

Ciekawego
Nowego Roku 2018
Życzy Redakcja

Ubezpieczeniowa

aktualności

pismo środowisk ubezpieczeniowych i finansowych

www.gu.com.pl



e-mail: bozena.wysocka@gu.com.pl

INNOWACJE 2018: TELEMATYKA I PŁATNOŚCI KARTOWE W AGENCJACH

Nowe technologie wzmocnią rentowność

Wprowadzenie innowacyjnych rozwiązań z obszaru insurtech w tradycyjnym modelu ubezpieczeniowym to szansa na poprawę oferty dla klientów i, w efekcie, rentowności całej branży.

czytaj na str. 2

RAPORT PIU PO 3 KWARTAŁACH 2017 R.

Uefki i OC napędem rynku

czytaj na str. 6

Nowe prawo wymusi zmiany technologiczne w branży

czytaj na str. 8

PRACE LEGISLACYJNE

Sejm przyjął ustawę o dystrybucji ubezpieczeń

czytaj na str. 17



Łukasz Zoń Człowiekiem Roku Ubezpieczeń 2017

Nagroda przyznana przez „Gazetę Ubezpieczeniową” w uznaniu za skuteczne reprezentowanie interesów pośredników ubezpieczeniowych w obliczu nowych regulacji prawnych. Nagroda zostanie wręczona 23 lutego 2018 r. podczas konferencji „Dystrybucja – aktywacja” w Szkole Głównej Handlowej w Warszawie.

czytaj na str. 4



PREZES PBUK PODSUMOWUJE

Rok ważnych inicjatyw

Mariusz Wichtowski

czytaj na str. 9

13 - 15 czerwca 2018
Mikołajki

XXI KONGRES BROKERÓW NA XXI WIEK

Ruszyła rejestracja
uczestników!

Szczegółowe informacje
i rejestracja na stronie:
www.kongresbrokerow.pl



Organizator:
Stowarzyszenie Polskich Brokerów Ubezpieczeniowych i Reasekuracyjnych

Wprowadzenie innowacyjnych rozwiązań z obszaru insurtech w tradycyjnym modelu ubezpieczeniowym to szansa na poprawę oferty dla klientów i, w efekcie, rentowności całej branży. Nowe rozwiązania muszą kreatywnie korzystać z dotychczasowych procesów operacyjnych, aby mogły znacząco wpłynąć na dynamiczny rozwój całego sektora. Jednym z najważniejszych trendów jest niewątpliwie telematyka i jej zastosowanie w OC ppm. W najbliższym czasie branżę czeka niemała rewolucja w obszarze płatności w agencjach ubezpieczeniowych – tak o planach opowiadają **Cezary Świerszcz i Piotr Kujawa**, założyciele Bacca, jednego z największych polskich insurtechów.



INNOWACJE 2018: TELEMATYKA I PŁATNOŚCI KARTOWE W AGENCJACH

Nowe technologie wzmocnią rentowność

Bacca poświęca dużo uwagi telematyce w ubezpieczeniach. To technologia, która pozwala naliczać zniżki w OC za dobry styl jazdy i przestrzeganie przepisów drogowych. Globalny rynek telematyczny jest bardzo rozwinięty. Według raportu firmy doradczo-consultingowej Ptolemus, w 39 krajach świata funkcjonują 292 programy Usage-Based Insurance. Oznacza to 15,4 mln aktywnych polis, z czego niemal 8 mln przypada na USA, 5 mln na Włochy i ponad 860 tys. na Wielką Brytanię.

Kompleksowe rozwiązanie plug-and-play w telematyce

Autorska propozycja Bacca to w pełni modułowe rozwiązanie – od aplikacji i urządzeń, przez światowej klasy system scoringowy, kończąc na zależnych od stylu jazdy cyklicznych płatnościach.



- W pracy nad systemem scoringowym i aplikacją wykorzystaliśmy światowe doświadczenie naszego zespołu informatycznego. Aplikacja powstała z dużym przywiązaniem do prostoty i optymalnego wykorzystania zasobów użytkownika, jak ładowanie i bateria telefonu. Co ważne, nasz moduł oceny stylu jazdy pozwala ubezpieczycielom w łatwy sposób dostosować scoring zgodnie z preferencjami każdego partnera – mówi Cezary Świerszcz, prezes zarządu Bacca.

Aplikacja Bacca działa cały czas w tle i samodzielnie wykrywa podróże samochodem, która zostaje oceniona. Rozwiązanie Bacca mierzy m.in. prędkość, przyspieszenie,

intensywność hamowania, wyczuwa wchodzenie w zakręty. Bierze pod uwagę natężenie ruchu, warunki atmosferyczne, porę dnia, a więc te czynniki, które mają znaczenie w ocenie bezpiecznej jazdy kierowców na drodze. Proponowana przez Bacca technologia w segmencie polis OC opiera się na globalnych rozwiązaniach mapowych, drogowych i w obszarze infrastruktury informatycznej.

- Nasz abonamentowy model działania pozwala ubezpieczycielowi łatwo i szybko wdrożyć ubezpieczenia telematyczne bez ponoszenia kosztów wstępnych – mówi Piotr Kujawa, członek zarządu Bacca.

Towarzystwa, które zdecydują się na współpracę z Bacca, będą się rozliczać abonamentowo, płacąc za użytkowników aplikacji. Ubezpieczyciele nie muszą angażować żadnych zasobów własnych, aby móc pozyskać wiedzę i precyzyjne statystyki na temat stylu jazdy swoich klientów.

Upowszechnienie telematyki w najbliższych 12 miesiącach

- W kolejnych 12 miesiącach stawiamy nacisk na powszechne wdrożenie systemu w polskich warunkach i zamierzamy pozyskać ok. 50 tys. krajowych użytkowników. Dzięki temu polscy ubezpieczyciele zdobędą wartościowe statystyki do budowy tarif telematycznych – mówi Cezary Świerszcz.

Niezależnie od bezpośredniej współpracy z ubezpieczycielami Bacca wdraża również koncepcję platformy telematycznej, czyli dostępu klienta do wielu ubezpieczycieli w jednej aplikacji telematycznej. Takie rozwiązanie będzie wykorzystywane pod markami pośredników ubezpieczeniowych oraz organizacji będących obecnie poza rynkiem ubezpieczeniowym. Celem będzie promowanie bezpiecznej jazdy oraz umożliwienie klientom wyróżnienia się przed okresem wznowienia ubezpieczenia i wyboru oferty. Mając ocenę stylu jazdy, klienci będą mogli skorzystać z atrakcyjnych



tarif przygotowanych przez współpracujące towarzystwa ubezpieczeń. Przy odnowieniu ubezpieczyciel będzie oferować zniżkę kierowcy z dobrym scoringiem i może: albo zakończyć proces oceny stylu jazdy, albo kontynuować jego ocenę już w trakcie obowiązywania polisy.

Bezgotówkowe rozliczenia za polisy to przyszłość rynku

W I kwartale 2018 Bacca uruchamia rewolucyjny na polskim rynku system do bezgotówkowych rozliczeń płatności za ubezpieczenia. Rozliczenia będą oparte na zautomatyzowanej i zintegrowanej platformie do płatności kartą. Agenci będą mogli przyjąć płatność za dowolną polisę dowolnego zakładu ubezpieczeń, a Bacca zapewni pełną poprawność i rozliczenie transakcji. Dzięki nowemu rozwiązaniu procesy przyjmowania oraz rozliczania płatności za ubezpieczenia ulegną skróceniu, a koszty zostaną obniżone. Fundamentalną wartością rozwiązania jest dostarczenie możliwości przyjmowania płatności na rzecz wszystkich towarzystw ubezpieczeń na jednym terminalu i bez ponoszenia kosztów transakcyjnych przez agenta.

- Większość płatności za ubezpieczenia realizowanych w agencjach ubezpieczeniowych to płatności gotówkowe. Ich obsługa jest droga i nieefektywna, ponieważ generuje wiele manualnych operacji. Chcemy ułatwić pracę agentom oraz działom rozliczeń składki w towarzystwach ubezpieczeń – mówi Piotr Kujawa.

Rozwiązanie idealne i bezkosztowe dla multiagencji

Szczególnym beneficjentem nowej platformy płatności będą multiagenci. Wielu z nich dystrybuje produkty nawet 20 i więcej ubezpieczycieli, co powoduje, że muszą się rozliczać z wieloma podmiotami, i zrobienie tego w standardowy sposób jest utrudnione poprzez różnorodność procedur w towarzystwach ubezpieczeń. Skomplikowane procesy rozliczeniowe oraz relatywnie wysokie koszty transakcji spowodowały, że zdecydowana większość pośredników nigdy nie przyjmowała płatności kartami.

Z myślą o nich Bacca przygotowała unikalny system, w którym znaczna część rozliczeń zrealizują oni automatycznie w oparciu o bezpieczne mechanizmy zaszyte w intuicyjnej aplikacji, bez konieczności wpisywania kwot, numerów, a nawet bez dotykania klawiatury terminala. Korzystanie z terminala będzie intuicyjne i dostępne dla każdego agenta oraz jego OFWCA.

Współpracując w ramach systemu zakłady ubezpieczeń będą pokrywały koszty płatności tylko za swoje polisy. Agenci będą pokrywać koszty transakcji wykonane na ich rzecz (niezintegrowanych ubezpieczycieli oraz ewentualne płatności z działalności nieubezpieczeniowej).

Inteligentne wyeliminowanie gotówki

- Coraz częściej słyszymy od współpracujących z nami agentów sygnały o konieczności zainstalowania terminali płatniczych. To naturalna potrzeba klientów, którzy wszędzie chcą mieć możliwość płacenia kartą, szczególnie za droższe usługi – mówi Cezary Świerszcz.

Uniwersalność rozwiązania wdrażanego przez Bacca gwarantuje wzrost wolumenu i częstości płatności kartą przez klientów. Warunki handlowe dla agentów (bez kosztów terminala i bez

kosztów transakcyjnych) oraz identyczny sposób przyjmowania płatności niezależnie od ubezpieczyciela gwarantują powszechność wdrożenia we wszystkich agencjach.

Z jednej strony agenci pozbędą się problemów ze skrupulatnym raportowaniem przyjętych płatności, a z drugiej strony ubezpieczyciele otrzymają automatycznie pełne raportowanie transakcji, audytowalność procesów przyjmowania płatności oraz udogodnienia w automatycznym kojarzeniu wpłat z przypisem składki. Z punktu widzenia ubezpieczyciela skorzystanie z rozwiązania wiąże się jedynie z integracją systemu sprzedażowego z prostym API dostarczonym przez Bacca. Po stronie rozliczeń to Bacca dostosuje się do potrzeb ubezpieczyciela.

Cały rynek skorzysta na ograniczeniu kosztów i ryzyka związanego z powszechnym przyjmowaniem, przechowywaniem i transferem gotówki w sieci sprzedaży. Polska jest rynkiem powszechnie korzystającym z kart i nowinek płatniczych. W kolejnych latach płatności bezgotówkowe będą jeszcze bardziej powszechne. Dzięki Bacca rynek pośredników ubezpieczeniowych otrzyma nowoczesne narzędzie i procesy do przyjmowania płatności.

W 2017 r. spółka rozwinęła swoje kompetencje rozliczania i obsługi płatności ratalnych o nowe perspektywiczne usługi technologiczne. W 2018 r. Bacca będzie pracować nad wprowadzeniem i upowszechnieniem tych technologii na rynku, zarówno z nowymi, jak i z naszymi dotychczasowymi partnerami.

- Znacząc dobrze realia rynkowe, czujemy, że jesteśmy we właściwym miejscu, żeby dostarczać wartość niemożliwą do osiągnięcia samodzielnie przez pośredników i ubezpieczycieli. Zmieniamy rynek ubezpieczeń w inteligentny sposób, dostarczając rozwiązania nowoczesne, ale szanując specyfikę i dorobek tworzony przez naszych partnerów – mówi Cezary Świerszcz.

bacca

Wszystkim naszym partnerom biznesowym
i współpracownikom oraz czytelnikom
„Gazety Ubezpieczeniowej”
w Nowym 2018 Roku składamy najserdeczniejsze
życzenia wszelkiej pomyślności
i zmian tylko na lepsze.

W nadchodzących miesiącach życzymy Wam
pięknych, szczęśliwych chwil, uśmiechu,
a także sił i wytrwałości w dążeniu
do wyznaczonych przez siebie celów.

W imieniu zespołu Bacca

prezes zarządu
Cezary Świerszcz

członek zarządu
Piotr Kujawa





**Szczęśliwego Nowego Roku
wszystkim Agentom
i Partnerom Biznesowym**



życzy prezes Agnieszka Wrońska
oraz cały zespół LINK4.



PROGNOZY EKSPERTA ANG SPÓŁDZIELNI

Ubezpieczeniowe trendy 2018 roku

Wocenie eksperta ewentualne opóźnienie wejścia w życie przepisów ustawy o dystrybucji ubezpieczeń byłoby korzystne dla branży, gdyż jej część zupełnie się nie przejmie zmianami, jakie wprowadzą nowe regulacje. – *Najważniejszą nadchodzącą zmianą jest konieczność badania potrzeb klienta, co niby oczywiste, co większość praktyków tego rynku robi od zawsze. I właśnie dlatego te nowe przepisy ci praktycy bagatelizują. W ich podejściu do klienta zmieni się faktycznie niewiele. Dużo zmieni się jednak w dokumentowaniu i ewentualnym udowodnieniu tego, co faktycznie powiedziało się klientowi. Co ważne, razy mogą przyjść nie od strony najbardziej oczywistej, czyli z KNF czy UOKiK, w tej rozgrywce mogą je wymierzać kancelarie odszkodowawcze. Warto zatem zadbać o odpowiednią infrastrukturę i procedury zabezpieczające przed takimi sporami. Na rynku ubezpieczeniowym widoczna również będzie konsolidacja, jako nieunikniona konsekwencja nadchodzących zmian – prognozuje Michał Kwasek.*

Pomimo widma wejścia w życie nowej ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym, 2017 r. minął w branży głównie pod znakiem działań pozalegislacyjnych. Obserwowaliśmy wzmożone działania w sektorze ubezpieczeń medycznych, a także pierwsze kroki w stronę ochrony przed cyberatakami. W 2018 r. możemy spodziewać się przede wszystkim bogatszej oferty ubezpieczeń spersonalizowanych – przewiduje Michał Kwasek z ANG Spółdzielni.



Michał Kwasek

Zdaniem eksperta w 2018 r. w ubezpieczeniach widoczne powinny być jeszcze trzy trendy. Pierwszym z nich będzie rosnące

znaczenie prywatnych polis zdrowotnych. Michał Kwasek uważa, że dotychczasowa dominacja prywatnych zakładów medycznych

oferujących bezpośredni zakup abonamentu medycznego może ulec zachwianiu. – *Zbyt duży sukces skutkuje obserwowanym spadkiem jakości, w efekcie którego klienci mogą zechcieć migrować w produkty oferowane przez towarzystwa ubezpieczeniowe, które dają zdecydowanie szerszą ofertę płatówek, a tym samym dostępność, co przecież w tym produkcie jest najważniejsze. Zmiana biegu rzeki klientów w sektorze ubezpieczeń zdrowotnych może być jednym z ważniejszych wydarzeń 2018 r. – przewiduje.*

Zdaniem eksperta widoczne w 2017 r. cyberataki mogą z kolei skutkować rozwojem oferty produktowej, chroniącej klientów przed ich konsekwencjami. – *Dziś popyt na takie produkty jest niewielki, a więc i podaż zanikoma. Rok 2018 powinien jednak przynieść istotną zmianę w tym*

segmentie rynku – przewiduje Michał Kwasek.

Wskazuje, że w branży ubezpieczeniowej widać także apetyt na nowe, niszowe ryzyka i personalizowanie ofert. – *Malejąca marża na dotychczasowych produktach, rosnąca świadomość, a w ślad za nią wymagania klientów, rosnące wymagania legislacyjne, technologia umożliwiającą bardzo precyzyjną analizę potrzeb – to wszystko skutkować będzie koniecznością istotnej zmiany w percepcji, otwartości na nowości i apetycie na nowe ryzyka po stronie ubezpieczycieli. W 2018 r. obserwowane będziemy zatem drugą młodość porównywarek ubezpieczeniowych, indywidualnych bądź dedykowanych wąskim grupom odbiorców ofert i wreszcie przecierających pierwsze szlaki projektów insurtechowych – prognozuje ekspert ANG Spółdzielni. ■*

ZDANIEM EKSPERTÓW SOLLERS CONSULTING

Nowe prawo wymusi zmiany technologiczne w branży

Wmaju zacznie obowiązywać RODO, czyli unijne Ogólne Rozporządzenie o Ochronie Danych Osobowych. Nałoży ono szereg restrykcyjnych obowiązków na wszystkie podmioty, które gromadzą i przetwarzają informacje o swoich klientach. Unijne prawo oznacza dla ubezpieczycieli konieczność wymiany większości formularzy, klauzul i zgód na przetwarzanie danych, zweryfikowanie wszystkich procesów pod kątem bezpieczeństwa takich informacji i wdrożenia nowej infrastruktury IT, która to zagwarantuje. Kolejnym wyzwaniem jest dyrektywa PSD2 (Payment Services Directive), odpowiadająca na dynamiczny wzrost e-commerce oraz pojawienie się firm i start-upów, które oferują usługi finansowe za pośrednictwem nowych technologii. – *Chcą czy nie, ubezpieczyciele muszą być innowacyjni. Regulacje prawne, które pojawią się za chwilę – takie jak RODO, PSD2 i dyrektywa o pośrednictwie ubezpieczeniowym – wymuszają na ubezpieczycielach klientocentryczność. W tym celu trzeba stworzyć całe otoczenie innowacyjne – mówi agencji informacyjnej Newseria Biznes Piotr Pastuszka, menedżer Sollers Consulting.*

PSD2 wpłynie na kształt całego rynku usług finansowych, przede wszystkim banków. Wprowadzi nowe rodzaje usług

Ubezpieczyciele muszą mocniej postawić na innowacje i inwestować w infrastrukturę IT, jeżeli chcą wykorzystać szansę na rozwój, jaką stworzą im nowe wymogi prawne, które wejdą w życie w 2018 r. W nadchodzących miesiącach zakłady skupią się jednak przede wszystkim na dostosowywaniu do nowych przepisów.

– *usługę inicjowania transakcji (PIS – payment initiation service) oraz usługę dostępu do informacji o rachunku (AIS – account information service). Dzięki nim ubezpieczyciele mogą zyskać dostęp do informacji o klientach, które dotychczas były zarezerwowane tylko dla banków (np. dane transakcyjne, informacje zgromadzone na rachunku bankowym). – Klient będzie mógł za pośrednictwem jednego narzędzia finansowego korzystać z doświadczeń bankowych, ubezpieczeniowych i inwestycyjnych. Ubezpieczyciele muszą się stać innowacyjni w otwarciu swojej architektury na świat. To jedno z wyzwań. Kolejnym jest koncentracja na kliencie i bycie smart. Wykorzystując narzędzia business intelligence i sztuczną inteligencję, ubezpieczyciele będą mogli wyłapać najbardziej korzystny moment i doradzić klientowi, co ma kupić, przy okazji spełniając wymagania regulacji IDD – mówi Piotr Pastuszka.*

Dyrektywa o dystrybucji ubezpieczeń (IDD) będzie mieć największy wpływ na kształt rynku ubezpieczeniowego. Dla dystrybutorów i towarzystw IDD

oznacza konieczność dostosowania dokumentacji, infrastruktury IT i zmiany wielu procesów.

