotem ochrony – wyróżnia m.in. ubezpieczenia casco różnych pojazdów, różne rodzaje ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej, ubezpieczenia przedmiotów w transporcie, ubezpieczenia rzeczowe, spowodowane żywiołami i innymi zdarzeniami, ubezpieczenia finansowe (kredyty, gwarancje, inne) oraz ubezpieczenia ochrony prawnej i świadczenia pomocy. Jak już wspomniano, zakład nie może prowadzić jednocześnie działalności w działach I i II, może natomiast w obrębie działu wybrać grupy ubezpieczeń, które będzie oferować.

W praktyce ubezpieczeniowej ze względów przedmiotowych (nie zawsze ściśle, gdyż niekiedy nazwa wskazuje na zdarzenia objęte ochroną) wyróżnia się ubezpieczenia: życiowe, odpowiedzialności cywilnej, komunikacyjne, ogniowe, młodzieżowe, transportowe, finansowe, NW, turystyczne i inne. W pewnych okolicznościach posiadanie ochrony ubezpieczeniowej nie jest kwestią swobodnej decyzji. Przyjmując kryterium związania, wyróżnia się w tym zakresie ubezpieczenia dobrowolne i obowiązkowe. Ubezpieczenia obowiązkowe to takie, które są wymagane przepisami prawa. Państwo ingeruje tu w sferę wolności osobistej i gospodarczej obywateli, naruszając zasadę swobody umów (co do faktu ich zawierania lub nawet co do kształtowania ich treści). Dlatego obowiązek posiadania ochrony w postaci ubezpieczenia ograniczany jest do sytuacji o istotnym znaczeniu społecznym (ochrona poszkodowanych, masowy charakter ewentualnych szkód). Z tego też powodu obowiązek zawarcia umowy ciąży także na zakładzie ubezpieczeń (jeżeli tylko prowadzi dane ubezpieczenie). Należy przy tym pamiętać, że obowiązek ten realizowany jest przez zawarcie stosownej umowy. Stopień ograniczenia swobody zobowiązanego do zawarcia umowy pozwala wyróżnić następujące, niżej wyszczególnione ubezpieczenia:

- Ubezpieczenia obowiązkowe powszechne – ogólne warunki tych ubezpieczeń zostały ustalone w formie rozporządzenia ministra finansów, które – poza składką – przesądza w pełni o treści stosunku ubezpieczenia. Poza tym ustawodawca ustanowił system kontroli spełnienia obowiązku ubezpieczenia i związane z tym sankcje w postaci opłaty karnej.
- Ubezpieczenia obowiązkowe szczególne – pozostałe ubezpieczenia obowiązkowe, dla których ustalenie ogólnych warunków pozostawiono w gestii zakładów ubezpieczeń, co najwyżej wprowadzając czasami szcztkowe regulacje (np. minimalnej sumy ubezpieczenia). System kontroli związany jest zazwyczaj

z licencjonowaniem i nadzorowaniem działalności, z którą związany jest obowiązek ubezpieczenia.

Pozostałe ubezpieczenia tworzą kategorię ubezpieczeń dobrowolnych, dla których ogólne warunki ustalają zakłady ubezpieczeń, co nie wyłącza ich spod kontroli państwa (tym razem w imię ochrony konsumenta usługi ubezpieczeniowej)⁵¹. Polska (po Francji, gdzie funkcjonuje ponad 200 rodzajów ubezpieczeń obowiązkowych) należy do krajów, które wprowadziły największą liczbę takich ubezpieczeń⁵².

Z uwagi na liczbę przedmiotów lub podmiotów objętych ochroną z tytułu jednej umowy ubezpieczenia można wyróżnić ubezpieczenia indywidualne i zbiorowe. W ubezpieczeniu zbiorowym ochroną objęta jest większa liczba przedmiotów, należących do jednego ubezpieczonego⁵³, lub dobra osobiste kilku podmiotów, przy czym zakres ochrony obejmuje ryzyko jednego rodzaju. Pozwala to na wynegocjowanie niższej składki i upraszcza formalności związane z zawieraniem odrębnych umów ubezpieczenia. W ubezpieczeniach zbiorowych wyróżnia się jeszcze ubezpieczenia grupowe, których cechą szczególną jest ujednoczony dla całej grupy system oceny ryzyka (osobowego), a także ujednoczony poziom składek i świadczeń.

Ze względu na cel ubezpieczyciela można wyróżnić ubezpieczenia wzajemne komercyjne. Ubezpieczenia komercyjne oferowane są przez zakłady ubezpieczeń niezależne od ubezpieczonych w celu osiągnięcia zysku. Ubezpieczenia wzajemne świadczone są przez zakłady, które czynią to w interesie swoich członków towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych lub właścicieli (zależne towarzystwa ubezpieczeń, ang. *captives*). W ich przypadku podstawowym celem działalności jest zaspokajanie potrzeb swoich członków (właścicieli), a nie osiągnięcie zysku, choć w obu przypadkach możliwe jest prowadzenie zewnętrznej działalności ubezpieczeniowej. Ubezpieczenia wzajemne powinny także zapewniać zarówno niższe składki i bardziej elastyczny zakres ochrony, jak i dogodny system likwidacji szkód.

Na koniec należy jeszcze wyróżnić dwie kategorie ubezpieczeń, do których nie mają zastosowania przepisy *Kodeksu cywilnego* o umowie ubezpieczenia. Dotyczy to ubezpieczeń morskich i reasekuracji. Ubezpieczenia morskie cechuje odrębność historyczna i rozwojowa, a w efekcie także odrębność miejsca regulacji (*Kodeksu morski*), stosowanych terminów niektórych zasad funkcjonowania (np. instytucja abandonu, czyli zrzeczenia się praw do przedmiotu ubezpieczenia, czy pośrednictwa ubezpieczeniowego). W opozycji do ubezpieczeń morskich mówi się o ubezpieczeniach lądowych, do których stosuje się przepisy o umowie ubezpieczenia z *Kodeksu*

⁵¹ Zob. I. Kwiecień, *Istota i rola ubezpieczeń*, op. cit., s. 42-47; M. Kaczmarek, *Ubezpieczenia majątkowe dla podmiotów gospodarczych*, [w:] E. Wierzbicka (red.), *Ubezpieczenia non-life*, CeDeWu, Warszawa 2022, s. 175-216.

⁵² Zob. E. Kowalewski, *Stan prawny ubezpieczeń obowiązkowych w Polsce*, PIU, Warszawa 2013, s. 5.

cywilnego. Ubezpieczenia lądowe obejmują także ubezpieczenia lotnicze i żeglugi śródkowej. Trzeba jednakże zwrócić uwagę, iż *Kodeks morski* pozwala na objęcie ochroną w ramach ubezpieczenia morskiego nie tylko niebezpieczeństwa, na jakie narażony jest przedmiot w związku z żeglugą morską, ale także tych, które związku z przewozem morskim zagrażają mu w przewozie lotniczym, na wodach śródlądowych lub na lądzie. Ponadto ubezpieczenia morskie są stosowane dla statków w budowie⁵⁴.

Nieco inną typologię ubezpieczeń zaprezentował R. Pietroń, który podzielił ubezpieczenia na⁵⁵:

1. Ubezpieczenia społeczne (sfera socjalna państwa i społeczeństwa).
2. Ubezpieczenia gospodarcze (sfera gospodarcza państwa i społeczeństwa), wśród których określił następujące kryteria klasyfikacji:
 - przedmiot ubezpieczenia,
 - rodzaj zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową,
 - występowanie/brak swobody nawiązywania prawnego stosunku ubezpieczenia,
 - podział ustawowy.

Kryterium przedmiotu ubezpieczenia:

- ubezpieczenia osobowe (przedmiotem ubezpieczenia są dobra osobiste, np.: życie, zdrowie, zdolność do pracy);
- ubezpieczenia majątkowe (przedmiotem ubezpieczenia są różne dobra i wartości majątkowe: mienie, odpowiedzialność cywilna).

Kryterium rodzaju zdarzenia losowego:

- ubezpieczenia ogniowe,
- ubezpieczenia gradowe,
- ubezpieczenia od kradzieży,
- ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków,
- ubezpieczenia od uszkodzeń,
- ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.

Kryterium występowania/braku swobody:

- ubezpieczenia obowiązkowe (przepisy prawne nakładają obowiązek, przymus zawarcia umowy ubezpieczenia),
- ubezpieczenia dobrowolne (występuje swoboda umów ubezpieczenia).

Kryterium ustawowe:

- dział I (obejmuje tylko ubezpieczenia na życie wg 5 grup ubezpieczenia: na życie, posagowe, na życie związane z funduszem kapitałowym, rentowe, wypadkowe i chorobowe);

⁵³ Zob. I. Kwiecień, *Istota i rola ubezpieczeń*, op. cit., s. 42-47.

⁵⁴ Zob. Ibidem, s. 42-47.

⁵⁵ R. Pietroń, *Ubezpieczenia gospodarcze*, Politechnika Wrocławska, Wrocław 2013, s. 14.

- dział II (obejmuje pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz majątkowe wg 18 grup ubezpieczenia: w tym różne rodzaje ubezpieczeń wypadkowych i chorobowych oraz wszystkie majątkowe).

Kryteria inne (w tym historyczne):

- ubezpieczenia morskie (regulowane przepisami kodeksu morskiego),
- ubezpieczenia lądowe (regulowane przepisami kodeksu cywilnego; zawierają także ubezpieczenia lotnicze, satelitarne, żeglugi śródlądowej),
- ubezpieczenia podmiotów gospodarczych,
- ubezpieczenia ludności,
- ubezpieczenia w obrocie krajowym,
- ubezpieczenia w obrocie międzynarodowym,
- ubezpieczenia publiczne,
- ubezpieczenia prywatne,
- ubezpieczenia komercyjne (spółki akcyjne),
- ubezpieczenia wzajemne (ubezpieczenia wzajemne *non-profit*);
- ubezpieczenia bezpośrednie (asekuracja i koasekuracja),
- ubezpieczenia pośrednie (reasekuracja i retrocesja).

Niektórzy autorzy za podstawowy przyjmują inny podział: na ubezpieczenia społeczne (wypadkowe, rentowe, emerytalne, chorobowe) o charakterze powszechnym i obowiązkowym oraz ubezpieczenia gospodarcze, z reguły dobrowolne, obejmujące ubezpieczenia majątkowe i osobowe⁵⁶. Inny spotykany w literaturze podział to odróżnienie ubezpieczeń prywatnych oraz ubezpieczeń społecznych (socjalnych). Taką klasyfikację przyjmuje m.in. J. Łazowski⁵⁷. Podział ten porównać można także z proponowanym przez M. Kielbowską⁵⁸.

2.3. Dychotomiczne podziały ubezpieczeń

Dychotomiczny podział ubezpieczeń polega na precyzyjnym (tylko w nielicznych przypadkach przybliżonym) określeniu kryterium podziału ubezpieczeń i przedstawieniu go w dwóch podstawowych formach. W ustawowej klasyfikacji ubezpieczeń, przedstawionej w załączniku do ustawy o działalności ubezpieczeniowej, ubezpieczenia na życie tworzą dział I, natomiast ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe należą zarówno do działu I, jak i działu II.

⁵⁶ W. Sułkowska (red.), *Ubezpieczenia*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Krakowie 2007, s. 35.

⁵⁷ M. Szczepański, *Ubezpieczenia w logistyce*, Wydawnictwo Politechniki Poznańskiej, Poznań 2011, s. 44; J. Łazowski, *Wstęp do nauki o ubezpieczeniach*, adapt. i red. nauk. W. Mogilski, Wydawnictwo Prawnicze Lex, Sopot 1998, s. 25.

⁵⁸ Por. M. Cycoń, T. Jedynek, G. Stupczewski (red.), *Ubezpieczenia gospodarcze i społeczne w dobie przemian*, Fundacja Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2017, s. 9-10.

W dziale I – ubezpieczenia na życie wyróżnia się następujące grupy⁵⁹:

- ubezpieczenia na życie;
- ubezpieczenia posagowe, zaopatrzenia dzieci;
- ubezpieczenia na życie, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym;
- ubezpieczenia rentowe;
- ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeśli są uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych w grupach 1-4.

Dział II obejmuje:

- pozostałe ubezpieczenia osobowe;
- ubezpieczenia majątkowe.

Jak można wywnioskować z tej klasyfikacji, ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe zaliczane są do ubezpieczeń na życie, jeśli stanowią uzupełnienie podstawowej umowy ubezpieczenia, lub do ubezpieczeń działu II, gdy stanowią samodzielne ubezpieczenia⁶⁰. Podział ten został wprowadzony w ustawie ze względu na konieczność zabezpieczenia środków finansowych w zakładach ubezpieczeń. Ustawa zabrania prowadzenia działalności ubezpieczeniowej tej samej firmie w obydwu działach jednocześnie. Stąd też ten niejednorodny podział ubezpieczeń.

W literaturze przedmiotu do rodzajów ubezpieczeń na życie przez niektórych autorów zaliczane są nieco inne rodzaje ubezpieczeń. I tak A. Śliwiński zalicza do nich: ubezpieczenie na całe życie, ubezpieczenie na dożycie, ubezpieczenie na wypadek śmierci i dożycia, ubezpieczenie zaopatrzenia dzieci, nowoczesne rodzaje ubezpieczeń na życie (elastyczne, zmienne, z funduszem inwestycyjnym, uniwersalne), ubezpieczenia rentowe, renty odroczone, renty natychmiastowe). Podział ten jest modyfikacją podziału ustawowego, wynikającą z dynamicznie rozwijającego się rynku ubezpieczeń w Polsce i powstawania nowych rodzajów ubezpieczeń⁶¹.

Ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenia gospodarcze

Najczęściej stosowanym w literaturze przedmiotu podziałem ubezpieczeń jest podział na ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenia gospodarcze. Podziału tego można dokonać według wielu różnorodnych kryteriów. Kryteriami tymi mogą być: geneza ubezpieczeń, regulacje prawne, instytucje oferujące ubezpieczenia, oferowane ubezpieczenia ze względu na przedmiot objęty ochroną ubezpieczeniową, sposób nawiązania stosunku ubezpieczeniowego, sposób i forma wywiązania się

⁵⁹ Szerzej na ten temat E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie. Teoria i praktyka*, Poltext, Warszawa 2004, s. 105-276; E. Dąbrowska, *Ubezpieczenia na życie*, [w:] M. Iwanicz-Drozdowska (red.), *Ubezpieczenia*, PWE, Warszawa 2018.

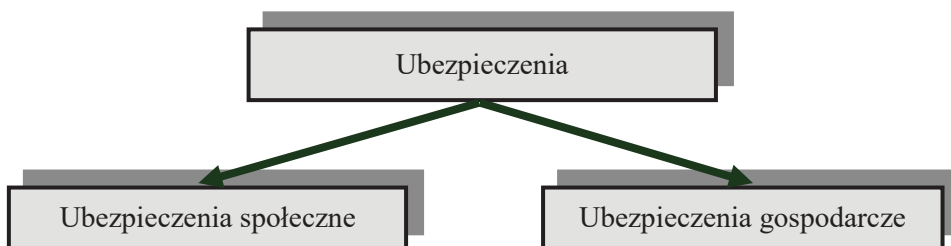
⁶⁰ Zob. M. Borda, *Ryzyko zarządzania finansami w zakładach ubezpieczeń na życie*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 2006, s. 20.

⁶¹ Zob. A. Śliwiński, *Ryzyko ubezpieczeniowe. Taryfy – budowa i optymalizacja*, Poltext, Warszawa 2002, s. 101-117.

instytucji ubezpieczeniowych z podjętych zobowiązań, ustalanie wysokości składek i świadczeń ubezpieczeniowych, źródła finansowania, odpowiedzialność za zobowiązania⁶².

Ubezpieczenie społeczne jest jedną z technik zabezpieczenia społecznego rozumianego jako całość urządzeń publicznych chroniących przed niedostatkiem osoby, które nie mogą zapewnić sobie środków utrzymania za pomocą własnej pracy. Ubezpieczenie społeczne jest obok zaopatrzenia i opieki (pomocy) społecznej instrumentem polityki socjalnej państwa. Ponieważ techniki zabezpieczenia społecznego coraz rzadziej stosowane są w czystej postaci, dlatego też obecnie ubezpieczenie społeczne powiązane jest często z techniką zaopatrzenia i uzupełniane jest opieką (pomocą) społeczną.

Mimo że ubezpieczenia gospodarcze, w przeciwieństwie do ubezpieczeń społecznych, są przede wszystkim instrumentem polityki gospodarczej państwa, obie grupy ubezpieczeń łączy wiele cech wspólnych (rys. 2.1).



Rysunek 2.1. Podział ubezpieczeń według kryterium genezy, regulacji prawnych

Źródło: R. Garbiec, *Ubezpieczenia w teorii i praktyce, cz. II – Ubezpieczenia gospodarcze i zdrowotne*, Wydawnictwo Wydziału Zarządzania Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2016, s. 39

Ubezpieczenia społeczne, podobnie jak ubezpieczenia gospodarcze, pełnią funkcję ochrony ubezpieczeniowej. Umożliwiają one kompensowanie skutków zdarzeń losowych, zdarzeń negatywnych lub pozytywnych, jednakże pociągających za sobą określone potrzeby majątkowe. Następstwa tychże zdarzeń kompensowane są z funduszu ubezpieczeniowego, jaki powstaje z zebranych składek ubezpieczeniowych. W ubezpieczeniach społecznych oraz ubezpieczeniach gospodarczych jest to fundusz ubezpieczeniowy *sensu stricto*. Fundusz ten jest tworzony w sposób zdecentralizowany, jednakże gromadzony i rozdzielany jest w sposób scentralizowany. Obok podobieństwa celów i funkcji społeczno-gospodarczych dostrzegalny jest ścisły związek między ubezpieczeniami społecznymi a osobowymi ubezpieczeniami gospodarczymi. Ubezpieczenia społeczne i osobowe ubezpieczenia gospodarcze cechuje bowiem ten sam przedmiot ubezpieczenia. Poza tym ubezpieczenie

⁶² A. Kufel-Siemińska, *Podział ubezpieczeń*, op. cit., s. 143-144; D. Kitala, *Organizacja systemu ubezpieczeń społecznych*, [w:] M. Iwanicz-Drozdowska (red.), *Ubezpieczenia*, PWE, Warszawa 2018.

społeczne, jako prawna forma koncepcji zabezpieczenia społecznego, wywodzi się z ubezpieczeń gospodarczych, zwłaszcza różnorodnych form ubezpieczeń osobowych. Ubezpieczenia społeczne ze względu na przedmiot ubezpieczenia są ubezpieczeniami osobowymi. Z tytułu ubezpieczeń społecznych wypłacane są świadczenia przybierające formę pieniężną lub rzeczową. Ubezpieczenia społeczne obejmują świadczenia pieniężne w postaci zasiłków, emerytur i rent⁶³.

Zakłady ubezpieczeń działające w zakresie ubezpieczeń gospodarczych oferują zarówno ubezpieczenia osobowe, jak i majątkowe, dlatego też obejmują one szerszy zakres ryzyk aniżeli ubezpieczenia społeczne. Z tytułu ubezpieczeń majątkowych zakłady ubezpieczeń wypłacają odszkodowania, a z tytułu ubezpieczeń osobowych – świadczenia. Zarówno odszkodowania, jak i świadczenia w przypadku ubezpieczeń gospodarczych przybierają formę pieniężną. Ubezpieczenia gospodarcze są w przeważającej części ubezpieczeniami dobrowolnymi, czyli takimi, w przypadku których ubezpieczający samodzielnie decyduje o swoich potrzebach odnośnie do objęcia poszczególnych przedmiotów ryzyka ochroną ubezpieczeniową.

W przypadku ubezpieczeń społecznych nawiązanie umowy ubezpieczeniowej następuje z mocy ustawy lub – w niektórych prawem określonych przypadkach – poprzez zgłoszenie.

Dla współczesnego systemu ubezpieczeń gospodarczych charakterystyczną cechą jest sposób zawarcia umowy ubezpieczenia, odmienny od tego, jaki obowiązuje w polskim systemie ubezpieczeń społecznych. W przypadku ubezpieczeń gospodarczych nawiązanie stosunku ubezpieczeniowego następuje bowiem jedynie poprzez zawarcie umowy ubezpieczenia między zakładem ubezpieczeń i ubezpieczającym.

Wypłatę świadczeń przysługujących z ubezpieczenia społecznego gwarantuje państwo. Natomiast za zobowiązania instytucji oferujących ubezpieczenia gospodarcze odpowiadają zakłady ubezpieczeń. W przypadku ogłoszenia upadłości zakładu ubezpieczeń, prowadzącego ubezpieczenia gospodarcze, ubezpieczeni generalnie nie mogą liczyć na zaspokojenie swoich roszczeń. Wyjątkiem są umowy niektórych ubezpieczeń obowiązkowych oraz umowy ubezpieczenia na życie, z tytułu których, w przypadku ogłoszenia upadłości zakładu ubezpieczeń, roszczenia osób uprawnionych do otrzymania odszkodowania lub świadczenia zaspokajają w całości lub części Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny⁶⁴.

Ubezpieczenia dobrowolne i ubezpieczenia obowiązkowe

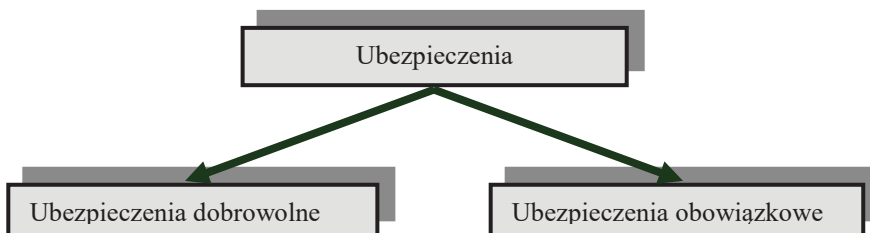
Ze względu na swobodę (lub jej brak) w nawiązywaniu umowy ubezpieczeniowej w ramach ubezpieczeń wyróżnia się ubezpieczenia obowiązkowe i ubezpieczenia dobrowolne. Zarówno w przypadku ubezpieczeń dobrowolnych, jak i ubezpieczeń obowiązkowych warunkiem koniecznym jest zawarcie umowy ubezpieczenia,

⁶³ Zob. W. Muszalski, *Prawo socjalne*, PWN, Warszawa 1996, s. 103-104.

⁶⁴ Zob. A. Kufel-Siemska, *Podział ubezpieczeń*, op. cit., s. 143-147.

z tym że w przypadku ubezpieczeń obowiązkowych przepisy prawne nakładają na wskazane podmioty obowiązek zawarcia tejże umowy, wynikający z prowadzenia określonej działalności lub posiadania pewnych przedmiotów. Zakład ubezpieczeń prowadzący działalność w zakresie ubezpieczenia obowiązkowego nie może odmówić zawarcia umowy tego ubezpieczenia. Istotną cechą ubezpieczeń obowiązkowych jest to, iż w przeciwieństwie do ubezpieczeń dobrowolnych, w odniesieniu do tych pierwszych nie obowiązuje zasada swobody umów, stanowiąca m.in., iż każda ze stron umowy ma swobodę co do tego, czy w ogóle zawrzeć umowę. Poza tym ze względu na to, że w przypadku niektórych ubezpieczeń obowiązkowych ogólne warunki ubezpieczeń określa w drodze rozporządzenia minister finansów, w odniesieniu do tych ubezpieczeń zasada swobody umów zostaje naruszona również co do tego, na jakich warunkach zawrzeć umowę ubezpieczenia⁶⁵.

W pewnych okolicznościach posiadanie ochrony ubezpieczeniowej nie jest kwestią swobodnej decyzji. Przyjmując kryterium swobody, wyróżnia się w tym zakresie ubezpieczenia dobrowolne i obowiązkowe. Ubezpieczenia obowiązkowe to takie, które są wymagane przepisami prawa. Państwo ingeruje w przypadku ubezpieczeń obowiązkowych w sferę wolności osobistej i gospodarczej obywateli, naruszając zasadę swobody umów (co do faktu ich zawierania lub nawet co do kształtowania ich treści). Dlatego obowiązek posiadania ochrony w postaci ubezpieczenia ograniczony jest do sytuacji o istotnym znaczeniu społecznym (ochrona poszkodowanych, masowy charakter ewentualnych szkód). Z tego też powodu obowiązek zawarcia umowy ciąży także na zakładzie ubezpieczeń (jeżeli tylko prowadzi dane ubezpieczenie), obowiązek ten realizowany jest przez zawarcie stosownej umowy (rys. 2.2)⁶⁶.



Rysunek 2.2. Podział ubezpieczeń według kryterium występowania swobody w nawiązywaniu stosunku ubezpieczenia

Źródło: R. Garbiec, *Ubezpieczenia w teorii i praktyce*, cz. II, op. cit., s. 43

Wewnętrzne zróżnicowanie grupy ubezpieczeń obowiązkowych jest przyczyną wyróżniania w literaturze przedmiotu ubezpieczeń obowiązkowych powszechnych i ubezpieczeń obowiązkowych szczególnych. Podstawowym kryterium ich

⁶⁵ Ibidem, s. 153.

⁶⁶ Zob. I. Kwiecień, *Istota i rola ubezpieczeń*, op. cit., s. 45.

wyodrębnienia jest charakter prawny ogólnych warunków ubezpieczeń⁶⁷. Ubezpieczenia obowiązkowe są wymagane przepisami prawa i realizowane poprzez zawarcie umowy między zakładem ubezpieczeń a zainteresowaną osobą. Ubezpieczenia te dzielą się na⁶⁸:

1. Ubezpieczenia obowiązkowe powszechne, których zasady zostały ustalone w rozporządzeniu ministra finansów, zalicza się do nich:
 - ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych⁶⁹,
 - ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej rolników,
 - ubezpieczenie budynków w gospodarstwie rolnym od ognia i innych zdarzeń losowych,
 - ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej doradców podatkowych,
 - ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej,
 - ubezpieczenie obowiązkowe adwokatów od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy wykonywaniu czynności adwokackich.
2. Ubezpieczenia obowiązkowe szczególne – tutaj warunki ustalania umowy ubezpieczeniowej pozostają w ramach zakładów ubezpieczeń. Do tych ubezpieczeń należą ubezpieczenia OC:
 - przewoźnika lotniczego wykonującego międzynarodowe loty handlowe,
 - posiadacza obcego cywilnego statku powietrznego w Polsce,
 - organizatorów imprez masowych,
 - osób eksploatujących obiekt jądrowy,
 - brokerów ubezpieczeniowych,
 - notariuszy,
 - organizatorów i pośredników turystycznych,
 - komorników sądowych,
 - rzeczoznawców majątkowych,
 - ubezpieczenie NW sportowców.

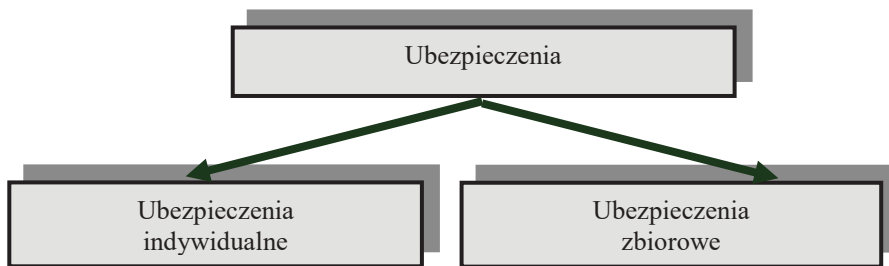
Ubezpieczenia indywidualne i ubezpieczenia zbiorowe

Ze względu na liczbę podmiotów objętych ochroną ubezpieczeniową wyróżnia się ubezpieczenia indywidualne i ubezpieczenia zbiorowe (rys. 2.3).

⁶⁷ A. Kufel-Siemińska, *Podział ubezpieczeń*, op. cit., s. 153.

⁶⁸ Zob. M. Gasińska, *Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej*, [w:] J. Monkiewicz (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. II – *Produkty*, Poltext, Warszawa 2001, s. 329-331. Więcej na temat ubezpieczeń komunikacyjnych: K. Ortyński, *Ubezpieczenia komunikacyjne, istota, grupy ryzyka*, [w:] E. Wierzbicka (red.), *Ubezpieczenia non-life*, CeDeWu, Warszawa 2022.

⁶⁹ Więcej na temat ubezpieczeń OC: E. Mysliwiec, *Istota, konstrukcja i rodzaje ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej*, [w:] E. Wierzbicka (red.), *Ubezpieczenia non-life*, CeDeWu, Warszawa 2022.



Rysunek 2.3. Podział ubezpieczeń według kryterium liczby podmiotów objętych ubezpieczeniem

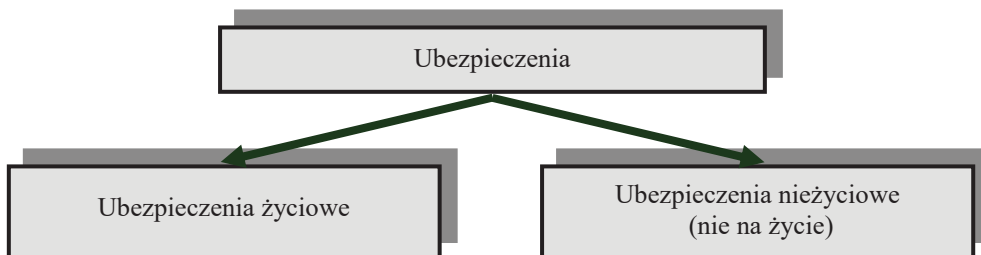
Źródło: R. Garbiec, *Ubezpieczenia w teorii i praktyce*, cz. II, op. cit., s. 48

Ubezpieczenia zbiorowe to takie ubezpieczenia, w których ryzyka jednego rodzaju zostają pokryte poprzez objęcie większej liczby przedmiotów lub osób jedną umową ubezpieczenia. Przedmiotem ubezpieczenia zbiorowego jest więc kilka obiektów (ubezpieczenia majątkowe) lub dobra osobiste kilku podmiotów (ubezpieczenia osobowe). Specyficzną odmianą ubezpieczeń zbiorowych są ubezpieczenia grupowe. Charakterystyczną cechą ubezpieczeń grupowych jest to, że dotyczą one tylko ryzyk osobowych. Umowa grupowego ubezpieczenia osobowego obejmuje wiele osób, z których każda ubezpieczona jest na własny rachunek. Ubezpieczenie grupowe charakteryzuje się między innymi specyfiką sposobu oceny ryzyka. W ubezpieczeniach grupowych ocena ryzyka dokonywana jest dla całej grupy ubezpieczonych. Nie bierze się więc pod uwagę takich kwestii, jak stan zdrowia ubezpieczonego, choroby występujące w rodzinie ubezpieczonego, zawodów i hobby osoby ubezpieczonej itp.⁷⁰ Natomiast ubezpieczenia indywidualne dotyczą jednego przedmiotu lub jednej osoby objętej umową ubezpieczenia.

Ubezpieczenia życiowe i ubezpieczenia nieżyciowe (nie na życie, pozostałe)

Ubezpieczenia życiowe obejmują swoim zakresem przede wszystkim życie ubezpieczonych. Do ubezpieczeń nieżyciowych zaliczamy wszystkie pozostałe rodzaje ubezpieczeń. Cechą charakterystyczną dla ubezpieczeń nieżyciowych (nie na życie) jest ich krótkotrwałość, z reguły zawierane są one na okres nie dłuższy niż jeden rok. Ubezpieczenia życiowe są zasadniczo długotrwałe, najczęściej zawierane są na okres kilkunastu, a nawet kilkudziesięciu lat. Ubezpieczenia nieżyciowe obejmują zarówno ubezpieczenia osobowe (niedotyczące życia, np. następstw nieszczęśliwych wypadków, zdrowotne), jak i ubezpieczenia majątkowe (czyli przedmioty i obiekty narażone na szkodę losową oraz „interes majątkowy” ubezpieczonego dający się wyrazić w pieniądzu) (rys. 2.4).

⁷⁰ A. Kufel-Siemnińska, *Podział ubezpieczeń*, op. cit., s. 155-156.

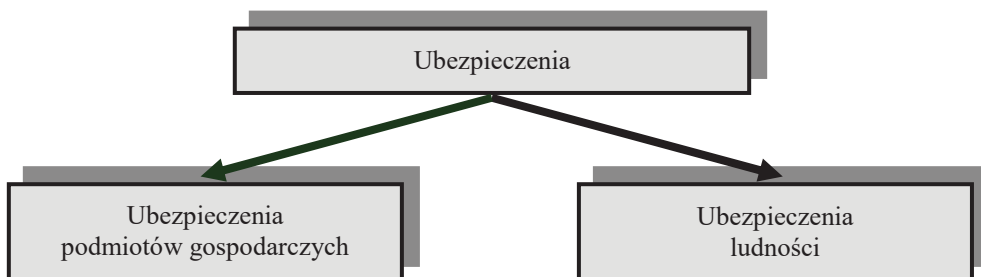


Rysunek 2.4. Podział ubezpieczeń według kryterium zakresu ubezpieczenia

Źródło: R. Garbiec, *Ubezpieczenia w teorii i praktyce*, cz. II, op. cit., s. 45

Ubezpieczenia podmiotów gospodarczych i ubezpieczenia ludności

Ze względu na podmiot ubezpieczenia dzielone są na ubezpieczenia podmiotów gospodarczych i ubezpieczenia ludności (rys. 2.5).



Rysunek 2.5. Podział ubezpieczeń według kryterium podmiotu ubezpieczenia

Źródło: R. Garbiec, *Ubezpieczenia w teorii i praktyce*, cz. II, op. cit., s. 49

Podział ten jest jednak podziałem nieostrym (nie spełnia warunku rozłączności), gdyż w ofercie zakładów ubezpieczeń występują również takie ubezpieczenia, które skierowane są zarówno do podmiotów gospodarczych, jak i do ludności⁷¹.

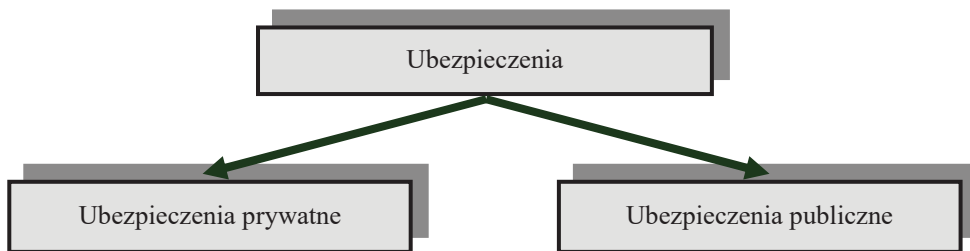
Ubezpieczenia prywatne i ubezpieczenia publiczne

W literaturze ubezpieczeniowej prezentowany jest również podział ubezpieczeń gospodarczych na ubezpieczenia prywatne i ubezpieczenia publiczne (rys. 2.6). Kryterium tego podziału jest forma własności instytucji oferującej ubezpieczenie.

W systemie polskim w przeszłości podział ten nie miał większego znaczenia, gdyż działalność ubezpieczeniową prowadziły jedynie dwa zakłady ubezpieczeń należące do państwa. Obecnie również nie zyskał na znaczeniu, ponieważ większość zakładów ubezpieczeń jest prywatna, a te, w których dominuje kapitał państwowy, w niedalekiej przyszłości zostaną sprywatyzowane⁷².

⁷¹ Ibidem, s. 156.

⁷² Ibidem, s. 156-157.

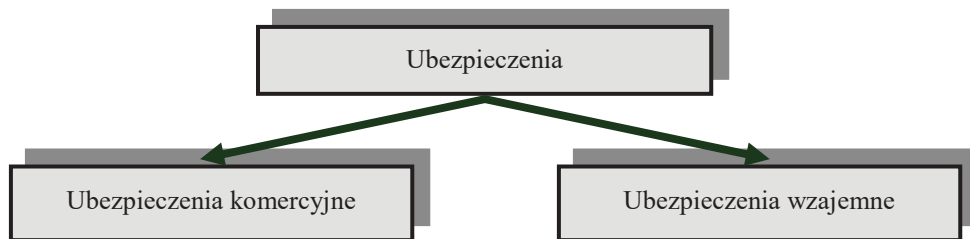


Rysunek 2.6. Podział ubezpieczeń według kryterium formy własności instytucji oferującej ubezpieczenie

Źródło: R. Garbiec, *Ubezpieczenia w teorii i praktyce*, cz. II, op. cit., s. 49

Ubezpieczenia komercyjne i ubezpieczenia wzajemne

Ze względu na formę organizacyjno-prawną oraz cel instytucji oferującej ubezpieczenia wyróżnia się ubezpieczenia komercyjne i ubezpieczenia wzajemne (rys. 2.7). Ubezpieczenia komercyjne oferowane są przez zakłady ubezpieczeń działające w formie spółki akcyjnej, a ubezpieczenia wzajemne przez zakłady ubezpieczeń działające w formie towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych.



Rysunek 2.7. Podział ubezpieczeń według kryterium formy organizacyjno-prawnej zakładu ubezpieczeń świadczącego usługę

Źródło: R. Garbiec, *Ubezpieczenia w teorii i praktyce*, cz. II, s. 50

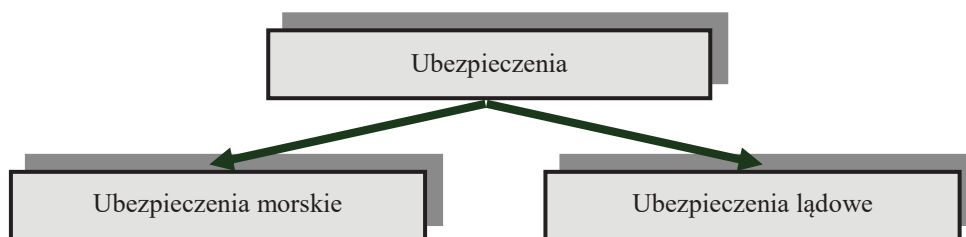
Charakterystyczną cechą towarzystw ubezpieczeń wzajemnych jest ubezpieczenie jego członków na zasadzie wzajemności. Możliwe jest jednak odstępstwo od tej reguły, jednakże w przypadku obejmowania ochroną ubezpieczeniową podmiotów niebędących członkami towarzystwa składki zebrane od tychże podmiotów muszą być składkami stałymi i nie mogą stanowić więcej aniżeli ustawowo określony niewielki procent sumy składek zebranych przez towarzystwo. Towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych działają w interesie swoich członków, dlatego też celem powoływania tej formy organizacyjnej zakładu ubezpieczeń jest zaspokojenie potrzeb w zakresie ochrony ubezpieczeniowej określonych grup społecznych lub zawodowych. Towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych, w przeciwieństwie do zakładów ubezpieczeń działających w formie spółek akcyjnych, są instytucjami *non-profit* (tzn. nieprzynoszącymi zysku)⁷³.

⁷³ Ibidem, s. 157.

Ubezpieczenia komercyjne powadzone są dla zysku tylko i wyłącznie w formie spółek akcyjnych. Obowiązkiem akcjonariuszy takiej spółki jest dostarczenie kapitału na potrzeby organizacyjne oraz gwarancyjne. Prawem akcjonariuszy jest czerpanie zysku z działalności ubezpieczeniowej.

Ubezpieczenia morskie i ubezpieczenia lądowe

W literaturze dotyczącej problematyki ubezpieczeń gospodarczych często spotykanym podziałem jest podział ubezpieczeń na ubezpieczenia morskie i ubezpieczenia lądowe (rys. 2.8). Dokonując tego podziału, należy wskazać, że nie spełnia on warunku adekwatności, gdyż pomiędzy ubezpieczeniami morskimi i lądowymi znajdują się jeszcze ubezpieczenia lotnicze, żeglugi śródlądowej itp. Zwyczajowo jednak wszystkie ubezpieczenia, które nie są ubezpieczeniami morskimi, zaliczane są do ubezpieczeń lądowych.



Rysunek 2.8. Podział ubezpieczeń ze względu na kryterium miejsca występowania ryzyka

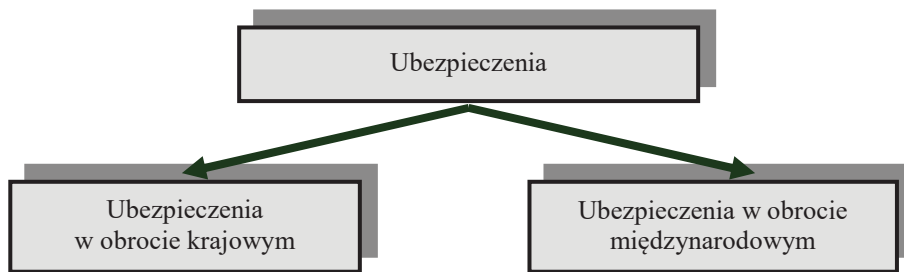
Źródło: R. Garbiec, *Ubezpieczenia w teorii i praktyce*, cz. II, op. cit., s. 51

Ubezpieczenia morskie regulowane są przepisami *Kodeksu morskiego*, a ubezpieczenia lądowe – przepisami *Kodeksu cywilnego*. Uregulowanie problematyki ubezpieczeń morskich odrębnymi przepisami jest związane z międzynarodowym charakterem żeglugi morskiej oraz koniecznością stosowania w nich specjalnych rozwiązań wynikających z samej natury ubezpieczeń morskich. Podziału ubezpieczeń na morskie i lądowe można więc dokonać ze względu na tradycję, odmienność przedmiotu ubezpieczenia, odrębność zasad ubezpieczenia oraz źródeł prawnych⁷⁴.

Ubezpieczenia w obrocie krajowym i ubezpieczenia w obrocie międzynarodowym

Kolejnym podziałem ubezpieczeń jest podział ze względu na zakres terytorialny świadczonej ochrony ubezpieczeniowej. Zastosowanie tego kryterium pozwala na wyodrębnienie ubezpieczeń w obrocie krajowym i ubezpieczeń w obrocie międzynarodowym (rys. 2.9).

⁷⁴ Ibidem, s. 157-158.



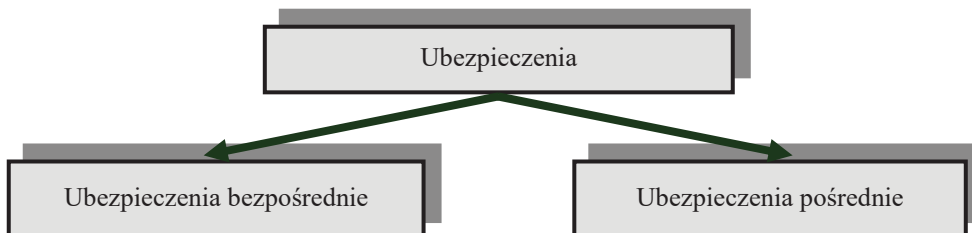
Rysunek 2.9. Podział ubezpieczeń ze względu na kryterium zakresu terytorialnego świadczonej ochrony ubezpieczeniowej

Źródło: R. Garbiec, *Ubezpieczenia w teorii i praktyce*, cz. II, op. cit., s. 51

Wyodrębnienie ubezpieczeń w obrocie krajowym i ubezpieczeń w obrocie międzynarodowym pozwala dostrzec odmienny charakter ryzyk objętych ochroną ubezpieczeniową w omawianych przypadkach⁷⁵. Podział ten ma istotne znaczenie ze względu na gwarancje ubezpieczeniowe, niezbędne w działalności ubezpieczeniowej prowadzonej w obrocie międzynarodowym⁷⁶.

Ubezpieczenia bezpośrednie i ubezpieczenia pośrednie

Ze względu na podział ryzyka ubezpieczenia dzieli się na ubezpieczenia bezpośrednie i ubezpieczenia pośrednie (rys. 2.10).



Rysunek 2.10. Podział ubezpieczeń według kryterium podziału ryzyka

Źródło: R. Garbiec, *Ubezpieczenia w teorii i praktyce*, cz. II, op. cit., s. 52

Z ubezpieczeniami bezpośrednimi mamy do czynienia w przypadku umów ubezpieczenia, w których ubezpieczycielem jest jeden lub kilka zakładów ubezpieczeń. Kiedy zakład ubezpieczeń dokonuje ponownego transferu ryzyka (na reasekuratora), częstokroć połączonego z rozłożeniem ryzyka pomiędzy zakład ubezpieczeń i reasekuratora oraz w przypadku umów retrocesji, kiedy reasekurator dokonuje kolejnego transferu ryzyka (również na reasekuratora), połączonego najczęściej

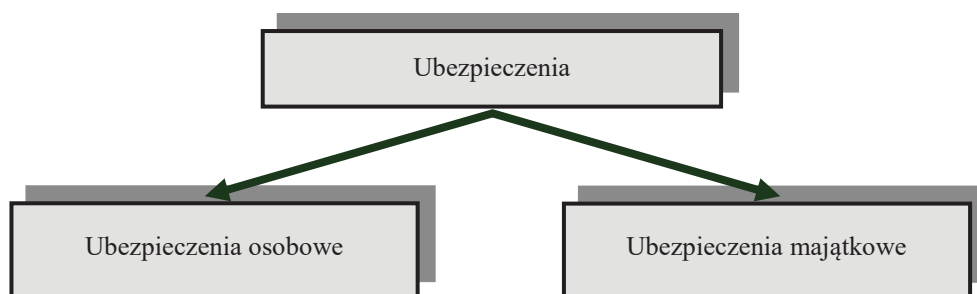
⁷⁵ Ibidem, s. 158.

⁷⁶ Szerzej na temat gwarancji: R. Holly (red.), *Ubezpieczenia finansowe i gwarancje ubezpieczeniowe*, Poltext, Warszawa 2003.

z rozłożeniem ryzyka pomiędzy reasekuratorów, mówimy o ubezpieczeniach pośrednich⁷⁷.

Ubezpieczenia osobowe i ubezpieczenia majątkowe

Ze względu na przedmiot ubezpieczenia w ramach ubezpieczeń wyróżnia się ubezpieczenia osobowe i ubezpieczenia majątkowe (rys. 2.11). Ubezpieczenia osobowe są ubezpieczeniami życia, zdrowia i zdolności do pracy, a ubezpieczenia majątkowe są ubezpieczeniami majątku w postaci rzeczy lub ubezpieczeniami sytuacji majątkowej (interesu majątkowego) ubezpieczonego. W przypadku ubezpieczeń majątkowych przedmiotem ubezpieczenia mogą więc być nie tylko konkretne dobra materialne, lecz także bieżące lub przyszłe aktywa i pasywa podmiotu ubezpieczenia⁷⁸.



Rysunek 2.11. Podział ubezpieczeń według kryterium przedmiotu ubezpieczenia

Źródło: R. Garbiec, *Ubezpieczenia w teorii i praktyce*, cz. II, op. cit., s. 41

W ubezpieczeniach osobowych przedmiotem ubezpieczenia jest osoba ubezpieczonego (jego życie, zdrowie i zdolność do pracy). Ubezpieczenia osobowe dotyczą ryzyk osobowych, w wyniku których dojść może do szkody niedającej się ująć w pieniądzu. Szkoda, jakiej doznaje ubezpieczony na skutek realizacji ryzyk osobowych, jest szkodą niepowetowaną. Specyficzną cechą ubezpieczeń osobowych jest to, że wypadek ubezpieczeniowy nie musi być negatywnym zdarzeniem losowym. W przypadku ubezpieczeń osobowych ochrona ubezpieczeniowa odnosić się może również do pozytywnych zdarzeń losowych, czyli takich, które nie pociągają za sobą szkód, lecz powodują powstanie określonych potrzeb majątkowych. Powstanie tych potrzeb może być związane z: osiągnięciem wieku emerytalnego, którego konsekwencją jest wygaśnięcie aktywności zawodowej; pogorszeniem stanu zdrowia itp., ale także np. z osiągnięciem pełnoletniości, narodzinami dziecka.

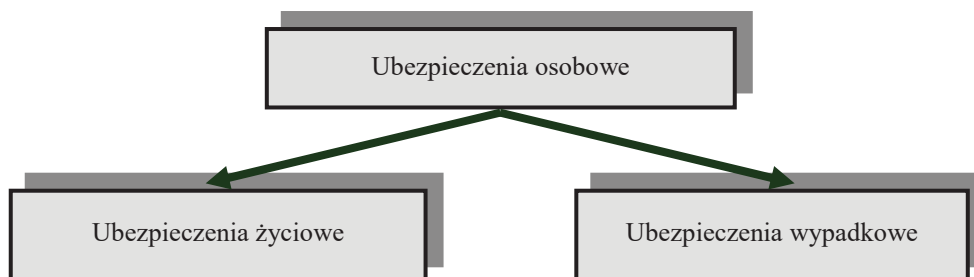
⁷⁷ A. Kufel-Siemińska, *Podział ubezpieczeń*, op. cit., s. 158.

⁷⁸ Zob. E. Kowalewski, *Wprowadzenie do teorii interesu ubezpieczeniowego*, [w:] A. Wąsiewicz (red.), *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, t. III, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 1994, s. 77-79.

W przeciwieństwie do ubezpieczeń osobowych, w których przedmiotem ubezpieczenia są określone dobra osobiste człowieka, wyrażone jako prawa majątkowe, przedmiotem ubezpieczeń majątkowych są prawa i obowiązki majątkowe osoby objętej ochroną ubezpieczeniową. Ubezpieczenia majątkowe dotyczą tylko negatywnych zdarzeń losowych, czyli takich, które pociągają za sobą szkodę wymierną w pieniądzu. W ubezpieczeniach osobowych suma ubezpieczenia jest umowna, zależy więc od woli stron umowy ubezpieczenia, czyli zakładu ubezpieczeń i ubezpieczającego, oraz od możliwości finansowych ubezpieczającego, gdyż wysokość składki ubezpieczeniowej uwarunkowana jest przede wszystkim (wprost proporcjonalnie) wysokością sumy ubezpieczenia jako maksymalnej granicy spodziewanego świadczenia (zasada proporcjonalności składek i świadczeń). W ubezpieczeniach majątkowych suma ubezpieczenia ustalana jest najczęściej na podstawie wartości przedmiotu ubezpieczenia. W zależności od tego, czy stosunek sumy ubezpieczenia do wartości przedmiotu ubezpieczenia (określany mianem wysokości ubezpieczenia) jest mniejszy od jedności, równy jedności czy też większy od jedności, mamy do czynienia z niedoubezpieczeniem, ubezpieczeniem w wartości pełnej lub nadubezpieczeniem.

W następstwie realizacji zdarzeń losowych objętych ochroną ubezpieczeniową (wypadków ubezpieczeniowych) z tytułu ubezpieczeń osobowych zakład ubezpieczeń wypłaca świadczenie, a z tytułu ubezpieczeń majątkowych – odszkodowanie. Kwestia ta znalazła odzwierciedlenie w literaturze niektórych państw zachodnioeuropejskich, gdzie ubezpieczenia dzieli się na ubezpieczenia szkód oraz ubezpieczenia sum. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, iż z tytułu ubezpieczeń osobowych zakład ubezpieczeń wypłaca niekiedy również odszkodowanie, np. z tytułu ubezpieczeń następstw nieszczęśliwych wypadków, gdy zakład ubezpieczeń kompensuje koszty leczenia powypadkowego, koszty zakupu protez czy też koszty przeszkolenia zawodowego.

Ze względu na rodzaj zdarzeń losowych objętych ochroną ubezpieczeniową ubezpieczenia osobowe dzielą się na ubezpieczenia życiowe i ubezpieczenia wypadkowe (rys. 2.12).

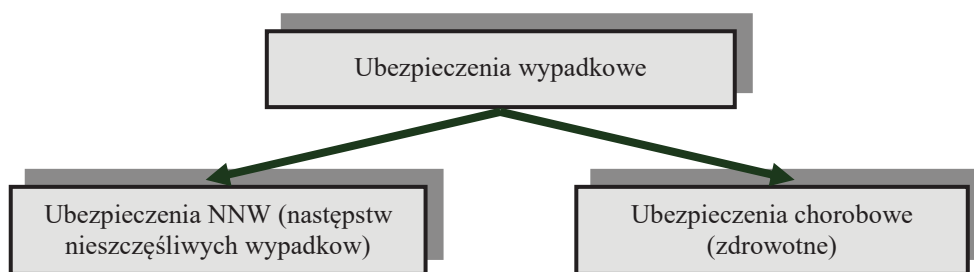


Rysunek 2.12. Podział ubezpieczeń osobowych

Źródło: opracowanie własne

W ubezpieczeniach życiowych wypadkiem ubezpieczeniowym jest śmierć osoby ubezpieczonej lub dożycie przez nią określonego wieku albo liczby lat (miesiące) od chwili zawarcia umowy ubezpieczenia, natomiast w ubezpieczeniach wypadkowych wypadkiem ubezpieczeniowym jest uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia lub śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku. Ponieważ ubezpieczenia życiowe są ubezpieczeniami długookresowymi, ich cechą charakterystyczną jest długi okres trwania umowy ubezpieczenia. Zakład ubezpieczeń ponosi więc przez wiele lat odpowiedzialność gwarancyjną z tytułu ubezpieczeń życiowych i dlatego składka ubezpieczeniowa płacona jest okresowo przez cały czas trwania umowy ubezpieczenia. Ubezpieczający zwolniony jest z obowiązku zapłaty składki dopiero z chwilą zajścia wypadku ubezpieczeniowego, a więc z chwilą śmierci osoby ubezpieczonej lub w momencie dożycia przez tę osobę wieku określonego w umowie ubezpieczenia lub liczby lat od momentu zawarcia tejże umowy. W przypadku ubezpieczeń życiowych zdarzenia losowe objęte ochroną ubezpieczeniową muszą wystąpić i ich efekt jest z góry znany, niewiadomy jest tylko termin ich wystąpienia. Losowość tychże zdarzeń związana jest z niepewnością odnośnie do chwili ich wystąpienia.

Ubezpieczenia wypadkowe, ze względu na rodzaj zdarzeń losowych objętych ochroną ubezpieczeniową, dzielą się na ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków i ubezpieczenia chorobowe (zdrowotne) (rys. 2.13).



Rysunek 2.13. Podział ubezpieczeń wypadkowych

Źródło: opracowanie własne

Mianem nieszczęśliwego wypadku określa się najczęściej zdarzenia, które jednocześnie:

- są spowodowane przez siły działające na zewnątrz;
- są nagłe;
- występują niezależnie (wbrew) od woli poszkodowanego;
- powodują trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia bądź śmierć osoby ubezpieczonej.

Ubezpieczenia majątkowe według kryterium przedmiotu ubezpieczenia dzielą się na ubezpieczenia rzeczowe i majątkowe *sensu stricto* (rys. 2.14).



Rysunek 2.14. Podział ubezpieczeń majątkowych

Źródło: opracowanie własne

Ubezpieczenia rzeczowe są ubezpieczeniami majątku w postaci rzeczy (dóbr materialnych), a ubezpieczenia majątkowe *sensu stricto* dotyczą wartości majątkowych należących do ubezpieczonego, które mogą mieć postać wierzytelności (np. należności kredytowe), wartości, których uzyskania oczekuje ubezpieczony w przyszłości (np. zysk) oraz wartości, które mogą pomniejszyć majątek osoby objętej ochroną ubezpieczeniową (np. zobowiązania). Ubezpieczeniami majątkowymi *sensu stricto* są w szczególności ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oraz ubezpieczenia różnych ryzyk finansowych⁷⁹.

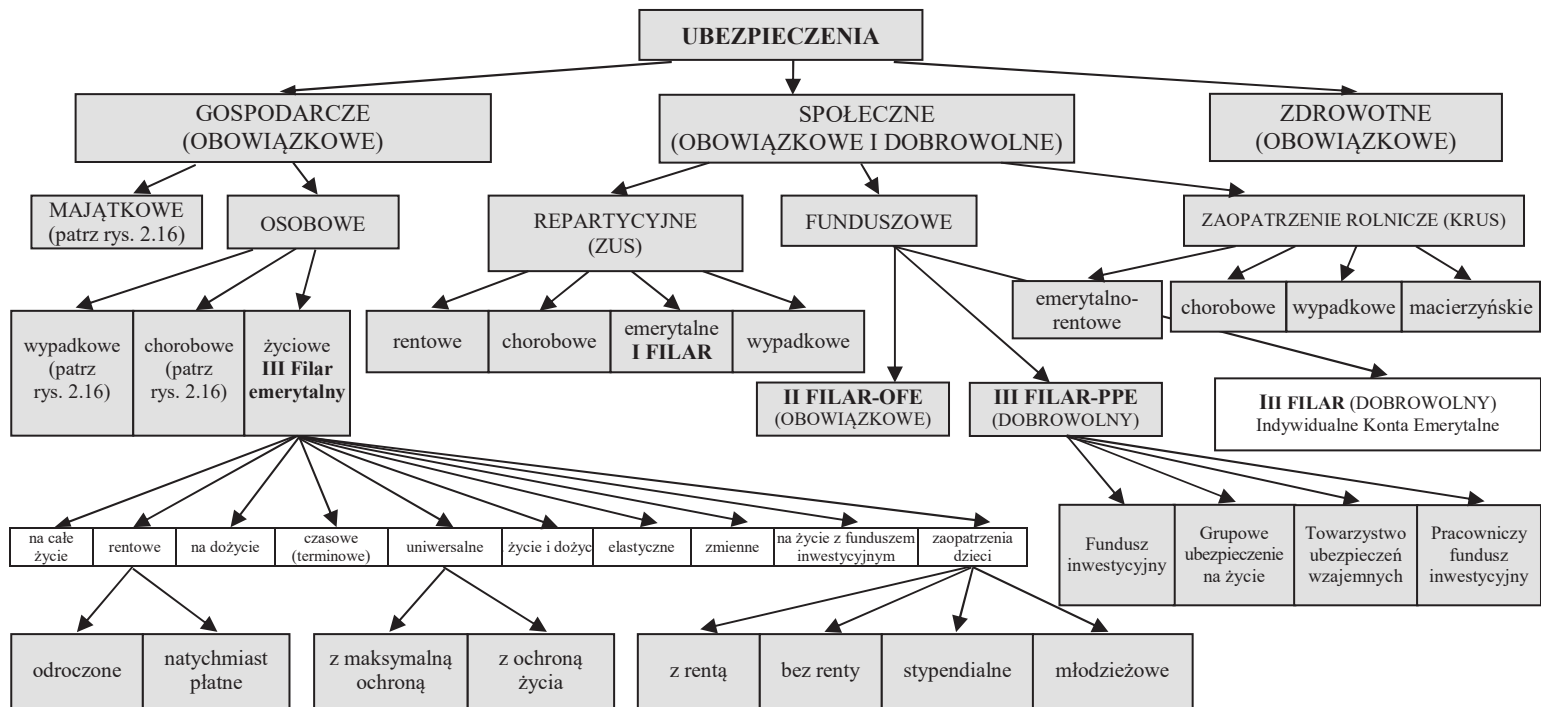
2.4. Zestawienie rodzajów ubezpieczeń na polskim rynku ubezpieczeniowym

Na rysunku 2.15 został zaprezentowany podział ubezpieczeń według rodzajów ubezpieczeń oferowanych przez polskie zakłady ubezpieczeń. Podział ten jest podziałem niedychotomicznym i tymczasowym, gdyż polskie ubezpieczenia charakteryzują się znaczną dynamiką. Być może niebawem powstaną nowe rodzaje ubezpieczeń, o które trzeba będzie zaktualizować funkcjonujący podział.

Przedstawiony podział obejmuje wszystkie rodzaje ubezpieczeń oferowanych na rynku. Pierwotny podział ubezpieczeń na ubezpieczenia społeczne, gospodarcze i zdrowotne oparty jest na kryterium źródeł prawa regulujących funkcjonowanie tych ubezpieczeń, a także na rodzajach instytucji realizujących te ubezpieczenia.

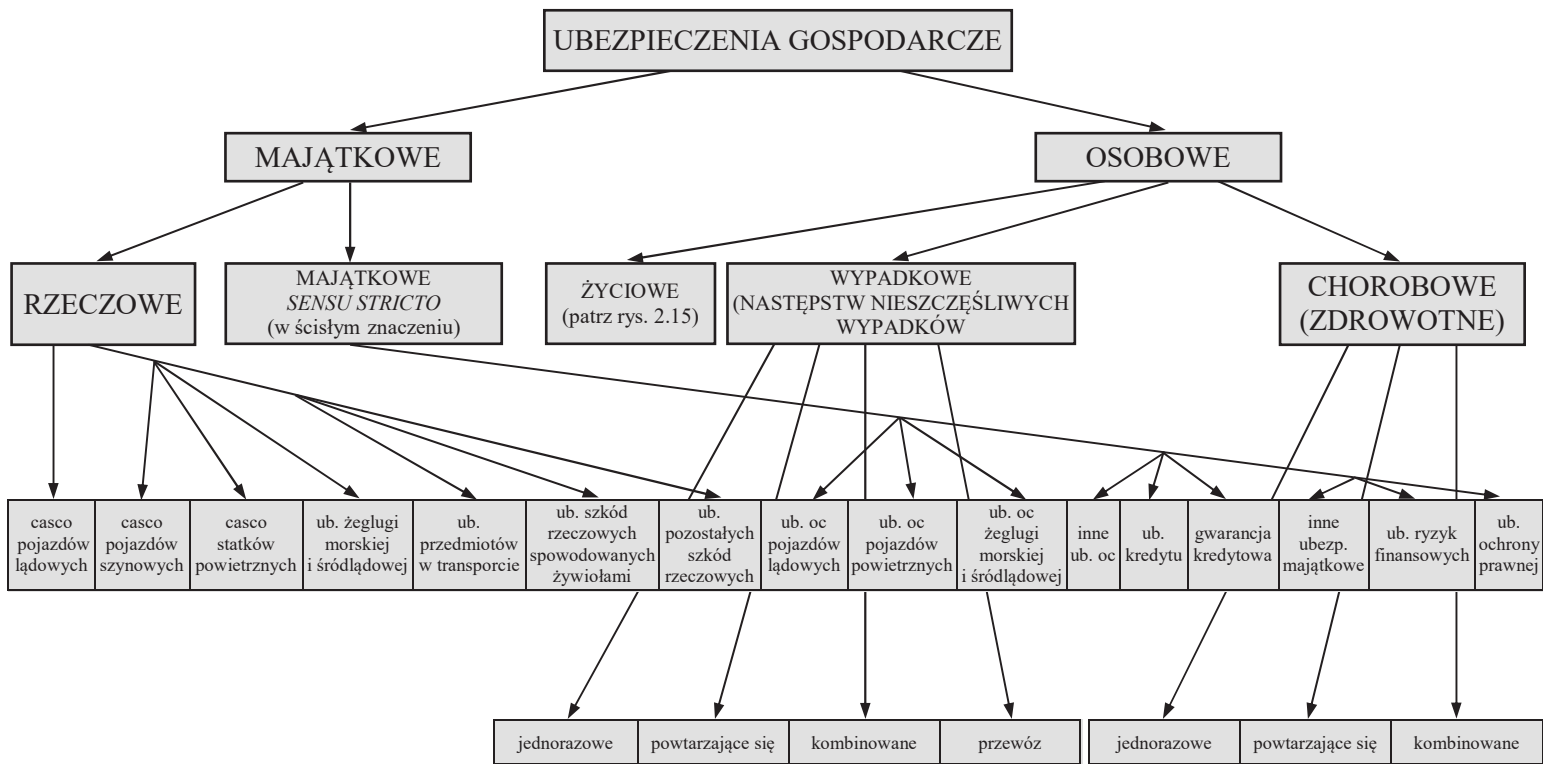
Zaprezentowane na rysunkach 2.15 i 2.16 podziały ubezpieczeń nie występują samoistnie, można między nimi zaobserwować wzajemne przenikanie. I tak ubezpieczenia na życie dzieli się na ubezpieczenia indywidualne i ubezpieczenia grupowe (specyficzny rodzaj ubezpieczenia zbiorowego). Do ubezpieczeń indywidualnych zaliczamy: ubezpieczenia na życie o charakterze oszczędnościowym i ubezpieczenia o charakterze ochronnym, ubezpieczenie na wypadek śmierci, ubezpieczenie na dożycie, ubezpieczenie mieszane – na życie i dożycie, renty życiowe, ubezpieczenia posagowe, produkty z rosnącą sumą ubezpieczenia, polisy z malejącą sumą ubezpieczenia, ubezpieczenia na dwa życia.

⁷⁹ Zob. A. Kufel-Siemska, *Podział ubezpieczeń*, op. cit., s. 149-151.



Rysunek 2.15. Podział ubezpieczeń w Polsce

Źródło: opracowanie własne na podstawie: R. Garbiec, *Ubezpieczenia w teorii i praktyce*, cz. I – *System ubezpieczeń społecznych*, Wydawnictwo Wydziału Zarządzania Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2016, s. 9



Rysunek 2.16. Podział ubezpieczeń gospodarczych

Źródło: R. Garbiec, *Ubezpieczenia w teorii i praktyce*, cz. II, op. cit., s. 55

Do ubezpieczeń grupowych zaliczamy: ubezpieczenie terminowe na życie, ubezpieczenia na wypadek śmierci lub utraty części ciała, ubezpieczenie członków rodziny pracownika, podwyższenie sumy ubezpieczenia (dodatkowa opcja), grupowe ubezpieczenie uniwersalne, ubezpieczenie związane z kredytem konsumpcyjnym, ubezpieczenia medyczne⁸⁰. Zasadniczo każdy rodzaj ubezpieczenia może być oferowany jako ubezpieczenie indywidualne lub alternatywnie ubezpieczenie grupowe.

Istnieją inne bardziej rozbudowane podziały ubezpieczeń w zakresie zaprezentowanych powyżej podziałów. I tak J. Monkiewicz dzieli ubezpieczenia na ubezpieczenia na życie oraz ubezpieczenia majątkowe i osobowe⁸¹. Według tego podziału ubezpieczenia na życie dzielą się na: ubezpieczenia terminowe, ubezpieczenia na całe życie, ubezpieczenia na dożycie, ubezpieczenie na życie i dożycie, ubezpieczenie zaopatrzenia dzieci (posagowe i rentowe), elastyczne ubezpieczenie na życie, ubezpieczenie zmienne na życie, ubezpieczenie na życie z funduszem inwestycyjnym, ubezpieczenie uniwersalne na życie, renty życiowe⁸².

Ubezpieczenia majątkowe i osobowe dzielą się na: ubezpieczenia komunikacyjne, ubezpieczenia przemysłowe, ubezpieczenia rolne, ubezpieczenia finansowe, ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, ubezpieczenia transportowe, ubezpieczenia zdrowotne⁸³. Ubezpieczenia komunikacyjne dzielą się na ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, ubezpieczenia autocasco, ubezpieczenia assistance, ubezpieczenia bagażu, ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, ubezpieczenie kosztów leczenia i następstw nieszczęśliwych wypadków w podróży zagranicznej⁸⁴. Ubezpieczenia przemysłowe dzielą się na: ubezpieczenia mienia od ognia i innych zdarzeń losowych, ubezpieczenia inżynierskie, ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej, ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za produkt, ubezpieczenie utraty zysku w wyniku ognia i innych zdarzeń losowych⁸⁵.

⁸⁰ Zob. A. Olęarczuk, *Tradycyjne ubezpieczenia indywidualne*, [w:] O. Doan (red.), *Ubezpieczenia życiowe*, Poltext, Warszawa 1996, s. 61-82; M. Olszewik, *Ubezpieczenia grupowe*, [w:] O. Doan (red.), *Ubezpieczenia życiowe*, op. cit., s. 91-114. Zagadnienia ubezpieczeń grupowych szczegółowo zaprezentował też: E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie...*, op. cit., s. 105-276.

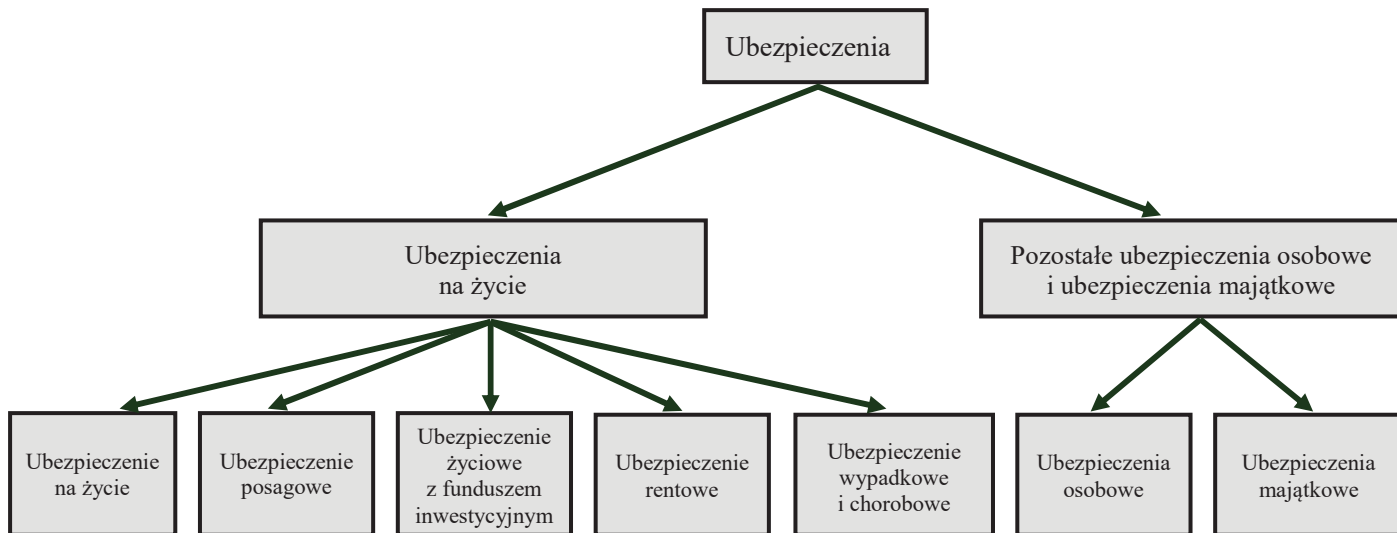
⁸¹ Zob. J. Monkiewicz (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. II – *Produkty*, Poltext, Warszawa 2001, s. 85-441.

⁸² Szerzej na ten temat: B. Hadyniak, *Produkty ubezpieczeń na życie*, [w:] J. Monkiewicz (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. II, op. cit., Poltext, Warszawa 2001, s. 85-124.

⁸³ Zob. J. Monkiewicz (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. II, op. cit., s. 125-441.

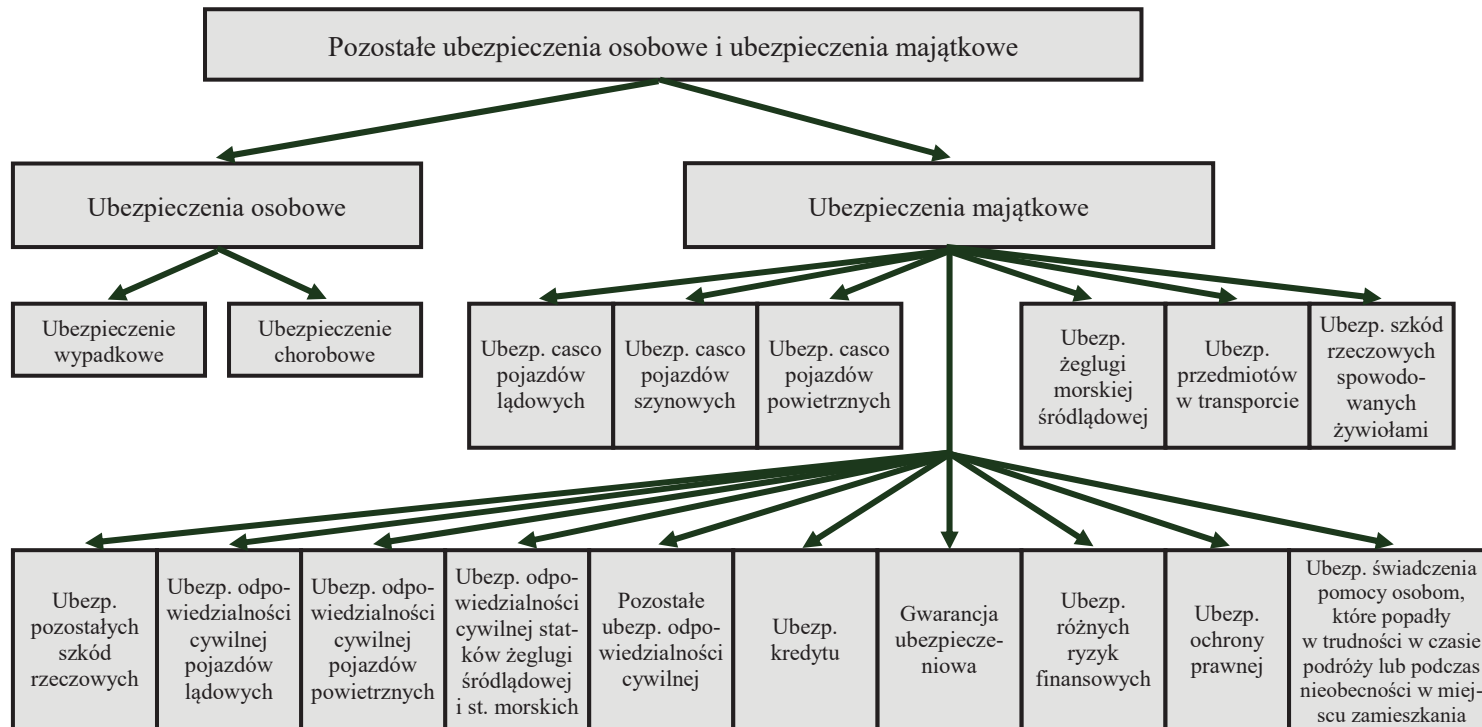
⁸⁴ Szerzej na ten temat: P. Kaczanowski, *Ubezpieczenia komunikacyjne*, [w:] J. Monkiewicz (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. II, op. cit., s. 125-178.

⁸⁵ Szerzej na ten temat: L. Gąsioriewicz, R. Micyk, *Ubezpieczenia przemysłowe*, [w:] J. Monkiewicz (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. II, op. cit., s. 178-242.



Rysunek 2.17. Ustawowy podział ubezpieczeń

Źródło: R. Garbicc, *Ubezpieczenia w teorii i praktyce*, cz. II, op. cit., s. 46



Rysunek 2.18. Podział pozostałych ubezpieczeń osobowych i ubezpieczeń majątkowych

Źródło: R. Garbiec, Ubezpieczenia w teorii i praktyce, cz. II, op. cit., s. 47

Ubezpieczenia rolne dzieli się na: ubezpieczenie majątkowe (obowiązkowe), ubezpieczenie dobrowolne w rolnictwie (mienia ruchomego, upraw, plonów, drzew i krzewów owocowych, plantacji jagodowych) rolnictwa od skutków klęsk żywiołowych, inne ubezpieczenia (od zniszczenia przez powódź lub nawałnicę, zakontraktowanych upraw, kosztów zastosowania środków chemicznych, produkcji fermowej zwierząt)⁸⁶. Ubezpieczenia finansowe dzielą się na: ubezpieczenie kredytu, ubezpieczenie należności, ubezpieczenie kontraktu eksportowego, gwarancje ubezpieczeniowe⁸⁷. Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej dzielone są na ubezpieczenia obowiązkowe (np. powszechne, branżowe) i ubezpieczenia dobrowolne⁸⁸.

W literaturze przedmiotu spotyka się także podział według ustawy o działalności ubezpieczeniowej. Nie jest to podział klasyczny (dychotomiczny), ale wprowadzony ustawowo (rys. 2.17). Podział pozostałych ubezpieczeń osobowych i ubezpieczeń majątkowych prezentuje rysunek 2.18.