– *W przyszłorocznych inwestycjach sektora ubezpieczeń istotne będą zmiany narzucone przez wchodzące w życie regulacje prawne. RODO czy dyrektywa dystrybucyjna nakładają nowe obowiązki, wymuszają dostosowanie wszystkich centralnych systemów, zostawiając niewiele miejsca na innowacyjne rozwiązania – powiedział Michał Trochimczuk, partner zarządzający Sollers Consulting. Podkreślił, że obecnie branża ubezpieczeniowa w Polsce jest dosyć innowacyjna na tle innych rynków, procesy i infrastruktura IT są bardziej nowoczesne. To może się jeszcze zmienić, ponieważ powstaje bardzo wiele start-upów związanych z ubezpieczeniami, które wykorzystują nowe technologie.*

Michał Hucal, członek zarządu Nationale-Nederlanden, ocenia, że ubezpieczyciele muszą inwestować przede wszystkim w IT, ponieważ większość dotychczasowych systemów jest już przestarzała. Efektem jest luka między możliwościami

sektora ubezpieczeń a tym, co oferują klientom inne gałęzie gospodarki.

– *Klienci zauważają, że w innych branżach rozwój nowoczesnych technologii był większy niż w ubezpieczeniach. Dlatego ubezpieczyciele muszą nadgonić ten dystans. Przyszłość produktów ubezpieczeniowych to prostota i wyjście naprzeciw potrzebom klientów – powinny one odpowiadać na konkretną potrzebę klienta w danym czasie i być na tyle proste, żeby klient je zrozumiał i chciał je kupić – podkreśla Michał Hucal.*

Ekspert zauważa, że ubezpieczyciele powinni brać przykład z sektora bankowego, który w ostatnich latach bardzo się rozwinął i postawił na innowacje. To w dużej mierze zasługa konkurencji ze strony fintechów, czyli innowacyjnych podmiotów oferujących usługi płatnicze za pośrednictwem nowych technologii. Ubezpieczyciele nie mają tak silnej motywacji do zmian i wdrażania innowacji, ponieważ w tej branży konkurencja ze strony insurtechów nie jest na razie zbyt silna, ale to się może zmienić. ■



PREZES PBUK PODSUMOWUJE

Rok ważnych inicjatyw rynkowych

Sektor ubezpieczeń ma za sobą dobry rok. Dobry między innymi ze względu na dużą liczbę wydarzeń, które wzmacniały proklienckie podejście, a także wspierały bezpieczeństwo finansowe zakładów. Tym, co szczególnie ważne, jest fakt, że zaangażowane były w nie wszystkie strony zainteresowane kwestiami ochrony ubezpieczeniowej w Polsce.

Rok 2017 obfitował w wydarzenia o istotnym znaczeniu dla branży ubezpieczeniowej w Polsce, choć nie miały one przełomowego charakteru dla rynku i klientów. Warto jednak podkreślić, że świadczą one o tym, że rynek rozwija się nie tracąc z oczu działań na rzecz większej profesjonalizacji i przejrzystości. Można wręcz rzec, że wydarzeń tego rodzaju było na tyle dużo, że trudno jest je wszystkie zebrać z uwagi na ich obfitość. Warto więc odnotować te najistotniejsze.

Na pierwszy plan wysuwa się w tym kontekście aktywność Komisji Nadzoru Finansowego w zakresie cywilizowania kryteriów i zasad ustalania świadczeń w szkodach osobowych. Powołane Forum zadośćuczynień z sukcesem zakończyło swoje prace w zakresie tego rodzaju świadczeń dla osób bliskich w przypadku śmierci poszkodowanego.

Problem zadośćuczynień za szkody niemajątkowe wypłacanych z polis OC stał się jedną z istotnych przyczyn odnotowanych w poprzednich latach problemów finansowych zakładów ubezpieczeń, które skutkowały wzrostem wysokości składek, a jednocześnie wywoływał istotne napięcia między poszkodowanymi a ubezpieczycielami. W tej sytuacji konieczne było podjęcie przez nadzór działań zmierzających do wyważenia interesów wszystkich zainteresowanych podmiotów, tj. ubezpieczających opłacających składki, poszkodowanych oraz zakładów ubezpieczeń z punktu widzenia ochrony ich wypłacalności.

Przyjęte już wcześniej przez Komisję rekomendacje objęły organizację i zarządzanie procesem oraz sposób prowadzenia postępowania w sprawie wypłat odszkodowań. Natomiast działania Forum zadośćuczynień koncentrowały się przede wszystkim na przeglądzie dotychczasowego orzecznictwa sądowego oraz potencjalnych sposobach unormowania zasad ustalania wysokości należnych świadczeń.

Dyskusja na ten temat trwać będzie nadal. Prezentowane były i są opinie za pozostawieniem status quo. Tym niemniej powołanie Forum i wynik prac dobitnie świadczą, że po pierwsze KNF jest zainteresowana i podejmuje praktyczne kroki w celu unormowania naszego rynku, ze szczególnym uwzględnieniem kwestii odszkodowawczych, a po drugie, że mimo sporych różnic w podejściu do tej kwestii, istnieje rzeczywiste zainteresowanie współpracą wszystkich podmiotów

działających na naszym rynku. Należy mieć nadzieję, że kolejne kroki w tej mierze zapewnią kontynuację tego ważnego procesu.

Wartymi uwagi są również działania Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego w zakresie: wdrażania programu wykrywania wyludzeń, udostępnienia online historii ubezpieczenia, zaangażowania w tworzenie Turystycznego Funduszu Gwarancyjnego oraz popularyzacji świadomości ubezpieczeniowej w zakresie istoty i konieczności ubezpieczenia się w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia OC.

Ciekawe refleksje i niewątpliwie stymulacje do dalszego działania przyniosły badania przeprowadzone przez UFG. Wskazują one, że zmianie ulegają postawy Polaków wobec zjawiska braku obowiązkowego ubezpieczenia OC. Dwukrotnie wzrósł odsetek ankietowanych, którzy nie akceptują jazdy nieubezpieczonym autem. Niechętna temu wykroczeniu jest dziś blisko jedna czwarta respondentów - wynika z najnowszych badań sondażowych Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego. Jeszcze sześć lat temu było to najmniej napiętnowane zachowanie na drodze. Zaostrzeniu uległy również poglądy odnośnie sankcji za brak OC. Rośnie bowiem liczba kierowców opowiadających się za odholowaniem nieubezpieczonych pojazdów na policyjny parking. Wyższy jest też odsetek osób popierających odbieranie nieubezpieczonym recydywistom uprawnień do kierowania pojazdem.

Oprócz tego sześć firm - posiadających łącznie 70% rynku ubezpieczeń majątkowych w Polsce - przystąpiło do programu pilotażowego Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego, którego celem jest zwiększenie wykrywalności oszustw w całej branży. Są to m.in.: Compensa, ERGO Hestia, Generali, InterRisk oraz Warta. Chodzi o uruchomienie nowej bazy danych ubezpieczeniowych (BDU), która utrudni przestępcom wyludzenie odszkodowań.

Celem budowy i prowadzenia bazy, która ma zawierać zarówno dane o polisach majątkowych, jak i o polisach na życie, jest - według ustawy - przeciwdziałanie naruszeniu interesów uczestników rynku ubezpieczeniowego. Pozwoli ona między innymi na identyfikację wielokrotnych roszczeń dotyczących tego samego zdarzenia ubezpieczeniowego (wypadku), czyli zapobieganie sytuacjom, gdy dochodzi do wyludzenia świadczenia w wyniku zgłoszenia tej samej szkody do kilku różnych ubezpieczycieli czy też identyfikację zdarzeń fingowanych.

To długo oczekiwany projekt zmierzający zarówno do ochrony interesów osób ubezpieczonych, jak i finansów ubezpieczycieli.

UFG rozpoczął również działalność w zakresie obsługi Turystycznego Funduszu Gwarancyjnego, który stanowi swoisty II filar zabezpieczeń dla turystów w przypadku niewypłacalności touroperatora. Gwarantuje dodatkowe środki, w sytuacji gdy: a) touroperator nie może zapewnić powrotu swoich klientów do kraju, a środki z I filaru okazują się niewystarczające, bądź b) środki z zabezpieczenia finansowego biura nie wystarczają na pokrycie wszystkich roszczeń zgłoszonych przez jego klientów w związku z niezrealizowanymi wyjazdami (w całości lub części). Wraz z uruchomieniem Funduszu, w listopadzie 2016 r., touroperatorzy zobowiązani zostali do przekazywania do TFG: comiesięcznych deklaracji o sprzedanych imprezach oraz składki przeznaczonej na dodatkowe zabezpieczenie turystów.

Kolejną instytucją, która podjęła wyzwanie zmierzania się z długo oczekiwanymi działaniami, była Polska Izba Ubezpieczeń.

Wyszła z inicjatywami zarówno merytorycznego, jak i wizerunkowego wsparcia rynku. Wypracowała raporty prezentujące znaczenie ubezpieczeń dla klientów, poszkodowanych, jak też gospodarki kraju. Nie zabrakło także miejsca na sprawy związane z przeciwdziałaniem przestępstwom oraz na strategię poprawy bezpieczeństwa drogowego w Polsce. Ta ostatnia to ważny głos środowiska ubezpieczeniowego, wzywający do uczynienia zadość konieczności poprawy sytuacji na naszych drogach.

Warto także odnotować normalizację taryf w zakresie obowiązkowego OC komunikacyjnego. Po gwałtownych, szczególnie z punktu widzenia klientów i wizerunkowo niekorzystnych, wzrostach cen nastąpiła stabilizacja. Dobrze, że zmiana taryf została powszechnie zauważona i wywołała ożywioną dyskusję. Był to zimny otrzewwiający prysznic dla wszystkich uczestników, zarówno ubezpieczycieli, jak i ich klientów oraz poszkodowanych. Mimo wspomnianej już stabilizacji należy jednak zauważyć, że w stosunku do ryzyka

składki ubezpieczeniowe nie osiągnęły jeszcze zadowalającego poziomu.

Na koniec niechaj w tej beczie miodu pojawi się mała łyżka dziegciu, jaką bez wątpienia była forma oddziaływania na zakłady ubezpieczeń zastosowana przez Komisję Nadzoru Finansowego w odniesieniu do niewspółmiernych do ryzyka taryf w zakresie obowiązkowego OC komunikacyjnego sprzed wielu lat. Nakładanie wysokich kar finansowych należy uznać za anachroniczne. Po pierwsze obciążają one pośrednio samych ubezpieczających, a po drugie po części były one skutkiem pasywności samego nadzoru. Czyny to sankcje nieco przesadzonymi.

Tym niemniej 2017 r. był z pewnością udany, jeśli chodzi o wydarzenia wpływające na dalszy rozwój rynku. Objęły szerokie spektrum zjawisk od wzmacniania proklienckiego podejścia, po wspieranie bezpieczeństwa finansowego zakładów ubezpieczeń.

Mariusz Wichtowski
prezes zarządu PBUK

PBUK INFORMUJE

W Czechach zadośćuczynienia są ustandaryzowane

Czechy to kraj mający podobne doświadczenia w zakresie kształtowania procedur związanych z likwidacją szkód komunikacyjnych. Jednak niektóre rozwiązania zostały w tym kraju wprowadzone na innych zasadach niż w Polsce - wskazuje Polskie Biuro Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

Specyfika czeskiego rynku została przedstawiona na spotkaniu zorganizowanym przez PBUK. Szczegóły zaprezentował Jakub Hradec, ekspert w czeskim Biurze Zielonej Karty (Ceska Kancelar Pojistitelu).

Czechy to kraj liczący 10,5 mln mieszkańców. Zarejestrowanych jest tam 8,4 mln pojazdów mechanicznych. Ubezpieczonych jest 7,7 mln, czyli po tamtejszych drogach porusza się ponad 8% pojazdów bez OC (zarejestrowanych nad Wełtawą). Na czeskim rynku ubezpieczeń komunikacyjnych likwidowanych jest blisko 260 tys. szkód rocznie. Ponad 2,5 tys. z nich powodują kierujący bez OC. Asekuratorzy zbierają w Czechach rocznie ok. 750 mln euro składki.

Jeszcze kilkanaście lat temu w prawodawstwie tego kraju nie istniało pojęcie zadośćuczynienia. Wprowadzono je w 2004 r. i od razu kwoty zostały ustandaryzowane. Dla bliskich ofiar śmiertelnych wypadków wplaca się:

- 240 tys. czeskich koron dla małżonka, dziecka, rodzica (ok. 40 tys. zł),
- 85 tys. czeskich koron dla rodzica za stratę nienarodzonego dziecka (ok. 14 tys. zł),
- 175 tys. czeskich koron dla rodzeństwa (ok. 29 tys. zł),
- 240 tys. czeskich koron dla każdej innej bliskiej osoby żyjącej ze zmarłym w chwili wypadku we wspólnym gospodarstwie domowym.

Na terenie każdego państwa członkowskiego Systemu Zielonej Karty funkcjonują inne, choć podobne, systemy prawne, standardy ubezpieczeniowe i praktyka odszkodowawcza.

- Różnice dzielące poszczególne rynki mają szczególnie duże znaczenie dla poszkodowanych dochodzących roszczeń po transgranicznych wypadkach i kolizjach drogowych. Osoby pochodzące z innego kraju niż ten, w którym doszło do zdarzenia, często mają błędne wyobrażenie, że sposób załatwienia sprawy będzie miał taki przebieg, do jakiego przywykły w swojej ojczyźnie. Nic bardziej mylnego. Właśnie dlatego staramy się przybliżyć te różnice, aby zarówno praktycy rynku ubezpieczeniowego, jak i - z ich pomocą - klienci, mieli świadomość ich występowania. Stąd PBUK dwa razy do roku organizuje spotkanie z przedstawicielami innych europejskich rynków - mówi Mariusz Wichtowski, prezes PBUK.

Spotkania te umożliwiają przedstawienie nie tylko twardych danych rynkowych, ale także rozmaitych ciekawostek, specyficznych dla każdego państwa. W seminariach biorą udział - oprócz ubezpieczycieli, członków PBUK - także przedstawiciele Urzędu Komisji Nadzoru Finansowego, Rzecznika Finansowego czy Polskiej Izby Ubezpieczeń.

UBEZPIECZYCIEL CHCE SPRZEDAĆ EMERYTURY FUNDUSZOWI

Jak pozbyć się kłopotu

Firma Voya Financial Inc. prowadzi zaawansowane negocjacje, by sprzedać za ok. 50 mld dol. renty ze składek emerytalnych funduszowi Apollo Global Management.

Emerytury są częścią produktu, który okazał się szkodliwy dla klientów, ale spowodował duże straty u ubezpieczycieli podczas kryzysu z 2008 r. „Transakcja jest skomplikowana i może rozpaść się bez porozumienia” – ostrzega gazeta „Wall Street Journal”. Jeśli zostanie zawarta, pójdzie śladem porozumienia z połowy grudnia, zawartego przez Hartford Financial Services Group za ok. 2 mld dol. Umowa ta obejmuje aktywa rentowe, gdzie grupa prywatnych firm kapitałowych połączyła siły.

Zarówno transakcja z Hartford, jak i z Voya dotyczą produktu oszczędzania emerytalnego, znanego jako renta zmienna. Jest ona powiązana z ulgą podatkową przy inwestowaniu w akcje i fundusze obligacji. Przed kryzysem renty były zwykle sprzedawane z gwarancjami minimalnego dochodu na całe życie, jeśli fundusze osiągnęły słabe wyniki.

Voya i Hartford wprowadziły gwarancje w 2000 r. Kryzys finansowy uwypuklił jednak ryzyka związane z gwarancjami ubezpieczycieli. Hartford miała wiele gwarancji, gdy rynki załamały się w 2008 r. W efekcie rząd musiał udzielić firmie 3,4 mld dol. pomocy, aby mogła spełnić zobowiązania wobec klientów.

Wcześniej właściciel spółki Voya, holenderska firma ING Groep przyjął 10 mld dol. pomocy od rządu Holandii. Warunkiem pomocy było pozbycie się ubezpieczeń na życie w USA. Voya pobierała opłaty od zysków związanych z gwarancjami. Nim stała się niezależną firmą notowaną na giełdzie w 2013 r., poprzedził to kilkuletni okres sprzedaży akcji. Sama ING zaprzestała sprzedaży rent

zmiennych z gwarancjami od 2010 r. Od tego czasu Voya i inni ubezpieczyciele likwidują swoje bloki biznesowe. W Europie np. firma ERGO związana z Munich Re czy Generali.

Po publikacji „Wall Street Journal” akcje Voya skoczyły o 4,5% do 46,15 dol. sztuka. Zaś Apollo o 3,7% do 31,90 dol. sztuka.

Apollo ma doświadczenie w branży ubezpieczeń na życie. Po kryzysie finansowym nawiązał współpracę z Jamesem Belardi, byłym dyrektorem AIG, w celu nabycia od ubezpieczycieli pakietów rentowych.

Dyrektor Belardi skupił się na stałych ratach, które są bardziej konserwatywnym produktem oszczędnościowym niż zmiennie renty. Przy stałych ratach ubezpieczyciel obiecuje określoną roczną stopę oprocentowania lub płaci odsetki zgodnie z benchmarkami rynkowymi, jak np. indeks giełdowy S&P 500.

Apollo w grudniu 2016 r. przejął spółkę Athene Holding. Teraz fundusz zarabia głównie na opłatach nadzorujących kredyty, nieruchomości i innych inwestycjach, które wspierają produkty rentowe Athene.

Po transakcji Voya Athene mogłaby przejąć kawałek stałych emerytur, jako część całego pakietu, twierdzą osoby zorientowane. Rzeczniczka Athene odmówiła jednak komentarza. Wiadomo tylko, że opłaty z aranżacji Athene sprawiły, że zyski Apollo stały się bardziej stabilne. Jego akcje wzrosły o 52% w ciągu 2017 r., osiągając lepsze wyniki niż porównywalne spółki giełdowe.