Systematyczny rozwój ubezpieczeń powoduje, że można tworzyć kolejne klasyfikacje „produktów” ubezpieczeniowych. Dotychczasowe klasyfikacje można dzielić według kolejnych kryteriów podziału. Jeżeli zastosowany jest podział dychotomiczny, to powstałe klasyfikacje są zasadniczo proste, ale przy zastosowaniu innych typów podziałów ilość rodzajów ubezpieczeń gwałtownie wzrasta.

Podsumowanie

Przedstawione powyżej dychotomiczne (i nie tylko) podziały ubezpieczeń stanowią prezentację wybranych klasyfikacji ubezpieczeń. W ubezpieczeniach zarówno w Polsce, jak i na świecie występuje wiele innych podziałów ubezpieczeń.

Klasyfikacja ubezpieczeń jest zbiorem otwartym, jej wielkość zależy jedynie od zastosowanego kryterium podziału (najczęściej dychotomicznego). Mając na względzie stały rozwój tej dyscypliny naukowej, można się spodziewać powstania kolejnych rodzajów ubezpieczeń. Jak każdy podział klasyfikacja ubezpieczeń może budzić wątpliwości, czy na przykład zastosowane kryterium podziału jest właściwe, czy po określeniu tego kryterium zaprezentowany podział wyczerpuje pełny zestaw ubezpieczeń. Rozstrzygnięcie tego typu dylematów jest dużym wyzwaniem dla autorów stosowanych klasyfikacji.

⁸⁶ Szerzej na ten temat: E. Wojciechowska-Lipka, *Ubezpieczenia rolne*, [w:] J. Monkiewicz (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. II, op. cit., s. 243-269.

⁸⁷ Szerzej na ten temat L. Michalik, D. Seliga, *Ubezpieczenia finansowe*, [w:] J. Monkiewicz (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. II, op. cit., s. 270-312.

⁸⁸ Szerzej na ten temat: M. Gasińska, *Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej*, [w:] J. Monkiewicz (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. II, op. cit., s. 313-386.

Literatura

1. Borda M., *Ryzyko zarządzania finansami w zakładach ubezpieczeń na życie*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 2006.
2. Cycoń M., Jedynek T., Stupczewski J. (red.), *Ubezpieczenia gospodarcze i społeczne w dobie przemian*, Fundacja Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2017.
3. Dąbrowska E., *Ubezpieczenia na życie*, [w:] Iwanicz-Drozdowska M. (red.), *Ubezpieczenia*, PWE, Warszawa 2018.
4. *Encyklopedia Zarządzania*, <https://mfiles.pl/pl/index.php/Dyskusja:Ubezpieczenie> (dostęp: 20.01.2022).
5. Garbiec R., *Ubezpieczenia w teorii i praktyce, część I – System ubezpieczeń społecznych*, Wydawnictwo Wydziału Zarządzania Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2016.
6. Garbiec R., *Ubezpieczenia w teorii i praktyce, część II – Ubezpieczenia gospodarcze i zdrowotne*, Wydawnictwo Wydziału Zarządzania Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2016.
7. Gasińska M., *Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej*, [w:] Monkiewicz J. (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. II – Produkty, Poltext, Warszawa 2001.
8. Gasińska M., *Ubezpieczenia turystyczne w systemie ubezpieczeń gospodarczych*, „Zeszyty Naukowe Uczelni Vistula” 2013, nr 32, s. 48-67.
9. Gąsioriewicz L., Micyk R., *Ubezpieczenia przemysłowe*, [w:] Monkiewicz J. (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. II – Produkty, Poltext, Warszawa 2001.
10. Hadyniak B., *Produkty ubezpieczeń na życie*, [w:] Monkiewicz J. (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. II – Produkty, Poltext, Warszawa 2001.
11. Kaczanowski P., *Ubezpieczenia komunikacyjne*, [w:] Monkiewicz J. (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. II – Produkty, Poltext, Warszawa 2001.
12. Kaczmarek M., *Ubezpieczenia majątkowe dla podmiotów gospodarczych*, [w:] Wierzbicka E. (red.), *Ubezpieczenia non-life*, CeDeWu, Warszawa 2022.
13. Kitala D., *Organizacja systemu ubezpieczeń społecznych*, [w:] Iwanicz-Drozdowska M. (red.), *Ubezpieczenia*, PWE, Warszawa 2018.
14. Kowalewski E., *Stan prawny ubezpieczeń obowiązkowych w Polsce*, PIU, Warszawa 2013.
15. Kufel-Siemieńska A., *Podział ubezpieczeń*, [w:] Sangowski T. (red.), *Ubezpieczenia gospodarcze*, Poltext, Warszawa 2000.
16. Kwiecień I., *Istota i rola ubezpieczeń*, [w:] Ronka-Chmielowiec W. (red.), *Ubezpieczenia. Rynek i ryzyko*, PWE, Warszawa 2002.
17. Łazowski J., *Wstęp do nauki o ubezpieczeniach*, adapt. i red. nauk. Mogilski W., Wydawnictwo Prawnicze Lex, Sopot 1998.
18. Michalik L., Seliga D., *Ubezpieczenia finansowe*, [w:] Monkiewicz J. (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, Poltext, Warszawa 2001.

19. Mogilski W.W., *Przymus ubezpieczenia na tle projektu ustawy działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2015, nr 1.
20. Monkiewicz J. (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. II – *Produkty*, Poltext, Warszawa 2001.
21. Muszalski W., *Prawo socjalne*, PWN, Warszawa 1996.
22. Myśliwiec E., *Istota, konstrukcja i rodzaje ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej*, [w:] Wierzbicka E. (red.), *Ubezpieczenia non-life*, CeDeWu, Warszawa 2022.
23. Olarczuk A., *Tradycyjne ubezpieczenia indywidualne*, [w:] Doan O. (red.), *Ubezpieczenia życiowe*, Poltext, Warszawa 1996.
24. Olszewik M., *Ubezpieczenia grupowe*, [w:] Doan O. (red.), *Ubezpieczenia życiowe*, Poltext, Warszawa 1996.
25. Ortyński K., *Ubezpieczenia komunikacyjne, istota, grupy ryzyka*, [w:] Wierzbicka E. (red.), *Ubezpieczenia non-life*, CeDeWu, Warszawa 2022.
26. Pietroń R., *Ubezpieczenia gospodarcze*, Politechnika Wrocławska, Wrocław 2013.
27. Stroński E., *Ubezpieczenia na życie. Teoria i praktyka*, Poltext, Warszawa 2004.
28. Sułkowska W. (red.), *Ubezpieczenia*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Kraków 2007.
29. Szczepański M., *Ubezpieczenia w logistyce*, Wydawnictwo Politechniki Poznańskiej, Poznań 2011.
30. Śliwiński A., *Ryzyko ubezpieczeniowe. Taryfy – budowa i optymalizacja*, Poltext, Warszawa 2002.
31. Wojciechowska-Lipka E., *Ubezpieczenia rolne*, [w:] Monkiewicz J. (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. II – *Produkty*, Poltext, Warszawa 2001.

3. FINANSOWE ASPEKTY DZIAŁALNOŚCI ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ

Izabela Krawczyk-Sokołowska, Roman Garbiec

Wprowadzenie

Podmiotami (stronami) ubezpieczeń są zakład ubezpieczeń i ubezpieczający. Osoba ubezpieczająca zawierająca umowę ubezpieczenia dokonuje wyboru, z którym zakładem ubezpieczeń zawrze umowę. Aby dokonać właściwego (najkorzystniejszego) wyboru, ubezpieczony winien dokonać analizy porównawczej według określonych kryteriów oferowanych rodzajów ubezpieczeń. Najprostszą metodą w tym zakresie jest przeanalizowanie oferowanych warunków umów ubezpieczeniowych określonych w owu (ogólnych warunkach ubezpieczenia). W postępowaniu tym niezwykle pomocna jest analiza wskaźnikowa określająca kondycję finansową zakładów ubezpieczeń. Od tej analizy oraz od znajomości mechanizmów ustalania wysokości składek zależy, czy dokonywany wybór jest właściwy. Zakłady ubezpieczeń działające na rynku kierują się standardami z zakresu finansów, wśród których znajomość mechanizmów regulujących zarządzanie finansami (aktywami i pasywami) jest niezwykle istotna dla ostatecznego bilansu zakładów.

3.1. Istota zarządzania finansami zakładu ubezpieczeń

Każdy zakład ubezpieczeń, uwzględniając swój rozwój, musi, oprócz aspektu formalnego i organizacyjnego, zwrócić szczególną uwagę na swoją sytuację finansową. Finanse zakładu ubezpieczeń to proces gromadzenia i wydatkowania środków pieniężnych, który związany jest z prowadzeniem działalności ubezpieczeniowej. Zakład ubezpieczeń, chcąc wykonywać swoją działalność gospodarczą, jest zobligowany ustawą o działalności ubezpieczeniowej do dysponowania określonym majątkiem, czyli aktywami. Natomiast źródłem finansowania majątku są pasywa. Strukturę aktywów i pasywów na określony moment działalności zakładu ubezpieczeń przedstawia bilans. Zgodnie z obowiązującymi zasadami ewidencjonowania działalności podmiotów gospodarczych musi być sporządzany nie rzadziej

niż raz w roku⁸⁹. Schemat struktury bilansu zakładu ubezpieczeń przedstawiono w tabeli 3.1.

Tabela 3.1. Struktura bilansu zakładu ubezpieczeń

Majątek = Aktywa	Źródła finansowania = Pasywa
A. Wartości niematerialne i prawne	A. Kapitał własny
B. Lokaty	B. Zobowiązania podporządkowane
C. Aktywa netto ubezpieczeń na życie, gdy ryzyko lokaty ponosi ubezpieczający	C. Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe
D. Należności	D. Udział reasekuratorów w rezerwach techniczno-ubezpieczeniowych (wartość ujemna)
E. Inne składniki aktywów	E. Oszacowane regresy i odzyski (wielkość ujemna)
F. Rozliczenia międzyokresowe	F. Pozostałe rezerwy
	G. Zobowiązania z tytułu depozytów reasekuratorów
	H. Pozostałe zobowiązania i fundusze specjalne
	I. Rozliczenia międzyokresowe

Źródło: Ustawa z dnia 24 września 1994 r. o rachunkowości (t.j. Dz.U. 2021 poz. 217, Załącznik nr 3 – Zakres informacji wykazywanych w sprawozdaniu finansowym, o którym mowa w art. 45 ustawy, dla zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji)

Wartości liczbowe ujęte w bilansie zmieniają się zarówno na skutek zmian wartości poszczególnych składników majątkowych, jak i źródeł ich finansowania. Operacje gospodarcze realizowane przez zakład ubezpieczeń na bieżąco są ewidencjonowane i mają konkretny wymiar pieniężny, to znaczy dotyczą gromadzenia i wydatkowania pieniędzy na określone cele⁹⁰.

Źródła zmian środków pieniężnych w zakładzie ubezpieczeń przedstawiono w tabeli 3.2. Zarządzanie finansami zakładu ubezpieczeń polega na sterowaniu pozyskiwaniem źródeł kapitału oraz lokowaniu go w składnikach majątkowych w sposób pozwalający na realizację założonego celu strategicznego⁹¹. Zasadniczym celem strategicznym każdego przedsiębiorstwa w gospodarce rynkowej jest maksymalizacja rynkowej wartości przedsiębiorstwa. Osiągany systematycznie zysk w długoterminowej strategii stanowi podstawę do wzrostu wartości zakładu ubezpieczeniowego. Zakład ubezpieczeniowy może postawić sobie inne cele strategiczne, mogą nimi być:

- maksymalizacja zysku,
- maksymalizacja sprzedaży,
- osiągnięcie zamierzonego poziomu zysku,

⁸⁹ Szerzej na temat działalności finansowej zakładów ubezpieczeń: E. Poprawska, *Obszary działalności zakładów ubezpieczeń*, [w:] W. Ronka-Chmielowiec (red.), *Ubezpieczenia*, C.H.Beck, Warszawa 2016; M. Lament, *Zarządzanie finansami zakładu ubezpieczeń. Wyplacalność II*, [w:] M. Iwanicz-Drozdowska (red.), *Ubezpieczenia*, PWE, Warszawa 2018; T. Czerwińska, *Specyfika gospodarki finansowej zakładu ubezpieczeń*, [w:] W. Ronka-Chmielowiec (red.), *Ubezpieczenia*, op. cit.

⁹⁰ Por. L. Gąsiorkiewicz, *Zarządzanie finansami zakładu ubezpieczeń. Finanse przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego*, [w:] J. Monkiewicz (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. III – *Przedsiębiorstwo*, Poltext, Warszawa 2003, s. 178.

⁹¹ Ibidem, s. 179.

- osiągnięcie zakładanego udziału w rynku,
- stabilizacja przychodów.

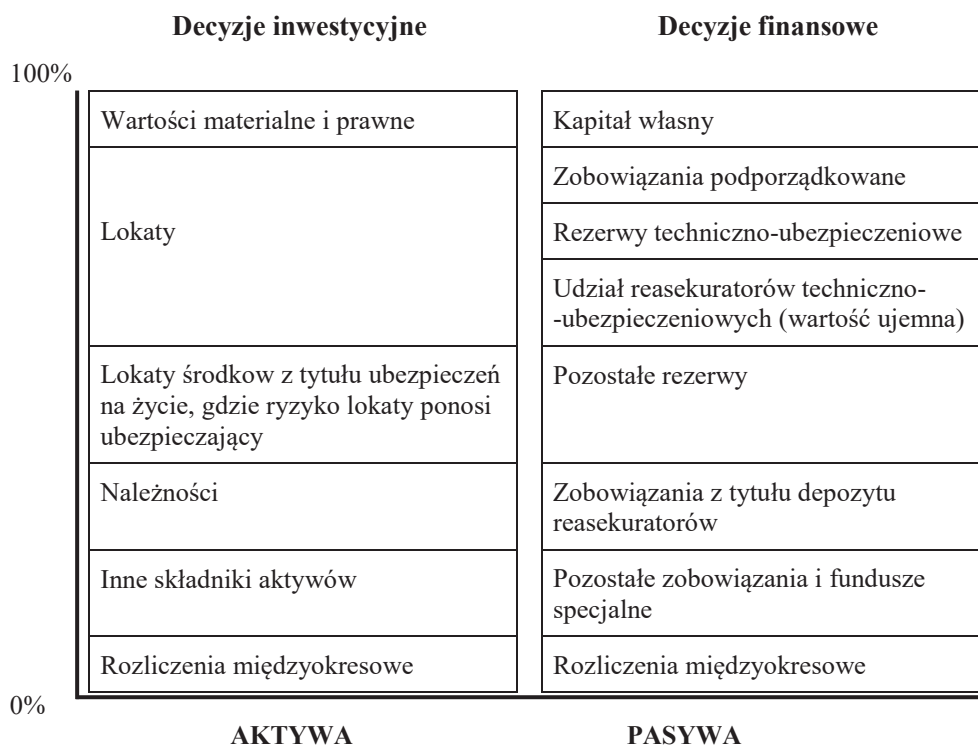
Należy uznać, że cele te mogą być realizowane równocześnie z celem podstawowym, czyli wzrostem rynkowej wartości zakładu ubezpieczeniowego. Zarządzanie finansami w zakładzie ubezpieczeniowym powinno być podporządkowane podstawowemu celowi i przyjętej do realizacji strategii działania. Najważniejszymi elementami wymagającymi uwzględnienia zarówno w krótkoterminowej, jak i długoterminowej strategii rozwoju jest zwrot nakładów oraz związane z tym ryzyko. Także w zakładach ubezpieczeń obowiązuje zależność: mniejszy zwrot nakładów – stosunkowo niskie ryzyko, większy zwrot nakładów – większy efekt przy stosunkowo wysokim ryzyku.

Tabela 3.2. Źródła przyrostu i spadku stanu środków pieniężnych w zakładzie ubezpieczeń

Źródła przyrostu stanu środków pieniężnych	Źródła spadku stanu środków pieniężnych
<p>Wpływy z działalności operacyjnej:</p> <ul style="list-style-type: none"> – wpływy z działalności bezpośredniej oraz reasekuracji czynnej – wpływy z reasekuracji biernej – wpływy z pozostałej działalności operacyjnej <p>Wpływy z działalności lokacyjnej:</p> <ul style="list-style-type: none"> – zbycie nieruchomości – zbycie udziałów, akcji, jednostek uczestnictwa i certyfikatów inwestycyjnych w funduszach inwestycyjnych – realizacja dłużnych papierów wartościowych – likwidacja lokat terminowych w instytucjach kredytowych – realizacja pozostałych lokat – wpływy z nieruchomości – odsetki otrzymane – dywidendy otrzymane – pozostałe wpływy z lokat 	<p>Wydatki z działalności operacyjnej:</p> <ul style="list-style-type: none"> – wydatki z tytułu działalności bezpośredniej i reasekuracji czynnej – wydatki z tytułu reasekuracji biernej – wydatki z pozostałej działalności operacyjnej <p>Wydatki z działalności lokacyjnej:</p> <ul style="list-style-type: none"> – nabycie nieruchomości – nabycie udziałów, akcji, jednostek uczestnictwa i certyfikatów inwestycyjnych w funduszach inwestycyjnych – nabycie dłużnych papierów wartościowych – nabycie lokat terminowych w instytucjach kredytowych – nabycie pozostałych lokat – wydatki na nieruchomości – pozostałe wydatki finansowe
<p>Wpływy z działalności finansowej:</p> <ul style="list-style-type: none"> – wpływy netto z emisji akcji oraz dopłat do kapitału – kredyty, pożyczki oraz emisja dłużnych papierów wartościowych 	<p>Wydatki z działalności finansowej:</p> <ul style="list-style-type: none"> – dywidendy – inne niż wypłata dywidend wydatki z tytułu podziału zysku – nabycie akcji własnych – spłata kredytów, pożyczek oraz wykup własnych dłużnych papierów wartościowych – odsetki od kredytów, pożyczek oraz wyemitowanych własnych dłużnych papierów wartościowych – pozostałe wydatki finansowe

Źródło: L. Gąsioriewicz, *Zarządzanie finansami zakładu ubezpieczeń. Finanse przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego*, [w:] J. Monkiewicz (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. III – *Przedsiębiorstwo*, Poltext, Warszawa 2003, s. 178-179

Wybór strategii zarządzania finansami w zakładzie ubezpieczeń odzwierciedla się w strukturze aktywów i pasywów w bilansie zakładu ubezpieczeń⁹². Struktura aktywów jest wynikiem decyzji inwestycyjnych, natomiast struktura pasywów jest wynikiem decyzji finansowych, co przedstawia rysunek 3.1. Współzależność aktywów i pasywów zakładu ubezpieczeń oraz ich wpływ na uzyskiwane wyniki prezentuje rysunek 3.2.



Rysunek 3.1. Struktura aktywów i pasywów zakładu ubezpieczeń jako efekt decyzji inwestycyjnych i finansowych

Źródło: L. Gąsiorkiewicz, *Zarządzanie finansami zakładu ubezpieczeń. Finanse przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego*, [w:] Monkiewicz J. (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. III – *Przedsiębiorstwo*, Poltext, Warszawa 2003, s. 181

⁹² Szerzej na ten temat: M. Lament, *Zarządzanie finansami zakładu ubezpieczeń. Wyplacalność II*, [w:] M. Iwanicz-Drozdowska (red.), *Ubezpieczenia*, op. cit.; P. Jamróz, *Analiza finansowa działalności zakładów ubezpieczeń z Działu I*, [w:] D. Ostrowska, P. Jamróz (red.), *Ubezpieczenia gospodarcze i społeczne w Polsce*, CeDeWu, Warszawa 2016; K. Stęplewska, *Analiza ubezpieczeń życiowych*, [w:] D. Ostrowska, P. Jamróz (red.), *Ubezpieczenia gospodarcze...*, op. cit.



Rysunek 3.2. Współzależność aktywów i pasywów zakładu ubezpieczeń oraz ich wpływ na uzyskiwane wyniki

Źródło: L. Gąsioriewicz, *Zarządzanie finansami zakładu...*, op. cit., s. 182

3.2. Analiza jakościowa i ilościowa sytuacji finansowej zakładu ubezpieczeń

Jednym z najważniejszych elementów analizy finansowej zakładu ubezpieczeń jest analiza wskaźnikowa. Istota analizy wskaźnikowej polega na odpowiednim obliczaniu i wykorzystaniu wskaźników finansowych na podstawie danych ze sprawozdania finansowego⁹³. Analiza wskaźnikowa umożliwia ocenę przeszłej i teraźniejszej

⁹³ M. Borda, *Analiza wskaźnikowa jako instrument oceny sytuacji finansowej zakładu ubezpieczeń*, [w:] W. Ronka-Chmielowiec (red.), *Zarządzanie finansami w zakładach ubezpieczeń*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 2004, s. 199; M. Lament, *Zasady oceny sytuacji finansowej zakładu ubezpieczeń*, [w:] W. Ronka-Chmielowiec (red.), *Ubezpieczenia*, C.H. Beck, Warszawa 2016, s. 254-257;

sytuacji finansowej zakładu ubezpieczeń, może być także podstawą przewidywania, jak będzie ona wyglądać w przyszłości. Analiza służy identyfikacji tych obszarów jego działalności, które są niewłaściwie zarządzane i stanowią zagrożenie dla funkcjonowania danego zakładu ubezpieczeń.

W literaturze funkcjonuje kilka sposobów klasyfikacji wskaźników ekonomicznych, które najczęściej dzielone są na cztery główne grupy:

- wskaźniki płynności i wypłacalności,
- wskaźniki rentowności (zyskowności),
- wskaźniki aktywności (sprawności działania),
- wskaźniki zasilania finansowego (struktury kapitału).

Ponieważ ubezpieczenia gospodarcze charakteryzują się odrębnym od innych podmiotów systemem finansowym, podstawowe grupy wskaźników należy uzupełnić o grupę wskaźników techniczno-ubezpieczeniowych, które są związane ze specyfiką działalności ubezpieczeniowej.

WSKAŹNIKI PŁYNNOŚCI I WYPŁACALNOŚCI

1. Wskaźnik płynności finansowej (W_{PF})

$$W_{PF} = \frac{\text{płynne środki finansowe}}{\text{zobowiązanie krótkoterminowe} + \text{fundusz ubezpieczeniowy}}$$

Wskaźnik ten określa zdolność zakładu ubezpieczeń do regulowania bieżących zobowiązań płynnymi środkami finansowymi.

2. Wskaźnik pokrycia marginesu wypłacalności środkami własnymi (W_{PMW})

$$W_{PMW} = \frac{\text{wysokość środków własnych}}{\text{margines wypłacalności}} \times 100\%$$

Wartość tego wskaźnika jest różnie przyjmowana w zależności od stanu rozwoju rynku ubezpieczeniowego. W związku ze znacznym niedokapitalizowaniem polskich zakładów ubezpieczeń można przyjąć, że sytuacja finansowa jest bardzo dobra, gdy $W \geq 300\%$; dobra, gdy $300\% > W \geq 200\%$; dostateczna, gdy $200\% > W \geq 100\%$ (inaczej – gdy środki własne pokrywają tylko margines wypłacalności), zagrożona, gdy $100\% > W \geq 33,3\%$ (inaczej – gdy środki własne są niższe od marginesu wypłacalności, ale wyższe (lub równe) od wymaganego kapitału gwarancyjnego

M. Lament, *Wykorzystanie analizy wskaźnikowej do oceny sytuacji finansowej zakładu ubezpieczeń*, [w:] M. Iwanicz-Drozdowska (red.), *Ubezpieczenia*, PWE, Warszawa 2018; A. Kamińska, *Gospodarka finansowa zakładów ubezpieczeń gospodarczych*, [w:] E. Wierzbicka (red.), *Ubezpieczenia non-life*, CeDeWu, Warszawa 2022.

($MW \gg \acute{S}W \geq KG$) i niedostateczna (zła), gdy $W < 33,3\%$ (inaczej – gdy środki własne są niższe od wymaganego kapitału gwarancyjnego ($\acute{S}W < KG$)).

Przez określenie margines wypłacalności rozumie się najniższą wysokość środków własnych, jaką powinien posiadać zakład ubezpieczeń, na danym etapie swojej działalności. Wysokość marginesu wypłacalności zależy od następujących wielkości:

- a) w ubezpieczeniach na życie (dział I) – wysokości rezerwy ubezpieczeń na życie, rezerwy składki, rezerwy na pokrycie ryzyka niewygasłego, wysokości sumy ubezpieczenia i współczynnika reasekuracyjnego,
- b) w pozostałych ubezpieczeniach (dział II) – albo od wysokości zbioru składek, albo od wysokości wypłaconych odszkodowań i świadczeń (decyduje wyższa wysokość) i współczynnika reasekuracyjnego.

Sposób obliczania marginesu wypłacalności zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność w dziale ubezpieczeń na życie zależy od tego, czy mamy do czynienia z ubezpieczeniami na życie związanymi z funduszem inwestycyjnym (grupa 3), z pozostałymi ubezpieczeniami na życie (grupa 1 – ubezpieczenia na życie, grupa 2 – ubezpieczenia posagowe, zaopatrzenia dzieci, grupa 4 – ubezpieczenia rentowe) czy z ubezpieczeniami wypadkowymi i chorobowymi (grupa 5). Dla każdej z tych grup ubezpieczeń stosowana jest inna metoda obliczania marginesu wypłacalności zakładu ubezpieczeń. W związku z tym, że w przypadku ubezpieczeń na życie (grupy 1-4) podstawą obliczenia marginesu wypłacalności jest wysokość rezerw, których wyliczenie wymaga zastosowania specjalnych metod aktuarialnych, wyliczaniem marginesu wypłacalności zajmuje się wyłącznie aktuariusz. W przypadku prowadzenia działalności ubezpieczeniowej w dziale II margines wypłacalności stanowi większą z kwot, tj. około 17% zbioru składki lub około 25% przeciętnej rocznej sumy odszkodowań. Tak obliczoną kwotę obniża się o odpowiedni procent wynikający ze współczynnika reasekuracyjnego (nie więcej niż 50%).

Margines wypłacalności ma zastosowanie tylko wtedy, gdy jego wysokość jest wyższa od minimalnego kapitału gwarancyjnego. Jeżeli środki własne zakładu ubezpieczeń są niższe od wymaganego marginesu wypłacalności, zakład ubezpieczeń jest obowiązany przedłożyć na żądanie organu nadzoru plan przywrócenia prawidłowych stosunków finansowych (tzw. plan finansowy).

3. Wskaźnik pokrycia funduszu ubezpieczeniowego lokatami (W_{PFUL})

$$W_{PFUL} = \frac{\text{wysokość środków własnych}}{\text{margines wypłacalności}} \times 100\%$$

Wskaźnik określa pokrycie funduszu ubezpieczeniowego lokatami i powinien być wyższy od 100%.

4. Wskaźnik przychodowości kapitałów własnych (W_{PKW})

$$W_{PKW} = \frac{\text{składka przypisana na udziale własnym}}{\text{kapitały własne}} \times 100\%$$

Wskaźnik ten stosowany jest dla zakładów ubezpieczeń działu II i określa adekwatność wysokości posiadanych przez zakład kapitałów własnych do wielkości (skali) prowadzonej działalności. Jednocześnie wskazuje sprawność działania władz zakładu ubezpieczeń w zakresie możliwości uzyskania przypisu składki przy określonej wysokości kapitałów własnych. W krajach rozwiniętych zaleca się, aby wskaźnik ten nie przekraczał 330%. Wysokość wskaźnika większa niż 330% może oznaczać, że zakład ubezpieczeń nie posiada w stosunku do skali prowadzonej działalności ubezpieczeniowej odpowiedniej wysokości kapitałów własnych.

5. Wskaźnik pieniężnego pokrycia funduszu ubezpieczeniowego (W_{PPFU})

$$W_{PPFU} = \frac{\text{przepływy pieniężne netto pomniejszone o dywidendy ogółem}}{\text{fundusz ubezpieczeniowy}}$$

Wskaźnik ten przedstawia zdolność zakładu ubezpieczeń do spłaty zobowiązań wobec ubezpieczonych przy danej wartości zatrzymanej nadwyżki pieniężnej. Zatrzymaną nadwyżką pieniężną można określić operacyjne przepływy pieniężne netto pomniejszone o wypłacone dywidendy. Nadwyżka ta oznacza wygenerowany przez działalność operacyjną wzrost zasobów pieniężnych pozostających do dyspozycji zakładu ubezpieczeń. Informuje o utrzymywaniu przez zakład ubezpieczeń „pogotowia kasowego”⁹⁴.

WSKAŹNIKI REASEKURACJI

Reasekuracja odgrywa dużą rolę w obliczaniu wysokości marginesu wypłacalności zakładu ubezpieczeń. Im wyższa jest wysokość ryzyka cedowanego na reasekuratora, tym niższa wysokość marginesu wypłacalności, który musi posiadać zakład ubezpieczeń. Ponadto określono dolną granicę wysokości wskaźnika reasekuracyjnego na 50%, co powoduje, że przekraczająca tę wielkość cedowana na reasekuratora część ryzyka nie obniża już wysokości marginesu wypłacalności zakładu ubezpieczeń. Jest to zamierzone uregulowanie ustawodawcy, mające na celu spowodowanie większego zainteresowania wśród zakładów ubezpieczeń posiadaniem środków własnych w większej wysokości, a tym samym wzmacniających zabezpieczenie ich wypłacalności.

⁹⁴ J. Lisowski, *Zagadnienia finansowe w ubezpieczeniach*, [w:] T. Sangowski (red.), *Ubezpieczenia gospodarcze*, Poltext, Warszawa 2000, s. 289-290.

Do oceny reasekuracji wykorzystuje się następujące wskaźniki:

1. Stopa udziału własnego w składce przypisanej (S_{UW})

$$S_{UW} = \frac{\text{składka przypisana na udziale własnym}}{\text{składka przypisana brutto}}$$

Wskaźnik ten podaje się w procentach, jego wartość mniejsza niż 50% oznaczać może, że zakład ubezpieczeń użycza swojej nazwy innej firmie ubezpieczeniowej, gdyż większą część ryzyka transferuje. Wówczas należy się zorientować, kto uczestniczy w programie reasekuracyjnym i w jakim zakresie. Ponadto w praktyce w celu właściwej oceny wartości wskaźników stopy retencji składki należy również przeprowadzić analizę reasekuracji poszczególnych grup lub portfeli ubezpieczeń.

2. Stopa udziału własnego w odszkodowaniach wypłaconych (S_{UWOW})

$$S_{UWOW} = \frac{\text{odszkodowania i świadczenia wypłacane na udziale własnym}}{\text{odszkodowania i świadczenia wypłacane brutto}}$$

Wskaźnik ten podaje się w procentach. Stopa udziału własnego w odszkodowaniach niższa od stopy udziału własnego w składce oznacza, że zakład ubezpieczeń reasekuruje bardziej ryzykowne portfele ubezpieczeniowe niż pozostające na jego udziale własnym. W długim okresie wartości obu wskaźników powinny być przeciętnie zbliżone.

3. Stopa udziału własnego w rezerwach (S_{UWR})

Dla zakładów ubezpieczeń na życie powinno się analizować wskaźnik udziału zakładu ubezpieczeń w rezerwach, który powinien być bliski 100%, aby było dobrze. Oblicza się go ze wzoru:

$$S_{UWR} = \frac{\text{rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe na udziale własnym}}{\text{rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe brutto}}$$

Ponadto powinno się oceniać również rentowność reasekuracji biernej. Przychody z reasekuracji biernej obejmują zarówno udział reasekuratorów w odszkodowaniach oraz otrzymane prowizje reasekuracyjne, jak i udziały w zyskach reasekuratorów, udział reasekuratorów w rezerwach oraz zmianie stanu rezerw. Koszt reasekuracji biernej to wielkość składki scedowanej. Wykorzystuje się tutaj dwa następujące wskaźniki:

4. Wynik na reasekuracji biernej (W_{RB})

$$W_{RB} = \frac{\text{przychody z reasekuracji biernej}}{\text{koszty reasekuracji biernej}}$$

5. Rentowność reasekuracji biernej (R_{RB})

$$R_{RB} = \frac{\text{saldo operacji reasekuracyjnych}}{\text{składka przypisana brutto}}$$

Z punktu widzenia zakładu ubezpieczeń mającego kłopoty z uzyskaniem dodatniego wyniku technicznego korzystna jest sytuacja, gdy wartość wskaźnika wyniku na reasekuracji biernej przekracza 100%. Oznacza to, że zakład ubezpieczeń wydał na reasekurację mniej niż otrzymał od reasekuratorów, co ma wpływ na polepszenie wyniku technicznego⁹⁵.

WSKAŹNIKI RENTOWNOŚCI (ZYSKOWNOŚCI)

1. Wskaźnik rentowności sprzedaży (W_{RS})

$$W_{RS} = \frac{\text{wynik finansowy netto}}{\text{składka przypisana brutto}} \times 100\%$$

Informuje o udziale zysku w wartości składki przypisanej brutto, czyli jaką marżę zysku przynosi dana wartość składki przypisanej brutto.

2. Wskaźnik rentowności sprzedaży ogółem (W_{RSO})

$$W_{RSO} = \frac{\text{wynik finansowy netto}}{\text{przychody ogółem}} \times 100\%$$

Informuje o udziale zysku w wartości przychodów ogółem.

3. Wskaźnik rentowności działalności technicznej (W_{RDT})

$$W_{RDT} = \frac{\text{wynik techniczny}}{\text{składka zarobiona}} \times 100\%$$

⁹⁵ Zob. W. Ronka-Chmielowiec (red.), *Zastosowanie metod ilościowych w analizie i ocenie ubezpieczeń dla działalności gospodarczej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego, Wrocław 2009, s. 166-168.

Wskaźnik ten pokazuje stopę zysku, jaką daje działalność techniczna zakładu ubezpieczeń.

4. Wskaźnik rentowności działalności lokacyjnej (W_{RDL})

$$W_{RDL} = \frac{\text{dochód z lokat}}{L_{\dot{s}r}} \times 100\%$$

gdzie $L_{\dot{s}r}$ – średnia wartość lokat liczona jako suma lokat na koniec i początek badanego okresu podzielona przez 2.

Wskaźnik ten określa rentowność działalności lokacyjnej, która jest istotna dla sytuacji zakładu, gdyż wpływa na ostateczny wynik finansowy.

5. Wskaźnik rentowności kapitałów własnych (W_{RKW})

$$W_{RKW} = \frac{\text{wynik finansowy netto}}{\text{kapitały własne}} \times 100\%$$

Określa on stopę zysku, jaką przynosi inwestycja w działalności ubezpieczeniowej. Wyższa efektywność kapitału własnego daje możliwość uzyskania wyższych dywidend i dalszego rozwoju zakładu. Im wyższa jest wartość wskaźnika, tym korzystniejsza jest jego sytuacja finansowa zakładu.

6. Wskaźnik rentowności majątku (aktywów) (W_{RM})

$$W_{RM} = \frac{\text{wynik finansowy netto}}{\text{aktywa}} \times 100\%$$

Wskaźnik ten informuje o wielkości zysku (straty) netto przypadającego na jednostkę wartości zaangażowanego w zakład ubezpieczeń majątku⁹⁶.

WSKAŹNIKI AKTYWNOŚCI (SPRAWNOŚCI DZIAŁANIA)

1. Wskaźnik rotacji majątku (obracalności aktywów) (W_{RMO})

$$W_{RMO} = \frac{\text{składka przypisana brutto}}{A_{\dot{s}r}}$$

gdzie $A_{\dot{s}r}$ – średnia wartość majątku liczona jako suma aktywów na koniec i początek badanego okresu podzielona przez 2.

⁹⁶ J. Lisowski, *Zagadnienia finansowe w ubezpieczeniach*, op. cit., s. 290-291.

Wskaźnik ten określa, ile razy składka przypisana brutto (sprzedaż) jest większa od średniej wartości majątku zakładu ubezpieczeń. Wskaźnik ten jest szczególnie użyteczny przy porównaniach aktywności gospodarczej (sprawności działania) dwóch różnych zakładów ubezpieczeń.

2a. Wskaźnik poziomu kosztów akwizycji (W_{PKAK})

$$W_{PKAK} = \frac{\text{koszty akwizycji}}{\text{składka przypisana brutto}} \times 100\%$$

2b. Wskaźnik poziomu kosztów administracyjnych (W_{PKA})

$$W_{PKA} = \frac{\text{koszty administracyjne}}{\text{składka przypisana brutto}} \times 100\%$$

2c. Wskaźnik poziomu kosztów działalności ubezpieczeniowej brutto (W_{PKDU})

$$W_{PKDU} = \frac{\text{koszty działalności brutto}}{\text{składka przypisana brutto}} \times 100\%$$

Licznik liczony jako suma kosztów akwizycji i administracyjnych bez uwzględnienia prowizji reasekuracyjnych i udziału w zyskach reasekuratorów.

2d. Wskaźnik poziomu kosztów działalności ubezpieczeniowej na udziale własnym (W_{PKDUW})

$$W_{PKDUW} = \frac{\text{koszty działalności na udziale własnym}}{\text{składka przypisana brutto}} \times 100\%$$

Licznik liczony jako suma kosztów akwizycji i administracyjnych z uwzględnieniem prowizji reasekuracyjnych i udziału w zyskach reasekuratorów. Powyższe wskaźniki mówią nam o tym, ile groszy zakład ubezpieczeń wydaje na poszczególne koszty swojego funkcjonowania z każdej zebranej jednej złotówki składki ubezpieczeniowej.

2e. Wskaźnik poziomu kosztów ogółem (W_{PKO})

$$W_{PKO} = \frac{\text{całkowite koszty działalności}}{\text{przychody ogółem}} \times 100\%$$

Wskaźnik ten mówi nam o tym, ile groszy zakład ubezpieczeń wydaje na całkowite koszty swojego funkcjonowania z każdej zebranej jednej złotówki przychodów ogółem.

3. Wskaźnik cyklu należności (w dniach) (W_{CN})

$$W_{CN} = \frac{N_{\acute{s}r}}{\text{składka przypisana brutto}} \times 360$$

gdzie $N_{\acute{s}r}$ – średni stan należności liczony jako suma stanów należności na początek i koniec badanego okresu podzielona przez 2.

Wskaźnik ten określa, w jakim stopniu zakład ubezpieczeń kredytuje swoich klientów. W zależności od tego, jaką kategorię należności weźmiemy pod uwagę (np. należności od ubezpieczających, od pośredników, z tytułu reasekuracji), możemy określić, jak długo zakład ubezpieczeń musi czekać (zamrażać) na otrzymanie składki.

4. Wskaźnik płacenia zobowiązań (w dniach) (W_{PZ})

$$W_{PZ} = \frac{Z_{\acute{s}r}}{\text{składka przypisana brutto}} \times 360$$

gdzie $Z_{\acute{s}r}$ – średni stan zobowiązań liczony jako suma stanów zobowiązań na początek i koniec okresu podzielona przez 2.

Wskaźnik ten wskazuje na średni czas regulowania zobowiązań przez zakład ubezpieczeń wobec wierzycieli. W zależności od tego, jaką kategorię zobowiązań weźmiemy pod uwagę (np. zobowiązania wobec ubezpieczających, wobec pośredników, z tytułu reasekuracji), możemy określić, jak długo wierzyciel zakładu ubezpieczeń musi czekać na otrzymanie od niego zapłaty⁹⁷.

WSKAŹNIKI ZASILANIA FINANSOWEGO (STRUKTURY KAPITAŁU)

1. Wskaźnik udziału funduszu ubezpieczeniowego w majątku ogółem (W_{UFU})

$$W_{UFU} = \frac{\text{fundusz ubezpieczeniowy}}{\text{aktywa}} \times 100\%$$

Charakteryzuje udział funduszu ubezpieczeniowego w finansowaniu majątku zakładu ubezpieczeń.

⁹⁷ R. Garbiec, *Ubezpieczenia w teorii i praktyce*, cz. II, op. cit., s. 100-102 za J. Lisowski, *Zagadnienia finansowe w ubezpieczeniach*, op. cit., s. 292-294.

2. Wskaźnik zadłużenia technicznego (W_{ZT})

$$W_{ZT} = \frac{\text{fundusz ubezpieczeniowy}}{\text{kapitał własny}} \times 100\%$$

Przedstawia relacje funduszu ubezpieczeniowego do kapitału własnego. W krajach o rozwiniętych rynkach ubezpieczeniowych jego wartość nie powinna przekraczać 350%⁹⁸.

WSKAŹNIKI TECHNICZNO-UBEZPIECZENIOWE

1. Wskaźnik szkodowości składki (W_{SS})

$$W_{SS} = \frac{Q \pm R_{sz}}{S_z} \times 100\%$$

gdzie:

Q – suma wypłaconych odszkodowań i świadczeń,

R_{sz} – zmiana stanu rezerwy na niewypłacone odszkodowania i świadczenia,

S_z – składka zarobiona.

Wskaźnik ten informuje o tym, jaką część składek zarobionych zakład ubezpieczeń przeznaczył na wypłatę odszkodowań i świadczeń skorygowanych o zmianę stanu rezerw szkodowych w danym okresie sprawozdawczym.

2. Wskaźnik pieniężnej wydajności składni brutto (W_{PWS})

$$W_{PWS} = \frac{WP}{\text{składka przypisana brutto}} \times 100\%$$

gdzie WP – wpływy pieniężne z tytułu składki netto; oznaczają wszelkie wpływy z tytułu ubezpieczeń bezpośrednich i pośrednich po potrąceniu kwot wypłaconych prowizji dla pośredników ubezpieczeniowych.

Wskaźnik ten określa stopień realizacji składki przypisanej brutto w formie pieniężnej. Informuje, ile środków pieniężnych otrzymano z każdej jednostki składki przypisanej.

3. Wskaźnik zatrzymania (retencji):

a) składki (W_{ZS})

$$W_{ZS} = \frac{\text{składka przypisana na udziale własnym}}{\text{składka przypisana brutto}} \times 100\%$$

⁹⁸ J. Lisowski, *Zagadnienia finansowe w ubezpieczeniach*, op. cit., s. 294.

b) odszkodowań (W_{zo})

$$W_{zo} = \frac{\text{odszkodowania wypłacone na udziale własnym}}{\text{odszkodowania wypłacone brutto}} \times 100\%$$

Powyższe wskaźniki przedstawiają stopień reasekurowania portfela ubezpieczeniowego, uwzględniając udział reasekuratorów w składce lub w odszkodowaniach wypłaconych. Im wyższy ten wskaźnik, tym mniejszy stopień, w którym zakład ubezpieczeń korzysta z reasekuracji biernej.

4a. Wskaźnik zabezpieczenia wypłat odszkodowań 1 (W_{zw-1})

$$W_{zw-1} = \frac{FU + KW}{\text{składka przypisana na udziale własnym}} \times 100\%$$

gdzie:

FU – fundusz ubezpieczeniowy,

KW – kapitały własne.

4b. Wskaźnik zabezpieczenia wypłat odszkodowań 2 (W_{zw-2})

$$W_{zw-2} = \frac{FU}{\text{składka przypisana na udziale własnym}} \times 100\%$$

gdzie FU – fundusz ubezpieczeniowy.

Wskaźniki 4a i 4b wyrażają zdolność zakładu ubezpieczeń do regulowania szkód dużych i nietypowych co do wielkości (r) zagrażających jego egzystencji. Stanowią także wskaźniki „ukrytych rezerw”⁹⁹.

3.3. Pasywa zakładu ubezpieczeń

Do głównych pozycji pasywów zakładu ubezpieczeń należą rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe na udziale własnym i kapitały własne. Kapitały własne stanowią zasadniczą substancję każdego zakładu ubezpieczeń i znajdują się w jego bezterminowej dyspozycji. Pochodzą przede wszystkim z wkładów akcjonariuszy (członków TUW) oraz z części przeznaczonego na ten cel zysku. Kapitały te stanowią zabezpieczenie wykonywania wszelkich zobowiązań zakładu ubezpieczeń, a zwłaszcza pokrycia ujemnych wyników finansowych roku obrachunkowego.

⁹⁹ Por. J. Lisowski, *Zagadnienia finansowe w ubezpieczeniach*, op. cit., s. 294-296.

Za kapitały własne uznaje się generalnie wszelkie środki będące własnością danego przedsiębiorcy.

Na kapitały własne zakładu ubezpieczeń składają się:

- kapitał podstawowy (akcyjny lub zakładowy), pomniejszony o należne, lecz nie wniesione wkłady na poczet kapitału podstawowego (wielkość ujemna);
- kapitał zapasowy (tworzony ze sprzedaży akcji powyżej wartości nominalnej, odpisów z zysku, z oprocentowania lokat tego kapitału i innych);
- kapitał rezerwowy z aktualizacji wyceny;
- kapitał rezerwowy pozostały;
- niepodzielony wynik finansowy z lat ubiegłych;
- wynik finansowy netto roku obrotowego.

Kapitał podstawowy (akcyjny lub zakładowy) jest kapitałem, który musi występować nie tylko w chwili powstania zakładu ubezpieczeń, ale powinien być utrzymywany przez cały czas prowadzenia działalności ubezpieczeniowej. Z tego względu kapitał ten, zgodnie z zasadą jego nienaruszalności, powinien być ostatnią z pozycji kapitałów własnych, z której pokrywane są straty bilansowe każdego zakładu ubezpieczeń. W pierwszej kolejności na pokrycie strat z działalności ubezpieczeniowej powinien służyć kapitał zapasowy. Stąd kapitał ten powinien stanowić największą część kapitałów własnych zakładu ubezpieczeń.

Do podstawowych kapitałów obcych zakładu ubezpieczeń zaliczamy:

- rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe,
- pozostałe rezerwy (rezerwy na podatek dochodowy od osób prawnych i inne rezerwy), zobowiązania depozytowe wobec reasekuratorów,
- pozostałe zobowiązania i fundusze specjalne (np. zobowiązania z tytułu ubezpieczeń bezpośrednich, zobowiązania z tytułu reasekuracji, fundusz mieszkaniowy).

Szczególnie ważną rolę wśród kapitałów obcych zakładu ubezpieczeń odgrywają rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe. Tworzenie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych oraz ustalenie ich wysokości, które wystarczyłyby na normalne pokrycie bieżących i przyszłych zobowiązań zakładu ubezpieczeń, powstałych w następnych okresach sprawozdawczych lub obrachunkowych, za które składka ubezpieczeniowa została już przypisana w danym okresie sprawozdawczym, stanowi jedno z podstawowych zadań zakładu ubezpieczeń. Dlatego też najważniejszą pozycją kapitałów obcych zakładu ubezpieczeń są rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe.

Celem tworzenia rezerw techniczno-ubezpieczeniowych jest osiągnięcie przez zakład ubezpieczeń rzeczywistej wysokości wyniku finansowego w danym okresie sprawozdawczym (obrachunkowym). Tworzenie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych i ich wysokość ma wpływ na:

- zapewnienie realności ochrony ubezpieczeniowej;
- zapewnienie ciągłości i płynności prowadzonych przez zakład ubezpieczeń operacji ubezpieczeniowych;

- kalkulację stopy składek (posiadanie wysokich rezerw może skłonić zakład ubezpieczeń do obniżenia wysokości składek lub podniesienia prowizji pośrednikom, co przyczyni się do wzrostu obrotu);
- wewnętrzną kontrolę operacji finansowych;
- obliczanie wskaźnika szkodowości składki;
- wynik techniczny i margines wypłacalności;
- obliczanie zysku na potrzeby podatkowe;
- sprawozdawczość dla akcjonariuszy;
- wykazanie wypłacalności i siły finansowej zakładu ubezpieczeń.

Znaczenie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych wynika z faktu, że ich tworzenie stanowi ciężar kosztów operacyjnych okresu sprawozdawczego (obrachunkowego), co rzutuje nie tylko na rozmiary wyniku finansowego, ale również na zabezpieczenie w przyszłości realności zobowiązań zakładu ubezpieczeń wobec ubezpieczonych.

Wyżej wymienione względy powodują, że rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe stanowią istotny instrument zarządzania finansami zakładu ubezpieczeń. W zależności od sytuacji zakładu ubezpieczeń oraz jego wybranej strategii działania mogą pojawić się tendencje do zaniżania bądź zawyżania rezerw techniczno-ubezpieczeniowych. Zaniżanie rezerw prowadzi doraźnie do poprawy wyniku finansowego zakładu ubezpieczeń kosztem realności (pewności) wywiązania się zakładu ubezpieczeń z bieżących i przyszłych zobowiązań, jakie mogą pojawić się w kolejnych okresach sprawozdawczych (obrachunkowych). Zawyżanie rezerw powoduje zaniżenie zysku na potrzeby podatkowe i obniża bieżącą rentowność inwestycji akcjonariuszy.

W zakładach ubezpieczeń może być tworzonych, zgodnie z przepisami prawa, osiem rodzajów rezerw techniczno-ubezpieczeniowych¹⁰⁰:

- rezerwa składek;
- rezerwa na pokrycie ryzyka niewygasłego;
- rezerwa na niewypłacone odszkodowania i świadczenia, w tym rezerwa na skapitalizowaną wartość rent;
- rezerwy na wyrównywanie szkodowości (ryzyka);
- rezerwa w dziale ubezpieczeń na życie;
- rezerwa w dziale ubezpieczeń na życie, gdy ryzyko lokaty ponosi ubezpieczający;
- rezerwa na premie i rabaty (bonifikaty) dla ubezpieczonych;
- pozostałe rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe określone w statucie zakładu ubezpieczeń.

¹⁰⁰ Por. Ibidem, s. 269-274; A. Pobłocka, E. Spigarska, *Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe w ujęciu prawa bilansowego w Polsce w latach 2001-2016*, „Nauki o Finansach. Financial Sciences” 2017, nr (32), s. 124-125.

3.4. Aktywa zakładu ubezpieczeń

Prowadzenie działalności ubezpieczeniowej przez przedsiębiorstwo ubezpieczeniowe wymaga posiadania odpowiedniej bazy materialnej. W majątku przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego wyróżnia się następujące grupy:

- wartości niematerialne i prawne,
- lokaty,
- lokaty funduszy ubezpieczeń na życie na rachunek i ryzyko ubezpieczającego,
- należności i roszczenia,
- inne składniki majątku,
- rozliczenia międzyokresowe czynne.

Wartości niematerialne i prawne obejmują nabyte przez przedsiębiorstwo ubezpieczeniowe prawa majątkowe, nadające się do gospodarczego wykorzystania. Zalicza się do nich:

- koszty organizacji poniesione przy założeniu lub późniejszym rozszerzeniu działalności spółki akcyjnej,
- wartość firmy,
- inne wartości niematerialne i prawne,
- zaliczki na poczet wartości niematerialnych i prawnych.

Wartości niematerialne i prawne amortyzują się w czasie, co w konsekwencji oznacza, że są wykazywane w sprawozdawczości finansowej według wartości netto, a więc po uwzględnieniu dotychczas dokonanych odpisów ich wartości początkowej. Odpisów amortyzacyjnych od wartości niematerialnych i prawnych dokonuje się zgodnie z opracowanym w przedsiębiorstwie planem odpisów amortyzacyjnych. Zaprzestaje się dokonywania odpisów w końcu tego miesiąca, w którym następuje zrównanie wartości odpisów amortyzacyjnych (umorzeniowych) z wartością początkową lub w którym wartość niematerialną i prawną przeznaczono do likwidacji lub ją sprzedano.

Drugą grupą majątku są lokaty przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego, które mogą mieć charakter:

- udziałowy, polegający na udostępnianiu kapitału przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego w zamian za prawo własności podmiotu emitującego instrument finansowy i wynikającego z tego tytułu prawa do udziału w dochodach;
- wierzytelnościowy, polegający na czasowym, długookresowym udostępnieniu jednostkom środków finansowych przedsiębiorstwa w zamian za korzyści określone w umowie.

Ogół lokat przedsiębiorstw ubezpieczeniowych w sprawozdawczości tych przedsiębiorstw ujmuje się w podziale na:

- lokaty,
- lokaty funduszy ubezpieczeń na życie na rachunek i na ryzyko ubezpieczającego.

Następną grupę majątku przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego stanowią należności i roszczenia. Należności to środki przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego czasowo (przejściowo) znajdujące się w dyspozycji kontrahentów (do momentu spłaty należności). Z kolei roszczenia (zwane także należnościami wątpliwymi) stanowią specyficzną grupę rozrachunków powstającą w przypadku:

- kwestionowania przez kontrahentów całości lub części należności,
- ujawnienia niedoborów w składnikach majątkowych przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego.

Kolejną grupą majątku przedsiębiorstwa są inne składniki majątku, do których zalicza się:

- rzeczowe składniki majątku,
- środki pieniężne,
- akcje własne do zbycia,
- pozostałe składniki majątku.

Ostatnią grupą majątku są rozliczenia międzyokresowe czynne, które występują w przypadku ponoszenia przez przedsiębiorstwo ubezpieczeniowe kosztów dotyczących przyszłych okresów¹⁰¹.

Podsumowanie

Niezależnie od formy zakładu ubezpieczeń działającego czy to dla zysku (spółka akcyjna), czy też w myśl reguły *non-profit* (towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych) efektywne zarządzanie finansami tych podmiotów musi prowadzić do pozytywnego zbilansowania w każdym roku rozliczeniowym ich aktywów i pasywów. Aby na bieżąco monitorować działalność każdego ubezpieczyciela stosuje się analizę wskaźnikową w celu określenia kondycji finansowej zakładu. Analizy tego typu dokonuje się, dokonując m.in. wyboru oferenta przy zawieraniu umowy ubezpieczenia, a przede wszystkim przy opracowywaniu rocznego bilansu finansowego danej firmy ubezpieczeniowej. Wykorzystanie wskaźników płynności i wypłacalności, rentowności, sprawności działania, struktury kapitału czy też techniczno-ubezpieczeniowych pozwala na precyzyjne określenie kondycji finansowej każdego zakładu ubezpieczeń. Dzięki tym narzędziom analitycznym precyzyjnie można znaleźć zarówno przyczyny ewentualnych niepowodzeń, jak i źródła sukcesów danej firmy ubezpieczeniowej.

¹⁰¹ Por. J. Piątek, *Koszty działalności zakładów ubezpieczeń – pojęcie i prezentacja*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu” 2011, nr 162, s. 182-190; L. Gąsioriewicz, *Finanse przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego*, [w:] J. Monkiewicz (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. I – *Mechanizmy i funkcje*, Poltext, Warszawa 2000, s. 217-220.

Literatura

1. Borda M., *Analiza wskaźnikowa jako instrument oceny sytuacji finansowej zakładu ubezpieczeń*, [w:] Ronka-Chmielowiec W. (red.), *Zarządzanie finansami w zakładach ubezpieczeń*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 2004.
2. Czerwińska T., *Specyfika gospodarki finansowej zakładu ubezpieczeń*, [w:] Ronka-Chmielowiec W. (red.), *Ubezpieczenia*, C.H. Beck, Warszawa 2016.
3. Garbiec R., *Ubezpieczenia w teorii i praktyce, cz. II – Ubezpieczenia gospodarcze i zdrowotne*, Wydawnictwo Wydziału Zarządzania Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2016.
4. Gąsiorkiewicz L., *Zarządzanie finansami zakładu ubezpieczeń. Finanse przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego*, [w:] Monkiewicz J. (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. III – *Przedsiębiorstwo*, Poltext, Warszawa 2003.
5. Jamróz P., *Analiza finansowa działalności zakładów ubezpieczeń z Działu I*, [w:] Ostrowska D., Jamróz P. (red.), *Ubezpieczenia gospodarcze i społeczne w Polsce*, CeDeWu, Warszawa 2016.
6. Kamińska A., *Gospodarka finansowa zakładów ubezpieczeń gospodarczych*, [w:] Wierzbicka E. (red.), *Ubezpieczenia non-life*, CeDeWu, Warszawa 2022.
7. Lament M., *Wykorzystanie analizy wskaźnikowej do oceny sytuacji finansowej zakładu ubezpieczeń*, [w:] Iwanicz-Drozdowska M. (red.), *Ubezpieczenia*, PWE, Warszawa 2018.
8. Lament M., *Zarządzanie finansami zakładu ubezpieczeń. Wyplacalność II*, [w:] Iwanicz-Drozdowska M. (red.), *Ubezpieczenia*, PWE, Warszawa 2018.
9. Lament M., *Zasady oceny sytuacji finansowej zakładu ubezpieczeń*, [w:] Ronka-Chmielowiec W. (red.), *Ubezpieczenia*, C.H. Beck, Warszawa 2016.
10. Lisowski J., *Zagadnienia finansowe w ubezpieczeniach*, [w:] Sangowski T. (red.), *Ubezpieczenia gospodarcze*, Poltext, Warszawa 2000.
11. Piątek J., *Koszty działalności zakładów ubezpieczeń – pojęcie i prezentacja*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu” 2011, nr 162,
12. Pobłocka A., Spigarska E., *Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe w ujęciu prawa bilansowego w Polsce w latach 2001-2016*, „Nauki o Finansach. Financial Sciences” 2017, nr 3(32).
13. Poprawska E., *Obszary działalności zakładów ubezpieczeń*, [w:] Ronka-Chmielowiec W. (red.), *Ubezpieczenia*, C.H. Beck, Warszawa 2016.
14. Ronka-Chmielowiec W. (red.), *Zastosowanie metod ilościowych w analizie i ocenie ubezpieczeń dla działalności gospodarczej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego, Wrocław 2009.
15. Spigarska E., *Zasady kalkulacji składki ubezpieczeniowej w zakładach ubezpieczeń*, „Prace i Materiały Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego” 2007, nr 4.
16. Śliwiński A., *Ubezpieczenia na życie*, [w:] Ronka-Chmielowiec W. (red.) *Ubezpieczenia*, C.H. Beck, Warszawa 2016.
17. Ustawa z dnia 24 września 1994 r. o rachunkowości (t.j. Dz.U. 2021 poz. 217, Załącznik nr 3 – *Zakres informacji wykazywanych w sprawozdaniu finansowym, o którym mowa w art. 45 ustawy, dla zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji*).

4. PODSTAWY PRAWNE UBEZPIECZEŃ GOSPODARCZYCH – GŁÓWNE ZAGADNIENIA

Anna Bazan-Bulanda

Wprowadzenie

Prowadzenie działalności gospodarczej wiąże się z wieloma rodzajami ryzyka. Dlatego ważne jest, aby można było zabezpieczyć się przed negatywnymi skutkami naszych działań. Nie zawsze możemy uniknąć zdarzenia wywołującego szkodę, ale możemy przerzucić koszty związane z jej naprawieniem na inny podmiot. „Przez ubezpieczenie następuje transfer ryzyka (przeniesienie) z podmiotu zagrożonego na zakład ubezpieczeń. Ceną za transfer ryzyka, do poniesienia której jest zobowiązany ubezpieczający, jest składka ubezpieczeniowa”¹⁰². Poza funkcją kompensacyjną – w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczyciel ponosi konsekwencje finansowe, ubezpieczenie pełni funkcję prewencyjną – ma na celu eliminowanie strat w przyszłości. „Celem gospodarczym ubezpieczenia jest wspólne ponoszenie ryzyka wypadku przez wiele podmiotów (klientów ubezpieczyciela) w taki sposób, że w razie ziszczenia się tego ryzyka względem jednego z tych podmiotów ubezpieczyciel, przez spełnienie tego świadczenia, łagodzi lub eliminuje skutki gospodarcze wypadku”¹⁰³.

4.1. Umowa ubezpieczenia

Przez umowę ubezpieczenia, zgodnie z art. 805 §1 kc, ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Celem tej umowy jest zapewnienie ochrony ubezpieczeniowej w związku z możliwością zajścia zdarzenia niepewnego w przyszłości. Umowa ubezpieczenia jest więc nieważna, jeżeli zajście przewidzianego w umowie wypadku nie jest możliwe. Ochrona ubezpieczeniowa może dotyczyć również okresu poprzedzającego zawarcie umowy. Jest ona jednak bezskuteczna,

¹⁰² K. Policha, *Charakterystyka organizacyjno-prawna przedsiębiorstw ubezpieczeniowych*, [w:] J. Monkiewicz (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. III – *Przedsiębiorstwo*, Poltext, Warszawa 2003, s. 23.

¹⁰³ M. Załucki (red.), *Kodeks cywilny. Komentarz*, C.H. Beck, Warszawa 2019, s. 1674.

jeżeli w chwili zawarcia umowy którakolwiek ze stron wiedziała lub przy zachowaniu należytej staranności mogła się dowiedzieć, że wypadek zaszedł lub że odpadła możliwość jego zajścia w tym okresie.

Umowa ubezpieczenia ma charakter podmiotowo kwalifikowany, ponieważ jedną ze stron zawsze musi być zakład ubezpieczeń. Do jej zawarcia dochodzi w wyniku zgodnego oświadczenia woli stron jest więc umową konsensualną. Umowa ubezpieczenia ma charakter odpłatny, ponieważ na ubezpieczającym ciąży obowiązek zapłacenia składki. Jest również umową dwustronnie zobowiązującą, ponieważ zakład ubezpieczeń jest zobowiązany do spełnienia świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający jest zobowiązany do zapłacenia składki. Wątpliwe jest uznanie umowy ubezpieczenia za umowę wzajemną, ponieważ świadczenia stron nie są ekwiwalentne pod względem obiektywnej wartości¹⁰⁴.

Umowa ubezpieczenia jest umową kauzalną, jej ważność zależy od ważności podstawy prawnej, i losową, ponieważ wystąpienie wypadku ubezpieczeniowego warunkującego istnienie i rozmiar świadczenia ubezpieczyciela jest niepewne¹⁰⁵.

Elementy umowy

Podstawowymi elementami umowy ubezpieczenia są:

1. strony umowy,
2. przedmiot ubezpieczenia,
3. składka.

Strony umowy

Umowa ubezpieczenia jest podmiotowo kwalifikowana, dlatego zawsze z jednej strony musi występować zakład ubezpieczeń. Drugą stroną jest ubezpieczający. Ubezpieczającym może być każdy podmiot prawa: osoba fizyczna, osoba prawna, jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której przepis szczególny przyznaje zdolność prawną. Przepisy dopuszczają możliwość zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej. Ubezpieczony nie musi być imieniem wskazany w umowie, jeżeli nie jest to konieczne do określenia przedmiotu ubezpieczenia. W przypadku umowy ubezpieczenia na życie na cudzy rachunek do jej zawarcia i zmiany wymagana jest zgoda ubezpieczonego.

W umowie ubezpieczenia można również wskazać podmiot będący „w tle” tego stosunku prawnego. Jest nim uposażony, czyli uprawniony do otrzymania w razie śmierci osoby ubezpieczonej określonej w ubezpieczeniu osobowym sumy ubezpieczenia. Jeżeli ubezpieczający wskaże kilka osób uprawnionych bez określenia

¹⁰⁴ Por. W. Uruszczak, *Umowa ubezpieczenia*, [w:] S. Władyka (red.), *Prawo umów w obrocie gospodarczym*, Wydawnictwo Instytutu Prawa Spółek i Inwestycji Zagranicznych, Kraków 1993, s. 278.

ich udziałów, udziały ich są równe. Ubezpieczający nie musi imiennie wskazać uposażonego, przepisy dopuszczają również w tym przypadku zawarcie umowy ubezpieczenia na okaziciela (art. 831 kc § 1). W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek do wskazania uposażonego konieczna jest uprzednia zgoda ubezpieczonego. Umowa lub ogólne warunki ubezpieczenia mogą przewidywać, że uprawnienia te ubezpieczony może wykonywać samodzielnie (art. 831 § 1¹ kc).

Przedmiot ubezpieczenia

Przedmiot umowy uzależniony jest od rodzaju ubezpieczenia. Przedmiotem ubezpieczenia majątkowego może być każdy interes majątkowy, który nie jest sprzeczny z prawem i daje się ocenić w pieniądzu (art. 821 kc). Takie ujęcie przedmiotu ubezpieczenia majątkowego jest zgodne z teorią interesu. Interesem tym jest dająca się wycenić w pieniądzu wartość, która może zostać utracona przez ubezpieczającego w przypadku utraty lub uszkodzenia danego dobra lub wartości materialnej¹⁰⁶.

Rodzajem ubezpieczenia majątkowego jest ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej. W umowie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ubezpieczyciel zobowiązany jest do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo ubezpieczony. Przedmiotem tego ubezpieczenia może być odpowiedzialność kontraktowa za niewykonanie bądź nienależyte wykonanie zobowiązania lub deliktowa w związku z popełnieniem czynu niedozwolonego.

Przedmiotem ubezpieczenia osobowego zawsze jest zdrowie i życie człowieka. Ubezpieczenia osobowe dzielimy na: ubezpieczenia na życie i ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (art. 829 kc). Przedmiotem ubezpieczenia na życie jest śmierć osoby ubezpieczonej lub dożycie przez nią określonego wieku. Generalnie przyczyna śmierci nie ma znaczenia. Wyjątkiem jest samobójstwo ubezpieczonego. Zakład ubezpieczeń jest zobowiązany do świadczenia na rzecz uposażonego w przypadku samobójczej śmierci ubezpieczonego, jeżeli nastąpiła ona po upływie dwóch lat od zawarcia umowy. Umowa lub ogólne warunki ubezpieczenia mogą skrócić ten termin, nie bardziej jednak niż do sześciu miesięcy (art. 833 kc). W ubezpieczeniach następstw nieszczęśliwych wypadków przedmiotem ubezpieczenia są: uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia lub śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku. Pojęcie nieszczęśliwego wypadku definiują ogólne warunki ubezpieczenia. Najczęściej jest to nagłe zdarzenie, którego nie mogliśmy przewidzieć, powodujące śmierć lub rozstrój zdrowia ubezpieczonego.

¹⁰⁵ A. Kidyba, *Prawo handlowe*, C.H. Beck, Warszawa 2000, s. 671.

¹⁰⁶ A. Chróścicki, *Umowa ubezpieczenia po nowelizacji kodeksu cywilnego. Komentarz*, Wolters Kluwer, Warszawa 2008, s. 108.

W praktyce oprócz wskazanych powyżej rodzajów ubezpieczeń osobowych występują ubezpieczenia posagowe, rentowe, na życie z funduszem kapitałowym.

Składka

Składka płacona przez ubezpieczającego jest świadczeniem ponoszonym na rzecz ubezpieczyciela w zamian za ochronę ubezpieczeniową¹⁰⁷. Generalnie składka jest świadczeniem jednorazowym płatnym przy zawarciu umowy, a jeżeli umowa doszła do skutku przed doręczeniem dokumentu ubezpieczenia w ciągu czternastu dni od jego doręczenia. Strony mogą w umowie ustalić, że składka będzie płacona w ratach. Chwila uiszczenia składki jest ściśle związana z rozpoczęciem odpowiedzialności ubezpieczyciela. Rozpoczyna się ona od dnia następującego po zawarciu umowy, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty. Niezapłacenie składki w terminie może doprowadzić do zakończenia umowy. W przypadku gdy ubezpieczyciel ponosił odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki lub jej części, a składka bądź jej rata nie została zapłacona w terminie, ubezpieczyciel może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym. Nie pozbawia go to możliwości żądania zapłaty składki za okres, w którym ponosił odpowiedzialność.

W przypadku składki opłacanej w ratach opóźnienie zapłaty kolejnej raty może spowodować ustanie odpowiedzialności ubezpieczyciela. Może to nastąpić, gdy taki skutek przewidywała umowa lub ogólne warunki ubezpieczenia, a ubezpieczyciel wezwał ubezpieczającego do zapłaty zaległej składki pod rygorem ustania odpowiedzialności ubezpieczyciela w przypadku nieuregulowania zaległości w terminie siedmiu dni od chwili wezwania (art. 814 kc).

Wysokość składki może ulec zmianie, jeżeli ujawniona zostanie okoliczność, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku. Z żądaniem takim może wystąpić każda ze stron umowy. Zmiana powinna nastąpić od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia (art. 816 kc).

Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej¹⁰⁸ wprowadza szczegółowe regulacje w zakresie elementów umowy w zależności od rodzaju ubezpieczenia. W przypadku ubezpieczeń na życie, ubezpieczeń posagowych, zaopatrzenia dzieci, ubezpieczeń rentowych, ubezpieczeń na życie związanych z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, ubezpieczeń wypadkowych i chorobowych zakład ubezpieczeń jest zobowiązany do zawarcia w umowie ubezpieczenia:

1. Definicji poszczególnych świadczeń.
2. Wysokości składek odpowiadających poszczególnym świadczeniom podstawowym i dodatkowym.

¹⁰⁷ Zob. wyrok SN z dnia 5 marca 2001 r., V CKN 199/00, Lex, nr 52419.

¹⁰⁸ t.j. Dz.U. 2021 poz. 1130, 2140, 2328.

3. Zasad ustalania świadczeń należnych z tytułu umowy, w szczególności sposobu kalkulacji i przyznawania premii, rabatów i udziałów w zyskach ubezpieczonego, określenia stopy technicznej, wskazania wartości wykupu oraz wysokości sumy ubezpieczenia przypadku zmiany umowy ubezpieczenia na bezskładkową, o ile są one gwarantowane, określenia kosztów oraz innych obciążeń pobieranych przez zakład ubezpieczeń przy wypłacie świadczenia.
4. Opisu tych czynników w metodach kalkulacji rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, które mogą mieć wpływ na zmianę wysokości świadczenia zakładu ubezpieczeń.
5. Wskazania przepisów regulujących opodatkowanie świadczeń zakładu ubezpieczeń.
6. Wskazanie miejsca ujawnienia sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej zakładu ubezpieczeń.

W umowach ubezpieczenia na życie, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, zakład ubezpieczeń w umowie określa:

1. Wykaz oferowanych ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.
2. Tytuły oraz wysokość opłat pobieranych przez zakład ubezpieczeń.
3. Określenie profilu ryzyka ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.
4. Rekomendowany minimalny okres trwania umowy wraz z uzasadnieniem rekomendacji uwzględniającym horyzont inwestycyjny ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.
5. Informację o ryzyku inwestycyjnym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, o ile takie ryzyko występuje.
6. Informację, czy zakład ubezpieczeń będzie przekazywał ubezpieczającemu lub ubezpieczonemu, w określonych okresach, ocenę odpowiedniości ubezpieczenia do jego potrzeb.

Dopiero łączne rozpatrywanie przepisów kodeksu cywilnego i ustawy o działalności ubezpieczeniowej wskaże, jakie elementy musi zawierać umowa ubezpieczenia.

Ogólne warunki umowy

W umowach ubezpieczenia ważną rolę odgrywają ogólne warunki ubezpieczenia. Postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia, tak jak umowy ubezpieczenia, nie mogą być sprzeczne z przepisami *Kodeksu cywilnego*. Postanowienia umowy i ogólnych warunków ubezpieczenia powinny być formułowane w sposób jednoznaczny i zrozumiały, aby każda ze stron umowy jednakowo odczytywała ich treść. Przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej wprowadzają zasadę interpretacyjną w przypadku niezastosowania się przez zakład ubezpieczeń do tych wymogów. Niejasne i niejednoznaczne sformułowania interpretuje się na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia (art. 15 ust. 5 ustawy o dział. ubezp. i reasek.). W przypadku zawarcia

umowy ubezpieczenia, której treść różni się od ogólnych warunków ubezpieczenia, ubezpieczyciel jest zobowiązany przedstawić te różnice ubezpieczającemu w formie pisemnej przed zawarciem umowy. Niedopełnienie tego obowiązku powoduje, że ubezpieczyciel nie może powoływać się na różnice niekorzystne dla ubezpieczającego (art. 812 § 8 kc).

Zawarcie, zmiana i ustanie umowy

Zawarcie umowy

Umowa ubezpieczenia może być zawarta w każdej przewidzianej przez przepisy formie zawierania umów: oferty, przetargu lub rokowań. W praktyce głównie występuje tryb ofertowy. Ubezpieczający składa ubezpieczycielowi ofertę zawarcia umowy, najczęściej w postaci wypełnienia formularza wniosku ubezpieczyciela. Dlatego umowy ubezpieczenia często mają charakter adhezyjny. Jeżeli ubezpieczyciel przyjmie ofertę ubezpieczającego z zastrzeżeniem zmiany lub uzupełnieniem jej treści na niekorzyść ubezpieczającego, ma obowiązek zwrócić uwagę ubezpieczającemu na ten fakt na piśmie. Ubezpieczyciel w piśmie tym wyznacza ubezpieczającemu co najmniej siedmiodniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. Niedopełnienie tego obowiązku przez ubezpieczyciela skutkuje zawarciem umowy zgodnie z ofertą. Niezgłoszenie sprzeciwu natomiast powoduje dojście umowy ze zmianami do skutku następnego dnia po upływie terminu do zgłoszenia go.

Mimo przewagi zawierania umów w trybie ofertowym nie ma przeszkód prawnych, aby były one zawierane w drodze rokowań czy przetargu. Tryb rokowań najczęściej jest stosowany przy zawieraniu umów niestandardowych, dla których brak ogólnych warunków. Tryb przetargowy, poza przypadkami obligatoryjnymi przewidzianymi w przepisach, jest stosowany odnośnie do umów ubezpieczenia związanych z dużym ryzykiem gospodarczym¹⁰⁹. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wydania dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia, który w praktyce najczęściej nosi nazwę polisy.

W związku z zawarciem umowy ubezpieczenia z ubezpieczającym będącym osobą fizyczną, zakład ubezpieczeń przed jej zawarciem jest zobowiązany udzielić następujących jej informacji dotyczących:

1. Prawa właściwego dla umowy, jeżeli strony nie mają swobody wyboru prawa.
2. Prawa właściwego, którego wybór proponuje zakład ubezpieczeń, gdy strony mają swobodę wyboru prawa.
3. Sposobu i trybu rozpatrywania skarg i zażaleń zgłaszanych przez ubezpieczającego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, a także organu właściwego do ich rozpoznania.

¹⁰⁹ W. Uruszczak, *Umowa ubezpieczenia*, op. cit, s. 286.

Zmiana i ustanie umowy

Generalnie każdy stosunek zobowiązaniowy strony mogą modyfikować bądź rozwiązywać według własnego uznania. W odniesieniu do umowy ubezpieczenia przepisy wprowadzają szereg regulacji szczegółowych. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia zawartej na czas dłuższy niż sześć miesięcy, w terminie trzydziestu dni, a w przypadku gdy jest przedsiębiorcą siedmiu dni od dnia zawarcia umowy. Ubezpieczyciel ma prawo wypowiedzenia umowy zawartej na czas określony tylko w przypadkach wskazanych w ustawie oraz z ważnych przyczyn, które są określone w umowie lub ogólnych warunkach ubezpieczenia (art. 812 kc). Zarówno ubezpieczyciel, jak i ubezpieczający może wypowiedzieć w terminie czternastu dni umowę ze skutkiem natychmiastowym w przypadku, gdy druga strona zażądała zmiany wysokości składki w związku ze zmianą okoliczności. Prawo to nie przysługuje odnośnie do umów ubezpieczenia na życie.

W przypadku ubezpieczeń majątkowych w razie zbycia przedmiotu ubezpieczenia prawa z umowy mogą być przeniesione na nabywcę przedmiotu za zgodą ubezpieczyciela, chyba że umowa ubezpieczenia lub ogólne warunki ubezpieczenia stanowią inaczej. Jeżeli prawa z umowy ubezpieczenia nie zostały przeniesione na nabywcę przedmiotu, stosunek ubezpieczeniowy wygasa z chwilą przejścia przedmiotu ubezpieczenia na nabywcę.

W przypadku umów ubezpieczenia osobowego przepisy wprowadzają dodatkowe regulacje dotyczące ich wypowiedzenia. Ubezpieczający może taką umowę wypowiedzieć w każdym czasie z zachowaniem terminu wskazanego w umowie lub ogólnych warunkach ubezpieczenia. Jeżeli termin wypowiedzenia nie jest określony w umowie czy w ogólnych warunkach ubezpieczenia, wypowiedzenie następuje ze skutkiem natychmiastowym. Prawo wypowiedzenia przez ubezpieczyciela umowy ubezpieczenia na życie dopuszczalne jest jedynie w przypadkach wskazanych w ustawie.