Adam Wolski

KRONIKA ŚWIAT

VIG: łączenie podmiotów i wzmocnienie bancassurance

Vienna Insurance Group połączy dwie należące do grupy firmy w Czechach. Podobne ruchy wykonuje w Chorwacji, a wcześniej na Węgrzech, w Słowacji i Austrii. VIG planuje fuzję swojej czeskiej spółki zależnej Pojišťovna České Spořitelny (PČS) z należącą do grupy firmą Kooperativa Pojišťovna, która będzie obowiązywać od 1 stycznia 2019 r. Decyzja o połączeniu dwóch firm należących do grupy na jej drugim co do wielkości rynku stanowi następny krok realizacji strategii łączenia kompetencji, z perspektywą na wzmocnienie działalności bancassurance. – *Dzięki doskonałemu, długotrwałemu partnerstwu strategicznemu firm naszej grupy, Kooperativa i Pojišťovna České Spořitelny ze spółką zależną Erste Group, Česká Spořitelna, odgrywamy znaczącą rolę na czeskim rynku bancassurance. Naszym celem jest wzmocnienie pozycji przez dalszą ekspansję w sektorze non-life* – wyjaśnia dyrektor generalna VIG, Elisabeth Stadler. Klienci Česká Spořitelna odniosą korzyść z poszerzenia oferty produktowej, zwłaszcza w ubezpieczeniach majątkowych. Posunięcie jest również zgodne z celem poprawy obsługi klienta w tym segmencie i usprawnienia procesów administrowania. Podobnie w Chorwacji VIG łączy należące do grupy firmy, aby wspomóc dystrybucję bancassurance. Chorwacki podmiot bankowo-ubezpieczeniowy Erste Osiguranje ma się połączyć z Wiener Osiguranje pod koniec kwietnia 2018 r. VIG spodziewa się skapitalizować mocne strony swoich dwóch chorwackich marek przez połączenie ich w jedną firmę, co będzie służyć poszerzeniu biznesu bancassurance. – *Łączenie zasobów i kompetencji firm będzie generować maksimum korzyści dla klientów, banku i ubezpieczyciela* – powiedziała Stadler. – *Marka bancassurance również pozostanie na swoim miejscu dla klientów spółki zależnej Erste Group w Chorwacji.* (Intelligent Insurer)

Munich Re: zwiększenie udziału w Global Aerospace

Dostarczająca ubezpieczenia dla lotnictwa i kosmonautyki firma Global Aerospace z siedzibą w Londynie ogłosiła zawarcie umowy z Munich Re, dotyczącej zakupu dodatkowych 11% udziałów w Global Aerospace Underwriting Managers, firmie zarządzającej Global Aerospace Pool. W następstwie akwizycji Munich Re będzie posiadać 51%, a pozostałe 49% nadal będzie w posiadaniu spółki zależnej Berkshire Hathaway. – *Mamy szczęście, że stoi za nami dwóch tak silnych i zaangażowanych udziałowców* – skomentował dyrektor generalny Global Aerospace Underwriting Managers, Nick Brown. – *Dla naszych klientów, członków poolu i pracowników to rzecz normalna.* Udział Munich Re w Global Aerospace Pool wzrośnie o 5% od 1 stycznia 2019 r. Według informacji podanych na stronie internetowej Global Aerospace obecnie udziały w poolu kształtują się następująco: Munich Re posiada 44,96%; National Indemnity 23,39%; Tokio Marine i Nichido Fire Insurance 12,37%; Mapfre Global Risks 10%; Mitsui Sumitomo Insurance 9,28%.

(InsuranceJournal)

Lloyd's: w ogniu krytyki

Lloyd's of London jest krytykowany za wprowadzenie ubezpieczenia dla posiadaczy broni palnej w USA. Krytycy nadali ubezpieczeniu miano „ubezpieczenia morderstwa”. „The Times” pisze, że polisa pomaga właścicielom broni opłacić koszty prawne w wypadku, gdy zdarzy im się kogoś zastrzelić. Narodowe Stowarzyszenie Strzeleckie (National Rifle Association) na swojej stronie internetowej promuje polisę wystawianą przez Lloyd's, która pokrywa koszty prawne w takich wypadkach, obiecując wypłatę do 1 mln dol., jeśli proces jest cywilny, i 100 tys. dol. w razie procesu karnego. Krytycy ostrzegają, że takie ubezpieczenie może prowadzić do wzrostu liczby ofiar śmiertelnych broni palnej, ponieważ nie powstrzymuje przed pociągnięciem za spust. Lloyd's na razie nie odpowiedział na krytykę.

(Intelligent Insurer)

Prenumerata

d
na
i
co



Zamów przez telefon lub internet

Ilona Twardowska

zamówienia i obsługa prenumeraty

tel. **+48 666 399 566**

ilona.twardowska@gu.com.pl

Wersja papierowa:



91,00 PLN
(kwartał)

364 PLN
(rok)

Wersja elektroniczna:



71,50 PLN
(kwartał)

286 PLN
(rok)

www.gu.com.pl

www.gu.com.pl Zamów nasz codzienny, darmowy newsletter



GRUPA GENERALI

Miejsce Austrii w nowej strukturze regionalnej

Austria staje się od 1 stycznia 2018 r. wiodącym rynkiem Generali w Europie Środkowej i Wschodniej (CEE). Nowa struktura regionalna będzie nie tylko odzwierciedlać silne więzi historyczne między krajami regionu, ale też uwzględni kluczową rolę, jaką odgrywała Austria, gdy Generali wróciło do regionu w 1989 r.

W dotychczasowej strukturze regionalnej Grupy Generali Austria była częścią regionu EMEA (Europa, Bliski Wschód, Afryka). Obecnie Biuro Regionalne CEE będzie odpowiedzialne za 11 krajów, w których Grupa Generali miała ponad 16 tys. pracowników i w 2016 r. osiągnęła przychody ze składek w wysokości 6 mld euro. Od 2013 r. biurem kieruje dyrektor regionalny na CEE i dyrektor generalny Generali CEE Holding BV z siedzibą w Pradze, **Luciano Cirina**. Skomentował on zmianę: - *Nowa struktura regionalna stworzy nowe możliwości, zarówno dla Austrii, jak i dla pozostałych 10 krajów składających się dotychczas na region. Będziemy mogli teraz implementować nowe rozwiązania pomiędzy krajami, z korzyścią dla naszych klientów, których baza liczy niemal 15 mln ludzi. To posunięcie zdecydowanie przyczyni się do osiągnięcia przez Grupę celu strategii „Prościej, mądrzej, szybciej”.*

Austria będzie reprezentowana w komitecie wykonawczym Generali CEE Holding przez dwóch członków, którzy oprócz tego będą członkami zarządu w Austrii. W strukturze CEE **Walter Kupec** będzie dyrektorem ubezpieczeń, a **Thomas Plank** dyrektorem operacyjnym.

Były gubernator Banku Narodowego Czech **Miroslav Singer**, obecnie dyrektor ds. instytucjonalnych i główny ekonomista Generali CEE Holding oraz prezes rady nadzorczej Česká pojišťovna, od dnia 1 stycznia 2018 r. wchodzi w skład komitetu wykonawczego Generali CEE Holding. **László Ilics** pozostając na stanowisku w Generali na Węgrzech, jako nowy członek komitetu wykonawczego obejmie obowiązki dyrektora dystrybucji w regionie CEE.

Generali jest niezależną włoską grupą o silnej pozycji międzynarodowej. Ubezpieczyciel istniejący od 1831 r. jest obecny w ponad 60 krajach. W 2016 r. przychody ze składek łącznie przekroczyły 70 mld euro. Grupa ze swoimi 74 tys. pracowników na całym świecie i 55 mln klientów zajmuje wiodącą pozycję w Europie Zachodniej i coraz silniej zaznacza swoją obecność na rynkach Europy Środkowej i Wschodniej oraz Azji. W regionie CEE zalicza się do trójki czołowych ubezpieczycieli. ■

Generali sprzedaje Pan Europe

Generali zawarło z Life Company Conspolidation Group (LCCG) umowę dotyczącą sprzedaży całego pakietu udziałów w Generali Pan Europe.

Generali Pan Europe działa w Irlandii od 1999 r., oferując w całej Europie rozwiązania finansowe inwestycyjne i oszczędnościowe bogatym klientom indywidualnym - podaje portal Intelligent Insurer. Ma też ofertę dla firm, które chcą zapewnić świadczenia życiowe i ochronne swoim pracownikom.

Transakcja jest elementem realizowanej przez Generali strategii optymalizacji geograficznej, zwiększenia sprawności operacyjnej i poprawy alokacji kapitału.

Wkład Generali Pan Europe w wynik operacyjny grupy wyniósł w 2016 r. ok. 20 mln euro. Firma pozostanie aktywna na obszarze świadczeń pracowniczych jako irlandzki partner sieci świadczeń pracowniczych Generali, obsługując jej dotychczasowych i przyszłych klientów.

Całkowita suma transakcji wyniesie ok. 286 mln euro. Dzięki transakcji współczynnik wypłacalności Grupy Generali wg uregulowań Solvency II zwiększy się o ok. 0,4 pp., a wygenerowany zysk po opodatkowaniu spodziewany jest na poziomie 56 mln euro.

Transakcja jest przedmiotem akceptacji nadzoru i jej finalizacja zaplanowana jest na I poł. 2018 r. ■

Niemieccy Chrześcijańscy Demokraci (CDU) rozważają zreformowanie przepisów dotyczących ubezpieczeń na życie, aby towarzystwa ubezpieczeniowe miały trudności ze sprzedażą „spuszczanych” portfeli - poinformował pod koniec grudnia tygodnik „Der Spiegel”.

NIEMIECCY KONSERWATYŚCI PLANUJĄ REFORMĘ UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE

Pacta sunt servanda, czyli umowy zobowiązują

Wielu niemieckich ubezpieczycieli życiowych sprzedawało w przeszłości plany oszczędnościowe z gwarantowanymi stopami procentowymi sięgającymi nawet 4%. Ale przy obecnych stopach procentowych bliskich zeru coraz trudniej jest uzyskać zwroty potrzebne, aby zapłacić ubezpieczającym należne im zyski.

Rekordowo niskie stopy procentowe w połączeniu z bardziej rygorystycznymi europejskimi zasadami kapitałowymi zawartymi w dyrektywie Solvency II skłoniły niektóre firmy do pozbywania się operacji ubezpieczeń na życie. Chodzi głównie o firmę ERGO, powiązaną z gigantem reasekuracyjnym Munich Re, oraz niemiecką spółkę należącą do włoskiej grupy Generali. Ale są też inne.

- Obecnie badamy system, w którym ubezpieczony musi wyrazić zgodę na sprzedaż umów ubezpieczeniowych - powiedziała **Anja Karliczek**, specjalistka ds. finansów w zarządzie CDU, dodając, że w przypadku odciążającej polityki, ubezpieczyciele naruszyliby zaufanie milionów swoich klientów, którzy powierzyli im kapitał wart dziesiątki mld euro.

Frank Grund, szef nadzoru ubezpieczeniowego w regulatorze rynku finansowego BaFin, ostrzegł, że wielu inwestorów znajdujących się obecnie w fazie wyprzedzący przecenia swój potencjał kapitałowy.

Odpowiadając na historię „Spiegla”, jedno ze źródeł CDU stwierdziło, że inicjatywa pozostaje jeszcze

na bardzo wczesnym etapie i że jakiegokolwiek konkretne kroki byłyby nadinterpretacją.

Wiceprezes CDU, **Ralph Brinkhaus**, powiedział jednak w listopadzie 2017 r., że jego partia nie chce już zezwalać na sprzedaż nierentownych polis ubezpieczeniowych z jednej firmy do drugiej. - *Niestety, zauważamy, że dyskutuje się coraz więcej o odpływach. Panuje teza, że to, co nie daje już wystarczających zwrotów w ubezpieczeniach na życie, powinno być odrzucone* - powiedział Brinkhaus.

Zamiary polityków wywołują krytykę towarzystw ubezpieczeniowych. Niemieckie Stowarzyszenie Ubezpieczycieli (GDV) z siedzibą w Berlinie stwierdziło, że proponowane regulacje zakłóca swobodę podejmowania decyzji przez przedsiębiorców i praktycznie uniemożliwią restrukturyzację towarzystw.

„Dalsze regulacje prawne nie są konieczne. Konsolidacja lub przeniesienie ubezpieczenia na życie podlega już surowym przepisom i kontrolom BaFin”, powiedziało GDV w oświadczeniu.

Stowarzyszenie stwierdziło jednak, że umowy ubezpieczeniowe mogą być przenoszone wyłącznie do innych zakładów ubezpieczeń na życie, które podlegają prawu niemieckiemu. Oznacza to, że tamtejsze spółki, należące do zagranicznych właścicieli, będą musiały sprzedać pakiety innym firmom działającym na niemieckim rynku.

AW

SZPITALA W USA ŁĄCZĄ SIĘ W ODPOWIEDZI NA FUZJE UBEZPIECZYCIELI

Ruszyła reakcja łańcuchowa

Wielkie sieci szpitali - Ascension i Providence St. Joseph Health - prowadzą rozmowy o połączeniu się. Może powstać największa w USA grupa szpitalna, co ułatwi kontrolę nad rynkiem usług zdrowotnych.

Ascension i Providence mogą stworzyć łańcuch 191 szpitali w 27 stanach Ameryki o rocznych przychodach 45 mld dol. Zdetronizują największego dotychczas operatora HCA Healthcare Inc., który ma 177 szpitali i w 2016 r. uzyskał przychody 41,5 mld dol.

Rozmowy trwają od kilku miesięcy, twierdzi gazeta „Wall Street Journal”. Informuje, że toczą się także negocjacje o zakupie przez Humana sieci domowej opieki lekarskiej Kindred Healthcare.

Około 60% amerykańskich szpitali jest prywatnych, ale typu non profit. Są one zwolnione z wielu podatków. W zamian świadczą darmowe usługi pacjentom o niskich dochodach. Pozostałe są państwowe lub nastawione na zysk i należą do kluczowych graczy, jak HCA, Tenet Healthcare czy Community Health Systems.

Konsolidacje w sektorze zdrowia według prowadzących oznacza bardziej precyzyjne zarządzanie i zapewni kolejne oszczędności. Ale krytycy mówią o wzroście cen usług i ograniczeniu wyboru dla chorych. - *Każdy w tym wyścigu stara się zająć pozycję uprzywilejowaną* - uważa prof. **Martin Gaynor** z Carnegie Mellon University.

To obniżka kosztów opieki była główną przyczyną fuzji CVS Health z Aetna za 69 mld dol. - *Ubezpieczyciele starają się przyciągać klientów niższymi kosztami* - mówi dr **Brent D. Fulton** ze School of Public Health Uniwersytetu Kalifornijskiego w Berkeley.

Konsolidacja sieci szpitali stworzy nowe giganty. Pytanie, czy lepsze dla chorych? Operatorzy od kilku lat starają się powiększać systemy, kreując ponadstanowe sieci i centra regionalne. Liczba szpitali, które stały się częścią systemu, wzrosła w latach 2006-2016 o 20% - informuje Stowarzyszenie

Szpitali Amerykańskich (AHA). Te sieci konsolidują usługi wewnątrz struktury; koordynują wydatki na dostawę leków przez sieci farmaceutyczne i narzędzi do operacji; rekrutują lekarzy i specjalistów; a potęgę wykorzystują do negocjacji stawek z ubezpieczycielami.

Jest się o co bić. Wydatki na szpitale pochłaniają 1/3 gigantycznej kwoty 3,3 bln dol. przeznaczanych rocznie na ochronę zdrowia w USA.

Sieci szpitali odgrywają coraz większą rolę w obniżaniu kosztów poza obiektami, zatrudniając w ośrodkach zdrowia lekarzy pierwszego kontaktu czy personel pogotowia. Wielcy operatorzy chcą też utrzymać pacjentów w swoich placówkach, ograniczając chorem wybór.

Jednak szpitale mają problem. Znikają korzyści z Obamacare. W USA liczba hospitalizowanych skurczyła się o 0,6% w 2016 r., gdy rok wcześniej wzrosła o 1,2%, a w 2015 r. o 0,7%. Trend trwał w 2017 r., nawet wśród największych operatorów. Pacjenci, choć mają polisy, to muszą płacić coraz więcej z własnej kieszeni. Republikanie atakują Obamacare i żądają jej zniesienia. Rosną obawy, że w szpitalach spadnie liczba pacjentów, gdyż liczba nieubezpieczonych Amerykanów wzrośnie.

Ascension i Providence to instytucje Kościoła katolickiego. Podobnie jak Dignity Health i Catholic Health Initiatives, które też chcą się połączyć. Dysponują siecią 139 szpitali o przychodach 28,4 mld dol. rocznie. Fuzja obniży koszty o 500 mln dol. w ciągu 3 lat i zwiększy konkurencyjność. - *Chcemy być głównym graczem na drodze poprawy opieki, obniżki kosztów i szerszego udziału w systemie* - mówi **Lloyd Dean**, prezes Dignity.

Adam Wolski

OFERTA UNIQA

Zmiany w pakietach komunikacyjnych

Szczegółowa analiza z wykorzystaniem najnowszych metod statystycznych pozwoliła na dokładną ocenę ryzyka oraz stworzenie taryfy bardziej dopasowanej do rzeczywistego kosztu ryzyka w wielu segmentach. - Skuteczne dopasowanie niesie ze sobą możliwość przyznania większych zniżek dla bezszkodowych klientów. Ponadto kierowcy, którym mimo bezszkodowej jazdy przez wiele lat przytrafiła się jedna szkoda, nie będą karani w sposób tak dotkliwy jak dotychczas - tłumaczy **Doman Regulski**, dyrektor Departamentu Taryfikacji w UNIQA.

Jak dodaje dyrektor, wprowadzenie zmian w taryfie OC było konieczne ze względu na sytuację rynkową obserwowaną w tym segmencie w ostatnich kilkunastu miesiącach. Skutkiem ogólnorynkowych podwyżek były bardzo wysokie stawki, które dla niektórych grup klientów nie odzwierciedlały spodziewanej szkodowości.

- Dokładna ocena ryzyka i analiza wpływu na sprzedaż pozwoli na poprawienie poziomu konkurencyjności przy jednoczesnym zachowaniu adekwatności składek do rzeczywistego ryzyka - mówi Doman Regulski.

Oprócz zmian taryfowych UNIQA wprowadza także na rynek nowe auto assistance, skierowane do klientów indywidualnych oraz flotowych.

- Z roku na rok rośnie liczba osób, które w razie awarii pojazdu korzystają z pomocy assistance. Holowanie auta oraz pomoc drogowa to najbardziej użyteczne

UNIQA w Polsce przebudowuje swoją ofertę komunikacyjną. Ubezpieczyciel wprowadza nową strukturę taryf OC. Największa zmiana będzie zauważalna w OC posiadaczy pojazdów mechanicznych oraz nowych, ulepszonych wariantach assistance do OC ppm. Wkrótce nastąpią też zmiany taryf w AC.



Doman Regulski



Katarzyna Ruman

usługi. Co więcej, zwiększa się także poziom zadowolenia klientów - tak wynika z cyklicznego ogólnopolskiego badania assistance, które



przeprowadza Europ Assistance. Oznacza to, że usługa assistance powinna być dobrze przygotowana i regularnie rozwijana przez ubezpieczycieli, tak aby zaspokajała potrzeby klientów - mówi **Katarzyna Ruman**, dyrektor Departamentu Rozwoju Produktów UNIQA.

Przy zawieraniu umowy klienti mają do wyboru jeden z czterech wariantów ubezpieczenia. Podstawowy jest bezpłatnie dodawany do pakietu ubezpieczeń OC i AC. Zapewnia przede wszystkim pomoc w holowaniu na terenie Polski. Trzy kolejne

warianty działają na terenie Polski i Europy.