4.2. Prawa i obowiązki stron

Prawa i obowiązki stron w umowie ubezpieczenia są ze sobą ściśle powiązane.

Obowiązki ubezpieczającego

Obowiązkami ubezpieczającego są:

1. zapłata składki,
2. udzielanie ubezpieczycielowi wszelkich istotnych dla stosunku ubezpieczenia informacji, zawiadomienie o wypadku;
3. w ubezpieczeniach majątkowych podjęcie działań mających na celu zmniejszenie szkody w ubezpieczonym mieniu oraz podjęcie działań zabezpieczających mienie zagrożone bezpośrednio szkodą.

Zapłata składki, jak wyżej wskazano, jest jednym z podstawowych obowiązków ubezpieczającego. Ubezpieczający jest zobowiązany również do podania ubezpieczycielowi wszelkich znanych mu informacji, które są wymagane do wypełnienia formularza ubezpieczenia. W umowie, z wyjątkiem umów ubezpieczenia na życie, może być także zawarty obowiązek informowania ubezpieczyciela o wszelkich zmianach powyższych danych. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na cudzy rachunek, obowiązek informacyjny spoczywa zarówno na ubezpieczającym, jak i ubezpieczonym, chyba że ubezpieczony nie wiedział o zawartej na jego rachunek umowie. Sankcją nałożoną na ubezpieczającego przez *Kodeks cywilny* za podanie niepełnych lub nieprawdziwych informacji lub niepoinformowanie o zmianach jest utrata prawa do świadczenia ubezpieczeniowego. Jeżeli zatajenie informacji nastąpiło z winy umyślnej, w razie wątpliwości co do przyczyn wypadku ubezpieczeniowego należy przyjąć, że jest on następstwem zatajenia informacji (art. 815 kc).

Odrębnie ustawodawca potraktował zatajenie bądź podanie nieprawdziwych informacji przy zawieraniu umowy ubezpieczenia na życie. Ubezpieczyciel nie może podnieść zarzutu podania nieprawdziwych informacji przy zawieraniu umowy, jeżeli do wypadku doszło po upływie trzech lat od zawarcia umowy (art. 834 kc).

Kolejnym obowiązkiem ubezpieczającego jest powiadomienie o wypadku. Termin, w jakim ubezpieczający jest zobowiązany zawiadomić zakład ubezpieczeń o wypadku, wynika z umowy ubezpieczenia bądź ogólnych warunków ubezpieczenia. Jeżeli umowa została zawarta na cudzy rachunek, obowiązek ten obciąża ubezpieczającego i ubezpieczonego, chyba że ubezpieczony nie wie o zawarciu umowy na jego rachunek. Niedopełnienie tego obowiązku z winy umyślnej bądź rażącego niedbalstwa uprawnia ubezpieczyciela do odpowiedniego zmniejszenia świadczenia, jeżeli brak informacji o wypadku przyczynił się do zwiększenia szkody lub uniemożliwił ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków wypadku. Powyższe skutki niepowiadomienia o wypadku nie nastąpią, jeżeli ubezpieczyciel w terminie umownym z jakichkolwiek źródeł dowiedział się o okolicznościach, o których powinien poinformować go ubezpieczający.

W ubezpieczeniach majątkowych ubezpieczający jest również zobowiązany do użycia dostępnych mu środków w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów. Umowa ubezpieczenia lub ogólne warunki ubezpieczenia mogą również nałożyć na ubezpieczającego obowiązek zabezpieczenia możliwości dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę. Niewypełnienie tego obowiązku umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa uwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności za szkodę, która jest następstwem tego zaniedbania. Zakład ubezpieczeń nie jest więc wolny całkowicie od odpowiedzialności, tylko w zakresie, w jakim ubezpieczający przyczynił się do szkody wskutek niewykonania ciężących na nim obowiązków (art. 826 kc).

Obowiązki zakładu ubezpieczeń

Obowiązkami ubezpieczyciela są:

1. gotowość do wypłaty odszkodowania przez czas trwania umowy,
2. wypłata odszkodowania ubezpieczeniowego w związku z wypadkiem.

Świadczenie zakładu ubezpieczeń ma charakter pieniężny, choć jest różne w zależności od rodzaju ubezpieczenia. W ubezpieczeniu majątkowym ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie za szkodę powstałą w ubezpieczonym mieniu lub za szkodę wyrządzoną osobom trzecim, za którą odpowiedzialność ponosi ubezpieczający lub osoba, na rzecz której umowa została zawarta. Suma określona w umowie ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela. Zakład ubezpieczeń w razie wypadku nie wypłaca więc sumy ubezpieczenia, lecz odszkodowanie, które nie może być wyższe od poniesionej szkody. Dlatego w przypadku ubezpieczenia tego samego przedmiotu w tym samym czasie od tego samego ryzyka u dwóch lub więcej ubezpieczycieli na sumy, które łącznie przewyższają jego wartość, ubezpieczający w razie zdarzenia ubezpieczeniowego otrzyma odszkodowanie jedynie w wysokości poniesionej szkody. Umowa może wprowadzać regulację, zgodnie z którą suma wypłacona przez ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia może być wyższa niż poniesiona szkoda. Jeżeli zawarto kilka umów ubezpieczenia, a w jednej dopuszczono wyższą wypłatę niż poniesiona szkoda, tylko od tego ubezpieczyciela można żądać zapłaty świadczenia w wysokości przewyższającej szkodę. Może mieć miejsce sytuacja, w której suma ubezpieczenia jest niższa od wartości przedmiotu ubezpieczenia – niedoubezpieczenie. W takim przypadku odpowiedzialność zakładu może występować w jednym z wariantów¹¹⁰:

1. proporcjonalnej – zakład ponosi odpowiedzialność za szkodę w takim stosunku, w jakim suma pozostaje do wartości, np. wartość wynosi 100 000 zł, suma 70 000 zł, a szkoda 80 000 zł – odszkodowanie wyniesie 56 000 zł;
2. na pierwsze ryzyko – zakład odpowiada za całą szkodę do wysokości sumy ubezpieczenia.

W terminie siedmiu dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową zakład ubezpieczeń informuje o tym ubezpieczającego i ubezpieczonego i przeprowadza postępowanie mające na celu ustalenia stanu faktycznego zdarzenia losowego, zasadności roszczeń i wysokości świadczenia (art. 27 ustawy o dział. ubezp. i reasek.).

Ubezpieczyciel jest zobowiązany spełnić świadczenie w terminie trzydziestu dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku (art. 817 kc). Jeżeli w tym terminie nie jest możliwe ustalenie odpowiedzialności ubezpieczyciela lub wysokości odszkodowania, świadczenie należy spełnić w terminie czternastu dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część świadczenia zawsze należy wypłacić w terminie

¹¹⁰ A. Brzozowski i in., *Zobowiązania. Część szczegółowa*, Wolters Kluwer, Warszawa 2021, s. 338.

trzydziestodniowym. Umowa ubezpieczenia bądź ogólne warunki ubezpieczenia mogą wprowadzić korzystniejsze dla uprawnionego rozwiązania.

W ubezpieczeniu osobowym świadczenie ubezpieczyciela nie jest związane ze szkodą majątkową tak jak w ubezpieczeniu majątkowym. W ubezpieczeniu na życie fakt śmierci ubezpieczonego skutkuje wypłatą uposażonemu sumy ubezpieczenia. W przypadku ubezpieczeń od następstw nieszczęśliwych wypadków świadczenie ubezpieczyciela może polegać na wypłacie odszkodowania stanowiącego zwrot kosztów poniesionego leczenia, zakupu protez czy przeszkolenia zawodowego¹⁷³.

4.3. Przedawnienie roszczeń

Roszczenia z umowy ubezpieczenia przedawniają się z upływem trzech lat. Ubezpieczyciel, który wypłacił odszkodowanie ubezpieczonemu, ma prawo dochodzić od sprawcy szkody odszkodowania. Termin przedawnienia roszczeń umowy ubezpieczenia obejmuje zarówno roszczenia ubezpieczonego, jak i roszczenia zwrotne zakładu ubezpieczeń.

W ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej roszczenie poszkodowanego o odszkodowanie lub zadośćuczynienie przedawnia się z upływem terminu przewidzianego dla danego roszczenia w przepisach o odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną czynem niedozwolonym lub wynikłą z niewykonania bądź nie należytego wykonania zobowiązania. W przypadku zgłaszania roszczenia przez poszkodowanego zastosowanie będą miały przepisy art. 442¹ kc. Zgodnie z tym przepisem:

- Roszczenie o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym ulega przedawnieniu z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i osobie zobowiązanej do jej naprawienia, termin ten nie może być dłuższy niż dziesięć lat od dnia zdarzenia wywołującego szkodę.
- Roszczenie o naprawienie szkody wynikłej ze zbrodni lub występku przedawnia się z upływem lat dwudziestu od dnia popełnienia przestępstwa.
- Jeżeli szkoda wyrządzona była na osobie, roszczenie o jej naprawienie nie może przedawnić się przed upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie zobowiązanej do jej naprawienia.
- Przedawnienie roszczenia osoby małoletniej o naprawienie szkody na osobie nie może skończyć się wcześniej niż z upływem lat dwóch od uzyskania przez nią pełnoletności.

Bieg przedawnienia roszczenia o świadczenie do ubezpieczyciela ulega przerwaniu przez zgłoszenie ubezpieczycielowi roszczenia lub zgłoszenie zdarzenia objętego ubezpieczeniem.

Podsumowanie

Ubezpieczenia gospodarcze nie są uregulowane w jednym akcie prawnym. Podstawowe to ustawy: z dnia 23 kwietnia 1964 r. *Kodeks cywilny* oraz z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. W umowach ubezpieczenia ważną rolę odgrywają ogólne warunki ubezpieczenia. Postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia, tak jak umowy ubezpieczenia, nie mogą być sprzeczne z przepisami *Kodeksu cywilnego*. Postanowienia umowy i ogólnych warunków ubezpieczenia powinny być formułowane w sposób jednoznaczny i zrozumiały, aby każda ze stron umowy jednakowo odczytywała ich treść. W przypadku niejasnych i niejednoznacznych sformułowań interpretuje się je na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia. Poza wskazanymi wyżej przepisami kwestie umów ubezpieczenia obowiązkowego są uregulowane również w przepisach szczególnych, z których wynika obowiązek zawarcia takiej umowy.

Jak w każdej umowie dwustronnie zobowiązującej na stronach ciąży odpowiednie obowiązki: zakład ubezpieczeń jest zobowiązany do spełnienia świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający jest zobowiązany do zapłacenia składki. Obowiązek zapłacenia składki przez ubezpieczającego powoduje, że jest to umowa odpłatna.

Pamiętać należy, że ubezpieczający i ubezpieczony to nie muszą być te same podmioty. Zdziwienie może budzić fakt, że ubezpieczającym w umowie ubezpieczenia na życie może być osoba prawna. Sytuacja taka ma miejsce, gdy np. pracodawca ubezpiecza swoich pracowników na życie. Złożoność problematyki umowy ubezpieczenia powoduje, że przed jej zawarciem należy zapoznać się nie tylko z przepisami powszechnie obowiązującymi, ale także szczegółowo zapoznać się ogólnymi warunkami umowy.

Literatura

1. Brzozowski A. i in., *Zobowiązania. Część szczegółowa*, Wolters Kluwer, Warszawa 2021.
2. Chróścicki A., *Umowa ubezpieczenia po nowelizacji kodeksu cywilnego. Komentarz*, Wolters Kulwer, Warszawa 2008.
3. Kidyba A., *Prawo handlowe*, C.H. Beck, Warszawa 2000.
4. Policha K., *Charakterystyka organizacyjno-prawna przedsiębiorstw ubezpieczeniowych*, [w:] Monkiewicz J. (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. III – *Przedsiębiorstwo*, Poltext, Warszawa 2003.
5. Orzeczenie SN z dnia 5 marca 2001 r., V CKN 199/00, Lex, nr 52419.

6. Uruszczak W., *Umowa ubezpieczenia*, [w:] Władyka S. (red.), *Prawo umów w obrocie gospodarczym*, Wydawnictwo Instytutu Prawa Spółek i Inwestycji Zagranicznych, Kraków 1993.
7. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. *Kodeks cywilny* (t.j. Dz.U. 2020 poz. 1740, 2320, Dz.U. 2021 r. poz. 1509, 2459).
8. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (t.j. Dz.U. 2021 poz. 1130, 2140, 2328).
9. Załucki M. (red.), *Kodeks cywilny. Komentarz*, C.H.Beck, Warszawa 2019.

5. ISTOTA RYZYKA W DZIAŁALNOŚCI UBEZPIECZENIOWEJ

Iwetta Budzik-Nowodzińska

Wprowadzenie

Działalności człowieka podejmowanej w każdej dziedzinie życia towarzyszy fundamentalne zjawisko ryzyka i niepewności. Jego negatywne skutki widoczne są w szczególności w szeroko rozumianej działalności gospodarczej. Ryzyko związane jest ze wszystkimi decyzjami podejmowanymi przez menadżera/właściciela odnoszącymi się do przyszłości. Przeważająca większość informacji posiadanych przez podmioty w chwili podejmowania decyzji jest niekompletna i niepełna. Ryzyko jest silnie powiązane z instytucjami finansowymi, stanowiąc immanentną cechę działalności zakładów ubezpieczeniowych. Identyfikacja globalnego procesu zarządzania ryzykiem, a przede wszystkim właściwej metodologii instrumentów sterowania, które umożliwiają ograniczanie potencjalnych skutków ryzyka, determinuje ich efektywność funkcjonowania oraz decyduje o przyszłym rozwoju ekonomicznym.

5.1. Ryzyko a niepewność w działalności gospodarczej

Pojęcie „ryzyka” jest niejednoznaczne i rodzi wiele problemów interpretacyjnych¹¹¹. Ryzyko dotyczy nie tylko całego przedsiębiorstwa, ale również otoczenia, w którym ono funkcjonuje. Uchwycenie istoty ryzyka może być dla przedsiębiorców trudnym zadaniem. Również w sferze terminów i definicji występują różne podejścia¹¹². Znaczenie tego pojęcia związane jest z „niepewnością”, która może być rozumiana jako niemierzalna możliwość odchylenia od stanu oczekiwanego, wynikająca z niemożności określenia jej przy użyciu rachunku prawdopodobieństwa.

W rozważaniach na temat istoty ryzyka i niepewności należy określić podstawowe różnice oraz zależności identyfikujące te dwa pojęcia. W literaturze przedmiotu wielu autorów podkreśla, że zachodzi między nimi ścisły związek, jednak

¹¹¹ O. Khail-Oliwa, *Skuteczność i efektywność zarządzania ryzykiem w przedsiębiorstwach w świetle współczesnych badań i studiów literaturowych*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Organizacja i Zarządzanie” 2018, nr 132, s. 303-305 za: A.M. Olkiewicz, *Ryzyko i jego wpływ na decyzje przedsiębiorstw*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego” 2012, nr 737, s. 549-572.

¹¹² P. Królas, *Identyfikacja ryzyka związanego z krótkim cyklem życia okazji – studium przypadku*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Poznańskiej. Organizacja i Zarządzanie” 2019, nr 80, s. 149-163.

nie są one synonimami¹¹³. Wielu autorów wskazuje, że termin „ryzyko” pochodzi od łacińskiego słowa *risicum*, co oznacza szansę, prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzeń pozytywnych lub negatywnych, sukcesu lub porażki¹¹⁴.

W badaniach nad istotą ryzyka należy podkreślić dywagacje koncentrujące się na próbie zdefiniowania podstawowych różnic pomiędzy ryzykiem a niepewnością, podjęte przez A. Willetta¹¹⁵ w 1901 roku. Dowiódł on, iż ryzyko jest obiektywnie współzależne od subiektywnej niepewności. Ryzyko¹¹⁶ jest zatem zobiektywizowaną niepewnością wystąpienia niepożądanego zdarzenia i zmienia się wraz z niepewnością, nie zaś ze stopniem prawdopodobieństwa¹¹⁷. Według A. Willetta ryzyko to stan otoczenia, do którego dążymy, podejmując decyzje. Autor uwzględnił korelację pomiędzy osiągnięciem tego stanu a stopniem niepewności jego wystąpienia, przy czym niepewność ta jest subiektywna i wynika głównie z niepełnych danych i niewystarczającej wiedzy decydenta o otaczającej nas rzeczywistości¹¹⁸.

Ze względu na powszechność i wielorakość zastosowań wykorzystuje się wiele definicji ryzyka, przy czym problemy z definiowaniem ryzyka w zarządzaniu wynikają zarówno z uwarunkowań ogólnych, jak i specyficznych. Jednocześnie można zaobserwować, że traktowanie ryzyka jako „mierzalnej części niepewności” staje się nieadekwatne do wymagań współczesnej teorii i praktyki¹¹⁹.

*Słownik języka polskiego*¹²⁰ określa ryzyko jako możliwość, prawdopodobieństwo, że coś się nie uda, przedsięwzięcie, którego wynik jest nieznany, niepewny czy problematyczny. Ponoszenie ryzyka oznacza według tej definicji ponoszenie odpowiedzialności za szkody i straty wynikłe z wypadków losowych. Jednakże

¹¹³ K. Marcinek, *Ryzyko projektów inwestycyjnych*, Akademia Ekonomiczna w Katowicach, Katowice 2000, s. 81.

¹¹⁴ M. Banaszek, *Ryzyko gospodarcze w działalności przedsiębiorstw*, [w:] A. Borcuch, A. Krzysztofek, W. Zajackowski (red.), *Problemy ekonomii oraz finansów publicznych i prywatnych*, Wydawnictwo Laboratorium Wiedzy Artur Borcuch, Kielce 2019, s. 23-30. Por. S. Nahotko, *Ryzyko ekonomiczne w działalności gospodarczej*, Oficyna Wydawnicza Ośrodka Postępu Organizacyjnego, Bydgoszcz 2001, s. 37-38; E. Hajduga, *Ryzyko podatkowe w działalności rolniczej*, [w:] M. Sosnowski (red.), *Współczesne problemy i wyzwania finansów – wybrane zagadnienia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu Wrocław 2020, s. 41-53; S. Nahotko, *Ryzyko ekonomiczne w działalności gospodarczej*, Oficyna Wydawnicza Ośrodka Postępu Organizacyjnego, Bydgoszcz 2001, s. 37-38.

¹¹⁵ A.H. Willett, *The Economic Theory of Risk Insurance*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia 1951, s. 6.

¹¹⁶ Termin „ryzyko” wywodzi się od starożytnego słowa „*risicare*” oznaczającego „odważyć się”. Nowożytna koncepcja ryzyka ma swoje źródła w indoarabskim systemie liczbowym, który rozpowszechnił się w świecie zachodnim przed siedmioma lub ośmioma wiekami. Por. P. Bernstein, *Przeciw bogom. Niezwykłe dzieje ryzyka*, WIG-Press, Warszawa 1997, s. XV.

¹¹⁷ A. Zachorowska, *Ryzyko działalności inwestycyjnej przedsiębiorstw*, PWE, Warszawa 2006, s. 55 i dalsze.

¹¹⁸ M. Kotnis, *Postawy menedżerskie a skuteczne podejmowanie decyzji w warunkach niepewności*, „Studia i Prace WNEiZ Uniwersytetu Szczecińskiego” 2019, nr 55.

¹¹⁹ Cz. Mesjasz, *Podejście konstruktywistyczne w zarządzaniu ryzykiem*, „Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach” 2018, nr 359, s. 18-36.

¹²⁰ *Słownik języka polskiego*, t. III, PWN, Warszawa 1981, s. 155.

można rozróżnić kilka wspólnych elementów świadczących o istocie ryzyka. Należy do nich niepewność, a następnie świadomość ryzyka przedsięwzięcia przy podejmowaniu lub kontynuowaniu działań pod wpływem subiektywnego przekonania, że zakończy się ono zgodnie z przewidywaniami¹²¹. Z semantyki określenia pojęcia ryzyka wynika, że ryzyko jest raczej wyborem niż nieuchronnym przeznaczeniem.

Interpretując zjawisko ryzyka oraz niepewności, należy podkreślić teorię niepewności mierzalnej i niemierzalnej F. Knighta¹²², która w jednoznaczny sposób charakteryzuje i różnicuje te dwa pojęcia. Dokonany dychotomiczny podział wyodrębnia zjawisko ryzyka, a więc niepewności mierzalnej wówczas, gdy wynik danego działania lub decyzji może być określony za pomocą prawdopodobieństwa statystycznego, matematycznego lub szacunkowego. Prawdopodobieństwo statystyczne obejmuje kalkulację empirycznej oceny częstotliwości występowania określonych możliwych zdarzeń losowych, których nie da się rozłożyć na kombinacje jednakowo możliwych alternatyw. Jest ono charakterystyczne dla realnych procesów gospodarczych. W teorii tej prawdopodobieństwo matematyczne oznacza znajomość całego zbioru możliwych zdarzeń oraz ich identyczności, a więc jednakowej możliwości wystąpienia. Ten typ klasycznie wykorzystywany jest w grach losowych. Prawdopodobieństwo, które najszerzej może charakteryzować działalność gospodarczą, to prawdopodobieństwo estymacyjne, skoncentrowane na tych sytuacjach, w których nie istnieją żadne adekwatne podstawy klasyfikacji zdarzeń¹²³. Pod pojęciem niepewności niemierzalnej, czyli niepewności, rozumie się możliwość wystąpienia odchyleń od stanów oczekiwanych, jednakże charakteryzują się one brakiem ścisłego wyznaczenia oraz kwantyfikacji.

Z tego też powodu w literaturze przedmiotu uznaje się, iż ryzyko występuje wówczas, kiedy dla wszystkich zidentyfikowanych, możliwych różnych poziomów rozpatrywanych parametrów da się oszacować prawdopodobieństwo ich wystąpienia¹²⁴. Prawdopodobieństwo to określane jest na podstawie obiektywnych danych obejmujących dane historyczne lub symulacje. Niepewność zaś charakteryzuje się brakiem możliwości identyfikacji wszystkich możliwych, alternatywnych przyszłych poziomów rozważanych kategorii oraz rozkładu prawdopodobieństwa, który charakteryzowałby owe alternatywne poziomy¹²⁵. Niepewność jest pojęciem subiektywnym i w związku z tym nie podlega pomiarowi. Niepewność traktowana jest jako immanentna cecha rzeczywistości, wynikająca z wielkiej liczby, złożoności i zmienności podmiotów, z zależności zachodzących między nimi i w ich otoczeniu

¹²¹ S. Długosz, G. Laszuk, *Ryzyko gospodarcze*, Infor, Warszawa 1998, s. 11.

¹²² F.H. Knight, *Risk, Uncertainty and Profit*, London 1993, s. 19-20.

¹²³ K. Jędralska, *Zachowania przedsiębiorstw w sytuacjach niepewnych i ryzykownych*, AE Katowice, Katowice 1992, s. 48.

¹²⁴ K. Marcinek, *Ryzyko projektów...*, op. cit., s. 81.

¹²⁵ A. Zachorowska, *Ryzyko...*, op. cit., s. 52 i dalsze.

oraz z ograniczonej możliwości kontrolowania przez ludzi czynników kształtujących rzeczywistość¹²⁶. Takie stanowisko prezentują J. Szczepański i L. Szyszko¹²⁷, zgodnie z którym ryzyko to statystyczne prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia losowego o charakterze negatywnym dla dotkniętego nim podmiotu. Natomiast niepewność – według niego – charakteryzuje sytuacje, w których podejmujący decyzje wie, że wszystkie dopuszczalne zdarzenia są możliwe, ale nie jest możliwe określenie prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia losowego¹²⁸. Zatem należy podkreślić, że ryzyko występuje wtedy, kiedy prawdopodobieństwo realizacji zamierzonego zadania dla spełnienia się określonych warunków etc. zawiera się w granicach $0 < P(x) < 1$, gdzie $P(x)$ oznacza prawdopodobieństwo wystąpienia zmiennej losowej.

Analizując zjawiska ekonomiczne łączące się z istnieniem niepewności, należy wyróżnić zgodnie z K. Arrowem trzy podstawowe grupy¹²⁹:

- zjawiska, które poprzez samą definicję wiążą się z niepewnością;
- zjawiska niełączące się bezpośrednio z definicją niepewności, niemniej jednak niedające się wytłumaczyć w żaden inny sposób;
- zjawiska, których związek z niepewnością jest bardziej odległy i dyskusyjny.

Zjawiska ekonomiczne powiązane z samą definicją niepewności obejmują według tej koncepcji ubezpieczenia oraz gry hazardowe. Zarówno dla ubezpieczeń, jak i dla gier hazardowych wartością oczekiwaną następstw podjętych działań jest strata w odniesieniu do niepodejmowania działania (powstrzymanie się od działania). W rozumieniu K. Arrowa ubezpieczenie w tym kontekście oznacza przekładanie pewnej małej straty nad niewielką szansę dużej straty¹³⁰, natomiast gra hazardowa polega na przekładaniu małego prawdopodobieństwa dużej wygranej i dużego prawdopodobieństwa małej straty nad pewność uzyskania dochodu większego niż wartość oczekiwana gry.

Zjawiska ekonomiczne, które pośrednio łączą się z definicją niepewności, obejmują między innymi istnienie prawnie zagwarantowanych dochodów, wahania stóp zwrotu różnorodnych papierów wartościowych i utrzymywanie zapasów ponad potrzebę danego przedsiębiorstwa z uwagi na fakt pojawienia się czystych kosztów transferu.

Do trzeciej grupy zjawisk ekonomicznych zalicza się zjawiska związane z istnieniem zysku w „czystym” ujęciu, jako wielkości rezydualnej, po uwzględnieniu

¹²⁶ K. Jajuga, T. Jajuga, *Inwestycje*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s. 90.

¹²⁷ J. Szczepański, L. Szyszko (red.), *Finanse przedsiębiorstwa*, PWE, Warszawa 2007, s. 10. Por. także: J. Czekaj, Z. Dresler, *Zarządzanie finansami przedsiębiorstw. Podstawy teorii*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006, s. 9.

¹²⁸ J. Szczepański, L. Szyszko (red.), *Finanse...*, op. cit., s. 28.

¹²⁹ K. Arrow, *Esaje z teorii ryzyka*, PWN, Warszawa 1977, s. 22.

¹³⁰ M. Friedman, L.J. Savage, *The Utility Analysis of Choices Involving Risk*, „Journal of Political Economy” 1948, nr 56(4), s. 279-304. Por. także P.A. Samuelson, S. Nordhaus, *Ekonomia*, t. I, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s. 752.

wynagrodzenia oraz wszystkich czynników, łącznie z umownym oprocentowaniem i oprocentowaniem nałożonym na kapitał danego przedsiębiorcy. Bierze się również pod uwagę ograniczenia wynikające z wielkości przedsiębiorstwa, stanowiące charakterystyczną postać systemu wielkiej przedsiębiorczości.

Należy podkreślić, że w literaturze przedmiotu nie ma jednolitej i spójnej definicji interpretującej zjawisko ryzyka. Definiując to pojęcie, bardzo często uwzględnia się skutki ryzyka oraz możliwość nieosiągnięcia zamierzonego celu. W literaturze przedmiotu ryzyko bywa utożsamiane z możliwością wystąpienia straty, co odpowiada intuicyjnemu traktowaniu ryzyka w życiu codziennym. W tym kontekście podkreśla się, że możliwość wystąpienia określonej straty (rezultatu) jest w przeciwieństwie do ryzyka czymś niemierzalnym. Jeśli natomiast występuje zjawisko pewności co do nastąpienia określonego rezultatu, ryzyko nie istnieje, gdyż strata jest pewna¹³¹.

Możliwość nieosiągnięcia zamierzonego celu może wiązać się zarówno z szansą negatywnego, jak i pozytywnego chybienia celu. Z tego też względu ryzyko posiada dwa wymiary: negatywny oraz pozytywny. Jeśli ryzyko traktowane jest jako zjawisko negatywne, wówczas w takim znaczeniu może stać się źródłem strat, które należy uwzględnić w działalności przedsiębiorstwa. Jest zatem definiowane jako niebezpieczeństwo negatywnego odchylenia od celu¹³². Ryzyko według G. Forschle wyraża zwykle tylko negatywne odchylenie od oczekiwanych rezultatów i z tego względu jest powiązane bezpośrednio z potencjalną stratą¹³³. Jednakże, jak już wcześniej wspomniano, nieosiągnięcie zamierzonego celu może wiązać się z szansą pozytywnego chybienia celu¹³⁴. Z uwagi na ten fakt pojęcie „ryzyka” jest szeroko definiowane w literaturze jako zagrożenie nieosiągnięcia zamierzonych celów¹³⁵. Taką koncepcję prezentuje W. Grzybowski. Definiuje on niepewność jako powstanie odchyłeń dodatnich i ujemnych od zamierzonego efektu przedsięwzięcia. Według Grzybowskiego, ryzyko grozi ewentualnością powstania odchylenia ujemnego (straty gospodarczej), jednakże jednocześnie tworzy się szansa zwiększenia korzyści ponad stan przewidywanej równowagi lub co najmniej osiągnięcia tej równowagi¹³⁶.

¹³¹ R. Garbiec, *Ubezpieczenia w teorii i praktyce*, cz. II – *Ubezpieczenia gospodarcze i zdrowotne*, Wydawnictwo Wydziału Zarządzania Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2016, s. 8.

¹³² B. Bruhwiler, *Risk management – eine Aufgabe der Unternehmens – führung*, Verlag Paul Haupt, Bern, Stuttgart 1980, s. 40.

¹³³ M. Glaum, G. Forschle, *Finanzwirtschaftliches Risikomanagement deutscher Industrie – und Handelsunternehmen – Industriestudie*, PwC Deutsche Revision Aktiengesellschaft Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (editors), Fachverlag Moderne Wirtschaft, Frankfurt am Mein 2000.

¹³⁴ G. Borys, *Zarządzanie ryzykiem kredytowym w banku*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1996, s. 12-13.

¹³⁵ W. Jaworski, Z. Zawadzka, *Bankowość*, Poltext, Warszawa 2005, s. 9.

¹³⁶ Zob. także V. Jog, C. Suszyński, *Zarządzanie finansami przedsiębiorstwa*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000, s. 18; W. Grzybowski, *Przedsiębiorczość, niepewność, zysk*, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 1995, s. 42.

Ryzyko w literaturze przedmiotu jest klasyfikowane z uwagi na kryterium: niepewności, ubezpieczeniowe oraz postępu¹³⁷. W podziale tym wyodrębnia się ryzyko wystąpienia niepewności, jego skutku, czasu i miejsca. W takim znaczeniu ryzyko niepewności traktuje się jako sam fakt istnienia niepewności co do rezultatów oraz brak możliwości określenia miejsca i czasu jego wystąpienia. Z punktu widzenia metodologicznego klasyfikacja ta nie wydaje się poprawna, ponieważ niepewność odnosi się do wszystkich tych czynników jednocześnie¹³⁸.

W ramach kryterium ubezpieczeniowego, powiązanego z praktyką ubezpieczenia, można wyodrębnić ryzyko osobowe i majątkowe¹³⁹. Kryterium ryzyka postępu umożliwia uwzględnienie zmieniającego się otoczenia oraz postępu technicznego. W tej grupie można wyodrębnić ryzyko statyczne oraz dynamiczne.

5.2. Specyfika ryzyka w działalności ubezpieczeniowej

W teorii ubezpieczeń ryzyko jest kategorią ogólną, niemal ontologiczną. Oznacza możliwość wystąpienia określonego zdarzenia, wypadku lub szkody. Oddzielenie ryzyka od obszaru niepewności ma istotne znaczenie dla teorii ubezpieczeń, gdyż niepewność w zasadzie nie podlega ubezpieczeniu¹⁴⁰.

Jednym z rodzajów ryzyka, na które wystawione jest współczesne przedsiębiorstwo, jest ryzyko regulacyjne. Jego źródłem są nowo wprowadzane wymogi i uregulowania prawne, których nie brano pod uwagę w momencie projektowania przedsiębiorstwa i tworzenia jego strategii¹⁴¹.

W literaturze dotyczącej teorii ubezpieczeń dokonuje się podziału na ryzyko czyste i spekulacyjne¹⁴². Ryzyko czyste charakteryzuje się niebezpieczeństwem poniesienia straty bez żadnej szansy wygranej. Ryzyko spekulacyjne odnosi się do sytuacji, w której istnieje możliwość osiągnięcia zarówno wygranej, jak i straty. Podział ten jest konsekwencją wyodrębnienia alternatyw i jest charakterystyczny dla procesów związanych z ubezpieczeniami.

Ryzyko w działalności ubezpieczeniowej może być klasyfikowane według odmiennych wariantów obejmujących ryzyko subiektywne oraz ryzyko

¹³⁷ W. Tarczyński, M. Mojsiewicz, *Zarządzanie ryzykiem. Podstawowe zagadnienia*, PWE, Warszawa 2001, s. 20.

¹³⁸ Por D. Dziawgo, *Credit-rating*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1998, s. 18.

¹³⁹ A. Zachorowska, *Ryzyko...*, op. cit., s. 59 i dalsze.

¹⁴⁰ K. Jędralska, *Zachowania...*, op. cit., s. 50.

¹⁴¹ K. Posłuszny, *Ryzyko regulacyjne i jego wpływ na konkurencyjność przedsiębiorstw przemysłowych. Ryzyko i bezpieczeństwo w działalności gospodarczej*, [w:] N. Iwaszczuk (red.), *Ryzyko i bezpieczeństwo w działalności gospodarczej*, Wydawnictwo IGSMiE PAN, Kraków 2019, s. 11-22.

¹⁴² A. Mowbray, R. Blanchard, C. Williams, *Insurance*, McGraw-Hill, New York, 1969, s. 12. Por. m.in.: W. Tarczyński, M. Mojsiewicz, *Zarządzanie ryzykiem. Podstawowe zagadnienia*, PWE, Warszawa 2001, s. 18. Przedmiotem ubezpieczenia może być tylko ryzyko czyste, natomiast ryzyko spekulacyjne nie podlega ubezpieczeniu.

obiektywne¹⁴³. Ryzyko obiektywne traktowane jest jako odchylenie straty rzeczywistej od oczekiwanego poziomu. W działalności ubezpieczeniowej ryzyko obiektywne nie oznacza wyłącznie zaistnienia zdarzenia szkody, lecz jest możliwy do zaakceptowania margines błędu rezultatów rzeczywistych do zakładanych. Specyfika ryzyka subiektywnego dotyczy indywidualnej oceny możliwości wystąpienia określonych skutków. Miarą tego typu ryzyka jest stopień niepewności co do wystąpienia określonych strat, stąd też jego kalkulacja jest trudna do przeprowadzenia.

W działalności ubezpieczeniowej ryzyko traktowane jest jako możliwość wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego, czyli zdarzenia, szkody losowej, poniesienia straty. Wypadek ubezpieczeniowy to zdarzenie losowe objęte ubezpieczeniem, po zaistnieniu którego zakład ubezpieczeń musi zrealizować swoje zobowiązanie z tytułu umowy ubezpieczeniowej.

Ryzyko ubezpieczeniowe jest pojęciem nadrzędnym, obejmującym kompleksową działalność ubezpieczeniową. Ryzyko to skoncentrowane jest na potencjalnych skutkach, które mogą oddziaływać zarówno na osoby prawne, jak i fizyczne. Należy podkreślić, że zjawisko ryzyka dotyczy firm ubezpieczeniowych oraz klientów. Stąd też w literaturze przedmiotu ryzyko ubezpieczeniowe rozpatruje się w dwóch obszarach¹⁴⁴:

- ryzyka firmy ubezpieczeniowej (ryzyko produktu, utraty płynności);
- ryzyka klientów (wyróżniające obawę klientów o ewentualne bankructwo ubezpieczyciela).

Na działalność ubezpieczeniową składa się wiele elementów, a jej cele i zadania mogą być rozpatrywane z różnych punktów widzenia. Głównym jej zadaniem jest zapewnianie ochrony ubezpieczeniowej poprzez ograniczenie lub poprzez eliminację niepożądanych skutków zdarzeń losowych. W związku z losowością zdarzeń instytucje ubezpieczeniowe narażone są na trzy główne rodzaje ryzyka: ryzyko ubezpieczeniowe, ryzyko ubezpieczyciela, ryzyko ubezpieczającego¹⁴⁵. Realizacja każdego z tych ryzyk niesie ze sobą straty nie tylko dla zakładu ubezpieczeniowego, ale również dla samego klienta oraz dla całego sektora ubezpieczeń.

Ryzyko firmy ubezpieczeniowej wydaje się być w tak wyodrębnionym podziale ryzykiem nadrzędnym. Wynika to z faktu, że do ubezpieczenia przyjmowane są różne towary i przedmioty, które podmiotom ubezpieczanym mogą przynieść konkretne szkody różnej wysokości. Ryzyko to związane jest z oferowanymi produktami¹⁴⁶.

¹⁴³ B. Pietrzak, Z. Polański, B. Woźniak, *System finansowy w Polsce*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005, s. 361.

¹⁴⁴ T. Kaczmarek, *Ryzyko i zarządzanie ryzykiem*, Difin, Warszawa 2004, s. 41.

¹⁴⁵ E. Łazurka, K. Jarszak, *Rezerwy i reasekuracja jako gwarancja bezpieczeństwa firmy ubezpieczeniowej*, [w:] M. Śniadkowski (red.), *Wyniki badań interdyscyplinarnych w aspekcie edukacji techniczno-informatycznej i bezpieczeństwa*, Wydawnictwo Politechniki Lubelskiej, Lublin 2020, s. 80-98.

¹⁴⁶ *Ibidem*, s. 42.

Ryzyko utraty płynności finansowej dotyczy w szczególności instytucji finansowych. Oznacza to w praktyce, iż instytucja ubezpieczeniowa nie jest w stanie regulować swoich krótkoterminowych zobowiązań w zakresie wypłat z tytułu odszkodowań i świadczeń zgodnie z zawartymi umowami. Obok podstawowego ryzyka utraty płynności finansowej wskazuje się w literaturze przedmiotu podstawowe źródła ryzyka ubezpieczyciela, które koncentrują się na właściwej gospodarce finansowej, w efekcie której zabezpieczony jest odpowiedni poziom wypłacalności, tworzeniu rezerw finansowych i techniczno-ubezpieczeniowych oraz zarządzaniu lokatami kapitałowymi. Optymalne zarządzanie w tym aspekcie działalności obejmuje kwantyfikację ryzyka inwestycyjnego w określonych warunkach rynku kapitałowego. Ocena i pomiar ryzyka ubezpieczeniowego są podstawą właściwej kalkulacji składek ubezpieczeniowych, decyzji ubezpieczeniowych reasekuracyjnych oraz podziału na portfele ubezpieczeń i zachowania równowagi finansowej w portfelach ubezpieczeń¹⁴⁷.

Należy podkreślić, że w praktyce ubezpieczeniowej traktuje się ryzyko jako przedmiot ubezpieczenia, który może dotyczyć zarówno dóbr osobistych, jak i majątkowych. Takie traktowanie ryzyka jest użyteczne w znaczeniu komunikatywnym, lecz jego wartość poznawcza jest niewielka. W praktyce ryzyko rozważane jest przede wszystkim z punktu widzenia zakładu ubezpieczeń i badania te mają wpływ na kalkulację wysokości składek ubezpieczeniowych¹⁴⁸.

Ryzyko produktu stanowić może potencjalne źródło straty oraz wytworzenie warunków sprzyjających jej wystąpieniu. Źródło straty jest synonimem oferowanych produktów, czyli może obejmować ubezpieczenie od niebezpieczeństwa pożaru, włamania, gradobicia etc. Natomiast warunki sprzyjające powstaniu straty określa się w literaturze przedmiotu hazardem.

Przedstawione rozważania wskazują, iż ryzyko jest bardziej procesem niż stanem, a o jego specyfice decydują elementy składowe. W tym kontekście jako główne składowe ryzyka traktuje się niebezpieczeństwo oraz hazard. Niebezpieczeństwo jest traktowane jako przyczyny i źródła straty. Niebezpieczeństwo przebiega w trzech głównych fazach: niebezpieczeństwie potencjalnym (zagrożeniu), realizacji niebezpieczeństwa w rzeczywistości oraz w efektach. Niebezpieczeństwo potencjalne oznacza wystąpienie zdarzeń, które znane są już z przeszłości oraz identyfikowalne są ich niepożądane skutki. Realizacja niebezpieczeństwa wiąże się z faktycznym wystąpieniem zdarzenia. Efekty niebezpieczeństwa stanowią wielkości konkretnych strat powstałych na skutek zaistniałych zdarzeń¹⁴⁹.

Różnicując zjawisko ryzyka z punktu widzenia rodzaju niebezpieczeństwa, wyodrębnia się: ryzyko ogniowe, kradzieży, cywilizacyjne, atomowe i ekologiczne.

¹⁴⁷ R. Garbiec, *Ubezpieczenia w teorii i praktyce*, cz. II, op. cit., s. 9.

¹⁴⁸ Ibidem, s. 2.

¹⁴⁹ W. Tarczyński, M. Mojsiewicz, *Zarządzanie ryzykiem...*, op. cit., s. 24-25.

Ze względu na charakter przedmiotu ubezpieczenia narażonego na określone ryzyko wyróżnia się¹⁵⁰:

- ryzyko osobowe, którego cechą charakterystyczną jest utrata na tzw. dobrach osobistych, do których zalicza się w szczególności: życie, zdrowie, zdolność do pracy;
- ryzyko typu majątkowego, które powstaje na skutek konkretnej szkody majątkowej i obejmuje m.in.: ryzyko kradzieży, pożaru, utraty zysku etc.

W literaturze przedmiotu wyróżniamy trzy zasadnicze postawy ludzkie wobec ryzyka¹⁵¹, obejmują one osoby niechętne ryzyku, osoby neutralne wobec ryzyka oraz osoby lubiące ryzyko. Zachowania ludzkie są niezwykle istotne w warunkach ryzyka z uwagi na specyfikę procesu decyzyjnego. Podejmowanie decyzji zawsze wiąże się z ryzykiem, gdyż każda decyzja jest związana z przewidywaniem określonego stanu przyszłości. Decyzja sprowadza się do wyboru takiego sposobu działania, który przyniesie największe korzyści.

5.3. Rola i etapy zarządzania ryzykiem

W instytucjach finansowych, w tym ubezpieczeniowych, zarządzanie ryzykiem obejmuje kompleksowe działania stanowiące centralne zarządzanie z poziomu jednostki organizacyjnej, będącej niezależnym organem podległym bezpośrednio zarządowi i podejmującym podstawowe zadania i funkcje dotyczące zarządzania ryzykiem¹⁵². Poprzez regulacje prawne taka jednostka organizacyjna uzyskuje mandat na funkcjonowanie. W Niemczech stanowią one mogą m.in. „Mindestand – forderungen an das Betrieben von Handelsgeschäften”, który wymaga pisemnych procedur oraz organizacyjnego oddzielenia handlu, zawierania kontraktów oraz kontroli. Zarządzanie to zestawia strategiczne cele oraz zapewnia, poprzez bezpośrednią kontrolę, że ustalone zadania są faktycznie osiągnięte poprzez centralne zarządzanie. Centralne zarządzanie ryzykiem ma wiele korzyści, do których głównie można zaliczyć niezależne oraz zintegrowane spojrzenie na wszystkie typy ryzyka oraz uświadomienie, że tylko pozycje netto¹⁵³ podlegają zarządzaniu, a wyspecjalizowany personel osiągnie lepsze wyniki. Jednakże przedsiębiorstwa rzadko mierzą i zarządzają globalnym ryzykiem. Stosują one najczęściej mikrozarządzanie w stosunku do pojedynczych źródeł ryzyka, głównie z powodu wysokich kosztów, bieżącego zarządzania ryzykiem centralnym albo z powodu ograniczeń prawnych. Dotyczyć to może w szczególności wysokich kosztów związanych

¹⁵⁰ B. Pietrzak, Z. Polański, B. Woźniak, *System...*, op. cit., s. 361.

¹⁵¹ Badania empiryczne dowodzą, że ludzie generalnie nie lubią ryzyka. Duże obroty kasyn gier i wpływy z loterii, choć są wysokie, nie dorównują obrotom firm ubezpieczeniowych.

¹⁵² Por. D. Shimko, B. Humphreys, *Voting on Values*, „Risk Magazine”, December 1998, s. 33.

¹⁵³ To pozwala również na rozpoznanie i kompensowanie oddziaływań w portfelu bankowym.

z IT. Bez poprawnie funkcjonującego systemu IT wiele funkcji nie może być wykonywanych na czas.

Odmienne podejście do zarządzania ryzykiem traktuje go jako uwydatnienie wszystkich działań i czynności, które są niezbędne do realizacji zadań instytucji finansowych¹⁵⁴. W procesie tym można wyróżnić następujące kroki¹⁵⁵:

- definiowanie, identyfikowanie oraz klasyfikowanie wszystkich ekspozycji narażonych na ryzyko oraz źródeł ryzyka (czynniki ryzyka) – mogą to być m.in. odniesienia ryzyk niesystematycznych w stosunku do systematycznych albo ryzyk ciągłych w odniesieniu do ryzyk zdarzeń;
- analizowanie oraz kwantyfikowanie ekspozycji ryzyka;
- alokowanie kapitału¹⁵⁶;
- podejmowanie decyzji (*ex ante*);
- limitowanie gotowości do ponoszenia ryzyka;
- kontrolowanie ryzyka;
- wykonanie oceny (*ex post*).

Analiza oraz kwantyfikacja ekspozycji ryzyka stanowi istotne zrozumienie relacji wpływu niesystematycznego ryzyka na przepływy pieniężne oraz wartość przedsiębiorstwa. Istotne w tym względzie jest określenie profilu ekspozycji ryzyka, który odnosi się do nieoczekiwanych zmian w szeroko rozumianych czynnikach ryzyka, a te z kolei wpływają na nieoczekiwane zmiany wartości przedsiębiorstwa. W tym przypadku szacuje się również korelacje pomiędzy czynnikami ryzyka.

Analizując determinanty działalności firmy ubezpieczeniowej, podobnie jak w każdej innej instytucji, należy wyodrębnić dwie podstawowe grupy, do których zalicza się czynniki zewnętrzne, na które przedsiębiorstwo nie ma wpływu, ale które musi umiejętnie rozpoznawać i identyfikować, oraz czynniki wewnętrzne – zależne w znacznym stopniu od organizacji i zarządzania daną instytucją. W działalności ubezpieczeniowej do płaszczyzny determinant zewnętrznych zalicza się w szczególności¹⁵⁷:

- rozwój gospodarczy kraju i związany z tym produkt krajowy brutto przypadający na jednego mieszkańca;
- inflację lub deflację;
- stabilność polityczną i decyzje polityczne;
- stopień rozwoju rynku kapitałowego i związane z nim ryzyko inwestycyjne;

¹⁵⁴ Por. A. Damodaran, *Corporate Finance – Theory and Practise*, Wiley, New York 1997, s. 795-796; G. Schroeck, *Risiko – und Wertmanagement in Banken – Der Einsatz risikobereinigter Rentabilitäts-cannzahlen*, Deutscher Universitätsverlag, Gabler, Wiesbaden 1997, s. 23-25.

¹⁵⁵ G. Schroeck, *Risk Management and Value Creation in Financial Institutions*, J. Wiley & Sons, Hoboken 2002, s. 26-28. Por. m.in.: A. Wójcik-Mazur, *Zarządzanie ryzykiem kredytowym w banku komercyjnym*, Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2008, s. 70 i dalsze.

¹⁵⁶ Por. K. Froot, J. Stein, *Risk Management, Capital Budgeting and Capital Structure Policy for Financial Institutions: An Integrated Approach*, „Journal of Financial Economics” 1998, s. 59-82.

¹⁵⁷ R. Garbiec, *Ubezpieczenia w teorii i praktyce*, cz. II, op. cit., s. 3.

- uwarunkowania prawne – system podatkowy i system emerytalny;
- strukturę własnościową firmy i zachowania akcjonariuszy;
- rynek ubezpieczeniowy w kraju;
- kierunki rozwoju światowego sektora ubezpieczeń;
- poziom umiędzynarodowienia gospodarki;
- świadomość ubezpieczeniową mieszkańców;
- zamożność mieszkańców.

Instytucje finansowe muszą uwzględniać w swojej działalności ryzyko nie tylko makroekonomiczne, zupełnie od nich niezależne, ale również mikroekonomiczne, związane w szczególności z nasilaniem się zjawiska konkurencji. Zakres niebezpieczeństw towarzyszących funkcjonowaniu tych instytucji jest dużo większy niż dla pozostałych przedsiębiorstw. Ryzyka te znacznie przekraczają klasyczne typy powiązane z ryzykiem awarii, katastrof czy ataków terrorystycznych, a w szczególności koncentrują się na ryzykach dotyczących ściśle działalności operacyjnej.

Czynniki wewnętrzne specyficzne dla działalności ubezpieczeniowej to determinanty powiązane z: działalnością techniczno-ubezpieczeniową i reasekuracyjną, prowadzeniem gospodarki finansowej, polityką marketingową firmy oraz decyzjami zarządczymi władz statutowych, a przede wszystkim zarządu firmy, a także z kompetencjami pracowników.

Alokacja kapitału jest przeprowadzana w stosunku do jednostek biznesowych instytucji, które wspólnie ponoszą ryzyka, i jest odnoszona do wszystkich typów ryzyka i jednostek biznesowych instytucji finansowej. Ponadto alokacja ta jest współmierna do ponoszenia ryzyka oraz do alokacji obciążenia w odniesieniu do ponoszonych kosztów kapitału.

Podjęcie decyzji (*ex ante*) koncentruje się w szczególności na procesie decyzyjnym obejmującym zawieranie nowych transakcji. Wymaga ono w tym kontekście rozważenia, czy dana transakcja powinna być zaakceptowana z punktu widzenia portfela, oraz rozpatrzenia, czy ponoszone ryzyko jest odpowiednio kompensowane z perspektywy zwrotu ryzyka.

Ograniczanie gotowości do ponoszenia ryzyka dotyczy przede wszystkim zapewnienia instrumentów obniżających jego poziom i tym samym zmniejszających jego potencjalny ciężar. Krok ten jest istotnym oraz aktywnym zarządzaniem ryzykiem i z tego też względu jest zwyczajowo określany terminem zarządzania ryzykiem. W celu ograniczania ryzyka mogą być stosowane różne instrumenty zabezpieczające oraz polityki, do których w szczególności można zaliczyć: całkowite stronięcie od ryzyka, transfer ryzyka oraz limitowanie¹⁵⁸.

Kontrola ryzyka obejmuje zwykle kontrolę dokumentowania oraz kontrolę wszystkich działań podjętych podczas procesu zarządzania ryzykiem, a w szczególności dotyczy podjęcia wszystkich środków nadzorczych, które umożliwią

¹⁵⁸ Por. m.in. G. Schroeck, *Risk Management...*, op. cit., s. 27.

porównanie działania z zaplanowanym wzorcem. Ponadto jest istotne ustalenie przyczyn odchyień, które powstają w procesie zarządzania ryzykiem¹⁵⁹.

Wykonanie (*ex post*) oceny ma na celu połączenie działań związanych z zarządzaniem ryzykiem z ogólnymi i kompleksowymi celami. Zarządzanie powinno rozwijać strategiczne cele odnośnie do różnych obszarów ryzyka, które są współmierne z końcowym celem przedsiębiorstwa w zakresie maksymalizowania jego wartości. Z tego też względu cel zarządzania ryzykiem powinien stanowić identyfikację wszystkich ryzyk nieekonomicznych. Zapewni to, że wszystkie przeprowadzane działania w obszarze zarządzania ryzykiem będą zgodne z maksymalizowaniem wartości przedsiębiorstwa. Tak sformułowany cel powinien stanowić optymalną równowagę pomiędzy ryzykiem a oczekiwanym zwrotem uzyskanym poprzez skoncentrowanie się na konkurencyjnych i porównawczych korzyściach przedsiębiorstw. Redefiniując więc rolę zarządzania ryzykiem, istotny staje się zwrot kierunku z czysto zabezpieczającego się na bardziej zróżnicowaną działalność w świetle celu maksymalizowania wartości danej instytucji¹⁶⁰. Tradycyjnie bowiem główną rolę w procesie zarządzania ryzykiem w działalności ubezpieczeniowej jest koordynacja działań i komunikacji między organizacją a ubezpieczycielami. W procesie tym zwraca się szczególną uwagę na: negocjowanie warunków i zakresu ubezpieczenia, dostarczanie informacji koniecznych do zawarcia ubezpieczenia oraz korzystnego zaspokojenia roszczeń organizacji wobec jej ubezpieczycieli, nadzór nad inicjowaniem i kontynuacją programów kontroli szkodliwości, mających decydujące znaczenie dla ubezpieczycieli. Stąd też często w literaturze przedmiotu etapy zarządzania ryzykiem obejmują trzy następujące po sobie fazy, na które składają się¹⁶¹: analiza, sterowanie oraz kontrola.

Należy podkreślić, że jednym z podstawowych elementów zarządzania ryzykiem obok analizy stanowiącej istotę kwantyfikacji jest sterowanie, którego podstawowym celem jest ograniczenie potencjalnego wpływu ryzyka na działalność danego podmiotu. W odniesieniu do zarządzania ryzykiem, wybory w zakresie form i metod sterowania mogą być różnicowane w zależności od: zmiennych celów, obszarów ryzyka oraz strategii przyjętych względem ryzyka. Jednakże uznaje się, iż istotnym obszarem dla wyborów celów jest wybór strategii postępowania względem sterowania ryzykiem. Sterowanie ryzykiem oznacza w tym kontekście element zarządzania ryzykiem oraz przyjęcie strategii związanej z podejmowaniem ryzyka i kształtowaniem pozycji tego ryzyka. Ponadto wybór istotnych instrumentów sterowania ryzykiem nie może być naiwnie kierowany do specjalistów finansowych. Spektrum wyboru w tej kwestii jest dość szerokie i obejmuje poszczególne

¹⁵⁹ G. Borys, *Zarządzanie...*, op. cit., s. 136.

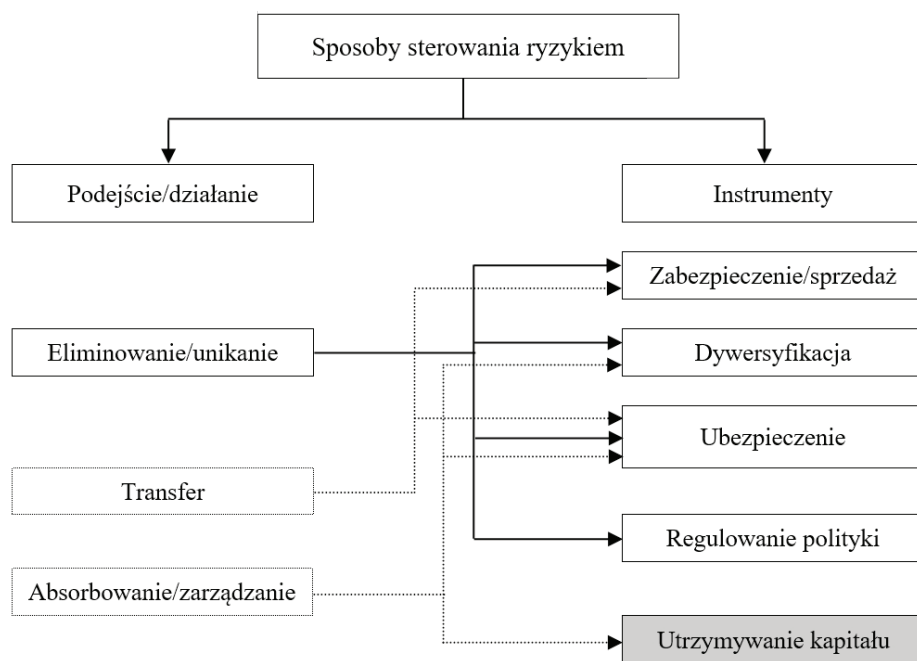
¹⁶⁰ G. Schroeck, *Risk Management...*, op. cit., s. 27-28.

¹⁶¹ M. Schulte, *Integration der Betriebskosten in das Risikomanagement von Kreditinstituten*, Band 18, Wiesbaden 1994, s. 57, za G. Borys, *Zarządzanie...*, op. cit., s. 49-50. Niektórzy autorzy wskazują nieco odmienne ogólne etapy zarządzania ryzykiem: analizę ryzyka, aktywne podejście do ryzyka oraz finansowanie ryzyka. Zob. R. Garbiec, *Ubezpieczenia w teorii i praktyce*, cz. II, op. cit., s. 12.

strategie postępowania od kompletnej eliminacji wszystkich ryzyk do niepodjęcia żadnych działań. W tym zakresie można wymienić następujące elementy¹⁶²:

- eliminowanie wszystkich ryzyk;
- eliminowanie ryzyk selektywnie;
- uwzględnianie zysków (poszukiwanie zysków w działalności spekulacyjnej);
- aktywnego poszukiwania zysków¹⁶³ – w tym kontekście instrumenty pochodne są stosowane do zwiększania ekspozycji na ryzyko w celu zwiększenia dochodów;
- brak zarządzania ryzykiem w ogóle (w angloamerykańskiej literaturze przedmiotu tę strategię określa się również jako letargiczną – „nierobienia kompletnie niczego”).

W literaturze przedmiotu obszary sterowania ryzykiem są bardzo różnie identyfikowane. Możliwości sterowania ryzykiem przedstawia rysunek 5.1. Z analizy rysunku wynika, że sterowanie ryzykiem obejmuje dwa zasadnicze obszary. Jeden dotyczy identyfikacji podejścia, które traktowane jest jako ustalenie działań, jakie przedsiębiorstwo może zastosować w celu zarządzania tym ryzykiem. Drugi istotny obszar dotyczy wyboru instrumentów, które istotnie umożliwiają sterowanie ryzykiem.



Rysunek 5.1. Metody sterowania ryzykiem

Źródło: G. Schroeck, *Risk Management and Value Creation in Financial Institution*, J. Wiley & Sons, Hoboken 2002, s. 40

¹⁶² Por. J. Schroeck, *Risk Management...*, op. cit., s. 38.

¹⁶³ Por. G. Fenn, W. Mitch, S. Sharpe, *Does Corporate Risk Management Create Shareholder Value? – A Survey of Economic Theory and Evidence in Financial Risk and Corporate Treasury: New Developments in Strategy and Control*, „Risk Publication”, London 1997, s. 22.

W identyfikacji podejścia, które ma określić działania, A. Franklin i A. Santomero¹⁶⁴ wyróżniają trzy zasadnicze podejścia oraz przyporządkowują im szereg instrumentów¹⁶⁵. W tak rozumianym sterowaniu ryzykiem wyodrębniono następujące podejścia: eliminowanie/unikanie, transfer oraz absorbowanie traktowane jako zarządzanie ryzykiem.

W obszarze eliminowania podmiot gospodarczy może zdecydować się na eliminację pewnych ryzyk. Dla instytucji finansowych dotyczyć to może tych, które nie są zgodne z ich oczekiwaną finansową charakterystyką albo nie są istotne w kwestii kreowania aktywów finansowych. Każdy element systematycznego ryzyka, który nie jest wymagany czy pożądanym, może być eliminowany poprzez sprzedaż go na rynku albo zabezpieczenie przy użyciu instrumentów pochodnych, takich jak kontrakty financial futures, finansowe kontrakty forward czy też swapy, warranty, opcje finansowe, kontrakty: cap, floor oraz collar. Kontrakty financial futures funkcjonują tylko na rynkach zorganizowanych, czyli giełdach, oraz na regulowanych rynkach pozagiełdowych. Transakcje finansowymi kontraktami forward, swap oraz kontraktami: cap, floor, collar realizowane są wyłącznie na rynkach niezorganizowanych. Opcje finansowe i warranty to instrumenty, które można sprzedawać i kupować zarówno na rynkach zorganizowanych, jak i niezorganizowanych¹⁶⁶.

Ryzyko to można również ograniczać poprzez wykorzystanie sekurytyzacji. Należy podkreślić znaczący wzrost wartości zawieranych w formie transakcji sekurytyzacji. Transakcje te dotyczą w szczególności emisji obligacji lub komercyjnych papierów wartościowych, zabezpieczonych odpowiednimi aktywami realizowanymi głównie przez banki. Banki najczęściej tworzą w tym celu tzw. spółki specjalnego przeznaczenia, które sprzedają wyselekcjonowany portfel aktywów kredytowych, płacąc jednocześnie przychodami z tytułu sprzedaży tychże papierów¹⁶⁷.

Instytucje finansowe stosują dodatkowo dywersyfikację portfela w celu eliminowania ryzyka¹⁶⁸. Istotne jest, iż w praktyce zupełne wyeliminowanie ryzyka jest niemożliwe, w szczególności z powodu występowania ryzyka systematycznego, którego nie da się obniżyć przez dalszą dywersyfikację. Podmioty gospodarcze mogą zdecydować się zatem na kupno polisy ubezpieczeniowej na wypadek wystąpienia ryzyka zdarzenia.

¹⁶⁴ F. Allen, A. Santomero, *The Theory of Financial Intermediation*, Finacial Institutions Center, The Wharton School, University of Pennsylvania, Philadelphia 1996, s. 19-22.

¹⁶⁵ Taki podział instrumentów wyróżniają również: S. Mason, *The Allocation of Risk*, „Harvard Bussiness School Working Paper” 1995, nr 95-060, s. 9-14; F. Allen, A. Santomero, *The Theory of Financial...*, op. cit., s. 19-22.

¹⁶⁶ M. Biegański, A. Janc, *Hedging i nowoczesne usługi finansowe*, AE w Poznaniu, Poznań 2001, s. 17.

¹⁶⁷ S. Heffernan, *Nowoczesna bankowość*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 55-56.

¹⁶⁸ F. Allen, A. Santomero, *The Theory of Financial...*, op. cit., s. 23-24.

W przeciwieństwie do podejmowania działań związanych z unikaniem ryzyka podmioty gospodarcze stosują również strategię transferu ryzyka na innych uczestników rynku. Stosowanie ewentualnego transferu ryzyka jest w tym kontekście zależne od posiadania bądź nie konkurencyjnych korzyści w sektorze. Uwzględnia się tutaj odpowiednią rynkową wartość w stosunku do konkurencyjnego sektora. Alternatywą dla transferu ryzyka jest ich absorbowanie¹⁶⁹.

Transfer ryzyka ogranicza oraz eliminuje ryzyka poprzez sprzedaż lub kupno finansowych praw. Obejmują one w szczególności zabezpieczenie poprzez instrumenty pochodne, a także kupowanie polis ubezpieczeniowych. Można tutaj wymienić pozostałe elementy stosowane przy podejściu eliminowania ryzyka z wyłączeniem dywersyfikacji, która nie jest elementem transferu ryzyka. Jeśli przedsiębiorstwo nie ponosi komparatywnych korzyści w zarządzaniu specyficznym rodzajem ryzyka, to nie ma również powodów do zarządzania takim ryzykiem z uwagi na fakt, iż nie kreują one wartości dodanej. Z tych powodów ryzyka te są transferowane¹⁷⁰.

W literaturze przedmiotu niektórzy autorzy podkreślają, że w praktyce ubezpieczeniowej stosowane są specyficzne sposoby transferu ryzyka. Obejmują one podpisanie umowy, zastosowanie pewnych określonych klauzul cenowych lub walutowych oraz łączenie lub fuzję firm¹⁷¹.

Metoda ubezpieczeniowa jest w praktyce dość skomplikowana, co w znacznym stopniu powstrzymuje potencjalnych klientów od zawierania umów ubezpieczeniowych. Należy podkreślić, że tylko część zdarzeń gospodarczych może być w praktyce ubezpieczona. Poważnym mankamentem metody ubezpieczeniowej jest również ograniczona pojemność finansowa ubezpieczyciela oraz zasada ograniczonej kompensacji, a także możliwość odmowy ochrony ubezpieczeniowej (brak pewności kompensacji). Do zalet metody ubezpieczeniowej zalicza się: powszechną dostępność ubezpieczenia dla wszystkich zainteresowanych, szybkość kompensacji, względną pewność kompensacji uwarunkowaną potencjałem finansowym zakładów ubezpieczeń, bezkonfliktowy charakter procedur odszkodowawczych (większość roszczeń załatwiają zakłady ubezpieczeń w trybie niespornym), względną taniość ubezpieczenia (optymalna wysokość składek, nieponoszenie przez ubezpieczającego kosztów postępowań likwidacyjnych).

W praktyce działalności gospodarczej funkcjonuje również ryzyko, które nie jest przez podmioty gospodarcze absorbowane¹⁷². Charakteryzuje się ono najczęściej następującymi cechami¹⁷³:

¹⁶⁹ G. Schroeck, *Risk Management...*, op. cit., s. 41.

¹⁷⁰ Por. m.in. K. Froot, J. Stein, *Risk Management...*, op. cit., s. 58.

¹⁷¹ R. Garbiec, *Ubezpieczenia w teorii i praktyce*, cz. II, op. cit., s. 14.

¹⁷² W tym kontekście oznacza to, iż są one zarządzane.

¹⁷³ Por. F. Allen, A. Santomero, *The Theory...*, op. cit., s. 20-21.

- Nie może być transferowane oraz nie podlega łatwemu zabezpieczeniu.
- Ma niepłynną, złożoną, skomplikowaną własnościową strukturę i jest spowodowane ujawnieniem korzyści konkurencyjnych.
- Staje się przedmiotem moralnego hazardu, co oznacza, że gdyby nawet ubezpieczenie było zabezpieczeniem pewnego rodzaju ryzyka, udziałowcy mogą żądać zarządzania ryzykiem jako części standardowej operacyjnej procedury.
- Jest biznesową koniecznością, ponieważ niektóre ryzyka odgrywają centralną rolę w biznesowych celach.

We wszystkich tych okolicznościach przedsiębiorstwa czy instytucje finansowe muszą aktywnie zarządzać tymi ryzykami poprzez użycie jednego z następujących elementów: dywersyfikacji, wewnętrznego ubezpieczenia oraz utrzymywania kapitału.

W procesie zarządzania ryzykiem powstają straty mimo podejmowanych działań na rzecz jego kontroli. Stąd też istotnym elementem procesu zarządzania jest konieczność podjęcia pewnych działań związanych z finansowaniem powstałych strat. Metody te składają się na dwie podstawowe grupy, które obejmują:

- retencję,
- przeniesienie.

Retencja w tym kontekście oznacza porozumienie, na mocy którego jednostka ponosząca stratę ponosi również konsekwencje finansowe. Przeniesienie oznacza rozdzielanie podmiotu ponoszącego stratę od tego, który je sfinansuje.

5.4. Istota underwritingu w ubezpieczeniach

Podczas wystawiania i obsługi ubezpieczenia wykonuje się wiele zdefiniowanych i ściśle określonych czynności. W procesie przyjmowania przedmiotu ubezpieczenia ustala się, którzy wnioskodawcy są uprawnieni do otrzymania ochrony ubezpieczeniowej. Kryteria selekcji zależne są od globalnej polityki i mogą obejmować cechy polityki twardej poprzez bardziej liberalną do zupełnie miękkiej polegającej na akceptacji niemalże wszystkich wniosków¹⁷⁴.

Proces selekcji i klasyfikacji wniosków o zawarcie ubezpieczenia jest podstawowym elementem składowym działalności ubezpieczeniowej i w literaturze przedmiotu określany jest mianem underwritingu. Jest on rozumiany jako podejmowanie działań wykonywanych w celu kwantyfikacji, przyjęcia lub odrzucenia danego pojedynczego ryzyka ubezpieczeniowego. Celem tego procesu jest wyeliminowanie negatywnej selekcji oraz stworzenie grupy ubezpieczonych o możliwie jednorodnym przekroju potencjalnych strat. Oparty jest na zasadzie, że przyszły przebieg szkodowości dla danej grupy ubezpieczeń będzie zbliżony do historycznego

¹⁷⁴ C. Williams, M. Smith, P. Young, *Zarządzanie...*, op. cit., 40.

przebiegu szkodowości¹⁷⁵. Stąd też na jego podstawie wyznacza się stawkę taryfową. Klasyfikacja ta polega na tym, że cechy klienta przyjmowanego do ubezpieczenia porównuje się z określonymi cechami standardowego ubezpieczonego¹⁷⁶.

Należy podkreślić, że dość powszechnym zjawiskiem jest tzw. „antyselekcja”. Dotyczy ona sytuacji, w której potencjalni klienci firm ubezpieczeniowych charakteryzują się stosunkowo wysokim niebezpieczeństwem wystąpienia szkody, które znacznie przekracza przyjętą średnią. Z tego też powodu składka ubezpieczającego nie będzie stawką słuszną, czyli adekwatną do ponoszonego przez niego ryzyka. Niebezpieczeństwo antyselekcji wynika więc z możliwości błędnego zaklasyfikowania ryzyka. W tego typu sytuacjach występuje tzw. asymetryczna informacja między potencjalnym ubezpieczającym a underwriterem o stopniu zagrożenia ryzykiem¹⁷⁷. W procesie tym istotną rolę odgrywa ryzyko nadużycia. Występuje ono wówczas, gdy ubezpieczenie osłabia bodźce do zapobiegania wystąpienia szkód. Ryzyko to może powiększyć ewentualne straty wynikające z niedbałego, nieodpowiedzialnego lub bezprawnego działania¹⁷⁸. Nadrzędnym celem underwritingu jest osiągnięcie dodatniego wyniku finansowego, który jest globalnym miernikiem świadczącym o efektywności prowadzonej działalności gospodarczej.

W działalności ubezpieczeniowej niezależnie od przyjętych klasyfikacji rodzajów, grup czy działów ubezpieczeń można wskazać pewne wspólne elementy procesu underwritingu. Tradycyjnie zalicza się do nich¹⁷⁹:

- identyfikację ryzyk,
- określenie zakresu pokrycia,
- oszacowanie ryzyk,
- taryfowanie lub odrzucenie oferty ubezpieczenia,
- określenie MLP (maksymalnej prawdopodobnej szkody),
- określenie zapotrzebowania na reasekurację,
- kwotację składki i zawarcie umowy ubezpieczenia.

Identyfikacja ryzyka jest procesem systematycznego i nieustannego rozpoznawania typów ryzyka i niepewności, towarzyszących działalności gospodarczej. Celem tych działań jest gromadzenie oraz analiza informacji obejmujących identyfikację źródeł ryzyka, zagrożeń, czynników ryzyka, niebezpieczeństw oraz podatności na straty. Istotnym problemem w tym zakresie jest obok identyfikacji ryzyk powiązanie ich z analizą zagrożeń i niebezpieczeństw oraz samych strat.

Określenie zakresu pokrycia oznacza badanie propozycji klienta w zakresie przedmiotu ubezpieczenia czy rodzaju niebezpieczeństw. W etapie tym dokonuje się ostatecznej selekcji ryzyk, które staną się przedmiotem ubezpieczenia, porównuje

¹⁷⁵ R. Garbiec, *Ubezpieczenia w teorii i praktyce*, cz. II, op. cit., s. 15.

¹⁷⁶ C. Williams, M. Smith, P. Young, *Zarządzanie...*, op. cit., s. 401.

¹⁷⁷ R. Garbiec, *Ubezpieczenia w teorii i praktyce*, cz. II, op. cit., s. 16.

¹⁷⁸ C. Williams, M. Smith, P. Young, *Zarządzanie ...*, op. cit., s. 43.

¹⁷⁹ R. Garbiec, *Ubezpieczenia w teorii i praktyce*, cz. II, op. cit.

się z pokryciem proponowanym przez zakład ubezpieczeń oraz przeprowadza się wnikliwą analizę tych przypadków, które wymagają dodatkowych zapisów w umowie. W celu identyfikacji i oszacowania ryzyka wykorzystywane są następujące rodzaje informacji¹⁸⁰:

- wnioski o zawarcie ubezpieczenia przedłożone w ofercie ubezpieczenia przez ubezpieczającego;
- dodatkowe informacje od agenta czy brokera;
- dodatkowe raporty specjalnych firm;
- informacje od podmiotów współpracujących z zakładem ubezpieczeń;
- specjalne badania i opisy, np. w ubezpieczeniach na życie – przebieg leczenia w placówkach leczniczych, w ubezpieczeniach majątkowych – raporty inspekcji na miejscu nieruchomości, obiektów.

W literaturze przedmiotu podkreśla się, że w fazie kwantyfikacji ryzyka różnicuje się ubezpieczenia na 2 rodzaje, obejmujące rodzaje ryzyk czystych, które są podstawą do dalszych kroków w działalności ubezpieczeniowej oraz te, które należą do grupy spekulatywnych i zostaną odrzucone.

Dla kwantyfikowania potencjalnych konsekwencji finansowych podstawowe znaczenie ma podział kosztów obejmujących 2 podstawowe rodzaje¹⁸¹:

- Koszty bezpośrednie – oznaczają koszty związane z widomymi skutkami działania zagrożenia.
- Koszty pośrednie – są związane ze szkodą wynikłą z zagrożenia, lecz finansowe konsekwencje obejmują również dalsze jej następstwa.

Kwantyfikacja poziomu strat wymaga kalkulacji dwóch podstawowych parametrów obejmujących maksymalną możliwą stratę oraz maksymalną prawdopodobną stratę. Maksymalna możliwa strata to największa wartość szkód, jakie mogą prawdopodobnie powstać. Oznacza to bardzo małe prawdopodobieństwo, że wartość szkody przewyższy maksymalną prawdopodobną stratę i jednocześnie nie jest możliwe przekroczenie maksymalnej możliwej straty. Maksymalna prawdopodobna strata zależy od poziomu niebezpieczeństwa powodującego powstanie szkody oraz od podmiotu na nie narażonego¹⁸².

Ubezpieczeniowe procedury klasyfikacyjne można podzielić na 3 podstawowe kategorie, którymi są: klasyfikacja indywidualna, klasyfikacja ze względu na pewne wspólne cechy, czyli grupowa, oraz klasyfikacja szczegółowa, inaczej określana jako modyfikująca lub inaczej określana mianem tzw. „klasyfikacji według zasad”. Zgodnie z klasyfikacją indywidualną od każdego ubezpieczonego pobiera się składkę, której wysokość w dużym stopniu zależy od subiektywnej oceny dokonanej przez osobę, która ją ustala. Klasyfikacja ta rozpatruje wszystkie determinanty mające wpływ na ryzyko ze szczególnym uwzględnieniem konkurencyjnych

¹⁸⁰ Ibidem.

¹⁸¹ C. Williams, M. Smith, P. Young, *Zarządzanie...*, op. cit., s. 88.

¹⁸² Ibidem, s. 95.

towarzystw ubezpieczeniowych. Podział ubezpieczonych według kilku zdefiniowanych cech to klasyfikacja grupowa. Każda grupa ma przyporządkowaną określoną jedną stawkę. Klasyfikacja szczegółowa w tej systematyce polega na przyporządkowaniu odmiennych stawek między ubezpieczonymi zaklasyfikowanymi do tej samej grupy. Stawki są zróżnicowane z uwagi na w szczególności wielkość ryzyka.