- Z badań naszego partnera Europ Assistance wynika, że Polacy najczęściej kojarzą assistance z pomocą drogową i też - obok holowania auta - najczęściej z niej korzystają. Także poza granicami Polski. Dlatego największą zaletą nowych wariantów assistance komunikacyjnego w UNIQA są duże limity kilometrowe przy holowaniu samochodu po awarii, wypadku czy kradzieży oraz długie terminy wynajmu pojazdu zastępczego - mówi Katarzyna Ruman.

Najszerzą pomoc oferuje wariant VIP Extra. Usługa holowania na terenie Polski nie jest ograniczona żadnym limitem, a w przypadku zdarzeń na terenie Europy klient ma do dyspozycji 1200 km. Oprócz tego klienci mogą skorzystać z organizacji i pokrycia kosztów wynajmu samochodu zastępczego do 5 dni w następstwie awarii, do 15 dni w następstwie wypadku i do 30 dni w przypadku kradzieży auta.

Nowe assistance umożliwia również m.in. pokrycie kosztów kontynuacji podróży po wypadku czy awarii, zakwaterowanie w hotelu na czas naprawy auta czy opłacenie podróży po pojazd pozostawiony do naprawy poza granicami Polski. W ofercie dostępna jest także pomoc tłumacza, informacyjna, medyczna, a także w przypadku przebiecia opony, awarii akumulatora lub gdy zabraknie paliwa.

- Ubezpieczenie assistance może mieć zakres podstawowy lub oferować bardzo rozbudowaną pomoc, w zależności od wybranego wariantu - dodaje Katarzyna Ruman.

Ubezpieczyciel podkreśla, że obecne zmiany w taryfach OC oraz wariantach assistance to pierwszy etap prac nad pakietami komunikacyjnymi. W 2018 r. UNIQA planuje wprowadzić nowe taryfy AC.

Na podstawie własnych danych Ubea.pl sprawdziła, jakie stawki są naliczane kierowcom, którzy po kilku latach od uzyskania prawa jazdy kupują pierwsze auto i zaczynają regularnie jeździć.

UBEA.PL PORÓWNUJE

Przerwa w jeździe a cena ubezpieczenia

Porównywarka przyjęła do analizy następujące warianty:

1. kierowca kupił pierwszy samochód rok po uzyskaniu prawa jazdy (w 2009 r.) i od tej pory jeździ bezszkodowo (wcześniej nie był właścicielem, współwłaścicielem lub użytkownikiem innego samochodu);

2. kierowca kupił pierwszy samochód cztery lata po uzyskaniu prawa jazdy (w 2012 r.) i od tej pory jeździ bezszkodowo (jw.);

3. kierowca kupił pierwszy samochód osiem lat po uzyskaniu prawa jazdy (w 2016 r.) i od tej pory jeździ bezszkodowo (jw.).

Przykładowy posiadacz samochodu użytkuje opła corsę D 1.2 16V Cosmo (2011 r.), obecnie ma 28 lat i jest bezdzietnym kawalerem (wykonywany zawód: pracownik biurowy). Po uwzględnieniu ww. wariantów okazało się, że średni poziom rocznej składki za OC wygląda następująco:

● Wariant 1: 1068 zł (cena ubezpieczenia: 857 zł - 1670 zł);

● Wariant 2: 1100 zł (cena ubezpieczenia: 857 zł - 1670 zł);

● Wariant 3: 1974 zł (cena ubezpieczenia: 1388 zł - 3549 zł).

Ubea.pl podkreśla, że kierowca kupujący pierwsze auto cztery lata po otrzymaniu prawa

jazdy nie jest mocno „karany” przez ubezpieczycieli. - Inna sytuacja dotyczy natomiast osoby, która dopiero po ośmiu latach od otrzymania prawa jazdy zakupiła pierwszą obowiązkową polisę. Taki kierowca za OC średnio zapłaci o 906 zł/85% więcej (różnica w stosunku do składki z wariantu numer 1) - mówi **Andrzej Prajsnar**, ekspert Ubea.pl.

Przykładowy kierowca musiałby się liczyć z jeszcze wyższym kosztem ubezpieczenia, gdyby dopiero w 2016 r. uzyskał prawo jazdy i zakupił pierwszą obowiązkową polisę. W takim przypadku, ubezpieczyciele zaproponowałyby następujące roczne składki za OC: LINK4 - 1913 zł, You Can Drive - 2054 zł, Gothaer - 2100 zł, MTU - 2267 zł, Aviva - 2274 zł, Uniqa - 3549 zł.

Średni poziom powyższych składek (2359 zł) jest znacznie wyższy nawet od wyniku z wcześniej analizowanego wariantu numer 3. Mowa o sytuacji kierowcy, który dopiero osiem lat po otrzymaniu prawa jazdy zakupił pierwsze ubezpieczenie OC. - Jak widać, uzyskanie prawa jazdy kilka lat wcześniej (pomiędzy braku historii ubezpieczeniowej) stanowi dla ubezpieczycieli czynnik nieco obniżający ryzyko spowodowania wypadku - zwraca uwagę **Paweł Kuczyński**, prezes Ubea.pl.

ANKIETA MFIND.PL

Cena podstawowym kryterium wyboru OC

Wśród prawie 1000 ankietowanych przez mfind.pl konsumentów około 85% deklaruje, że najważniejszym czynnikiem przy wyborze komunikacyjnego ubezpieczenia OC jest dla nich cena.

Z badań ankietowych wynika, że ankietowani nie są wcale takimi tradycjonalistami, jak mogłoby się wydawać, i także w obszarze usług finansowych i ubezpieczeń podążają za nowoczesnością - jak stwierdza **Ewa Olczak**, Customer Success Manager mfind.

- Co prawda niewielka (około 6%) część konsumentów deklaruje przywiązanie do oferty konkretnego ubezpieczyciela, znajomego agenta czy niechęć do zmiany, wypowiedzenia umowy i nadmiernych formalności z tym związanych, ale gdy uzyskamy konkurencyjną cenę, jesteśmy skłonni do podjęcia

koniecznego wysiłku i wyboru opcji korzystniejszej pod względem ekonomicznym i użytkowym. W całym tym procesie pomaga zresztą wykwalifikowany doradca - wskazuje **Ewa Olczak**.

Z danych zebranych przez mfind.pl wynika, że ceny OC wzrosły w ostatnim roku o około 22%. Najdrożej za polisę płać mieszkańcy Warszawy i Wrocławia (średnio 1513 i 1428 zł), a kwota składki prawie wszędzie przewyższa 1000 zł. Jeszcze rok temu w wielu miejscach średnia kwota składki na OC oscylowała w okolicy 800-900 zł.

O badaniu. Badanie ankietowe zostało wykonane przez mfind.pl w październiku 2017 r. i objęło 1000 kierowców zainteresowanych lub kupujących ubezpieczenie za pomocą porównywarki mfind.



MONDIAL ASSISTANCE

Ubezpieczenie opon coraz bardziej popularne

Ubezpieczyciele oferują ubezpieczenie opon jako dodatek do polisy komunikacyjnej, a także przy zakupie opon. Ubezpieczenie zazwyczaj zapewnia pokrycie kosztów holowania do serwisu wulkanizacyjnego, naprawy opony lub zwrot kosztów nowej opony.

W pierwszym półroczu 2017 r. firma Oponeo sprzedała w sumie o 28,3% więcej opon niż w analogicznym okresie ub.r. - Wraz ze wzrostem sprzedaży produktu bazowego wzrasta również udział sprzedaży ubezpieczeń. Coraz wyższa świadomość klientów dotycząca ewentualnych zagrożeń czyhających na drodze sprawia, że z roku na rok odnotowujemy wzrost zakupu opon z ubezpieczeniem względem wszystkich zamówień, a co za tym idzie większe grono zadowolonych klientów - mówi Adrian Kosmeja, zastępca kierownika Działu Obsługi Klienta Oponeo.

- Ubezpieczenie opon staje się coraz popularniejsze wśród klientów. Koszt rocznego ubezpieczenia czterech opon o wartości 1200 zł wynosi około 60 zł. Tego typu polisy pojawiają się w ofercie ubezpieczycieli coraz częściej. Wprowadzają je również dealerzy. Wybierając ubezpieczenie opon, warto zwrócić uwagę na zakres ubezpieczenia oraz cenę. Bardzo ważne jest to, jaką liczbę zdarzeń ono obejmuje. Niektórzy ubezpieczyciele zakresem ochrony ubezpieczeniowej obejmują nie tylko opony, ale również inne elementy, które zostały uszkodzone na skutek złej nawierzchni na drodze, np. felgi, obręcze - mówi Łukasz Odalski z agencji ubezpieczeniowej Optima Risk.

Podstawowy zakres ochrony obejmuje wymianę koła na miejscu zdarzenia, a jeśli jest to niemożliwe, transport samochodu do warsztatu wulkanizacyjnego.

- Kupując nowe opony, warto nabyć do nich ubezpieczenie o rozszerzonym zakresie ochrony, które w przypadku poważnego uszkodzenia ogumienia gwarantuje również zwrot kosztów zakupu nowej opony. Cena opony jest wysoka,

a o uszkodzenie nietrudno. Koszt polisy w stosunku do ceny opony jest relatywnie niski, zaczyna się od kilkunastu złotych za sztukę. W momencie gdy pojawi się nieprzewidziana, ekstremalna sytuacja na drodze, na pomoc ubezpieczyciela można liczyć na terenie Polski, a nawet Europy - mówi Piotr Ruszowski, dyrektor sprzedaży i marketingu Mondial Assistance.



Coraz rzadziej nowe samochody wyposażone są w koło zapasowe. Oferowane w zamian zestawy naprawcze nie zawsze są skuteczne.

- Dla niektórych kierowców naprawa może być ogromnym wyzwaniem. Szczególnie im polecamy takie ubezpieczenie. Również dla osób przemierzających długie dystanse, nowe trasy, często daleko od miejsca zamieszkania, ubezpieczenie jest bardzo przydatne. Gdy posiadamy takie zabezpieczenie, wystarczy jeden telefon do Centrum Operacyjnego i wystąpi na miejsce fachowiec rozwiąże problem - dodaje Piotr Ruszowski. ■

W Polsce korzystanie z „zimówek” nie jest obowiązkowe, ale ich brak może skutkować kłopotami przy wypłacie odszkodowania z AC - twierdzi ekspert Superpolisa Ubezpieczenia.

SUPERPOLISA

Zmiana opon na zimowe pozwoli uniknąć kłopotów

Państwa, w których przepisy wprost nakazują zmianę ogumienia, to: Austria, Chorwacja, Czechy, Estonia, Finlandia, Litwa, Łotwa, Niemcy, Norwegia, Rumunia, Słowenia, Słowacja i Szwecja. Tymczasem w Polsce nadal, mimo występowania ostrych zim, nie ma prawnego obowiązku wymiany ogumienia. To kierowca decyduje, czy będzie jeździć na oponach zimowych, uniwersalnych czy letnich.

nym kłopotem z wypłatą odszkodowania z posiadanego ubezpieczenia autocasco - wyjaśnia Jakub Nowiński, członek zarządu multiagencji Superpolisa Ubezpieczenia.

Przy ubieganiu się o odszkodowanie z polisy autocasco kluczowe znaczenie mają przyjęte w umowie warunki, pod jakimi ubezpieczyciel bierze na siebie odpowiedzialność. - W przypadku AC, podobnie jak przy wszystkich innych ubezpieczeniach dobrowolnych, zakres ochrony i podstawy do wypłaty odszkodowania są dokładnie opisane w o.w.u. Dlatego bezwzględnie należy zapoznać się z ich postanowieniami - tłumaczy Jakub Nowiński. Nawet jeśli w umowie nie ma jasno sformułowanych postanowień dotyczących dostosowania ogumienia do warunków atmosferycznych, nie oznacza to, że kierowca może dopuścić się takiego zaniedbania. Może ono bowiem zostać uznane za rażące niedbalstwo i na tej podstawie ubezpieczyciel zmniejszy wysokość odszkodowania.

Sytuacja wygląda inaczej w przypadku odszkodowania z obowiązkowego OC. - W tym przypadku ubezpieczyciele nie mają swobody w ustalaniu zasad, na jakich udzielana jest ochrona. Wszystkie kwestie reguluje bowiem ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych - wyjaśnia Jakub Nowiński. Ponieważ nie ma obowiązku zmiany ogumienia na zimowe, to ubezpieczyciel nie może uchylić się od wypłaty odszkodowania z polisy OC tylko dlatego, że pojazd sprawcy lub uszkodzonego mimo niesprzyjających warunków posiadał letnie opony. Dotyczy to także sytuacji, w których korzystanie z „zimówek” mogłoby uchronić przed wypadkiem lub zdecydowanie zmniejszyć jego skutki.

Podobnie sprawa wygląda w przypadku pomocy udzielanej w ramach auto asystancje. Kierowca może liczyć na wsparcie, nawet jeśli bezsporną przyczyną uszkodzenia auta będzie brak opon dostosowanych do panujących na drodze warunków pogodowych. ■

Jedynym wymogiem jest bieżnik opon o wysokości przynajmniej 1,6 mm.

Choć za niedostosowanie ogumienia pojazdu do warunków atmosferycznych nie grozi mandat, to ze względu na bezpieczeństwo warto zdecydować się na dobór odpowiednich opon w okresie jesienno-zimowym. - Jazda na letnich oponach przy niesprzyjających warunkach pogodowych to większe ryzyko stłuczki czy wypadku. Dlatego zmianę opon na zimowe warto zaplanować już w połowie października, nie czekając do ostatniej chwili. Szczególnie że niedostosowanie ogumienia pojazdu do warunków atmosferycznych może wiązać się z potencjal-

CUK UBEZPIECZENIA

Ubezpieczenia na zimę

Do zimy muszą odpowiednio przygotować się kierowcy. - W zakresach ubezpieczeń autocasco i assistance znajdziemy najpopularniejsze zimowe usterki: od prozaicznej stłuczki na oblodzonym parkingu, po zamrznięty olej napędowy w filtrze paliwa. W momencie, gdy nasz unieruchomiony pojazd jest nam potrzebny, pomoc profesjonalisty jest nieoceniona - szczególnie w zimowej aurze, gdy czas spędzony na dworze chcielibyśmy ograniczyć do minimum. Podczas wyboru ubezpieczenia powinniśmy zwrócić uwagę na ograniczenia dotyczące pomocy w ramach awarii. Szczególnie te dotyczące odległości od naszego miejsca zamieszkania do wypadku lub maksymalnej kwoty, jaką jest w stanie wypłacić nam ubezpieczyciel w ramach odszkodowania - zaleca Maciej Kuczwański, ekspert CUK Ubezpieczenia.

Zima w końcu przyszła, choć z mrozem i śniegiem jest różnie. CUK Ubezpieczenia radzi, aby zastanowić się, co może się wydarzyć podczas tego okresu, i zabezpieczyć się przed najróżniejszymi niebezpieczeństwami.

Sezon zimowy zachęca do dalekich wyjazdów. - Dopóki pozostajemy w Unii Europejskiej czy szeroko rozumianej Europie Zachodniej, problem utraty ochrony ubezpieczeniowej nas nie dotyczy, ponieważ wszystkie kraje należące do Porozumienia Wielostronnego honorują polskie OC. Jeśli natomiast celem naszej wyprawy są państwa położone w południowo-wschodniej części naszego kontynentu, powinniśmy zaopatrzyć się w Zieloną Kartę, czyli Międzynarodowy Certyfikat Ubezpieczenia Komunikacyjnego. Inaczej wygląda sprawa AC - w tym wypadku wielu ubezpieczycieli pokrywa koszty tylko tych napraw, które są niezbędne do bezpiecznego powrotu do Polski, gdzie

auto zostanie naprawione do końca. Z kolei assistance, o czym również warto pamiętać, jest nieodzowną pomocą w krajach, w których przy próbie komunikacji np. z mechanikiem lub pomocą drogową, spotkamy się z barierą językową. Konsultant załatwi za nas wszelkie formalności, dzięki czemu unikniemy kosztownych i nieprzyjemnych nieporozumień - dodaje Maciej Kuczwański.

Polisą, w którą każdy amator narciarstwa powinien się wyposażać, jest ubezpieczenie zdrowotne, obejmujące docelowy kraj podróży. W razie nieszczęśliwego wypadku na zagranicznym stoku należy pamiętać, że ceny leczenia są tam dużo wyższe niż w Polsce.

Zima to także okres wzmożonego ryzyka dla właścicieli domów. - Grożą nam zawalenia dachów przykrytych warstwą śniegu, której nie utrzymały elementy konstrukcyjne, zalania spowodowane przez ten sam śnieg, który podczas słonecznych dni zamienił podwórko w basen olimpijski, czy też pęknięcia rur niedostatecznie zaizolowanych przed mrozem. Większość awarii, które mogą nas dotknąć podczas najdłuższych nocy w roku, jest objęta podstawowymi pakietami ubezpieczeń nieruchomości - informuje Maciej Kuczwański. Dodawane jako opcja do polis mieszkaniowych OC ochroni także przed wysokimi odszkodowaniami wypłacanymi

przechodniom, którzy zrobili sobie krzywdę wywracając się na nieodśnieżonym chodniku.

- Lokatorzy kamienic, pomimo względnego spokoju związanego z wyższą odpornością ich lokali na warunki pogodowe, co owocuje dużo korzystniejszymi stawkami ubezpieczeniowymi, muszą liczyć się z innymi zagrożeniami charakterystycznymi dla ich typu budownictwa. Ubezpieczenia mieszkań zawierają w sobie ochronę przed zalaniem, przepięciami przestarzałych instalacji elektrycznych lub zbitymi szybami przez niewystarczająco celnie rzuconą śnieżkę - podsumowuje Maciej Kuczwański. ■

RANKOMAT.PL PORÓWNUJE

Polscy narciarze często bez odpowiedniej polisy

Co trzeci narciarz decyduje się na zakup polisy z sumą gwarantowaną kosztów leczenia mniejszą niż 50 tys. euro. Jest to kwota, która w razie wypadku na stoku może nie pokryć wszystkich kosztów leczenia – wynika z danych rankomat.pl.

Spośród osób, które wybrały w porównywarce ubezpieczenie na wyjazd narciarski w okresie od listopada 2016 r. do lutego 2017 r., 33,17% zdecydowało się na polisę narciarską z sumą gwarantowaną kosztów leczenia w wysokości 50 tys. euro. 36,32% zdecydowało się na polisę zapewniającą pokrycie kosztów leczenia powyżej tej kwoty, natomiast 30,52% – poniżej 50 tys. euro.

Towarzystwa corocznie publikują informacje na temat kosztów leczenia opłacanych w ramach polis narciarskich. Mondial Assistance* wycyliło, że:

- koszt przewiezienia pacjenta z Włoch wynosi ok. 10 tys. euro (transport helikopterem ze stoku, przelot i nocleg pielęgniarki do towarzyszenia w powrocie, transport ze szpitala na lotnisko, przelot w pozycji leżącej, transport karetką z lotniska w Polsce do szpitala w mieście zamieszkania pacjenta),

- hospitalizacja – 14 tys. euro za 2-tygodniowy pobyt,

- organizacja pobytu dla osób towarzyszących poszkodowanemu – do 10 tys. euro.

Z danych ERV przygotowanych dla rankomat.pl wynika, że:

- koszty leczenia (pobyt w szpitalu, niezbędne zabiegi) w Austrii to ponad 6 tys. euro,

- koszty akcji ratunkowej (z udziałem helikoptera) – 3,7 tys. euro,

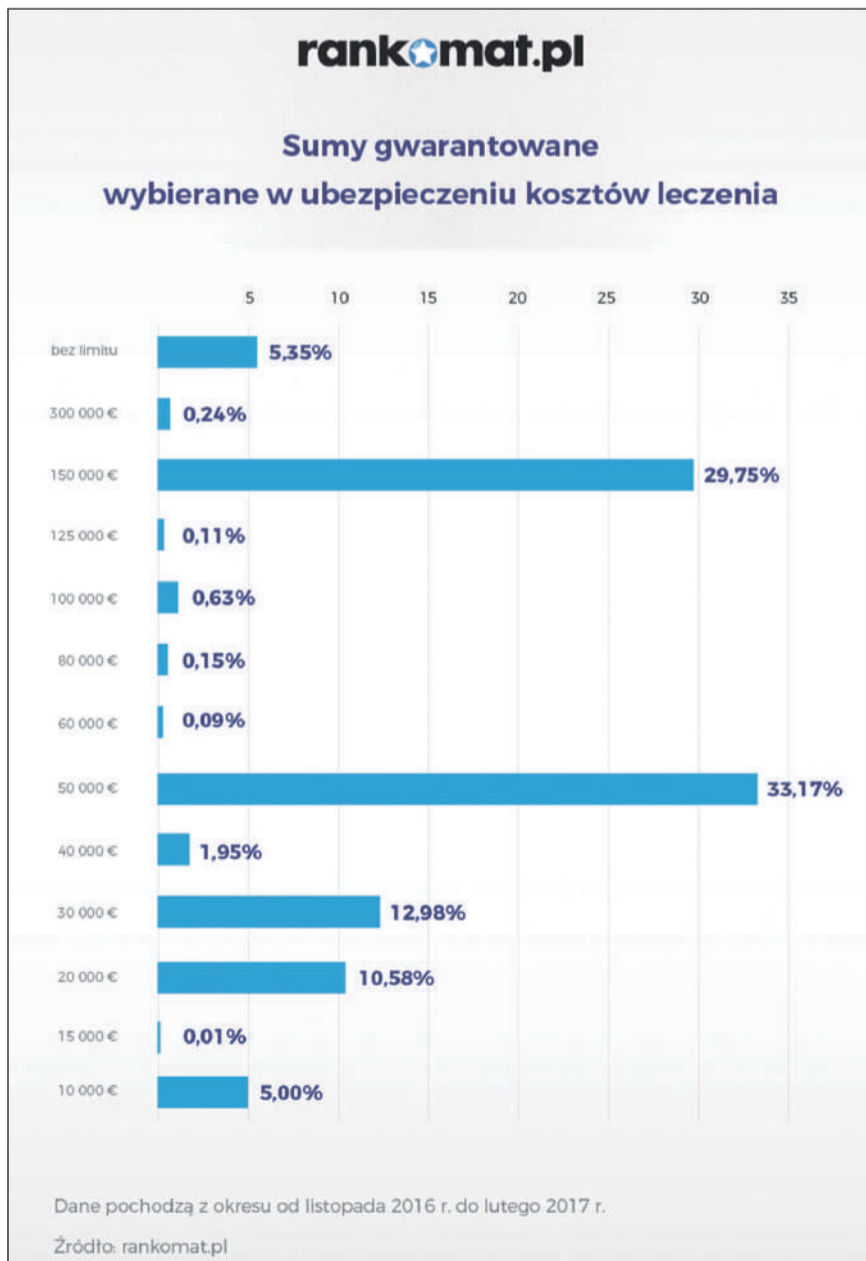
- transport poszkodowanego helikopterem ze stoku do szpitala we Włoszech – około 10 tys. euro,

- transport ambulansem z Włoch do Polski z wyprostowaną i uniesioną nogą – 2,44 tys. euro.

Z kolei TU Europa podało, że najwyższe koszty leczenia i pomocy assistance w ostatnim sezonie związane były z wypadkiem narciarskim na terenie Andory. Zagwarantowane w tym przypadku koszty leczenia szpitalnego oraz zorganizowany transport medyczny drogą lotniczą na noszach wyniosły 120 tys. zł, czyli około 30 tys. euro.

- Koszty leczenia za granicą mogą być bardzo wysokie, zwłaszcza po wypadkach, do których doszło na stoku. Te zazwyczaj są bardzo poważne, wiążą się z koniecznością długiej hospitalizacji, operacji i specjalistycznego transportu sanitarnego. To z kolei wpływa na wysokie koszty leczenia, dlatego zalecam, żeby narciarze wybierali polisy z sumą ubezpieczenia nie mniejszą niż 50 tys. euro. Taka kwota powinna gwarantować właściwą ochronę w razie nieszczęśliwego wypadku na stoku - mówi Patryk Juchniewicz, dyrektor ds. rozwoju sprzedaży rankomat.pl.

*Ile kosztuje wypadek na nartach? - tekst dostępny na www.mondial-assistance.pl



W związku z sezonem narciarskim eksperci Gothaer TU przypominają, że istotnym elementem zimowego wyjazdu jest zapewnienie sobie odpowiedniego zabezpieczenia na wypadek zaistnienia nieprzewidywanych zdarzeń.

GOTHAER TU

Zimowy wyjazd z odpowiednim zabezpieczeniem

Wyjazd zimowy to nie tylko przyjemność, ale również odpowiedzialność za nasze zdrowie, sprzęt, którego używamy, czy osoby, które razem z nami korzystają ze stoku. - Musimy to wszystko uwzględnić i odpowiednio się zabezpieczyć. Niezależnie od tego, czy jesteśmy w Polsce czy za granicą, powinniśmy zadbać o pełną ochronę. NNW, OC w życiu prywatnym, ubezpieczenie kosztów leczenia za granicą czy ubezpieczenie sprzętu to najważniejsze elementy oferty, z którymi powinniśmy zapoznać się wszyscy amatorzy sportów zimowych - zwraca uwagę Anna Materny, dyrektor Biura Ubezpieczeń Detalicznych Gothaer.

Ekspertka przypomina, że sporty zimowe obciążone są dużym ryzykiem – bardzo często dochodzi do różnego rodzaju urazów. U narciarzy dominują urazy kończyn dolnych – skręcenia, mocne stłuczenia i złamania. Najczęstszą przyczyną jest utrata kontroli nad nartami, upadek lub zderzenie się dwóch rozpędzonych narciarzy. - Zimowym turystom wydaje się, że ubezpieczenie oferowane przez biura podróży zapewni im bezpieczeństwo. Nie zawsze tak jest, a zakres ochrony zależy od polisy. Jeżeli doszło do wypadku, a my korzystaliśmy z polisy biura, musimy liczyć się z tym, że zakres ochrony oferowany w ramach standardowej oferty biura podróży nie zawsze może w pełni zabezpieczyć potrzeby poszkodowanego, a w razie groźnego urazu, który przydarzy nam się na stoku, suma ubezpieczenia może nie wystarczyć na pokrycie wszystkich kosztów (leczenia, leków, pobytu w szpitalu, transportu sanitarnego czy rehabilitacji). W takich sytuacjach najlepiej posiadać dodatkowe ubezpieczenie turystyczne, które stanowiłoby uzupełnienie polisy zakupionej w biurze podróży - wyjaśnia Anna Materny. **Decydując się na polisę turystyczną, należy rozważyć**

różne ryzyka, na jakie będzie się narażonym podczas wyjazdu, i zwrócić uwagę na zakres ochrony oraz sumę ubezpieczenia. - Jeżeli na stoku doszło do niefortunnego zdarzenia, w ramach polisy poszkodowany będzie miał zapewnioną natychmiastową pomoc. Ubezpieczyciel pokryje m.in. koszty wizyty lekarskiej, organizację transportu i pobyt w szpitalu, koszty leczenia i operacji, badania i zabiegi ambulatoryjne, zakup leków, a nawet koszty podróży, utrzymania i noclegów osoby towarzyszącej - wyjaśnia Anna Materny. Ważnym elementem jest NNW, w ramach którego zakład wypłaci świadczenie za doznany uszczerbek na zdrowiu. Ponadto polisa turystyczna powinna zawierać OC w życiu prywatnym. Na stoku często dochodzi do wypadków, w których można przyczynić się do spowodowania uszczerbku na zdrowiu innych użytkowników stoku. OC dotyczy również zdarzeń spowodowanych przez dzieci. - Polisę turystyczną można również rozszerzyć o ochronę bagażu lub sprzętu sportowego. Jeżeli bagaż lub przewożony sprzęt narciarski zostanie skradziony lub uszkodzony, możemy liczyć na to, że ubezpieczyciel wypłaci odszkodowanie - zwraca uwagę Anna Materny.

Planując wyjazd zimowy w Europie, warto zaopatrzyć się w Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ). Należy jednak pamiętać, że zakres ochrony, który gwarantuje EKUZ, jest ograniczony do krajów Unii Europejskiej oraz m.in. Norwegii i Szwajcarii. Karta jednak nie uwzględnia kosztów ratownictwa na stoku, transportu do szpitala czy transportu do Polski po wypadku. Na podstawie EKUZ nie ma także możliwości ubiegania się o świadczenie z tytułu uszczerbku na zdrowiu. Taką gwarancję daje wyłącznie ubezpieczenie turystyczne.

MONDIAL ASSISTANCE

Ochrona na stoku

Podczas jazdy na nartach lub snowboardzie może dojść do wypadku. W takiej sytuacji osoby posiadające polisę mogą liczyć na pomoc ubezpieczyciela.

Zanalizy danych Mondial Assistance wynika, że w okresie zimowym narciarze najczęściej ulegają wypadkom we Włoszech (36%), Austrii (21%) oraz Francji (8%). - W razie nieprzewidzianej sytuacji na stoku z prośbą o pomoc należy zadzwonić do Centrum Operacyjnego. Odpowiednia polisa i usługi asystenckie zapewnią nam szybki dostęp do potrzebnej pomocy oraz komfort finansowy. Posiadając ubezpieczenie, nie musimy samodzielnie ponosić kosztów usług medycznych lub uzyskamy ich całkowitą refundację. Należy pamiętać, że Polska jest jednym z nielicznych państw, w których pomoc ratowników górskich jest bezpłatna. Inaczej jest w popularnych wśród narciarzy zagranicznych kurortach. Tam w przypadku braku odpowiedniej polisy koszt akcji pokrywa poszkodowany - mówi Piotr Ruszowski, dyrektor sprzedaży i marketingu w Mondial Assistance.

W razie wypadku na stoku bezwzględnie należy zabezpieczyć miejsce zdarzenia, tak aby inni narciarze mogli je omijać i aby nie doszło do kolejnego wypadku. Jeśli poszkodowana osoba nie jest w stanie sama się poruszać, warto jej pomóc w przemieszczeniu się w bezpieczne miejsce (najlepiej na skraj stoku) i tam poczekać na pomoc wezwanych wcześniej ratowników.

- Osoby, które uległy wypadkowi na stoku, powinny jak najszybciej zadzwonić do Centrum Operacyjnego i poinformować o sytuacji. Numer telefonu znajduje się na polisie. Pracownicy Centrum pomogą znaleźć placówkę medyczną i zorganizować konsultację u specjalisty. Polisa, którą wykupujemy przed wyjazdem, pokryje koszt pomocy medycznej i leczenia w sytuacjach nagłych. Oznacza to, że sama rekonwalescencja powinna odbywać się na terenie kraju. Dlatego ubezpieczyciel może też pomóc w organizacji transportu do Polski - dodaje Piotr Ruszowski.

Polisa dla narciarzy zawiera jeszcze jeden składnik - OC. Jest ono przydatne, gdy dojdzie do wypadku, w wyniku którego narciarz wyrządzi krzywdę innej osobie lub zniszczy jej sprzęt.

- W sytuacji gdy osoba u nas ubezpieczona była sprawcą wypadku, prosimy, aby dostarczyła nam niezbędną dokumentację, która zawiera między innymi opis zdarzenia, oświadczenie poszkodowanego o poniesionych kosztach, rachunki lub paragony za naprawę zniszczonych rzeczy, dokumentację medyczną poszkodowanego, protokół policji lub służb stokowych, potwierdzenie pobytu za granicą. Wymagane dokumenty należy przesłać do nas pocztą elektroniczną lub tradycyjną - mówi Piotr Ruszowski.



PZU

Gdy dziecko złamie nogę albo rękę

W przypadku szkolnego NNW ochrona powinna obejmować szeroki zakres usług i świadczeń: m.in. trwały uszczerbek na zdrowiu, złamania kości lub zwichnięcia stawów, wstrząśnienia lub podejrzenia wstrząśnienia mózgu, poparzeń, odmrożeń, pogryzień, zwrot kosztów nabycia przedmiotów ortopedycznych, odbudowę stomatologiczną zębów stałych oraz szerokie usługi powypadkowego assistance. W takich polisach suma ubezpieczenia najczęściej mieści się w granicach 10-40 tys. zł (umowa zawarta przez szkołę) i 50-100 tys. zł (indywidualna polisa kupiona przez rodziców). Odszkodowanie w pełnej wysokości należy się, gdy uszczerbek na zdrowiu wyniesie 100% oraz w razie śmierci ubezpieczonego. Przy częściowym uszczerbku na zdrowiu wypłaca się albo

W związku ze zbliżającym się okresem ferii zimowych PZU radzi rodzicom dzieci i młodzieży szkolnej udających się na aktywny wypoczynek, aby zadbali o bezpieczeństwo swoich pociech, wybierając dla nich odpowiednią polisę.

procent sumy ubezpieczenia adekwatny do skutków wypadku, albo określoną w tabelach o.w.u. wysokość świadczenia. **Dodatkowe NNW przydatne jest w razie wyjazdu dziecka na narty w Polsce.** W razie wypadku dziecko dostanie pieniądze z obu polis. Ale zanim nastąpi zdublowanie polis NNW, rodzic powinien sprawdzić, jaką ochronę ma dziecko w ramach polisy szkolnej. Warto zwrócić uwagę na wyłączenia odpowiedzialności (np. za wypadki w trakcie uprawiania sportu, w tym na nartach), sumę i zakres ubezpieczenia.

Z kolei polisa na rodzinny wyjazd na narty powinna zapewniać

organizację pomocy medycznej i pokrycie jej kosztów: m.in. leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego, transportu medycznego w miejscu pobytu, usługi transportowej do kraju, poszukiwania i ratownictwa. Powinna też gwarantować organizację usług assistance w razie nieszczęśliwego wypadku lub nagłej choroby podczas podróży, np. dostanie niezbędnych rzeczy osobistych, wizytę bliskiej osoby czy opiekę nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi. Ci, którzy chcą mieć szerszą ochronę ubezpieczeniową, do umowy mogą dokupić dodatkowo np. ubezpieczenie NNW, OC w życiu prywatnym

czy bagażu podróжного lub dodatkowe ryzyka, np. sporty wyczynowe czy sporty wysokiego ryzyka.

Jeśli wyjazd na narty jest wyjazdem zagranicznym, ubezpieczenie można rozszerzyć o dodatkową opcję - Kontynuację leczenia po podróży. W razie nieszczęśliwego wypadku lub zachorowania turyści po powrocie do Polski będą mogli w kraju skorzystać z leczenia, badań ambulatoryjnych, rehabilitacji bądź planowej operacji chirurgicznej.

Polisa powinna działać od początku podróży, czyli od wyjścia z domu, i zapewniać ochronę na każdy wyjazd turystyczny zarówno krajowy, jak i zagraniczny.

Przykładowe koszty związane z wypadkami narciarskimi za granicą:

- hospitalizacja łącznie z operacją: Włochy - 2 tys. euro, Austria - 3-3,5 tys. euro, Szwajcaria 16-23 tys. euro, Niemcy - 10 tys. euro.

- transport ambulansem do Polski z eskortą medyczną: z Niemiec 4 tys. zł, z Austrii - 4-8 tys. zł, z Czech - 3 tys. zł.

- transport helikopterem ze stoku: Austria - 3,8 tys. euro.

Suma ubezpieczenia kosztów leczenia w polisie powinna być adekwatna do kraju wyjazdu. W góry europejskie nie powinna być niższa niż 120 tys. zł, a w świat nie niższa niż 160 tys. zł. ■

MONDIAL ASSISTANCE

Narty ubezpieczone

Ubezpieczenie sprzętu sportowego zazwyczaj jest zawarte w polisach narciarskich, sportowych oraz w wyższych pakietach ubezpieczenia turystycznego. W każdym przypadku zasady są podobne: ubezpieczyciel określa, do jakiej wartości zwróci ubezpieczonemu pieniądze w razie kradzieży czy zniszczenia sprzętu.

Na rynku jest coraz więcej polis dla narciarzy i snowboardzistów. - Aby właściwie ubezpieczyć sprzęt narciarski, należy dokładnie zapoznać się z ogólnymi warunkami ubezpieczenia, które określają szczegółowo, co ubezpieczyciel zalicza jako sprzęt. Wyliczone są tam również wyjątki, czyli sytuacje, w których sprzęt nie będzie chroniony. Zazwyczaj chodzi o sytuacje, gdy ktoś ukradnie lub zniszczy nam narty bądź deskę, które zostały pozostawione bez opieki. Polisy narciarskie zawierają również opcję pokrycia kosztu wypożyczenia nart w momencie, gdy nasz sprzęt, z niezależnych od nas przyczyn, ulegnie zniszczeniu lub kradzieży - mówi Piotr Ruszowski, dyrektor sprzedaży i marketingu w Mondial Assistance.

Polisy dla narciarzy zawierają też OC. Jeśli na stoku dojdzie do wypadku z nieumyślnej winy, wówczas polisa pokryje koszt odpowiedzialności.

- Ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej jest przydatne, gdy dojdzie do wypadku, w wyniku którego zrobimy krzywdę innej osobie lub zniszczymy jej sprzęt. Nasze polisy pokrywają koszt odpowiedzialności do wysokości sumy ubezpieczenia. Ubezpieczony, który był sprawcą wypadku, musi poinformować o fakcie nasze Centrum Operacyjne oraz dostarczyć nam niezbędną dokumentację dotyczącą zdarzenia - dodaje Piotr Ruszowski.

Ubezpieczenie narciarskie zawiera w sobie również polisę na bagaż, w tym na sprzęt sportowy. W przypadku narciarzy są to buty i narty, a snowboardzistów - buty i deska.

- Jeśli taki sprzęt sportowy zostanie skradziony, zaginie w trakcie transportu samolotem lub zniknie w przechowalni, do której go oddaliśmy za pokwitowaniem, to osoba posiadająca odpowiednią polisę otrzyma zwrot pieniędzy w wysokości zależnej od wysokości ubezpieczenia - mówi Piotr Ruszowski. ■

Ekspert potwierdza, że na przełomie starego roku z nowym liczbą uszkodzeń smartfonów jest większa. Najczęstszą przyczyną są defekty mechaniczne, które nie są objęte standardową gwarancją producenta, nie mieszczą się także w zakresie udzielanej przez sprzedawcę rękojmi.