Zawieranie ubezpieczeń powyżej ustalonego (dla danej grupy ubezpieczeń) limitu umożliwia reasekuracja. Reasekuracja oznacza przeniesienie pomiędzy ubezpieczycielami całości lub części ryzyka z tytułu umów ubezpieczeniowych¹⁸³. Polega na przekazaniu reasekuratorowi części składek zebranych przez zakład ubezpieczeń z tytułu ubezpieczenia podlegającego reasekuracji oraz pokrywaniu przez reasekuratora przypadającej na niego części świadczeń z tytułu ubezpieczeń objętych ochroną reasekuracyjną. W praktyce rozróżnia się reasekurację czynną oraz bierną¹⁸⁴. Reasekuracja czynna oznacza przejście przez zakład ubezpieczeń ryzyka pochodzącego od innego zakładu. Reasekuracja bierna to przeniesienie przez ubezpieczyciela prowadzącego działalność ubezpieczeniową w zakresie ubezpieczeń bezpośrednich części ryzyk wynikających z zawartych umów na ubezpieczyciela prowadzącego działalność tzn. reasekuratora. Dzięki podziałowi ryzyka zakład może rozszerzać swoją działalność poprzez akceptowanie większych poziomów ryzyka. Tym samym zwiększa pojemność underwritingową zakładu, gdyż w sytuacji ubezpieczeń o dużej wartości jedyną formą ubezpieczenia byłaby koasekuracja lub rezygnacja z usługi ubezpieczenia. Reasekuracja umożliwia ubezpieczenie dużego (powyżej zachówka własnego), pojedynczego ryzyka w pełnej wysokości¹⁸⁵.

Należy podkreślić, że specyfika underwritingu jest odmienna dla poszczególnych rodzajów ubezpieczeń. Ma on swoje wypracowane procedury dla ubezpieczeń życiowych oraz finansowych.

Podsumowanie

Ryzyko jest zdarzeniem, które może wystąpić, ale nie musi. Jest pojęciem wieloznacznym i złożonym, stąd literatura przedmiotu nie podaje jego ścisłej i uniwersalnej definicji. Ryzyko w działalności ubezpieczeniowej ma szczególne znaczenie, gdyż związane jest z celem i przedmiotem tej działalności. W rozdziale przedstawiono pojęcia „ryzyka” i „niepewności”, podkreślając teorię niepewności mierzalnej i niemierzalnej, która w jednoznaczny sposób charakteryzuje i różnicuje te dwa pojęcia. Zarządzanie ryzykiem to element bardzo istotny w działalności ubezpieczeniowej, bowiem ryzyko ubezpieczeniowe dotyczy ryzyka towarzyszącego

¹⁸³ Szerzej pojęcie „asekuracji” zostało zdefiniowane w rozdziale drugim.

¹⁸⁴ Główny Urząd Statystyczny, *Polski rynek ubezpieczeniowy 2004-2008*, Warszawa 2009, s. 138.

¹⁸⁵ R. Garbiec, *Ubezpieczenia w teorii i praktyce*, cz. II, op. cit., s. 18.

działalności człowieka na co dzień, niezależnie od tego czy jest osobą fizyczną czy przedsiębiorcą. Ryzyko to może być związane ze śmiertelnością, zachorowalnością, rezygnacją z umów, ze wzrostem kosztów czy z różnego typu katastrofami. Poruszona w rozdziale tematyka jest wstępem do dalszych badań nad ryzykiem ubezpieczeniowym.

Literatura

1. Allen F., Santomero A., *The Theory of Financial Intermediation*, Financial Institutions Center, The Wharton School, University of Pennsylvania, Philadelphia 1996.
2. Arrow K., *Eseje z teorii ryzyka*, PWN, Warszawa 1977.
3. Banaszek M., *Ryzyko gospodarcze w działalności przedsiębiorstw*, [w:] Borcuch A., Krzysztofek A., Zajaczkowski W. (red.), *Problemy ekonomii oraz finansów publicznych i prywatnych*, Wydawnictwo Laboratorium Wiedzy Artur Borcuch, Kielce 2019.
4. Bernstein P., *Przeciw bogom. Niezwykłe dzieje ryzyka*, WIG-Press, Warszawa 1997.
5. Biegański M., Janc A., *Hedging i nowoczesne usługi finansowe*, AE w Poznaniu, Poznań 2001.
6. Borys G., *Zarządzanie ryzykiem kredytowym w banku*, PWN, Warszawa 1996.
7. Bruhwiler B., *Risk management – eine Aufgabe der Unternehmens – führung*, Verlag Paul Haupt, Bern, Stuttgart 1980.
8. Czekaj J., Dresler Z., *Zarządzanie finansami przedsiębiorstw. Podstawy teorii*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.
9. Damodaran A., *Corporate Finance – Theory and Practise*, Wiley, New York 1997.
10. Długosz S., Laszuk G., *Ryzyko gospodarcze*, Infor, Warszawa 1998.
11. Dziawgo D., *Creditrating*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1998.
12. Fenn G., Mitch W., Sharpe S., *Does Corporate Risk Management Create Shareholder Value? A Survey of Economic Theory and Evidence in Financial Risk and Corporate Treasury: New Developments in Strategy and Control*, „Risk Publication”, London 1997.
13. Friedman M., Savage L.J., *The Utility Analysis of Choices Involving Risk*, „Journal of Political Economy” 1948, nr 56(4).
14. Froot K., Stein J., *Risk Management, Capital Budgeting and Capital Structure Policy for Financial Institutions: An Integrated Approach*, „Journal of Financial Economics” 1998, nr 47(1).
15. Garbiec R., *Ubezpieczenia w teorii i praktyce, cz. II – Ubezpieczenia gospodarcze i zdrowotne*, Wydawnictwo Wydziału Zarządzania Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2016.
16. Glaum M., Forschle G., *Finanzwirtschaftliches Risikomanagement deutscher Industrie – und Handelsunternehmen – Industriestudie*, PwC Deutsche Revision Aktiengesellschaft Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (editors), Fachverlag Moderne Wirtschaft, Frankfurt am Main 2000.

17. Główny Urząd Statystyczny, *Polski rynek ubezpieczeniowy 2004-2008*, Warszawa 2009.
18. Grzybowski W., *Przedsiębiorczość, niepewność, zysk*, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 1995.
19. Hajduga E., *Ryzyko podatkowe w działalności rolniczej*, [w:] Sosnowski M. (red.), *Współczesne problemy i wyzwania finansów – wybrane zagadnienia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2020.
20. Heffernan S., *Nowoczesna bankowość*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
21. Jajuga K., Jajuga T., *Inwestycje*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
22. Jaworski W., Zawadzka Z., *Bankowość*, Poltext, Warszawa 2005.
23. Jog V., Suszyński C., *Zarządzanie finansami przedsiębiorstwa*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000.
24. Jędralska K., *Zachowania przedsiębiorstw w sytuacjach niepewnych i ryzykownych*, Akademia Ekonomiczna w Katowicach, Katowice 1992.
25. Kaczmarek T., *Ryzyko i zarządzanie ryzykiem*, Difin, Warszawa 2004.
26. Kendall R., *Zarządzanie ryzykiem dla menedżerów. Praktyczne podejście do kontrolowania*, Liber, Warszawa 2000.
27. Khail-Oliwa O., *Skuteczność i efektywność zarządzania ryzykiem w przedsiębiorstwach w świetle współczesnych badań i studiów literaturowych*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Organizacja i Zarządzanie” 2018, nr 132.
28. Knight F.H., *Risk, Uncertainty and Profit*, London 1993.
29. Kotnis M., *Postawy menedżerskie a skuteczne podejmowanie decyzji w warunkach niepewności*, „Studia i Prace WNEiZ Uniwersytetu Szczecińskiego” 2019, nr 55.
30. Królas P., *Identyfikacja ryzyka związanego z krótkim cyklem życia okazji – studium przypadku*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Poznańskiej. Organizacja i Zarządzanie” 2019, nr 80.
31. Marcinek K., *Ryzyko projektów inwestycyjnych*, Akademia Ekonomiczna w Katowicach, Katowice 2000.
32. Mason S., *The Allocation of Risk*, „Harvard Business School Working Paper” 1995, nr 95-060.
33. Mesjasz Cz., *Podejście konstruktywistyczne w zarządzaniu ryzykiem*, „Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach” 2018, nr 359.
34. Łazurka E., Jarszak K., *Rezerwy i reasekuracja jako gwarancja bezpieczeństwa firmy ubezpieczeniowej*, [w:] Śniadkowski M. (red.), *Wyniki badań interdyscyplinarnych w aspekcie edukacji techniczno-informatycznej i bezpieczeństwa*, Wydawnictwo Politechniki Lubelskiej, Lublin 2020, s. 80-98.
35. Mowbray A., Blanchard R., Williams C., *Insurance*, McGraw-Hill, New York 1969.
36. Olkiewicz A.M., *Ryzyko i jego wpływ na decyzje przedsiębiorstw*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego” 2012, nr 737.

37. Pietrzak B., Polański Z., Woźniak B., *System finansowy w Polsce*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005.
38. Posłuszny K., *Ryzyko regulacyjne i jego wpływ na konkurencyjność przedsiębiorstw przemysłowych*, [w:] Iwaszczuk N. (red.), *Ryzyko i bezpieczeństwo w działalności gospodarczej*, Wydawnictwo IGSMiE PAN, Kraków 2019.
39. Samuelson P.A., Nordhaus S., *Ekonomia*, t. I, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
40. Schulte M., *Integration der Betriebskosten in das Risikomanagement von Kreditinstituten*, Band 18, Wiesbaden 1994.
41. Smith C., *Corporate Risk Management: Theory and Practise*. „The Journal of Derivatives” 1995, vol. 2(4).
42. Schroeck G., *Risiko – und Wertmanagement in Banken – Der Einsatz risikobereinigter Rentabilitätskennzahlen*, Deutscher Universitätsverlag, Gabler, Wiesbaden 1997.
43. Schroeck G., *Risk Management and Value Creation in Financial Institutions*, J. Wiley & Sons, Hoboken 2002.
44. Shimko D., Humphreys B., *Voting on Values*, „Risk Magazine”, December 1998.
45. *Słownik języka polskiego*, t. III, PWN, Warszawa 1981.
46. Szczepański J., Szyszko L. (red.), *Finanse przedsiębiorstwa*, PWE, Warszawa 2007.
47. Tarczyński W., Mojsiewicz M., *Zarządzanie ryzykiem. Podstawowe zagadnienia*, PWE, Warszawa 2001.
48. Willett A.H., *The Economic Theory of Risk Insurance*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia 1951.
49. Williams C., Smith M., Young P., *Zarządzanie ryzykiem a ubezpieczenia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002.
50. Wójcik-Mazur A., *Zarządzanie ryzykiem kredytowym w banku komercyjnym*, Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2008.
51. Zachorowska A., *Ryzyko działalności inwestycyjnej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.

6. SPECYFIKA DZIAŁALNOŚCI MARKETINGOWEJ NA RYNKU UBEZPIECZENIOWYM

Katarzyna Łazorko

Wprowadzenie

Według American Marketing Association: „Marketing jest działalnością, zbiorem instytucji oraz procesów służących tworzeniu, komunikowaniu, dostarczaniu i wymianie ofert, które mają wartość dla klientów, kontrahentów, a także społeczeństwa”¹⁸⁶. W przypadku usług ubezpieczeniowych celem działalności marketingowej będzie więc tworzenie, komunikowanie i dostarczanie ofert w formie produktów ubezpieczeniowych, które mają zaspokajać oczekiwania klientów. W rozdziale zaprezentowane zostały podstawowe koncepcje związane z marketingiem usług ubezpieczeniowych. Zasygnalizowano rozwiązania, które są najskuteczniejsze we współczesnym marketingu oraz przedstawiono wybrane opinie specjalistów o obecnym kształcie rynku ubezpieczeniowego w Polsce.

6.1. Specyfika współczesnego marketingu usług

Jednym z podstawowych czynników determinujących stosowane instrumentarium polityki marketingowej jest charakter oferowanego produktu. Generalnie produkty podzielić można zależnie od ilości elementu materialnego i niematerialnego w nich zawartego. W ten sposób wyróżnić można zarówno czyste towary, jak i usługi oraz produkty, które w mniejszym lub większym stopniu zawierają element materialny i niematerialny. Produkt ubezpieczeniowy stanowi usługa – cechuje go zdecydowana przewaga elementów niematerialnych. Ze względu na charakter oferty ubezpieczeniowej produkt w tej branży charakteryzują następujące cechy mające bezpośrednie przełożenie na przygotowywane założenia działalności marketingowej¹⁸⁷:

- Niematerialność – usługę nie można zmierzyć, zważyć, dotknąć. Usługa ubezpieczeniowa nie może być więc oceniona przez nabywcę na podstawie żadnych materialnych elementów. O jej jakości i dostosowaniu do oczekiwań świadczyć mogą jedynie materiały, wygląd biura, personelu, profesjonalizm.

¹⁸⁶ American Marketing Association, *Definitions of Marketing*, <https://www.ama.org/the-definition-of-marketing-what-is-marketing/> (dostęp: 07.02.2021).

¹⁸⁷ Zob. Ph. Kotler, K.L. Keller, *Marketing*, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 2012, s. 382-383.

- Nierozdzielność – usługi są oferowane i konsumowane jednocześnie, więc oferowania usługi nie można oddzielić od osoby oferenta i usługobiorcy. Zarówno jedna, jak i druga strona mają wpływ na ostateczny kształt usługi, a nieodłącznym elementem oferowania usługi jest interakcja między usługodawcą a klientem.
- Zróżnicowanie – każda usługa jest inna ze względu na różne oczekiwania nabywców oraz umiejętności, kompetencje i nastawienie sprzedawców. Konieczne dla zapewnienia odpowiedniego poziomu jakości usług stają się więc: selekcja i szkolenie personelu, standaryzacja procesu świadczenia usług oraz kontrola zadowolenia klienta.
- Nietrwałość – usługi nie mogą być przechowywane. Konieczne jest zabezpieczanie odpowiedniej liczby personelu w czasie wzmożonego zainteresowania usługami. Brak zainteresowania ze strony oferenta może skutkować odejściem klienta do konkurencji.

Przedstawione powyżej cechy usług bezpośrednio wpływają na charakter marketingu, który wdrażany jest w organizacjach je oferujących. Specyfika marketingu usług wynika m.in. z zarządzania personelem stanowiącego integralną część procesu usługowego oraz działań zorientowanych na odpowiednią promocję usług, np. poprzez tworzenie wizerunku organizacji czy wykorzystanie zaangażowania zadowolonych, lojalnych nabywców.

Marketing ewoluuje i tworzone są nowe koncepcje, które mają sprawić, iż oferowanie produktów klientom stanie się efektywniejsze. Lata 50. XX wieku to czas, gdy zainteresowania marketerów skupione były na produktach konsumpcyjnych. Z czasem zaczęto także postrzegać rynek przemysłowy jako obszar, na którym można implikować założenia marketingowe. Lata 70. poprzedniego stulecia to czas, gdy sytuacja na rynku wymusiła na organizacjach nienastawionych na zysk konieczność stosowania marketingu. Okazało się z czasem, że teoria przygotowana dla oferowania towarów nie sprawdziła się w przypadku usług – ich charakterystyka wymagała zmian w postrzeganiu i definiowaniu marketingu, a wzrost znaczenia usług w gospodarce wymusił także zmiany w zasadach przygotowywania i wymiany dokonywanej na rynku. Konsekwencją poszczególnych zmian w poszukiwaniu najbardziej skutecznych form oferowania produktów na rynku i przygotowywaniu ich wg oczekiwań nabywców okazała się teoria marketingu relacji, o której pierwsze wzmianki pojawiły się w teorii przedmiotu w połowie lat 80. Podstawowym założeniem nowej koncepcji marketingu jest skupienie na relacjach z najbardziej wartościowymi dla organizacji klientami. Ta koncepcja ma szczególne zastosowanie w sektorze usługowym. Lojalność klientów stanowi jeden z najcenniejszych zasobów organizacji, co więcej marketing relacji wskazywany jest przez praktyków jako tendencja, która w największym stopniu będzie kształtować przyszłe rynki¹⁸⁸. Marketing relacji jest działaniem opartym nie tylko na pozyskiwaniu

¹⁸⁸ Np. M. Tesławski (red.), *Trendy marketingowe na 2021 rok – wypowiedzi 37 ekspertów*, „Sprawny Marketing”, <https://sprawnymarketing.pl/blog/trendy-marketingowe-2021-rok/> (dostęp: 06.01.2021).

nabywców (na czym oparto tradycyjną formę marketingu), ale także na wzbogacaniu relacji z nimi, i definiowany jest jako „budowanie wzajemnie satysfakcjonujących długoterminowych relacji z kluczowymi partnerami w celu zdobycia i utrzymania powiązań biznesowych”¹⁸⁹.

Marketing relacji na stałe zmienił marketing i koncepcja ta stosowana jest współcześnie. Głównymi przyczynami są: koszty (pozyskanie nowego klienta jest 6-7 razy droższe niż utrzymanie dotychczasowych klientów, co więcej – zaangażowany klient przynosi o ponad 50% większe przychody), a także zmieniające się oczekiwania klientów, dla których relacja z firmą i wsparcie w procesie zakupu i użytkowania produktu są kluczowe. Obecnie marketing relacji, dzięki możliwościom technologicznym, stosowany jest bardzo szeroko w Internecie (tzw. *online relationship marketing*), m.in. ze względu na rosnące zainteresowanie użytkowników poszukiwaniem informacji, częstsze dzielenie się opiniami dotyczącymi użytkowania produktów w czasie rzeczywistym, możliwości pozyskiwania przez firmy szerokiej gamy informacji o klientach, a przez to lepsze rozpoznawanie i dostosowywanie się do ich potrzeb i oczekiwań, wyższy stopień współpracy z klientami, wzrost znaczenia opinii konsumentów, bardziej stabilne społeczności lojalnych klientów. Dodatkowo możliwe jest tworzenie interfejsu użytkowników i podnoszenie standardu oferowanych produktów tak, aby tworzyć satysfakcjonującą relację na tyle, że przekłada się ona na ponowne zakupy i większą wartość relacji z klientami¹⁹⁰. Do budowania relacji używa się obecnie systemów CRM, które służą tworzeniu i podtrzymywaniu relacji z kluczowymi klientami, na zasadzie jak najskuteczniejszej komunikacji. Podstawowym założeniem CRM jest więc stworzenie bazy informacji o klientach, umożliwiającej pracownikom czy współpracownikom dostosowywanie do potrzeb i oczekiwań klientów w jak najbardziej efektywny sposób. Z drugiej strony, systemy CRM dostarczają także kierownictwu informacji umożliwiających mierzenie skuteczności podejmowanych działań. „System CRM gromadzi, łączy i analizuje wszystkie dane dotyczące dokonywania zakupów przez konkretnego klienta (w tym informacje o kliencie, o jego interakcjach z przedstawicielami firmy, a także o dokonanych zakupach, zgłoszeniach serwisowych, zasobach i ofertach). System udostępnia następnie interfejs, który zapewnia użytkownikom dostęp do tych danych i zrozumienie specyfiki każdego punktu kontaktu. To właśnie dzięki temu zrozumieniu tworzona jest podstawa do trwałych relacji z klientem. Dane klientów mogą być również agregowane na potrzeby modelowania prowizji, prognozowania sprzedaży, segmentacji regionów, projektowania kampanii i unowocześniania produktów, a także innych działań związanych ze sprzedażą, marketingiem oraz usługami”¹⁹¹.

¹⁸⁹ Ph. Kotler, K.L. Keller, *Marketing*, op. cit., s. 21.

¹⁹⁰ P. Thaichon i in., *Online Relationship Marketing: Evolution and Theoretical Insights into Online Relationship Marketing*, „Marketing Intelligence & Planning” 2020, nr 38 (6), s. 680.

¹⁹¹ ORACLE, *Czym jest system CRM?*, <https://www.oracle.com/pl/cx/what-is-crm/> (dostęp: 10.01.2022).

Systematyzując założenia dotyczące implikacji marketingu relacyjnego na rynku ubezpieczeniowym, konieczne jest zwrócenie uwagi na pojęcia, które stanowią podstawę zrozumienia i analizy marketingu relacyjnego. Są to: wartość, zaufanie oraz lojalność.

Podstawą teorii marketingu relacyjnego jest tworzenie i wzbogacanie więzi/relacji z odbiorcami działalności organizacji na rynku. Wartość/korzyść postrzegana jest w marketingu relacji nie tylko jako użyteczność produktu, ale jako ogólna korzyść z utrzymywania relacji i stanowi podstawę budowania więzi. Strategie marketingu relacji opierają się na tworzeniu trwałych, indywidualnych powiązań prowadzących do osiągnięcia korzyści. Dla klienta firmy ubezpieczeniowej korzyściami z relacji może być np. oprócz poczucia bezpieczeństwa, otrzymywanie informacji i indywidualizacja oczekiwań, z kolei organizacji ubezpieczeniowej relacja przynieść może korzyści ekonomiczne, społeczne lub marketingowe.

Kolejnym elementem niezbędnym w budowaniu więzi jest zaufanie, postrzegane przez wielu autorów jako jeden z najważniejszych czynników warunkujących trwałe związki, bardzo silnie związany z niektórymi sektorami działalności usługowej (np. niezwykle ważny w przypadku organizacji ubezpieczeniowych) i w ich przypadku oczekiwany. Zaufanie w marketingu usług nabiera szczególnego znaczenia ze względu na niematerialny charakter oferowanego produktu i stanowi podstawę do tworzenia relacji z różnymi grupami odbiorców jej działalności.

Kolejnym pojęciem, które towarzyszy marketingowi relacji, jest „lojalność”. Definiowana jest ona zgodnie z jedną z pierwszych definicji jako „umotywowana reakcja behawioralna jednostki zdolnej do podejmowania samodzielnych decyzji nabywczych, wyrażana w ciągu pewnego czasu. Przy tym reakcja ta jest funkcją procesów psychologicznych (np. procesu podejmowania decyzji oraz oceny), skutkiem czego klient świadomie angażuje się w relacje z dostawcą”¹⁹².

Działania w zakresie tworzenia, utrzymywania i wzbogacania więzi z klientami firm ubezpieczeniowych powinny być oparte na sprawnej komunikacji, odpowiadającej potrzebom nabywców. Konieczność taka wynika z faktu wzrostu kosztów pozyskiwania nowych klientów, m.in. w wyniku intensyfikacji działań konkurencji. Stwierdzić więc można, że budowanie lojalności opierać się powinno na usprawnianiu procesów komunikacyjnych w aspektach wyboru adresatów działań oraz na tworzeniu interaktywnych przekazów dopasowanych do potrzeb i oczekiwań odbiorców (o czym jeszcze w dalszej części rozdziału).

Istnieje duża różnorodność narzędzi, dzięki którym wiązanie klienta z organizacją ubezpieczeniową jest możliwe (tab. 6.1). Ich dobór zależy od oczekiwań nabywców, a także możliwości finansowych organizacji. Pamiętać jednak należy, iż programy lojalnościowe adresowane są do najbardziej wartościowych dla

¹⁹² R. Furtak, *Marketing partnerski na rynku usług*, PWE, Warszawa 2003, s. 159.

organizacji nabywców. Nie jest to narzędzie promocji wykorzystywane do pozyskiwania nowych nabywców, gdyż jego zadaniem jest pogłębianie relacji z obecnymi nabywcami.

Tabela 6.1. Najpopularniejsze formy programów lojalnościowych

Program lojalnościowy	Opis
Karty stałego klienta	Uprawniają z reguły do różnego rodzaju zniżek, rabatów finansowych, nagród rzeczowych
Czasopisma firmowe	Zawierają głównie informacje o ofercie i jego ofercie
Listy firmowe do klienta	Ułatwiają przekazywanie klientom istotnych zdaniem oferenta informacji
Gorące linie telefoniczne	Kolejny sposób bezpośredniej komunikacji z nabywcami
Doradcze kluby konsumentów	Dowartościwiają konsumentów, czyniąc z nich „współprojektantów” oferowanej przez usługodawcę produktu
Kluby stałego klienta	Oferują specjalne korzyści i przywileje swoim członkom
Specjalne wspólne imprezy	Mają charakter niecodziennych wydarzeń, sprzyjają wytworzeniu rodzinnego klimatu między oferentem a jego klientami

Źródło: I. Sowier-Kasprzyk, *Marketing partnerski w usługach*, [w:] K. Stala, A. Widawska-Stanis (red.), *Zarządzanie marketingiem w organizacjach usługowych*, Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2008, s. 60

Podsumowując, należy zauważyć, iż tworzenie relacji jest zależne od następujących czynników: zaufania, zaangażowania, współpracy, wspólnych celów, ograniczeń strukturalnych i społecznych oraz równowagi w zakresie niezależności i wzajemnego wpływu partnerów, a podstawowym zadaniem marketingu relacji jest „ciągłe dostarczanie oczekiwanych przez nabywcę korzyści i przezwyciężanie barier utrudniających współpracę” w procesie: identyfikacji okazji i zagrożeń związanych z utrzymaniem relacji, analizy pozycji organizacji, monitorowania i działań podejmowanych w celu pogłębienia więzi z nabywcami¹⁹³. Obecnie w teorii marketingu dominuje koncepcja tzw. marketingu holistycznego, który zawiera w sobie: marketing relacji, marketing zintegrowany, marketing wewnętrzny i marketing doskonały (rys. 6.1).

Punktem wyjścia do dalszych dyskusji dotyczących marketingu usług ubezpieczeniowych jest wskazanie najważniejszych założeń, które towarzyszyć powinny tworzeniu strategii marketingowej przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego.

¹⁹³ Ibidem, s. 36.



Rysunek 6.1. Koncepcja marketingu holistycznego

Źródło: Opracowanie na podstawie: Ph.Kotler, K.L.Keller, *Marketing*, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 2012, s. 21

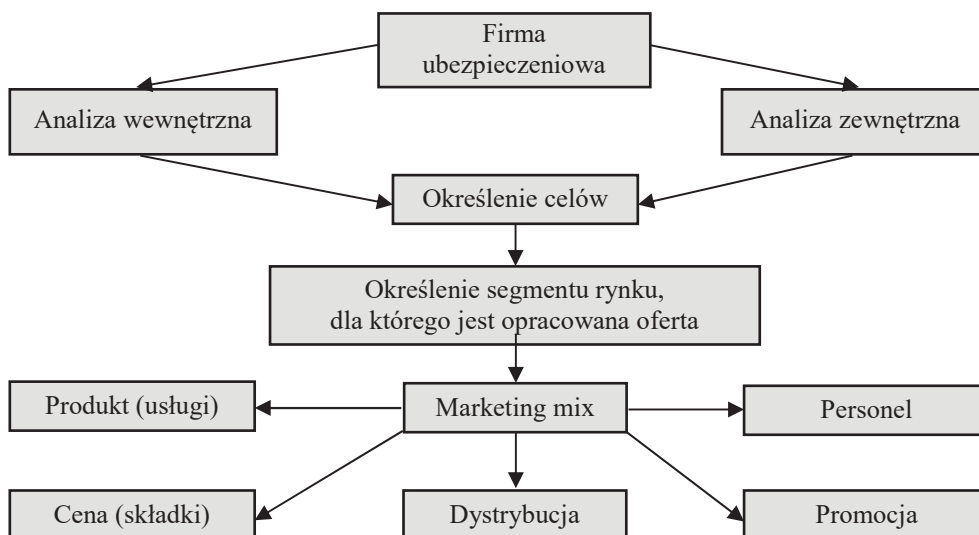
6.2. Zarządzanie marketingiem w przedsiębiorstwie ubezpieczeniowym

Zarządzanie marketingiem może być rozpatrywane na poziomie celów organizacji, strategii marketingowej i instrumentów marketingu. Określa się je poprzez: misję organizacji, orientację na nabywców, ponoszenie społecznej odpowiedzialności za rodzaj i sposób prowadzenia działalności, posługiwanie się instrumentami marketingowymi, dążenie do osiągnięcia przewagi wobec konkurentów oraz koordynowanie i kontrolowanie działalności marketingowej. Proces zarządzania marketingowego składa się z następujących etapów¹⁹⁴:

1. Analiza i ocena sytuacji marketingowej.
2. Planowanie działań marketingowych.
3. Organizacja zasobów.
4. Realizacja strategii.
5. Kontrola.

Proces tworzenia strategii marketingowej organizacji, w tym firm ubezpieczeniowych, powinien być oparty na dokładnej analizie zarówno wewnętrznych aspektów działalności, jak i otoczenia (rys. 6.2).

¹⁹⁴ I. Ostrowska, *Zarządzanie marketingowe*, [w:] G. Rosa, J. Perenc, I. Ostrowska (red.), *Marketing przyszłości. Od ujęcia tradycyjnego do nowoczesnego*, C.H. Beck, Warszawa 2016, s. 44.



Rysunek 6.2. Proces tworzenia strategii marketingowej firmy ubezpieczeniowej

Źródło: J. Monkiewicz, N. Pazio, *Marketing ubezpieczeniowy i komunikacja marketingowa*, [w:] J. Monkiewicz (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. III – *Przedsiębiorstwo*, Poltext, Warszawa 2003, s. 372

Istnieje wiele metod służących diagnostyce sytuacji organizacji, które wykorzystywane są także przez firmy ubezpieczeniowe¹⁹⁵. Podstawą planowania działalności marketingowej jest założenie, iż „warunkiem sukcesu współczesnych organizacji działających w zmieniającym się środowisku zewnętrznym jest stałe prowadzenie szczegółowych i wielowymiarowych analiz otoczenia nastawionych na identyfikację szans, zagrożeń, procesów, trendów oraz na predykcję przyszłości”¹⁹⁶.

Na wewnętrzne zasoby organizacji ubezpieczeniowej składają się, oprócz aktywów zestawianych w bilansie, także posiadane zasoby ludzkie, udział firmy w rynku, lojalność klientów, pozycja rynkowa produktów, posiadany system dystrybucji, aktywa promocyjne (marka, wizerunek), technologie produkcji i organizacji pracy¹⁹⁷.

Na podstawie analizy sytuacji zewnętrznej i diagnozy sytuacji wewnątrz organizacji możliwe staje się określenie jej celów marketingowych oraz wskazanie segmentu/segmentów docelowych działalności (o czym więcej w dalszej części). Niektóre teorie dotyczące tworzenia strategii marketingowych organizacji usługowych

¹⁹⁵ Więcej: K. Łazorko, *Podstawy zarządzania marketingowego*, [w:] A. Niedzielska, J. Piłkuła-Mała-chowska (red.), *Marketing kreatywny, sztuka czy manipulacja?*, Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2021, s. 120.

¹⁹⁶ M. Matejun, M. Nowicki, *Organizacja w otoczeniu – od analizy otoczenia do dynamicznej lokalizacji*, [w:] A. Adamik (red.), *Nauka o organizacji. Ujęcie dynamiczne*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2013, s. 163.

¹⁹⁷ I. Ostrowska, *Zarządzanie marketingowe*, op. cit., s. 50.

wskazują konieczność podjęcia następujących kroków w planowaniu marketingowym w organizacjach usługowych¹⁹⁸:

1. Ustalenie misji i celów firmy (kontekst strategiczny).
2. Analiza sytuacji, przeprowadzenie analizy SWOT oraz określenie podstawowych założeń (przeгляд sytuacji).
3. Sformułowanie strategii marketingowej: określenie celów i strategii marketingowych, oszacowanie przewidzianych wyników oraz opracowanie wariantów marketingu mix.
4. Alokacja środków i obserwacja: realizacja założonych programów marketingowych oraz obserwacja, kontrola i weryfikacja.

Niezależnie od tego, według którego z powyższych schematów przebiega proces planowania marketingowego, podstawowym elementem koncepcji marketingowej jest rozpoznanie oczekiwań i zachowań nabywców.

6.3. Zachowania nabywców usług ubezpieczeniowych

Rozpoznanie procesu podejmowania decyzji przez nabywców bezpośrednio determinuje działania marketingowe – począwszy od przygotowania samego produktu poprzez odpowiednią cenę, strategię dystrybucyjną i promocyjną oraz dobór personelu. Na zachowania nabywców usług ubezpieczeniowych mają wpływ m.in.:

- czynniki kulturowe, społeczne, osobowościowe i psychologiczne,;
- czynniki marketingowe: produkt, cena, promocja, dystrybucja oraz personel i inne elementy strategii marketingowych;
- czynniki zewnętrzne: ekonomiczne, technologiczne, polityczne i kulturowe.

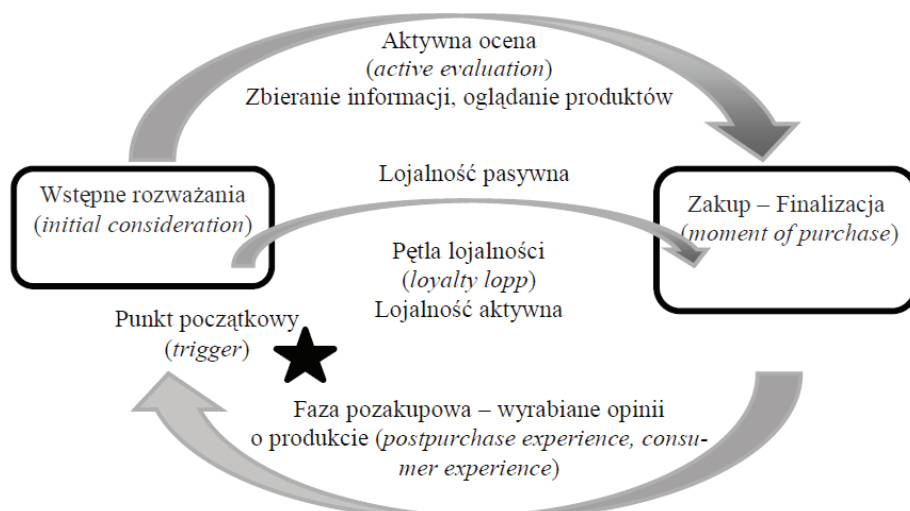
Obecnie dominują dwa podejścia do procesu zakupu nabywców – tzw. lejek zakupowy i Customer Decision Journey – model ścieżki zakupowej. Lejek sprzedażowy ma miejsce w przypadku, gdy klient, rozważając zakup ze zbioru marek znanych, stopniowo wybiera produkty, które mogą zaspokoić jego potrzebę (marki rozważane) i dokonuje ostatecznego wyboru. W tradycyjnym lejku zakupowym proces zakupu przebiega następująco:

- potrzeba;
- pragnienie;
- zbieranie informacji (czynne – kiedy klient poszukuje informacji o ofertach, lub bierne – gdy informacje docierają do niego poprzez różne media, informacje od innych użytkowników);
- ocena alternatyw;
- wybór;

¹⁹⁸ A. Payne, *Marketing usług*, PWE, Warszawa 1996, s. 228.

- zakup (czasami między ofertą wybraną a tą, na którą klient się zdecyduje, jest różnica – decyzja jest zmieniana w momencie dokonywania zakupu – ok. 40% klientów zmienia zdanie w sklepie¹⁹⁹);
- odczucie po zakupie, które z kolei wpływa na kolejne potrzeby i pragnienia, które się pojawiają.

Zadowolenie lub jego brak po zakupie także wpływają na kolejne zakupy. Tradycyjny lejek ma zastosowanie w sytuacji (coraz rzadszej), kiedy to komunikacja z firmą opiera się jedynie na wysyłaniu informacji przez firmy o swoich produktach²⁰⁰. Obecnie klienci funkcjonują jednak w zupełnie nowej rzeczywistości, która kształtowana jest przede wszystkim przez ogromną liczbę informacji, które do nich docierają. Tym samym liczba opcji zaspokajania potrzeb jest coraz większa. Klienci poszukują informacji o produktach i możliwościach ich stosowania, opiniach, itd. także po zakupie. Zależność tę zauważyła firma McKinsey, proponując nowy model zakupowy, tzw. Customer Decision Journey (rys. 6.3).



Rysunek 6.3. Customer Decision Journey

Źródło: M. Grzegory, *Zmiany w procesie zakupowym konsumenta*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Problemy Zarządzania, Finansów i Marketingu” 2013, nr 32/777, s. 63

Obecnie to Internet stanowi główny element budowania strategii informacyjnej. Poszukiwanie informacji na każdym etapie procesu zakupu wymusza przejście od modeli typu „push” – nakłaniających do zakupów, do treści zdecydowanie bardziej informacyjnych, oferujących wsparcie klienta na poszczególnych etapach,

¹⁹⁹ D. Court i in., *The Customer Decision Journey*, <https://www.mckinsey.com/business-functions/marketing-and-sales/our-insights/the-consumer-decision-journey> (dostęp: 09.01.2021).

²⁰⁰ Więcej o tym modelu: Ph. Kotler, L.Keller, *Marketing*, op. cit, s.183-191.

zachęcających do wystawiania pozytywnych opinii oraz dostosowywania przekazu do historii wyszukiwania.

Wydaje się, że ze względu na specyfikę produktu ubezpieczeniowego, tzn. jego usługowy charakter, poziom ryzyka związanego z zakupem, znaczenie lojalności w procesie zakupu, znaczenie obsługi klienta oraz obsługi posprzedażowej, bardziej zasadne będzie rozważanie zachowań nabywców usług ubezpieczeniowych według modelu CDJ.

W ostatnich latach zmieniły się zachowania zakupowe klientów ubezpieczeniowych. Klienci coraz częściej oczekują oferty dostosowanej do ich potrzeb, są świadomi ochrony w poszczególnych produktach. Mimo rozwoju różnych kanałów sprzedaży ubezpieczeń, wciąż istnieją produkty, przy zakupie których klienci potrzebują kontaktu z agentem (np. ubezpieczenia na życie)²⁰¹.

Cechy determinujące zachowania nabywcy są odmienne dla poszczególnych nabywców, przez co także proces nabywania produktów staje się różny. Elementem wspólnym, głównie ze względu na postrzegane ryzyko podjętej decyzji, jest z kolei to, że proces decyzyjny w zakupie usług ubezpieczeniowych jest rozciągnięty w czasie. Ze względu na ograniczenia finansowe i organizacyjne konieczne jest wskazanie grup nabywców zachowujących się „podobnie”. Ich identyfikacja daje możliwość dostosowania ofert do oczekiwań, a także np. sposobu obsługi, przełamywania oporów przed zakupem. Taki proces rozpoznawania i podziału rynku nazywany jest w marketingu segmentacją rynku.