UBEZPIECZENIE POZA GWARANCJĄ

Jak ochronić smartfona

Naprawę lub wymianę telefonu na nowy mogą zapewnić wyłącznie dodatkowo płatne ubezpieczenia sprzętu, potocznie nazywane przedłużonymi gwarancjami.

- Rozszerzenie ochrony w ramach ubezpieczenia przedłużonej gwarancji to bardzo rozsądna propozycja, szczególnie w przypadku smartfonów. Możemy zabezpieczyć się na wypadek wszelkich nieumyślnych uszkodzeń, nawet tych, które powstały przez naszą nieuwagę. Polisa zapewnia także ochronę od przepięcia prądu, kradzieży z włamaniem i rabunku - mówi Krzysztof Kasprzykowski, ekspert z sieci RTV Euro AGD z Łodzi.

Zawsze warto dokładnie przeanalizować warunki ubezpieczenia, które szczegółowo regulują zakres ochrony i wyłączenia. Większość dostępnych na rynku polis chroni w razie zaistnienia tzw. nieszczęśliwego wypadku

- wymagają zaistnienia nieprzewidzianej przyczyny zewnętrznej. Oznacza to w praktyce, że jeśli telefon po prostu wypadł z ręki czy też wysliznął się z niezapiętej torby, ubezpieczyciel może mieć podstawę do odmowy uznania odpowiedzialności. Są jednak na rynku ubezpieczenia zapewniające ochronę w razie nieumyślnych zdarzeń.

- Najszersza wersja ochrony obejmuje nieumyślne uszkodzenia, czyli sytuacje, w których sami przyczyniliśmy się do uszkodzenia, np. telefon wypadł nam z ręki czy przypadkowo zalaliśmy go napojem. Nie ma tu mowy o przyczynie zewnętrznej, zdarzenie jest jednak przypadkowe i niezawinione, co wypełnia warunki konieczne do uznania odpowiedzialności. Oczywiście uszkodzenie nie może być efektem działania celowego, nie kwalifikują się też uszkodzenia estetyczne, jak zadrapanie obudowy - wyjaśnia Krzysztof Kasprzykowski. ■

OPEN LIFE INFORMUJE

Nagrody Rzecznika Finansowego rozdane

6 grudnia 2017 r. odbyło się wręczenie nagród zwycięzcom I edycji Konkursu o Nagrodę Rzecznika Finansowego za najlepszą pracę doktorską, magisterską, licencjacką i podyplomową z zakresu ochrony klienta na rynku finansowym.

Prace zgłoszone na konkurs dotyczyły wszystkich rynków finansowych, w tym rynku ubezpieczeń. Nagrodzeni autorzy pisali m.in. o ograniczeniach w kształtowaniu stosunku ubezpieczenia na cudzy rachunek, możliwościach systemowego zbierania danych na potrzeby Solvency II, przestępczości ubezpieczeniowej i świadczeniach kulancyjnych. O sprawach istotnych z punktu widzenia branży pisała również dr Magdalena Dziedzic, której wyróżnienie wręczał prezes Open Life Krzysztof Bukowski. Tematem jej pracy, powstałej w Instytucie Nauk Prawnych PAN, był „Europejski model normatywny przedkontraktowych obowiązków informacyjnych przedsiębiorcy wobec konsumenta w sferze usług finansowych”. - *Przyzwycailiśmy się do tego, że o edukacji finansowej mówi się przede wszystkim w kontekście konsumenta. Jednak konkurs*

prac akademickich to także dla nas, osób zawodowo związanych z finansami, dobra okazja, by spojrzeć na to zagadnienie z nowej perspektywy, nauczyć się o nim czegoś nowego. Mając na uwadze, że jesteśmy u progu wdrożenia dyrektywy IDD, rozporządzenia PRIIPs i RODO - temat przedkontraktowych obowiązków informacyjnych jest dla nas, przedstawicieli branży ubezpieczeń, wyjątkowo aktualny - zauważył Krzysztof Bukowski, gratulując laureatce.

I edycja Konkursu o Nagrodę Rzecznika Finansowego objęła prace doktorskie obronione w latach 2015-2016, a także prace magisterskie i licencjackie obronione w 2016 r. Do jury wpłynęły łącznie 4 prace doktorskie, 10 magisterskich i 4 licencjackie. Konkurs prac dyplomowych nie odbył się ze względu na niewystarczającą liczbę zgłoszeń. Konkurs jest organizowany przy współpracy z Fundacją Edukacji Ubezpieczeniowej. ■

KOMUNIKACJA KORPORACYJNA

Nowy blog Grupy Europa

Grupa Europa poinformowała o uruchomieniu nowego bloga. Zastąpił on poprzedni blog, który był prowadzony przez pracowników Europy przez ostatnie cztery lata.

Nowy blog jest kierowany do klientów oraz osób, które poszukują przydatnych informacji o ubezpieczeniach i ubezpieczaniu się. Ma także pomóc w pozycjonowaniu marki Europa w internecie. Tworząc nowy blog, firma postawiła na nową formę oraz zdecydowała otworzyć się

na współpracę z blogerami. Pierwszą osobą, która przyjęła zaproszenie ubezpieczyciela, jest Katarzyna Maniszewska, pisarka, blogerka i badaczka międzynarodowego terroryzmu. Na blogu opowiada o swojej podróży dookoła świata i przygotowaniach do niej. ■

Blog znajduje się pod adresem: <https://tueuropa.pl/blog/>

PIU

Blog ekspertów

Polska Izba Ubezpieczeń uruchomiła bloga, na którym można znaleźć opinie, przemyślenia i komentarze dotyczące rynku ubezpieczeń w Polsce. Autorami tekstów są eksperci Izby oraz branży. „Chcemy pokazać, jak ubezpieczenia wpływają na nasze życie, pracę przedsiębiorstw

i gospodarkę. Jak branża w Polsce wypada w szerszym, europejskim i światowym kontekście. Chcemy dzielić się nowościami, zaobserwowanymi trendami i inspirować Was w codziennej pracy” - deklaruje PIU, uzasadniając swoją decyzję o uruchomieniu bloga. ■

W kinie Atlantic w Warszawie odbyła się premiera filmu **Znaki**. To pierwszy w Polsce dokument o kulturze głuchych, którego misją jest walka z dyskryminacją społeczną osób niesłyszących.

ERGO HESTIA

Premiera filmu o kulturze głuchych

Wspieranie realizacji filmu to element kampanii ERGO Hestii „Rozumiemy się bez słów”, umożliwiającej klientom porozumiewanie się za pośrednictwem tłumacza migowego. Bohaterką filmu w reżyserii Wojciecha Klimali jest Iwona Cichosz, Miss Świata Głuchych z 2016 r., pracowniczka firmy Migam, ambasadorka kampanii ERGO Hestii „Rozumiemy się bez słów”.

- ERGO Hestia od samego początku wspierała realizację filmu, między innymi poprzez zapewnienie ekipie filmowej oraz Iwonie Cichosz ochrony ubezpieczeniowej podczas całego projektu - mówi Mikołaj Kunica, dyrektor Biura Komunikacji ERGO Hestii. - Nasza współpraca zaczęła się na początku 2016 r., kiedy ruszaliśmy z projektem „Rozumiemy się bez słów”, który osobom głuchym i niedosłyszącym ułatwia kontakt z ERGO Hestią. Usługę tłumacza języka migowego realizujemy z firmą Migam, a Iwona Cichosz jest ambasadorką tej współpracy. Osoby niesłyszące chcące kupić ubezpieczenie, zgłosić szkodę lub wprowadzić zmiany w polisie, mogą z dowolnego miejsca skorzystać z usługi tłumacza języka migowego za pośrednictwem strony internetowej ERGO Hestii. Oparta na dialogu i trosce strategia Najwyższego Standardu Ochrony zakłada między innymi dążenie do likwidacji wszelkiego rodzaju wykluczeń czy ograniczeń w życiu społecznym.

Historia przedstawiona w filmie ma zwrócić uwagę na szerszy problem społeczny, jakim jest dyskryminacja osób niesłyszących w Polsce. Iwona Cichosz



aktywnie działa na rzecz swojego środowiska, m.in. w Parlamentarnym Zespole ds. Głuchych. Walczy o to, by polski język migowy (PJM), którym naturalnie posługują się głusi - mniejszość językowo-kulturowa, został uznany przez państwo polskie.

- Pierwszy raz spotkaliśmy się z Iwoną Cichosz w ramach projektu Inspiratorium Fundacji Integralia - mówi Monika Truszkowska-Bednarek, prezes Fundacji Integralia. - Iwona była jedną z osób, które zaprosiliśmy do opowiedzenia o swoich sukcesach i zainspirowania własnym przykładem osób z różnego rodzaju niepełnosprawnościami do działania na polu społecznym i zawodowym. Tamto spotkanie zostało odebrane z wielkim entuzjazmem przez uczestników i nasza dalsza współpraca była jego naturalną konsekwencją.

Film **Znaki** będzie można zobaczyć podczas specjalnych pokazów w kinach od początku 2018 r. oraz w Telewizji Polskiej. ■

Złoty zderzak ERGO Hestii

ERGO Hestia po raz trzeci zwyciężyła w konkursie „Złoty Zderzak”, premiującym poziom likwidacji szkód. Właściciele warsztatów naprawczych docenili ubezpieczyciela za wysoką jakość współpracy, poziom kompetencji i rzetelność oraz za szybkość wypłat.

Nagrody wręczono podczas XII Dyskusyjnego Forum Ubezpieczeń Komunikacyjnych. Ogólnopolskie badanie mierzące poziom satysfakcji serwisów samochodowych ze współpracy z towarzystwami ubezpieczeń pozwala porównać jakość likwidacji szkód wszystkich ubezpieczycieli.

- ERGO Hestia zdobyła pierwsze miejsce w konkursie „Złoty Zderzak” i jest na podium już piąty rok z rzędu - komentuje wynik ankiety Kazimierz Majdański, dyrektor zarządzający Biurem Likwidacji Szkód ERGO Hestii. - Mocno inwestujemy w nowoczesne narzędzia wsparcia całego procesu likwidacji szkód, co pozwala zaoferować naszym klientom oraz partnerom usługę Ergo Hestia Pomoc 24. Jej główne atuty to indywidualny opiekun klienta i prze-



jęcie przez ubezpieczyciela wszystkich czynności związanych z procesem likwidacji szkody.

Wyróżnienie przyznawane jest na podstawie ankiet, które wypełniają pracownicy warsztatów samochodowych. Pod lupą znalazły się usługi stanowiące największe wyzwanie w zakresie likwidacji szkód komunikacyjnych. Oceniane były m.in. ogólna jakość, poziom kompetencji pracowników, sprawność likwidacji, prawidłowość wypłat, stosowanie najwyższej jakości części zamiennych, uznawanie stawek, dostępność samochodu zastępczego oraz skargi i pozwy.

Kolejne miejsca na podium zajęły Allianz (siedmiokrotny triumfator konkursu, numer jeden w 2016 r.) i PZU (dwukrotny zwycięzca). ■

CONCORDIA UBEZPIECZENIA

20 banków na 20-lecie Concordii

Concordia Ubezpieczenia wystartowała w czerwcu ub.r. z akcją „20 Banków na 20-lecie Concordii”. Pracownicy banków mieli za zadanie w jak najszybszym czasie odpowiedzieć na pytania quizu dotyczącego Concordii i ubezpieczenia majątku.

Dziesięć zwycięskich banków otrzymało kurs pierwszej pomocy przedmedycznej dla swoich pracowników. Do kolejnych 10 banków trafiły apteczki pierwszej pomocy. Łącznie w ramach akcji przeszkolonych zostało blisko 200 pracowników banków spółdzielczych. Kursy pierwszej pomocy cieszyły się dużym zainteresowaniem,

szczególnie że były one przeprowadzane przez czynnych zawodowo ratowników medycznych.

- Podczas kursu nauczyliśmy się, jak postępować w sytuacji, kiedy ktoś nagle potrzebuje pomocy medycznej. Jak zachować zimną krew i udzielić poszkodowanemu niezbędnego wsparcia do przyjazdu karetki - powiedział jeden z uczestników kursu. ■



PRACE LEGISLACYJNE

Sejm przyjął ustawę o dystrybucji ubezpieczeń

To, że ustawa zostanie przyjęta, było już przesądzone dzień wcześniej. 14 grudnia podczas prezentacji sprawozdania sejmowej Komisji Finansów Publicznych o uchwale Senatu, wprowadzającej do projektu ustawy o dystrybucji ubezpieczeń pięć poprawek, przedstawiciele wszystkich klubów poselskich zadeklarowali bowiem swoje poparcie dla regulacji.

Poprawki wprowadzone do projektu dotyczyły zmian o charakterze redakcyjnym oraz merytorycznym (art. 94, art. 110 oraz dodanie art. 101a i art. 108a). Poprawki odnoszą się do katalogu przesłanek cofnięcia zezwolenia na prowadzenie platformy aukcyjnej przez spółkę prowadzącą rynek regulowany do przepisów rozporządzenia Komisji UE nr 1031/2010 oraz zasad obowiązujących spółki prowadzące rynek regulowany oraz regulowany i alternatywny system obrotu w zakresie upubliczniania informacji, o których mowa w art. 4 ust. 1 i art. 9 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 600/2014 z dnia 15 maja 2014 r. w sprawie rynków instrumentów finansowych oraz zmieniającego rozporządzenie (UE) nr 648/2012. Za przyjęciem poprawek nr 2 i 4 opowiedziało się 417 posłów, a za przyjęciem poprawek nr 1, 3 i 5 – 418 parlamentarzystów. Teraz ustawa trafi do podpisu prezydenta.

Implementacja IDD

Ustawa o dystrybucji ubezpieczeń implementuje do krajowego porządku prawnego przepisy dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/97 z dnia 20 stycznia 2016 r. w sprawie dystrybucji ubezpieczeń, czyli IDD (Insurance Distribution Directive), zaostrożające wymogi stawiane sprzedawcom ubezpieczeń. Nowe regulacje zastąpią obowiązującą ustawę o pośrednictwie ubezpieczeniowym. Proponowane przepisy zawierają rozwiązania zwiększające i ujednolicejające ochronę klientów zawierających umowy ubezpieczenia niezależnie od różnic między kanałami dystrybucji.

Obowiązki informacyjne

Zgodnie z ustawą ochronę klienta zawierającego umowę ubezpieczenia wzmocnią m.in. przepisy dotyczące obowiązków informacyjnych. Przede wszystkim ma on otrzymywać odpowiednie informacje o produkcie i dystrybutorze. Ponadto akt zobowiązuje dystrybutorów do uczciwego, rzetelnego i profesjonalnego postępowania, zgodnie z najlepiej pojętym interesem klientów.

W ustawie uregulowano kwestie ujawniania przez dystrybutorów charakteru ich wynagrodzenia. Będą oni zobowiązani do ujawnienia, czy za swoją pracę otrzymują honorarium (płacone bezpośrednio przez klienta), prowizję (uwzględnioną w kwocie składki ubezpieczeniowej) czy inny rodzaj wynagrodzenia. Klient otrzyma również podstawowe informacje o produkcie, jeśli dystrybutorem będzie zakład ubezpieczeń.

Nowe przepisy zobowiązują także agentów oferujących ubezpieczenie uzupełniające do powiadamiania klienta, czy działają na rzecz jednego czy wielu towarzystw, oraz poinformowania go o firmach, na rzecz których wykonuje działalność agencyjną. Informacja ta ma znaczenie dla ujawnienia statusu takiego pośrednika, tzn. czy jest agentem wyłącznym czy multiaгентem.

W akcie zobowiązano również agentów ubezpieczeniowych, zakłady ubezpieczeń i brokerów ubezpieczeniowych do informowania klientów o wysokości wskaźnika kosztów dystrybucji oraz wskaźnika kosztów prowizji związanych z proponowaną umową ubezpieczenia. Ten obowiązek informacyjny

15 grudnia Sejm przyjął rządowy projekt ustawy o dystrybucji ubezpieczeń. Ustawa czeka już tylko na podpis prezydenta i publikację w Dzienniku Ustaw. Ustawa ma obowiązywać od 23 lutego 2018 r., a 3 stycznia 2018 r. powinny wejść w życie regulacje odnoszące się do konfliktu interesów w ubezpieczeniowych produktach inwestycyjnych. Istnieje jednak możliwość, że nowe przepisy zaczną obowiązywać nieco później.

będzie miał zastosowanie do umów ubezpieczenia na życie o charakterze inwestycyjnym. W założeniu ma to zwiększyć transparentność sprzedaży produktów o charakterze inwestycyjnym, zapewni ich porównywalność i zapobieganie zjawisku missellingu.

Świadoma decyzja klienta

W ustawie zaproponowano ponadto, aby przed zawarciem umowy ubezpieczenia (lub gwarancji) dystrybutor określał – na podstawie uzyskanych od klienta informacji – jego wymagania i potrzeby oraz podawał mu w zrozumiałej formie obiektywne informacje o produkcie. W ten sposób projektodawca chce umożliwić klientowi podjęcie świadomej decyzji tak, aby umowa ubezpieczenia lub gwarancji była zgodna z jego wymaganiami i potrzebami w zakresie ochrony ubezpieczeniowej.

Ponadto dystrybutor ubezpieczeń ma przekazywać informacje o sobie oraz o umowie ubezpieczenia lub umowie gwarancji ubezpieczeniowej – w postaci papierowej lub na żądanie klienta za pomocą innego trwałego nośnika bądź za pośrednictwem strony internetowej – nieodpłatnie, w sposób jasny, dokładny i zrozumiały. Informacje te będą przekazywane w języku urzędowym państwa członkowskiego Unii Europejskiej, w którym umowa ubezpieczenia jest zawierana, lub innym języku, na który wyrażą zgodę strony umowy.

Zgodnie z aktem wszystkie informacje, w tym informacje o charakterze reklamowym i marketingowym, kierowane przez dystrybutora ubezpieczeń do klienta mają być: jasne, rzetelne i niewprowadzające w błąd oraz sporządzone w języku urzędowym państwa członkowskiego UE, w którym umowa ubezpieczenia jest zawierana, lub innym języku, na który wyrażą zgodę jej strony. Informacje o charakterze reklamowym lub marketingowym muszą być wyraźnie oznaczone.

Ustawa zachowuje podział pośredników ubezpieczeniowych na brokerów i agentów ubezpieczeniowych – z zastrzeżeniem niedopuszczalności łączenia obu funkcji. Określono także zasady ubezpieczenia OC za szkody wyrządzone przez agentów i brokerów.