6.4. Segmentacja rynku usług ubezpieczeniowych

Podstawowym założeniem zarządzania marketingowego jest rozpoznawanie oczekiwań nabywców oraz dostarczanie im oferty, która ma określoną wartość. Organizacja, planując swoje działania na rynku, powinna ukierunkować się na określoną grupę klientów, jednorodną pod względem jakiejś cechy lub grupy cech. Grupę taką nazywa się w marketingu segmentem. Segment, czyli wyróżniona spośród nabywców grupa, powinien mieć cechy wspólne, co umożliwi przygotowanie dla niego odpowiedniego zestawu narzędzi marketingowych (tzw. marketingu mix, omówionego w dalszej części rozdziału). Segmentacja rynku dokonywana jest na podstawie tzw. kryteriów segmentacji. Najczęściej wymienianymi kryteriami segmentacji są w przypadku nabywców indywidualnych²⁰²:

- kryteria geograficzne (region, wielkość miasta, aglomeracji, gęstość zaludnienia, klimat);

²⁰¹ D. Rychlik i in., *E-rewolucja w dystrybucji ubezpieczeń*, https://www.mckinsey.com/pl/~/_media/McKinsey/Locations/Europe%20and%20Middle%20East/Polska/Raporty/Eksperci%20McKinsey%20o%20erewolucji%20w%20dystrybucji%20ubezpieczen/E-rewolucja-w-dystrybucji-ubezpieczen_McKinsey_Miesiecznik-Ubezpieczeniowy.pdf (dostęp: 06.02.2022).

²⁰² Ph. Kotler, K.L. Keller, *Marketing*, op. cit., s. 288.

- kryteria demograficzne (wiek, liczba członków rodziny, faza cyklu życia rodziny, płeć, dochód, zawód, wykształcenie, wyznanie, rasa, pokolenie, narodowość, klasa społeczna);
- kryteria psychograficzne (styl życia, osobowość);
- kryteria behawioralne (okazje, oczekiwane korzyści, status użytkownika, wskaźnik intensywności użytkowania, stopień lojalności, etap gotowości do zakupu, postawa wobec produktu).

Jednym z podstawowych działań w zakresie segmentacji jest wybór kryterium segmentacyjnego. W literaturze przedmiotu pojawia się kilka ujęć kryteriów segmentacyjnych dla przedsiębiorstw ubezpieczeniowych. D. Farny rozróżnia dwa podstawowe kryteria podziału: według cech zewnętrznych i wewnętrznych. Do kryteriów zewnętrznych zalicza się miejsce w procesie gospodarczym – podział na podmioty gospodarcze, gospodarstwa domowe oraz instytucje publiczne. Segmentacja oparta na kryteriach wewnętrznych powinna bazować na rozróżnieniu na podstawie motywów nastawienia do ryzyka i ubezpieczeń, zdolności, systemu wartości, sposobów zachowań, fazy cyklu życia rodziny²⁰³.

Z kolei K. Rodek i J. Visan wskazują, iż segmentacja nabywców usług ubezpieczeniowych może być dokonywana na podstawie czterech grup kryteriów²⁰⁴:

- segmentacji geograficznej: kraj, region, województwo, miejscowość;
- segmentacji demograficznej na podstawie: dochodów, rodzaju wykonywanej pracy, wieku, płci, cyklu życia rodziny;
- segmentacji psychograficznej: potrzeby, motywy, wymagania, kultura, grupa odniesienia, otoczenie społeczne, rodzina;
- segmentacji behawioralnej: oczekiwane korzyści, okazje i sytuacje, w jakich klient jest skłonny nabyć ubezpieczenie, status użytkownika, preferencje nabywcze, lojalność, struktura kupna i proces podejmowania decyzji.

Przykładem segmentacji realizowanej w branży ubezpieczeniowej na podstawie kryterium behawioralnego jest podział klientów firm ubezpieczeniowych na dwie grupy, zależnie od kanałów sprzedaży, które wybierają oni na różnych etapach zakupu produktu ubezpieczeniowego. W ten sposób wyróżnić można²⁰⁵:

- klientów hybrydowych, którzy na etapie szacowania i poznawania ofert szukają informacji w tradycyjnych kanałach (np. kontakt z agentem), ale finalizują zakup zdalnie, w tzw. kanale *direct* (przez internet lub telefon);
- klientów ROPO (*Research Online – Purchase Offline*) – którzy zaczynają proces zakupowy online ale kupują ubezpieczenie w kanale tradycyjnym.

Każdy wyodrębniony segment powinien charakteryzować następujące cechy: mierzalność – możliwość ustalenia liczebności segmentu, scharakteryzowania grupy,

²⁰³ B. Nowotarska-Romaniuk, *Marketing usług ubezpieczeniowych*, PWE, Warszawa 1996, s. 46-47.

²⁰⁴ K. Rodek, J. Visan, *Marketing ubezpieczeń na życie*, Poltext, Warszawa 1996, s. 72-77.

²⁰⁵ D. Rychlik i in., *E-rewolucja...*, op. cit.

odmienność, rozległość – wystarczająca wielkość, adekwatność do zasobów firmy, dostępność oraz wrażliwość na ofertę ubezpieczyciela²⁰⁶.

Segmentacja rynku pozwala na określenie dalszej strategii działania, m.in. w zakresie pozycjonowania oferty w wybranych segmentach oraz opracowania założeń marketingu mix dla każdego z wybranych segmentów.

Pozycjonowanie (plasowanie) polega na identyfikacji, tworzeniu i komunikowaniu przez organizację korzystnych cech wyróżniających ofertę przedsiębiorstwa, dzięki którym jest ona postrzegana jako lepsza, wyróżniająca się spośród firm konkurencyjnych²⁰⁷. W przypadku działalności ubezpieczeniowej, wyróżnienie się od ofert konkurencyjnych jest równie ważne jak w przypadku działalności na innych rynkach. Firma ubezpieczeniowa musi tworzyć w umysłach swoich obecnych i potencjalnych odbiorców odpowiedni obraz nie tylko swój, ale także grup produktów przez nią oferowanych (np. ubezpieczeń na życie). Pozycjonowanie jest realizowane poprzez odpowiednie ukształtowanie instrumentarium polityki marketingowej marketingu mix oraz ciągłe monitorowanie założeń strategii z realizowanymi działaniami.

6.5. Koncepcja marketingu mix w działalności ubezpieczeniowej

Po zakończeniu procedury diagnozy rynku, segmentacji, wyborze rynku docelowego oraz plasowaniu kolejnym etapem jest opracowanie poszczególnych instrumentów marketingu mix. Obecnie w marketingu usług stosuje się koncepcję siedmioelementowego marketingu mix (tab. 6.2).

Rozpoczęcie tworzenia strategii w zakresie marketingu mix zaczyna się od rozpoznania, w jaki sposób klienci postrzegają poszczególne narzędzia marketingowe. Najpopularniejszą koncepcją umożliwiającą takie zestawienie jest tzw. 4C, wg którego produkt postrzegany jest jako korzyść, cena jako koszt, promocja jako komunikacja, a dystrybucja to wygoda dostępności produktu. Rozpoczęcie prac nad opracowaniem strategii w zakresie marketingu mix powinno więc rozpocząć rozpoznanie, np. na podstawie profilu osoby zakupowej, dokładnych oczekiwań klienta wobec oferty i jej marketingu. Marketing mix powinien stanowić odpowiedź na oczekiwania klientów wyrażone wg koncepcji 4C.

Produktem w marketingu jest wszystko, co służy zaspokajaniu potrzeb nabywców. Produkty firm ubezpieczeniowych zaspokajają przede wszystkim potrzeby bezpieczeństwa nabywców – jedne z podstawowych. Jak wcześniej wskazano, produkt ubezpieczeniowy ma usługowy charakter, co bezpośrednio determinuje sposób jego oferowania.

²⁰⁶ J. Mazur (red.), *Decyzje marketingowe w przedsiębiorstwie*, Difin, Warszawa 2002, s. 80.

²⁰⁷ Więcej: K. Łazorko, *Podstawy zarządzania...*, op. cit., s. 124.

Tabela 6.2. Elementy charakteryzujące poszczególne instrumenty marketingu mix

Produkt	Cena	Dystrybucja	Promocja	Ludzie	Procesy	Świadcstwo materialne
Jakość	Pozycjonowanie	Kanały sprzedaży	Komunikacja marketingowa	Osoby zaangażowane w marketing	Skupienie na kliencie	Doświadczenia klienta w kontakcie ze sprzedażą / zespołem
Wizerunek	Cenniki	Wsparcie sprzedaży	Sprzedaż bezpośrednia	Osoby zaangażowane w kontakt z klientem	Ukierunkowane na biznes	Opakowanie produktu
Marka	Rabaty	Liczba kanałów sprzedaży	Promocje sprzedażowe	Rekruterzy	Wsparte przez IT	Doświadczenia online
Elementy	Kredyty	Segmentacja kanałów	PR	Kultura firmy a wizerunek	Elementy wnoszące „design”	
Funkcje	Metody płatności		Branding	Rozwój kompetencji, umiejętności	Badania i rozwój	
Warianty	Elementy darmowe lub dodające wartość		Marketing bezpośredni	Wynagrodzenia		
Mieszanka						
Wsparcie						
Obsługa klienta						
Możliwości używania						
Dostępność						
Gwarancje						

Źródło: K. Sarnecki, *Marketing klientocentryczny, czyli... ewolucja z 4P do 4C*, <https://www.transport-manager.pl/2020/01/22/marketing-klientocentryczny-czyli-ewolucja-z-4p-do-4c/> (dostęp: 10.01.2022).

Analizując portfolio produktów firmy ubezpieczeniowej, konieczne jest uwzględnienie cyklu życia produktu, charakteryzującego każdy typ oferty – z czasem zainteresowanie produktem jest coraz mniejsze, m.in. ze względu na mnogość ofert na rynku. Cykl życia produktu ubezpieczeniowego obejmuje następujące fazy²⁰⁸:

1. Faza wprowadzania produktu na rynek – firma ubezpieczeniowa może przyjąć pozycję pioniera rynkowego, wczesnego naśladowcy lub firmy późno wchodzącej na rynek. W tej fazie można zastosować strategie wysokich zysków w krótkim czasie, wysokich zysków w długim czasie, szybkiego wzrostu lub wolnego wzrostu²⁰⁹.
2. Faza wzrostu, gdy następuje umocnienie produktu na rynku poprzez doskonalenie jego jakości, różnicowanie oferty ubezpieczeniowej w celu pozyskania innych grup docelowych, rozłożenie wydatków na promocję na coraz większą liczbę punktów sprzedaży oraz kształtowania za pomocą reklamy wspomaganie wyboru danego ubezpieczyciela.
3. Faza dojrzałości – zwiększanie przywiązania klientów do danej marki, utrzymanie satysfakcji z zakupu ubezpieczenia. Możliwymi strategiami w tej fazie są: modyfikacja rynku, produktu lub marketingu mix.
4. Faza spadku, kiedy możliwe jest zastosowanie następujących strategii: identyfikacja słabych punktów, zamiana strategii marketingowych.

Ważnym aspektem przygotowywania strategii produktowej jest także wskazanie najważniejszych założeń dotyczących jakości oferowanego produktu. Jakość usługi interpretowana jest jako stopień, w jakim dana usługa zaspokaja wymagania, przy uwzględnieniu celu, do którego została przeznaczona.

Jakość usługi ubezpieczeniowej wyznaczają: realność świadczonej ochrony ubezpieczeniowej, pewność, poziom finansowego pokrycia strat, powszechność ochrony ubezpieczeniowej, szybkość wypłaty odszkodowania oraz terminowość po likwidacji strat. Wszystkie te elementy stanowią elementy jakości usługi ubezpieczeniowej i są jednocześnie kryteriami jej oceny²¹⁰.

Znajomość czynników, na podstawie których klienci oceniają jakość usług, pozwala dostosować działalność organizacji ubezpieczeniowej do oczekiwań nabywców i sprawić, by jakość oferowanych usług była odpowiednio postrzegana. Możliwe jest diagnozowanie nie tylko obecnej sytuacji w zakresie jakości usług, ale także potencjalnych zagrożeń dla jakości. Jednym z nich jest model luk. Na jego podstawie zidentyfikować można 5 sytuacji (luk), w których usługa może nie spełnić oczekiwań nabywców (rys. 6.4):

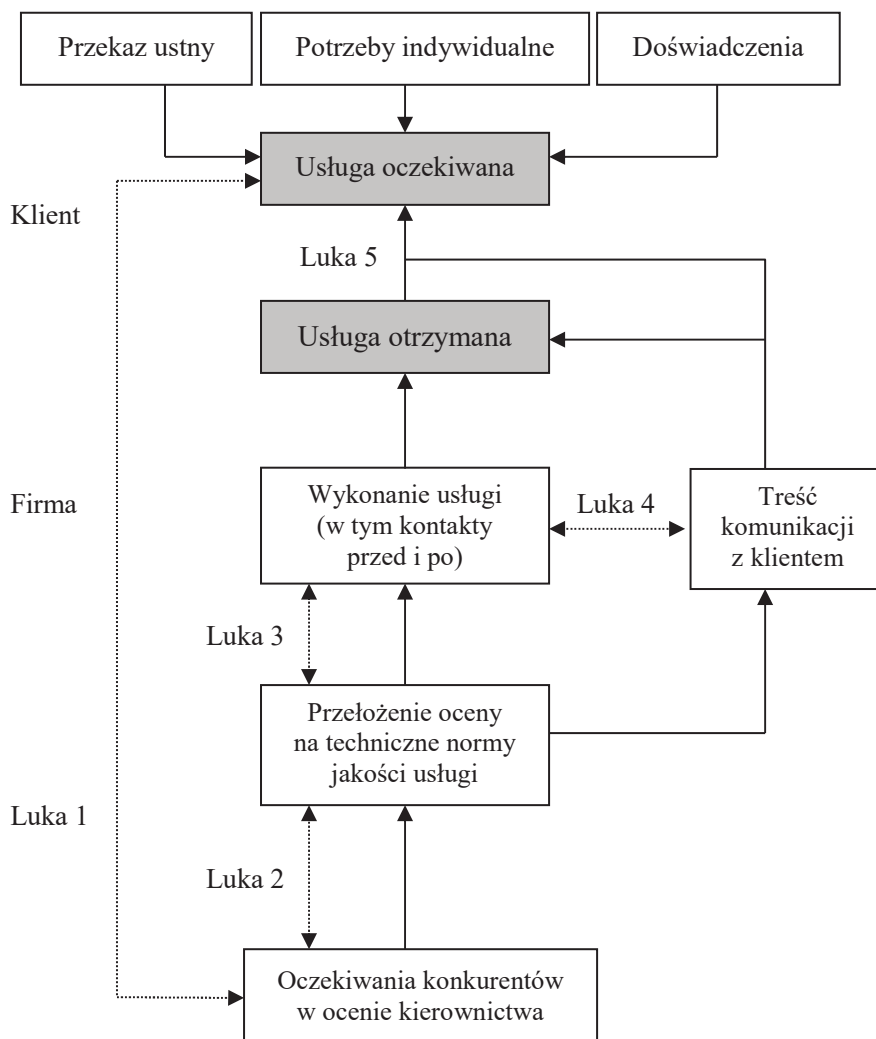
1. rozbieżność między oczekiwaniami konsumenta a ich oceną przez kierownictwo (luka 1);

²⁰⁸ K. Rodek, J. Visan, *Marketing ubezpieczeń...*, op. cit., s. 151-158.

²⁰⁹ Określane także w literaturze jako strategie szybkiego zbierania śmietanki, wolnego zbierania śmietanki oraz szybkiej i wolnej penetracji.

²¹⁰ B. Nowotarska-Romaniak, *Marketing usług ubezpieczeniowych*, PWE, Warszawa 1996, s. 66.

2. rozbieżność pomiędzy oceną kierownictwa a określeniem norm i cech jakości usługi (luka 2);
3. różnica między określeniem standardów jakości usługi a rzeczywistym poziomem dostarczanej usługi (luka 3);
4. rozbieżność między poziomem faktycznie dostarczonej usługi a komunikatami przekazywanymi klientowi (luka 4);
5. rozbieżność między usługą otrzymaną a oczekiwaną (luka 5), uzależniona od występowania i intensywności luk 1-4.



Rysunek 6.4. Model jakości usługi (model luk)

Źródło: M. Ingaldi, *Różne podejścia do modelu luk*, „Quality Production Improvement” 2019, nr 2(11), s. 74

Przygotowanie założeń strategii cenowej w przypadku usług ubezpieczeniowych obejmuje: poziom cen usług, prowizje, rabaty, kredyty, zasady wynagrodzeń, relacje między jakością a ceną oraz indywidualne oceny konsumentów dotyczące otrzymanej usługi²¹¹, i szacowana jest zależnie od celów towarzystwa, kosztów, popytu, subiektywnej oceny nabywcy, konkurencji oraz pozostałych zmiennych marketingowych. Wyboru poziomu cenowego towarzystwa ubezpieczeniowego dokonuje się, biorąc pod uwagę koszty produktu, wielkość popytu oraz konkurencję²¹².

System dystrybucji usług ubezpieczeniowych zależy od rynku docelowego i rodzaju oferowanego produktu. W ubezpieczeniach funkcjonują dwa systemy dystrybucji²¹³:

- system sprzedaży pośredniej, który obejmuje: system sprzedaży agencyjnej, brokerskiej etatowej – wskazany w sprzedaży bardziej skomplikowanych produktów ubezpieczeniowych;
- system sprzedaży bezpośredniej, w którym oferty są składane bezpośrednio odbiorcom zazwyczaj drogą pocztową, przez ogłoszenia w czasopiśmie, radio lub telewizję, telefon (telemarketing) oraz Internet.

Internet bardzo zmienił system sprzedaży ubezpieczeń. Coraz większa liczba gospodarstw domowych korzysta z Internetu m.in. w celu wyszukiwania informacji, porównywania ofert o ubezpieczeniach. Analizy wskazują znaczący wzrost udziału porównywarek cen w kanale *direct* (w 2018 roku – 50%). Według ekspertów sprzedaż ubezpieczeń zmierza w kierunku kanałów *multiaccess*, w którym klienci uczestniczą w procesie sprzedaży, korzystając z kanałów online i kanału offline (agencyjnego)²¹⁴.

Promocja towarzystwa ubezpieczeniowego może spełniać funkcje informacyjną, pobudzającą lub konkurencyjną. Narzędziami promocji (*promotion-mix*) możliwymi do wykorzystania przez towarzystwa ubezpieczeniowe są: reklama, sprzedaż osobista, promocja sprzedaży, public relations oraz marketing bezpośredni. Coraz większą uwagę w literaturze zwraca się na integrację poszczególnych instrumentów promocji i tworzenie systemu zintegrowanej komunikacji marketingowej – odmiennej od dotychczasowej „tradycyjnej” strategii komunikacyjnej (tab. 6.3).

W zakresie komunikacji z rynkiem (bo taką funkcję realizuje promocja w marketingu mix) podkreśla się konieczność stworzenia jasnej i spójnej komunikacji z klientami, bo takiej komunikacji oczekują klienci. Jednym ze sposobów na wsparcie procesów komunikacyjnych i ich zintegrowanie jest cyfryzacja procesu sprzedaży, która umożliwi wsparcie informacyjne nie tylko klientów, ale i agentów, pozwalając tym samym na bardziej efektywne reagowanie na oczekiwania klientów i ich potrzeby ubezpieczeniowe²¹⁵.

²¹¹ Ibidem, s. 53.

²¹² K. Rodek, J. Visan, *Marketing ubezpieczeń...*, op. cit., s. 212-224.

²¹³ R. Garbiec, *Ubezpieczenia w teorii i praktyce*, cz. II – *Ubezpieczenia gospodarcze i zdrowotne*, Wydawnictwo Wydziału Zarządzania Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2016, s. 115-118.

²¹⁴ D. Rychlik i in., *E-rewolucja...*, op. cit.

²¹⁵ Ibidem.

Tabela 6.3. Tradycyjna i zintegrowana komunikacja marketingowa

Wyszczególnienie	Tradycyjna komunikacja marketingowa	Komunikacja zintegrowana
Punkt wyjścia	Przedsiębiorstwo	Nabywca
Cele	przeważnie o charakterze informacyjnym i nakłaniającym, przyjmowane w horyzoncie krótkookresowym	budowanie wizerunku przedsiębiorstwa i/lub jego produktów opartego na ciągłości i kontynuacji działań w średnim i długim horyzoncie czasu
Znaczenie znajomości odbiorców działań promocyjnych/segmentów docelowych	niewielkie	bardzo duże, na podstawie bazy danych
Rola badań marketingowych	niewielka, drugorzędna	podstawowa; b.m. stanowią punkt wyjścia do tworzenia promocji i jej oceny
Typ komunikacji	jednokierunkowa	dwukierunkowa
Nakłady na komunikację	traktowane jako koszt	traktowane jako inwestycja
Stosowane media	głównie media masowe	powszechnie wykorzystywanie mediów umożliwiających selektywne docieranie do odbiorców
Koordinacja działań	niewielka	pełna integracja, efekt synergii
Interakcje w procesie komunikacji	ograniczone, odroczone w czasie	szerokie, niemal natychmiastowe, stanowiące jedną z podstaw systemu
Specjalizacja w procesie komunikacji	daleko idąca specjalizacja	ograniczenie specjalizacji do niezbędnego minimum

Źródło: A. Knapik, *Składniki promocji mix oraz ich integracja*, [w:] A. Pabian (red.), *Środki i formy marketingowego oddziaływania na konsumentów*, Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2008, s. 161

Personel jest integralną częścią procesu usługowego, a koncepcję traktowania pracowników jako pierwszego klienta organizacji usługowej określa się mianem marketingu wewnętrznego. Jest to działanie zorientowane na pracowników jako podstawowych nabywców działalności organizacji. Ich zadowolenie przekłada się na zadowolenie klientów ostatecznych. Jednakże wdrożenie programu wewnętrznego wymaga: sprawnej komunikacji wewnętrznej, formułowania przesłań trafiających do pracowników, kreowania kultury organizacji cechującej się otwartym stylem zarządzania, powszechnym zaangażowaniem i wzajemną współpracą, wytworzenia wśród współpracowników powszechnej odpowiedzialności oraz świadomości, że każdy z nich ma swój istotny udział w zaspokajaniu potrzeb nabywców, traktowania marketingu wewnętrznego jako procesu działań ciągłych, a nie epizodycznych, wdrożenia zasady „nabywca jest najważniejszy”, zapewnienia korzyści odbiorcom programów marketingu wewnętrznego i stworzenia sytuacji, aby stali się z odbiorców współwłaścicielami tych programów²¹⁶.

²¹⁶ Więcej: K. Łazorko, *Przyszłość zarządzania marketingiem*, [w:] A. Niedzielska, J. Pikula-Małachowska (red.), *Marketing kreatywny, sztuka czy manipulacja?*, Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2021, s. 139-143.

Podsumowanie

Podsumowując rozważania w zakresie marketingu w firmach ubezpieczeniowych, warto zwrócić uwagę na elementy, które wskazywane są jako dobre i te, które jednoznacznie oceniane są jako nieodpowiednie w budowaniu strategii marketingowej firm (tab. 6.4).

Tabela 6.4. Dobre i złe praktyki marketingu wg Ph. Kotlera

Dziesięć głównych grzechów marketingu	Dziesięć przykazań marketingu
<ol style="list-style-type: none"> 1. Firma niewystarczająco skupiona na rynku i zorientowana na klienta. 2. Firma nie w pełni rozumie swoich docelowych klientów. 3. Firma powinna lepiej określić i monitorować swoich konkurentów. 4. Firma nie zarządza prawidłowo relacjami z podmiotami z nią związanymi. 5. Firma nie radzi sobie z identyfikowaniem nowych możliwości wzrostu sprzedaży. 6. Plany marketingowe i proces planistyczny w firmie są ułomne. 7. Polityka firmy dotycząca towarów i usług wymaga konsolidacji. 8. Firma posiada niewielkie umiejętności w zakresie budowania marki i komunikacji. 9. Firma nie jest zorganizowana w sposób umożliwiający skuteczny i wydajny marketing. 10. Firma nie wykorzystuje swoich możliwości oferowanych przez nowe technologie. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Firma dzieli rynek na segmenty, wybiera najodpowiedniejszy i buduje mocną pozycję w każdym z wybranych segmentów. 2. Firma tworzy mapę potrzeb, postrzegania, preferencji i 5 zachowań swoich klientów, a następnie sprawia, że obsługa i zadowolenie klientów stają się obsesją wszystkich zaangażowanych podmiotów. 3. Firma zna swoich głównych konkurentów, a także ich mocne i słabe strony. 4. Firma traktuje wszystkie podmioty zaangażowane w jej działanie jako partnerów i uczciwie ich wynagradza. 5. Firma tworzy system identyfikowania szans biznesowych, szeregowania ich i wyboru najlepszych. 6. Firma posiada system planowania marketingowego, pozwalający na budowanie opartych na analizach planów krótko- i długoterminowych. 7. Firma w pełni kontroluje wszystkie swoje poczynania w odniesieniu do oferowanego portfela towarów i usług. 8. Firma buduje silne marki, korzystając z najefektywniejszych kosztowo narzędzi do komunikacji i promocji. 9. Firma kształci liderów w zakresie marketingu i buduje ducha zespołowej współpracy między swoimi działami. 10. Firma stale akceptuje nowe technologie, które mogą jej dać przewagę konkurencyjną na rynku.

Źródło: Ph. Kotler, K.L. Keller, *Marketing*, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 2012, s. 21

Wydaje się, że najważniejszym elementem, który konieczny jest w budowaniu strategii marketingowych, jest spójność strategii marketingowej pozwalająca na osiągnięcie efektu synergii. Wszystkie instrumenty współtworzą całość, która oddziałuje na zachowania konsumentów i przynosi znacznie większe korzyści niż stosowanie każdego z instrumentów osobno – realizując tym samym założenia

tw. synergii instrumentów marketingowych. Specjaliści wskazują, że w przypadku branży ubezpieczeniowej problemem staje się „rywalizacja o tego samego klienta za pomocą różnych kanałów, co prowadzi do wielu niepożądanych zjawisk, takich jak wzrost kosztów pozyskania polisy i niespójna komunikacja w zakresie oferty ochrony ubezpieczeniowej. Utrudnia to budowę pozytywnego doświadczenia w procesie sprzedaży, powoduje utratę zaufania i zmniejsza lojalność wobec marki”²¹⁷.

Zaprezentowane w rozdziale rozważania dotyczące marketingu ubezpieczeń zdecydowanie nie wyczerpują tematu. Na potrzeby opracowania wybrano i zasygnalizowano najważniejsze zagadnienia, które wchodzi w skład szeroko pojętej działalności marketingowej firm ubezpieczeniowych. Marketing w swojej istocie jest bardzo skomplikowanym działaniem przede wszystkim dlatego, że wymaga wdrażania rozwiązań odpowiadających oczekiwaniom klientów, podlegającym ciągłym zmianom, podobnie jak pozostałe elementy otoczenia firm ubezpieczeniowych, do których strategia marketingowa musi być nieustannie dostosowywana.

Literatura

1. American Marketing Association, *Definitions of Marketing*, <https://www.ama.org/the-definition-of-marketing-what-is-marketing/> (dostęp: 07.02.2021).
2. Court D. i in., *The Customer Decision Journey*, <https://www.mckinsey.com/business-functions/marketing-and-sales/our-insights/the-consumer-decision-journey> (dostęp: 09.01.2021).
3. Furtak R., *Marketing partnerski na rynku usług*, PWE, Warszawa 2003.
4. Garbiec R., *Ubezpieczenia w teorii i praktyce, cz. II – Ubezpieczenia gospodarcze i zdrowotne*, Wydawnictwo Wydziału Zarządzania Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2016.
5. Grzegory M., *Zmiany w procesie zakupowym konsumenta*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Problemy Zarządzania, Finansów i Marketingu” 2013, nr 32/777.
6. Ingaldi M., *Różne podejścia do modelu luk*, „Quality Production Improvement” 2019, nr 2(11).
7. Kotler Ph., Keller K.L., *Marketing*, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 2012.
8. Łazorko K., *Podstawy zarządzania marketingowego*, [w:] Niedzielska A., Pikuła-Małachowska J. (red.), *Marketing kreatywny, sztuka czy manipulacja?*, Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2021.
9. Łazorko K., *Przyszłość zarządzania marketingiem*, [w:] Niedzielska A., Pikuła-Małachowska J. (red.), *Marketing kreatywny, sztuka czy manipulacja?*, Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2021.

²¹⁷ D. Rychlik i in., *E-rewolucja...*, op. cit.

10. Mazur J. (red.), *Decyzje marketingowe w przedsiębiorstwie*, Difin, Warszawa 2002.
11. Matejun M., Nowicki M., *Organizacja w otoczeniu – od analizy otoczenia do dynamicznej lokalizacji*, [w:] Adamik A. (red.), *Nauka o organizacji. Ujęcie dynamiczne*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2013.
12. Monkiewicz J., Pazio N., *Marketing ubezpieczeniowy i komunikacja marketingowa*, [w:] Monkiewicz J. (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. III – *Przedsiębiorstwo*, Poltext, Warszawa 2003.
13. Nowotarska-Romaniak B., *Marketing usług ubezpieczeniowych*, PWE, Warszawa 1996.
14. ORACLE, *Czym jest system CRM?*, <https://www.oracle.com/pl/cx/what-is-crm/> (dostęp: 10.01.2022).
15. Ostrowska I., *Zarządzanie marketingowe*, [w:] Rosa G., Perenc J., Ostrowska I. (red.), *Marketing przyszłości. Od ujęcia tradycyjnego do nowoczesnego*, C.H. Beck, Warszawa 2016.
16. Otto J., *Marketing relacji. Koncepcja i stosowanie*, C.H. Beck, Warszawa 2001.
17. Payne A., *Marketing usług*, PWE, Warszawa 1996.
18. Rodek K., Visan J., *Marketing ubezpieczeń na życie*, Poltext, Warszawa 1996.
19. Rosa G. (red.), *Zarządzanie marketingowe*, C.H.Beck, Warszawa 2012.
20. Rychlik D. i in., *E-rewolucja w dystrybucji ubezpieczeń*, https://www.mckinsey.com/pl/~/_media/McKinsey/Locations/Europe%20and%20Middle%20East/Polska/Raporty/Eksperci%20McKnssey%20o%20erewolucji%20w%20dystrybucji%20ubezpieczen/E-rewolucja-w-dystrybucji-ubezpieczen_McKinsey_Miesiecznik-Ubezpieczeniowy.pdf (dostęp: 06.02.2022).
21. Sarnecki K., *Marketing klientocentryczny, czyli... ewolucja z 4P do 4C*, <https://www.transport-manager.pl/2020/01/22/marketing-klientocentryczny-czyli-ewolucja-z-4p-do-4c/> (dostęp: 10.01.2020).
22. Sowier-Kasprzyk I., *Marketing partnerski w usługach*, [w:] Stala K., Widawska-Stanis A. (red.), *Zarządzanie marketingiem w organizacjach usługowych*, Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2008.
23. Tesławski M. (red.), *Trendy marketingowe na 2021 rok – wypowiedzi 37 ekspertów*, „Sprawny Marketing”, <https://sprawnymarketing.pl/blog/trendy-marketingowe-2021-rok/> (dostęp: 06.01.2021).
24. Thaichon A. i in., *Online Relationship Marketing: Evolution and Theoretical Insights Into Online Relationship Marketing*, „Marketing Intelligence & Planning” 2020, nr 38(6).

ZAKOŃCZENIE

Funkcjonowanie każdego obywatela w nowoczesnym społeczeństwie wymaga wiedzy o ubezpieczeniach i ich formach oraz o mechanizmach, jakie nimi kierują. Niniejsza publikacja stanowi próbę precyzyjnego określenia mechanizmów funkcjonowania ubezpieczeń gospodarczych w Polsce. Nie można mówić o ubezpieczeniu bez zdefiniowania ryzyka, które jest przyczyną chęci zawierania umów ubezpieczenia. W zależności od rodzaju ryzyka, jego uwarunkowań i metod zarządzania nim rozróżniamy określone rodzaje ubezpieczenia. Ryzyko wraz z procesem jego szacowania i klasyfikacji jest podstawowym zakresem działania zakładów ubezpieczeń. Aby scharakteryzować ubezpieczenie, niezbędne jest określenie jego podstaw teoretycznych w postaci pojęć, definicji, funkcji i zasad.

Każdy rodzaj ubezpieczenia funkcjonujący w Polsce działa na podstawie określonych ram prawnych, które definiują zarówno formy, w jakich działają zakłady ubezpieczeń, jak i formy pośrednictwa ubezpieczeniowego oraz podstawy jego finansowania. Rozwój gospodarki rynkowej determinuje powstawanie nowych rodzajów ubezpieczeń jako oferty kierowanej do potencjalnych klientów. Zasadniczo dobrowolny (w przeważającej części) wybór kreuje powstawanie coraz to większej liczby rodzajów ubezpieczeń oferowanych przez ubezpieczycieli. Aby dokonać efektywnego wyboru rodzaju ubezpieczenia, niezbędna jest znajomość tych rodzajów, ich specyfiki, zakresu ochrony, zasad opłacania składek i ich wysokości.

Z przeprowadzanych analiz w tym zakresie wynika, że znajomość zagadnień ubezpieczeniowych jest niewielka, a wybór rodzaju ubezpieczenia jest albo intuicyjny, albo wynika z technik manipulacji stosowanych przez pośredników ubezpieczeniowych. Do najistotniejszych błędów mających wpływ na dokonywany wybór jest nieznanie pojęć, mechanizmów regulujących działalność firm ubezpieczeniowych w Polsce. Dlatego też przybliżenie takich mechanizmów ubezpieczeniowych jak reasekuracja czy też koasekuracja jest działaniem koniecznym, aby dokonywać właściwych wyborów przy ubezpieczaniu się. Podobnie jest z mechanizmami funkcjonującymi w marketingu ubezpieczeniowym, ich znajomość pozwala podejmować właściwe decyzje przy wyborze ubezpieczenia. Szczególnie ważna przy dokonywaniu wyboru rodzaju ubezpieczenia i firmy ubezpieczeniowej jest analiza wskaźnikowa. Jej przeprowadzenie winno być podstawowym działaniem określającym, która firma ubezpieczeniowa oferuje dobre dla klienta (ubezpieczonego) ubezpieczenie.

SPIS RYSUNKÓW

Rysunek 1.1.	Funkcje wspólne finansów i ubezpieczeń	13
Rysunek 1.2.	Podział podstawowych funkcji ubezpieczeń według J. Handschke	15
Rysunek 1.3.	Podział podstawowych funkcji ubezpieczeń według M. Lemkowskiej	16
Rysunek 1.4.	Podział podstawowych funkcji ubezpieczeń według R. Pietronia	18
Rysunek 1.5.	Podział podstawowych funkcji ubezpieczeń	18
Rysunek 1.6.	Zasady ubezpieczeń gospodarczych	19
Rysunek 1.7.	Proces reasekuracji	22
Rysunek 1.8.	Ubezpieczenie, reasekuracja, retrocesja	23
Rysunek 1.9.	Formy reasekuracji	26
Rysunek 1.10.	Umowa koasekuracji	29
Rysunek 2.1.	Podział ubezpieczeń według kryterium genezy, regulacji prawnych	45
Rysunek 2.2.	Podział ubezpieczeń według kryterium występowania swobody w nawiązywaniu stosunku ubezpieczenia	47
Rysunek 2.3.	Podział ubezpieczeń według kryterium liczby podmiotów objętych ubezpieczeniem	49
Rysunek 2.4.	Podział ubezpieczeń według kryterium zakresu ubezpieczenia	50
Rysunek 2.5.	Podział ubezpieczeń według kryterium podmiotu ubezpieczenia	50
Rysunek 2.6.	Podział ubezpieczeń według kryterium formy własności instytucji oferującej ubezpieczenie	51
Rysunek 2.7.	Podział ubezpieczeń według kryterium formy organizacyjno-prawnej zakładu ubezpieczeń świadczącego usługę	51
Rysunek 2.8.	Podział ubezpieczeń ze względu na kryterium miejsca występowania ryzyka	52
Rysunek 2.9.	Podział ubezpieczeń ze względu na kryterium zakresu terytorialnego świadczonej ochrony ubezpieczeniowej	53
Rysunek 2.10.	Podział ubezpieczeń według kryterium podziału ryzyka	53
Rysunek 2.11.	Podział ubezpieczeń według kryterium przedmiotu ubezpieczenia	54
Rysunek 2.12.	Podział ubezpieczeń osobowych	55
Rysunek 2.13.	Podział ubezpieczeń wypadkowych	56
Rysunek 2.14.	Podział ubezpieczeń majątkowych	57

Rysunek 2.15. Podział ubezpieczeń w Polsce	58
Rysunek 2.16. Podział ubezpieczeń gospodarczych	59
Rysunek 2.17. Ustawowy podział ubezpieczeń	61
Rysunek 2.18. Podział pozostałych ubezpieczeń osobowych i ubezpieczeń majątkowych	62
Rysunek 3.1. Struktura aktywów i pasywów zakładu ubezpieczeń jako efekt decyzji inwestycyjnych i finansowych	69
Rysunek 3.2. Współzależność aktywów i pasywów zakładu ubezpieczeń oraz ich wpływ na uzyskiwane wyniki	70
Rysunek 5.1. Metody sterowania ryzykiem	110
Rysunek 6.1. Koncepcja marketingu holistycznego	125
Rysunek 6.2. Proces tworzenia strategii marketingowej firmy ubezpieczeniowej	126
Rysunek 6.3. Customer Decision Journey	128
Rysunek 6.4. Model jakości usługi (model luk)	134

SPIS TABEL

Tabela 3.1. Struktura bilansu zakładu ubezpieczeń	67
Tabela 3.2. Źródła przyrostu i spadku stanu środków pieniężnych w zakładzie ubezpieczeń	68
Tabela 6.1. Najpopularniejsze formy programów lojalnościowych	124
Tabela 6.2. Elementy charakteryzujące poszczególne instrumenty marketingu mix	132
Tabela 6.3. Tradycyjna i zintegrowana komunikacja marketingowa	136
Tabela 6.4. Dobre i złe praktyki marketingu wg Ph. Kotlera	137