Rejestry, reklamacje, szkolenia

Akt przewiduje również utworzenie nowego rejestru pośredników ubezpieczeniowych, do którego będą wpisywani: agenci ubezpieczeniowi, agenci oferujący ubezpieczenia uzupełniające (rejestr agentów), brokerzy ubezpieczeniowi oraz brokerzy reasekuracyjni (rejestr brokerów). Rejestr pośredników ubezpieczeniowych będzie prowadzony przez Komisję Nadzoru Finansowego w systemie rejestracji internetowej. Rejestr będzie jawny w zakresie aktualnych danych, z wyłączeniem informacji dotyczących danych osobowych (numer PESEL lub numer innego dokumentu potwierdzającego tożsamość, miejsce zamieszkania). KNF będzie zobowiązana do sprawowania nadzoru nad wszystkimi dystrybutorami oraz spełniania innych dodatkowych obowiązków, wynikających z jej uprawnień. Nadzór nad agentami mają sprawować zakłady ubezpieczeń, jednak będą oni również podlegać częściowemu nadzorowi Komisji. Agenci ubezpieczeniowi będą musieli np.

udzielać na żądanie KNF informacji dotyczących ich działalności agencyjnej. Z kolei Rzecznik Finansowy będzie rozpatrywał reklamacje i skargi na działalność pośredników ubezpieczeniowych oraz agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające. Przepisy zobowiązują pracowników zakładów ubezpieczeń oraz reasekuracji, agentów ubezpieczeniowych oraz brokerów ubezpieczeniowych do odbywania 15 godzin szkoleń zawodowych rocznie (przewidziano możliwość odbycia tych szkoleń w formie e-learningu). Mają one rozwijać odpowiednie kompetencje osób odpowiedzialnych za dystrybucję ubezpieczeń, pomóc im utrzymać wysokie standardy etyczne i dobrą reputację oraz zdobywać nowe umiejętności zawodowe.

Sankcje za nieprzestrzeganie ustawy


W ustawie przewidziano sankcje karne za nieprzestrzeganie przepisów ustawy. Przykładowo kary grzywny, ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2 będą mogły być nałożone za działalność agencyjną wykonywaną z naruszeniem wymogów określonych w ustawie, za wykonywanie czynności agencyjnych bez upoważnienia, za działalność brokerską w obszarach ubezpieczeń lub reasekuracji bez wymaganego

zezwoleń, za czynności brokerskie w zakresie ubezpieczeń lub reasekuracji bez upoważnienia.


Możliwe opóźnienie

Ustawa ma obowiązywać od 23 lutego 2018 r., a 3 stycznia 2018 r. powinny wejść w życie regulacje odnoszące się do konfliktu interesów w ubezpieczeniowych produktach inwestycyjnych. Istnieje jednak możliwość, że nowe przepisy zaczną obowiązywać nieco później. 16 października na posiedzeniu Komisji Gospodarczej i Monetarnej Parlamentu Europejskiego (ECON) przyjęto bowiem rekomendację, w której ECON zwraca się do Komisji Europejskiej o przesunięcie terminu wejścia w życie IDD. Propozycja zakłada, że rozpoczęcie obowiązywania nowych przepisów zostałoby przesunięte z 23 lutego na 1 października 2018 r. Uzasadniając swój wniosek, ECON stwierdziła, że pierwotna data nie zapewnia wystarczającego czasu na wdrożenie niezbędnych zmian legislacyjnych, technicznych i organizacyjnych. Rekomendację zaakceptował już PE. Ostateczna decyzja w tej kwestii miała zostać podjęta na szczelbu Rady Europejskiej w dniu 16 grudnia, ale na razie sprawa pozostaje nierozstrzygnięta.

Artur Makowiecki



APEL O POMOC



Szanowni Państwo,
Wojtek urodził się w 1997 roku. Prawidłową diagnozę dostał bardzo późno, w wieku 5 lat stwierdzono u niego **Calościowe Zaburzenie Rozwojowe**. Ze względu na zakres swoich dysfunkcji Wojtek wymaga wspierania w wielu dziedzinach takich jak: terapia logopedyczna, psychologiczna, integracja sensoryczna oraz stała rehabilitacja ruchowa. Konieczne jest cykliczne uczestnictwo w turnusach rehabilitacyjnych. Wojtek mimo choroby jest dzieckiem bardzo pogodnym i uśmiechniętym, bardzo lubi jeździć do szkoły i się uczyć. Dzięki miłości i pracy wielu terapeutów widzimy ciągle postęp w jego rozwoju daje nam tę nadzieję na przyszłość. Rehabilitacja Wojtka nie byłaby możliwa gdyby nie hojność darczyńców do których grona chciałabym państwa zaprosić. Niestety trudna finansowo sytuacja rodziny nie pozwala zapewnić mu tego czego potrzebuje do prawidłowego rozwoju. Niestety w 2011 roku nasz zdrowy dotąd starszy syn Bartosz uległ wypadkowi, przeszedł już 3 operacje i nadal wymaga rehabilitacji. Jeśli mieliby państwo chęć wspomóc Wojtka proszę o wpłatę na konto Fundacji.

Za każdy dar serca w imieniu mojego dziecka serdecznie dziękuję.
Agata Jach.

Wszelkie wpłaty prosimy kierować na konto:

FUNDACJA DZIECIOM „ZDĄŻYĆ Z POMOCĄ”
Łomiańska 5, 01-685 Warszawa
Bank BPH S.A. 15 1060 0076 0000 3310 0018 2615
Tytulem: 5345 Jach Wojciech — darowizna na pomoc i ochronę zdrowia

Można przekazać 1% podatku. Wystarczy w rozliczeniu rocznym wpisać: KRS: 0000037904, a w polu INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE, 5345 Jach Wojciech

Szanowni Darczyńcy, prosimy o wyrażenie zgody w formularzu PIT na przekazanie swoich danych organizacji pożytku publicznego.

Dane kontaktowe: Agata Jach 28-500 Kazimierza Wielka ul. Szkolna 26
tel. 506180973, e-mail: agusia1234-72@o2.pl

INFORMATOR KANCELARII PRAWNEJ SKARBIEC

Kontrola podatkowa na życzenie

Jak to zwykle jednak w podatkach bywa, diabeł tkwi w szczegółach, a koncepcje zmian, zmierzające do uproszczenia systemu podatkowego, nierzadko odbiegają od założonych postulatów i jeszcze bardziej komplikują sytuację prawnopodatkową firm. Warto zatem bliżej przyjrzeć się proponowanym rozwiązaniom i ustrzec się ewentualnych nieścisłości.

Audyt na zamówienie

Projekt nowej Ordynacji podatkowej wprowadza m.in. procedurę szczególną, mającą na celu konsultację skutków podatkowych transakcji. W trybie konsultacji zobowiązany będzie mógł wystąpić do organu podatkowego z wnioskiem o uzyskanie wiążącego potwierdzenia konsekwencji podatkowych, opisanych w tym wniosku zdarzeń lub procesów gospodarczych. W przeciwieństwie do postępowania w sprawie wydania interpretacji indywidualnej, w ramach procedury konsultacyjnej będą dokonywane ustalenia faktyczne, prowadzone będzie postępowanie dowodowe, a także będą się odbywać uzgodnienia między organami podatkowymi a podatnikami. Tym samym organ nie ograniczy się w swoim rozstrzygnięciu wyłącznie do opisu stanu faktycznego przedstawionego w treści wniosku, tak jak to ma miejsce przy ubieganiu się o interpretację, ale dokona kompleksowej – przynajmniej tak wynika z treści projektu – oceny zdarzeń gospodarczych mających wpływ na wysokość zobowiązania podatkowego.

Tryb postępowania zakłada, że organ podatkowy I instancji właściwy do poboru danego podatku na wniosek zainteresowanego i po przeprowadzeniu z nim konsultacji wyda decyzję w sprawie skutków podatkowych czynności lub zdarzeń, których dokonał bądź w których brał udział. Zakres przedmiotowy konsultacji będzie obejmował czynności lub zdarzenia, w rezultacie których dochodzi do przeniesienia własności składników majątku lub przekazania ich do używania, udzielania pożyczek lub kredytów, jak również procesów restrukturyzacyjnych w firmie.

W październiku 2017 r. Komisja Kodyfikacyjna Ogólnego Prawa Podatkowego opublikowała projekt nowej Ordynacji podatkowej. Jednym z zaproponowanych rozwiązań jest wprowadzenie konsultacji podatkowych pomiędzy organem i podatnikiem, które w założeniu mają rozwiązać wątpliwości przedsiębiorcy co do prawidłowości dokonanych rozliczeń podatkowych.

Przepisy zostały skonstruowane w taki sposób, aby obejmowały wyłącznie takie transakcje gospodarcze, które charakteryzują się znacznym stopniem skomplikowania i są obciążone dużym ryzykiem podatkowym.

Konsultacje z konsekwencjami

Samo złożenie wniosku o wszczęcie konsultacji nie oznacza jednak, że rozstrzygnięcie władcze organu będzie



korzystne dla podatnika. Decyzja wymiarowa w sprawie skutków podatkowych dokonanej transakcji wywoła bowiem podobne skutki prawne, jak decyzja określająca wysokość zobowiązania podatkowego, m.in. przewiduje się tryb odwoławczy oraz sądową kontrolę rozstrzygnięć organów podatkowych. W rezultacie, jeśli ustalenia organu co do istoty sprawy w drodze przeprowadzonych konsultacji będą niekorzystne dla wnioskującego, wówczas przedsiębiorca będzie mógł dochodzić swoich praw przed sądami administracyjnymi, ale cały proceder może potrwać nawet kilka lat.

Nie ma nic za darmo
Jak łatwo zauważyć, wydanie decyzji w ramach konsultacji będzie wiązało się z wniesieniem stosownej opłaty. Projektodawca uzależnił wysokość opłaty od rozmiarów i wartości transakcji będącej przedmiotem wniosku. Przykładowo opłata za wniosek o konsultację złożony przez dużego przedsiębiorcę wyniesie 1% wartości transakcji będącej przedmiotem wniosku, jednak nie mniej niż 5 tys. zł i nie więcej

niż 100 tys. zł. Co więcej, jeśli zainteresowany wystąpi o konsultację w sprawie skutków podatkowych więcej niż jednej transakcji albo więcej niż jednego podatku, organ zażąda odrębnej opłaty od każdej transakcji oraz każdego podatku. Przepis ten jest kalką regulacji dotyczących opłat za wydanie interpretacji indywidualnych, które od wielu lat wywołują wzmożoną krytykę podatników i pełnomocników. Wprowadzenie takiego rozwiązania może spowodować, że fiskus w sposób uznaniowy będzie dokonywał sztucznych podziałów na mniejsze transakcje, podczas gdy ciężarem kosztów takiego postępowania w całości zostanie obciążony przedsiębiorca.

Zakres ochrony – przewidywania a rzeczywistość

Innym mankamentem opisywanej procedury jest zastrzeżenie, zgodnie z którym decyzja wymiarowa może dotyczyć skutków podatkowych wyłącznie tych transakcji, które wystąpiły przed złożeniem przez podatnika wniosku o wszczęcie konsultacji. Nie jest zatem możliwe uzyskanie w takim trybie ochrony prawnej w odniesieniu do dopiero co planowanych transakcji. Prowadzi to do absurdalnych wniosków, ponieważ firmy, które dokonały rozliczeń wbrew temu, co orzeknie fiskus, same będą raportowały organom schemat swojego postępowania i narażały się na konsekwencje prawne, natomiast nie otrzymają w zamian żadnej wiążącej opinii organu na etapie projektowania swoich strategii biznesowych i podejmowania decyzji finansowych.

Z treści projektu ustawy wynika także, że do wniosku o wszczęcie konsultacji należy załączyć dokumentację dotyczącą dokonanej transakcji, w szczególności oryginały lub kopie umów. Postępowanie dowodowe nie musi jednak ograniczać się do dokumentacji przedstawionej przez wnioskującego, a organ prowadzący konsultację dostaje *de facto* wolną rękę w zakresie gromadzenia materiału dowodowego. Taki zapis może budzić uzasadnione obawy przedsiębiorców w sytuacji, gdy organy będą wykorzystywały zdobytą dokumentację firm w innych postępowaniach, niemających związku z prowadzonymi konsultacjami.

Powyższe argumenty dają do zrozumienia, że pomimo dobrej woli i przekonania projektodawcy, że procedura konsultacji ma na celu ułatwienie prowadzenia biznesu, może się okazać, że skorzystanie z niej uderzy rykoszetem w firmę i wywoła niepożądane skutki prawnopodatkowe. ■

Będą zmiany w Krajowym Rejestrze Sądowym

W myśl rządowego projektu nowelizacji ustawy o Krajowym Rejestrze Sądowym oraz niektórych innych ustaw od 1 marca 2020 r. przedsiębiorcy będą mieli obowiązek składania wniosków do KRS w formie elektronicznej. Stowarzyszenia, fundacje i publiczne zakłady opieki zdrowotnej będą miały wybór, czy skorzystać z formy elektronicznej.

W tej formie będą również wysyłane wezwania do uzupełnienia braków, składane pisma oraz środki odwoławcze.

Od 1 marca 2020 r. akta rejestrowe mają być prowadzone w formie elektronicznej, ale już przed tą datą dokumenty finansowe będą składane w formie elektronicznej.

Przedsiębiorcy będą mieli obowiązek składania sprawozdań finansowych w formie

Wprowadzenie obowiązku składania przez przedsiębiorców wniosków do KRS w formie elektronicznej, sprawozdań finansowych w formie elektronicznej, prowadzenia akt rejestrowych w formie elektronicznej, likwidacja instytucji kuratora rejestrowego – to niektóre zmiany zaproponowane w rządowym projekcie nowelizacji ustawy o KRS oraz niektórych innych ustaw.

elektronicznej. Sprawozdanie finansowe będzie przekazywane przez KRS do Ministerstwa Finansów.

Do wniosku o wpis osób reprezentujących przedsiębiorcę oraz likwidatorów i prokurentów będzie konieczne dołączanie – poza oświadczeniem o powołaniu – także adresów.

Orzeczenia kończące postępowanie będą wydawane i doręczane w formie elektronicznej.

Sporządzenie uzasadnienia postanowienia w sprawach innych niż wpis nie będzie konieczne również wtedy, gdy w postępowaniu brali udział wnioskodawca i uczestnicy.

W razie złożenia wniosku w formie elektronicznej kolejne pisma będą musiały zostać złożone również w postaci elektronicznej.

Omawiany projekt przewiduje zmiany w postępowaniu przymuszającym. Sąd będzie mógł wezwać w terminie, w jakim uzna za stosowne, osoby uprawnione do reprezentacji do wskazania, że organ reprezentacji został powołany i że braki w jego składzie zostały uzupełnione. Sąd będzie mógł nałożyć grzywnę tylko na osoby, które zupełnie zlekceważą obowiązek. Sąd rejestrowy będzie mógł umorzyć postępowanie przymuszające, jeżeli oko-

liczności sprawy wskażą, że obowiązki zostaną dopełnione.

W myśl projektu w sprawach rejestrowych wyłącznie właściwy jest sąd rejonowy (sąd gospodarczy) właściwy ze względu na miejsce zamieszkania lub siedzibę podmiotu, którego wpis dotyczy.

Projekt przewiduje stworzenie Centralnego Repozytorium Elektronicznych Wypisów Aktów Notarialnych.

Projekt likwiduje instytucję kuratora rejestrowego.

Do postępowań przed sądem rejestrowym wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie omawianej nowelizacji

ustawy będą stosowane przepisy dotychczasowe.

Omawiany projekt nowelizacji ustawy o Krajowym Rejestrze Sądowym oraz niektórych innych ustaw trafił do prac w Sejmie.

Kancelaria Prawna Skarbiec
Specjalizuje się w ochronie majątku oraz doradztwie strategicznym dla przedsiębiorców.



SKARBIEC
KANCELARIA PRAWNA



Materiał przedstawia obowiązujący stan prawny oraz zawiera uwagi dotyczące prawidłowej jego interpretacji, natomiast nie odnosi się do praktyki stosowanej przez konkretne zakłady ubezpieczeń.

UBEZPIECZENIE OC POSIADACZY POJAZDÓW MECHANICZNYCH – PRAWO I PRAKTYKA (4)

Czasowe wycofanie pojazdu z ruchu

W skierowanym do Sejmu projekcie zmiany art. 78a Prawa o ruchu drogowym znalazły się zapisy odstępujące od jakichkolwiek ograniczeń w zakresie rodzajów pojazdów zarejestrowanych, które mogą być czasowo wycofane z ruchu, i okresów, na jakie mogą być wycofane.

Art. 8 ust. 4. W przypadku czasowego wycofania pojazdu z ruchu w rozumieniu art. 78a ustawy - Prawo o ruchu drogowym, skutkującego zmniejszeniem prawdopodobieństwa wypadku w okresie ubezpieczenia, zakład ubezpieczeń, na wniosek posiadacza pojazdu mechanicznego, jest obowiązany do proporcjonalnego obniżenia składki ubezpieczeniowej na okres czasowego wycofania pojazdu z ruchu.

5. Składka ubezpieczeniowa, w przypadku określonym w ust. 4, po uwzględnieniu przysługujących posiadaczowi pojazdu mechanicznego zniżek składki, ulega obniżeniu nie mniej niż o 95%.

6. Posiadacz pojazdu mechanicznego jest obowiązany do niezwłocznego powiadomienia zakładu ubezpieczeń o ustaniu czasowego wycofania pojazdu z ruchu, o którym mowa w ust. 4.

7. W przypadku niedopełnienia przez posiadacza pojazdu mechanicznego obowiązku, o którym mowa w ust. 6, zakład ubezpieczeń może odpowiednio podwyższyć składkę ubezpieczeniową, począwszy od dnia, w którym

ustało czasowe wycofanie pojazdu z ruchu, o którym mowa w ust. 4.

Biorąc pod uwagę, że czasowe wycofanie pojazdu z ruchu może trwać od 2 do 24 miesięcy, z możliwością przedłużenia do 48 miesięcy, prawo do inkasowania, w okresie czasowego wycofania pojazdu z ruchu, nie więcej niż 5% składki należnej za pełne ryzyko ubezpieczeniowe (z uwzględnieniem zastosowanego wobec posiadacza systemu bonus-malus), stała się dotkliwym rozwiązaniem, choć na szczęście dla ubezpieczycieli, niezbyt często stosowanym. Dodać trzeba, że Prawo o ruchu drogowym nie daje możliwości powszechnego stosowania czasowego wycofania pojazdów z ruchu. Możliwość dotyczy zarejestrowanych:

- 1) samochodów ciężarowych i przyczep o dopuszczalnej masie całkowitej od 3,5 t;
- 2) ciągników samochodowych;
- 3) pojazdów specjalnych;
- 4) autobusów.

Czasowe wycofanie pojazdu z ruchu następuje po złożeniu do depozytu, we właściwym starostwie powiatowym, dowodu rejestracyjnego i tablic rejestracyjnych.

Dla osób, które nie widzą podstawy dla trwania umowy ubezpieczenia OC ppm i pobierania jakiejkolwiek składki za okres czasowego wycofania pojazdu z ruchu, niezbędna jest informacja, że za szkodę powstałą w związku z ruchem pojazdu mechanicznego uważa się również szkodę powstałą podczas i w związku z:

- 1) wsiadaniem do pojazdu mechanicznego lub wysiadanym z niego;
- 2) bezpośrednim załadowaniem lub rozładowaniem pojazdu mechanicznego;
- 3) zatrzymaniem lub postojem pojazdu mechanicznego.

Przy tak szerokim określeniu zakresu przedmiotowego obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, nie ulega wątpliwości, że podczas czasowego wycofania pojazdu z ruchu może dojść do wyrządzenia szkód, nawet w sytuacji, w której nie zostaną naruszone warunki tego wycofania z ruchu. Wsiadanie i wysiadanie z pojazdu oraz załadowanie i rozładowanie go mogą mieć miejsce w czasie postoju poza drogą publiczną, strefą zamieszkania i strefą

ruchu, czyli w miejscu, w którym pojazd czasowo wycofany z ruchu winien się znajdować.

Przepisy nie przewidują możliwości podwyższenia składki w sytuacji, w której zostanie ujawnione, że pojazd, w okresie czasowego wycofania z ruchu, został faktycznie wprowadzony do ruchu.

W skierowanym do Sejmu projekcie zmiany art. 78a Prawa o ruchu drogowym znalazły się zapisy odstępujące od jakichkolwiek ograniczeń w zakresie rodzajów pojazdów zarejestrowanych, które mogą być czasowo wycofane z ruchu, i okresów, na jakie mogą być wycofane. Wprowadza się ponadto możliwość wielokrotnego wykonania tej operacji oraz dowolnego przedłużania i skracania okresu wycofania pojazdów z ruchu. Zapisy ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK pozostawia się w przedmiotowym projekcie bez zmian, zatem wyżej cytowane przepisy tej ustawy znajdują zastosowanie do wszystkich pojazdów zarejestrowanych (o ile w takim kształcie zostaną uchwalone). Napisałem, wiele miesięcy temu, artykuł

do „Gazety Ubezpieczeniowej”, postulując wprowadzenie w Prawie o ruchu drogowym obowiązku powiadomienia ubezpieczyciela o każdym przypadku zatrzymania, podczas ruchu, pojazdu wycofanego z ruchu (bez dowodu rejestracyjnego i tablic rejestracyjnych oddanych do depozytu). Propozycją również w felietonie, aby w takiej sytuacji istniała możliwość podwyższenia składki do wysokości wyjściowej (za pełne ryzyko ubezpieczeniowe) oraz dochodzenia roszczenia regresowego w stosunku do sprawcy szkody wyrządzonej podczas ruchu pojazdu czasowo wycofanego z ruchu (do wysokości 95% wypłaconych świadczeń – adekwatnie do „zniżki” wynikającej z czasowego wycofania pojazdu z ruchu).

Piotr Kaczanowski
Akademia Doradców Ubezpieczeniowych



COMPENSA DLA MAŁYCH I ŚREDNICH PRZEDSIĘBIORSTW

OC pracodawcy pozwoli zaoszczędzić na kosztach wypadków

W pierwszej połowie 2017 r. doszło łącznie do 39 tys. wypadków. To o 0,4% mniej niż w tym samym czasie ub.r. Chociaż liczba wypadków przy pracy jest niemal taka sama jak rok temu, to więcej zdarzeń kończy się tragicznie – do końca czerwca zginęły w nich 93 osoby, czyli o 13,4% więcej niż przed rokiem.

- *Utrzymująca się duża liczba pracowników ulegających wypadkom przy pracy powinna skłonić przedsiębiorców nie tylko do przeglądu procedur bezpieczeństwa, ale również zwrócić ich uwagę na możliwość ochrony ubezpieczeniowej. Powinni bowiem pamiętać, że odpowiedzialność finansowa za uszczerbek pracownika na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku leży po ich stronie. Aby nie pokrywać ewentualnego odszkodowania z firmowej kasy, mogą skorzystać z polisy OC pracodawcy - tłumaczy w rozmowie z Brandscope Damian Andruszkiewicz, dyrektor Departamentu Ubezpieczeń Małych i Średnich Przedsiębiorstw Compensa TU. - Przeniesienie na ubezpieczyciela kosztów wypadku*

Każdego roku dochodzi w Polsce do kilkudziesięciu tysięcy wypadków przy pracy. Finansowe konsekwencje nieszczęśliwego wypadku pracownika ponosi właściciel firmy, w której poszkodowany był zatrudniony. Aby chronić się przed wypłatą odszkodowania z firmowej kasy, przedsiębiorcy mogą ubezpieczyć się w ramach polisy OC pracodawcy.

przy pracy to wygodne rozwiązanie z punktu widzenia pracownika, a dla przedsiębiorcy często po prostu jedyna możliwość zachowania stabilności finansowej firmy. Trzeba mieć świadomość, że odszkodowania po tego rodzaju zdarzeniach potrafią być bardzo wysokie i nietrudno wyobrazić sobie sytuację, że przekroczą możliwości budżetu przedsiębiorstwa. Zwłaszcza że w ostatnich latach zaszacowane kwoty są coraz wyższe.

Zawierając umowę ubezpieczenia, firma musi zweryfikować, jaki rodzaj wypadków jest objęty ochroną, a jakie typy zdarzeń są z niej wyłączone. Bardzo ważne jest też ustalenie sumy gwarancyjnej na odpowiednio wysokim poziomie. Jeśli po wypadku okaże się niewystarczająca, część odszkodowania będzie pokrywana z firmowego budżetu.

W świetle przepisów jako wypadek przy pracy klasyfikowane jest każde zdarzenie związane z pracą, które spowodowało uraz lub śmierć i miało miejsce w czasie wykonywania codziennych obowiązków lub dodatkowych poleceń przełożonego. W pojęciu tym mieszczą się również zdarzenia powstałe w drodze do miejsca pracy, jak również podczas odbywania szkoleń czy imprez firmowych. Do sytuacji nieobjętych kategorią wypadku przy pracy należą te spowodowane np. epilepsją lub inną chorobą niezwiązaną z wykonywaną pracą. Podobnie traktowane są wypadki, podczas których pracownik jest pod wpływem alkoholu, narkotyków lub środków psychotropowych.

Według raportu przygotowanego przez GUS 61% wszystkich wypadków powstaje wskutek nieprawidłowego zachowania pracownika, a w 15,5% przypadków za wypadek odpowiada niewłaściwy stan używanych przedmiotów lub nieodpowiednie posługiwanie się nimi. Najczęstszymi urazami są kontuzje kończyn górnych (43,3%) oraz dolnych (34,3%). Najwięcej poszkodowanych w pierwszej połowie 2017 r. odnotowano w branży przetwórstwa przemysłowego (12,1 tys.), na drugim miejscu znalazły się: handel i naprawa samochodów (5,3 tys.), opieka zdrowotna i pomoc społeczna (4,3 tys.) oraz transport i gospodarka magazynowa (3,2 tys.).



NOWY MIKS MARKETINGOWY

4C w ubezpieczeniach

Praktycznie każda osoba, która zetknęła się w swojej pracy zawodowej z marketingiem, sprzedażą czy rozwojem produktów – zna pojęcie 4P. Jest to narzędzie, które dobrze użyte pozwala na zaoferowanie klientom, w optymalny sposób, tego – czego oczekują.

Powołując się ponownie w swoim felietonie na człowieka – światowego marketingowca – Philipa Kotlera, opiszę nowy marketingowy miks – 4C. Może on stać się punktem odniesienia również dla branży ubezpieczeniowej.

Od 4P...

Zacznijmy od starej wersji narzędzia do zarządzania marketingiem, produktami i sprzedażą w organizacji. W skład 4P wchodzi:

Produkt (product) – powstaje po przeprowadzeniu odpowiednich badań nad konkretną grupą docelową potencjalnych klientów. Jest to pewnego rodzaju klasyka postępowania analityków rynkowych i marketingowców. W ubezpieczeniach jest nieco utrudniona, ponieważ pytanie klienta o jego ubezpieczeniowe potrzeby to trochę strzelanie „na ślepo”. Zazwyczaj konsument nie ma żadnych potrzeb ubezpieczeniowych. A to, że jednak powinien je mieć, to już zupełnie inna sprawa.

Cena (price) – cena ustalana jest zazwyczaj na bazie kosztów wytworzenia i planowanego zysku, wartości produktu dla klienta i otoczenia konkurencyjnego. W ubezpieczeniach jest podobnie, aczkolwiek są nieco inne składowe, tzn. zakładana uszkodowość, koszty akwizycji, koszty administracyjne

i planowana marża. Niestety ta ostatnia często nie jest uwzględniana ze względu na silną konkurencję na naszym rynku. Cena zazwyczaj jest raz ustalana i jest stała w pewnym okresie obecności produktu (usługi) na rynku.

Dystrybucja (place) – jeżeli wiemy, co chcemy sprzedawać i za ile, to musimy zastosować odpowiedni kanał dystrybucji. W modelu 4P jest to konkretny sposób dotarcia do określonego klienta. Jeżeli w jednej organizacji występują różne modele dotarcia do odbiorców, to zazwyczaj są one rozdzielne i niepowiązane ze sobą, a także celują w różne segmenty klientów.

Promocja (promotion) – zazwyczaj odbywa się poprzez korporacyjny rynkowy monolog. Oznacza to, że wykupuje się za miliony złotych programy promocji, przygotowuje reklamy, plakaty, spoty itp. i... można się cieszyć, że jesteśmy w otoczeniu widoczni. W ubezpieczeniach postępujemy podobnie.

Wbrew pozorom, prawidłowo opracowany na każdym swoim etapie, model 4P cały czas może być gwarantem stabilnego funkcjonowania na rynku. Pozwala on również nieco uwolnić się od polegania wyłącznie na strukturach sprzedażowych. Jeżeli bowiem wszystkie składowe 4P są prawidłowe, to sprzedaż

nie odgrywa kluczowej roli w całym procesie.

Jeżeli jednak chce się na rynku wyznaczać kierunki i trendy rozwojowe – to trzeba... zamienić literkę P na C.

...do 4C

W otoczeniu pełnym powiązań sieciowych, a także przy znacznym przyspieszeniu w procesach wytwórczych oraz decyzyjnych na rynkach, niezbędna jest ewolucja modelu 4P. Tak właśnie – poprzez obserwację otoczenia i rozwój poprzedniej wersji – powstało narzędzie 4C. W jego skład wchodzi:

Współtworzenie (co-creation) – współczesny miks marketingowy wymaga od firm umiejętności zwiększenia zaangażowania klienta. Praktycznie na każdym etapie tego modelu współpraca i współtworzenie są niezbędne. Produkt (ubezpieczenie) nie powstaje zatem w zaciszu biur – po zebraniu odpowiedniej ilości odpowiedzi respondentów na wcześniej wysłane ankiety. Teraz produkt tworzy się wraz z klientami, często w czasie rzeczywistym.

Waluta (currency) – nowy model inaczej podchodzi także do kwestii ceny. Nie jest ona raz ustalona i niezmienna. Musi

bowiem podążać za otoczeniem rynkowym i pewnego rodzaju bieżącym kontekstem popytowym. Dlatego czasami jest (może być) wyższa, innym razem (powinna być) niższa. Fluktuuje (jak waluta) wraz ze zmieniającymi się okolicznościami. Jako przykład można podać ciągle zmieniające się ceny lotów czy noclegów w hotelach. To ciekawe zagadnienia z perspektywy ubezpieczeń. Teoretycznie można sobie wyobrazić, że po ataku terrorystycznym czy katastrofie naturalnej – ceny polisa na danym rynku rosną. Ale przy innych okolicznościach, np. ogłoszeniu, że określona szczenionka eliminuje ryzyko zachorowania – cena za ubezpieczenie może chwilowo spaść.

Aktywizacja społeczności (communal activation) – aktywność otoczenia zastępuje kanały dystrybucji. Coraz więcej marek funkcjonuje jako platforma (rynek), na której spotykają się osoby i instytucje, które odpowiednio reprezentują na niej zarówno popyt jak i podaż. To niezwykle ciekawe zjawisko, ponieważ współcześnie można być bardzo bogatym, nie wytwarzając niczego poza miejscem do... wirtualnych spotkań sprzedawców i kupców. Niestety, chyba niezbyt szybko przyjdzie nam w ubezpieczeniach korzystać

z dobrodziejstw tego elementu nowoczesnego miks marketingowego. Warto jednak wspomnieć o rozwoju tzw. platform *friendsurance*, na których grupy osób same się organizują, żeby dostać lepszą ofertę ubezpieczeniową.

Rozmowa (conversation) – ostatni element 4C wypiera stary model promowania swojej marki i produktów (usług). Zamiast monologu – musi pojawić się zaangażowanie i głos odbiorców. Dialog z klientami jest niezwykle istotny dla zwiększenia ich lojalności, a także uzyskania tak pożądanego orędownictwa zewnętrznego marki (pisałem o nim w poprzednim felietonie). Czasy jednostronnej promocji powoli przeminęły. Ludzie ufają bardziej „swoim źródłom informacji”, a nie suchym przekazom wychodzącym od producentów.

Przejdźcie z 4P do 4C, które proponuje P. Kotler, z perspektywy ubezpieczeń jest potężnym wyzwaniem. O ile po wielu latach funkcjonowania 4P można sobie wyobrazić usługę ubezpieczeniową przeprowadzoną prawidłowo przez wszystkie składowe tego modelu (produkt, cena, dystrybucja i promocja) – to już z 4C (współtworzenie, waluta, aktywizacja społeczności i rozmowa) miałbym spory problem, nawet żeby podać wiarygodne przykłady. Ale właśnie dlatego okiełznanie modelu 4C może stanowić w najbliższych latach świetne wyzwanie dla ubezpieczycieli.

dr Filip Przydróżny

Felieton powstał na podstawie książki Marketing 4.0. Era Cyfrowa, autorstwa Philipa Kotlera, Hermawana Kartajaya, Iwana Setiawana, której przeczytanie zdecydowanie polecam.



INTERPRETACJA PODATKOWA

Kiedy ubezpieczenie zagraniczne pracownika jest przychodem?

Pracodawca wysyłający pracowników na zagraniczne delegacje służbowe powziął wątpliwość podatkową, o której wyjaśnienie zwrócił się do organu podatkowego. Co roku zawiera z ubezpieczycielem umowę ubezpieczenia delegowanych pracowników.

Ubezpieczenie obejmuje następujące zdarzenia: następstwa nieszczęśliwych wypadków, koszty leczenia oraz ubezpieczenie bagażu, przy czym ostatnie zdarzenie obejmuje pokrycie kosztów związanych z utratą sprzętu należącego do pracodawcy, zwrotu kosztów utraty prywatnych przedmiotów pracownika oraz kosztów związanych z zakupem niezbędnych w podróży przedmiotów użytku, związanych z opóźnieniem bagażu.

Polisa jest bezimienna, ponieważ nie wiadomo, którzy pracownicy zostaną delegowani. Ostateczne rozliczenie z ubezpieczycielem następuje po zamknięciu roku, zaś delegowani pracownicy nie mają wpływu na decyzję pracodawcy o ubezpieczeniu.

Wnioskodawca wskazał, że zobligowany jest wprost do poniesienia wydatków bądź refundacji wydatków związanych z kosztami leczenia za granicą na podstawie § 19 ust. 1 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 29 stycznia 2013 r. w sprawie należności przysługujących pracownikowi zatrudnionemu w państwowej lub samorządowej jednostce sfery budżetowej z tytułu podróży służbowej, dalej zwane

rozporządzeniem. Zgodnie z powołanym przepisem, w przypadku choroby powstałej podczas podróży zagranicznej, pracownikowi przysługuje zwrot udokumentowanych, niezbędnych kosztów leczenia za granicą. Gdy chodzi o nieszczęśliwe wypadki pracowników, których następstwem jest śmierć, wskazał, że pracodawca jest zobowiązany wprost na podstawie § 19 ust. 4 rozporządzenia do pokrycia kosztów transportu zwłok do kraju. Gdy chodzi o skutki NW, nie ma przepisu wprost obligującego pracodawcę do poniesienia wydatków z tym związanych, jednak jest subsydiarna odpowiedzialność pracodawcy za skutki tego typu zdarzeń. W przypadku śmierci pracownika w wypadku przy pracy, z roszczeniami wobec pracodawcy zmarłego mają prawo wystąpić także osoby jemu bliskie. Pracodawca zatem zabezpiecza się od ewentualnego poniesienia bliżej nieoznaczonych kosztów związanych z następstwami nieszczęśliwych wypadków swoich pracowników. Zdaniem wnioskodawcy, w opisanym powyżej stanie faktycznym, po stronie pracownika nie powstanie przychód opodatkowany podatkiem dochodowym od osób fizycznych.

Wobec obszernej argumentacji pracodawcy, organ podatkowy uznał po części jego stanowisko za prawidłowe, po części za nieprawidłowe. Przywołał przy tym wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 8 lipca 2014 r. sygn. akt K 7/13, według którego przychodem pracownika mogą być świadczenia, które: po pierwsze zostały spełnione za zgodą pracownika; po drugie spełnione zostały w jego interesie, a nie w interesie pracodawcy, i przyniosły mu korzyści w postaci powiększenia aktywów lub uniknięcia wydatku, który musiałby ponieść; po trzecie, korzyść ta jest wymierna i przypisana indywidualnemu pracownikowi. Zatem, w związku z ubezpieczeniem pracownika w zagranicznej podróży służbowej, jedynie równowartość składek zapłaconych przez wnioskodawcę tytułem sfinansowania ubezpieczenia obejmującego niezbędne koszty leczenia pracownika za granicą oraz kosztów transportu zwłok do kraju w razie zgonu pracownika za granicą, do których zwrotu byłby zobligowany stosownie do § 19 ww. rozporządzenia w sprawie należności przysługujących pracownikowi zatrudnionemu w państwowej lub samorządowej jednostce sfery

budżetowej z tytułu podróży służbowej, nie stanowi dla pracownika przychodu w rozumieniu ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.

Natomiast równowartość składek z tytułu wykupu przez wnioskodawcę dla pracownika ubezpieczenia w pozostałym zakresie, tj. ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków (innych niż wymienione w § 19 ust. 4 ww. rozporządzenia) oraz ubezpieczenia bagażu, stanowi przychód z tytułu nieodpłatnych świadczeń podlegający opodatkowaniu podatkiem dochodowym. Wartość tych składek opłaconych za pracownika wnioskodawca ma obowiązek doliczyć do przychodów pracownika oraz obliczyć i pobrać zaliczkę na podatek dochodowy od osób fizycznych, według zasad przewidzianych dla opodatkowania przychodów ze stosunku pracy, zgodnie z przepisami art. 31, 32 i 38 ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych. Tym samym stanowisko wnioskodawcy jest prawidłowe – w części dotyczącej kosztów leczenia za granicą, transportu zwłok do kraju w razie zgonu pracownika za granicą, natomiast nieprawidłowe – w pozostałym zakresie.

Organ zajmujący stanowisko w sprawie dodał również, że jego stanowisko odnosi się do ściśle określonej sytuacji faktycznej przedstawionej we wniosku i to na wnioskodawcy ciąży ryzyko związane z innym stanem faktycznym. Interpretacja indywidualna wywołuje skutki prawnopodatkowe tylko wtedy, gdy rzeczywisty stan faktyczny sprawy będącej przedmiotem interpretacji pokrywał się będzie ze stanem faktycznym.

Na podstawie interpretacji: 0114-KDIP3-3.4011.398.2017.2.1M.

Stawomir Dąblewski
dablewski@gmail.com



PRACA 50+

Gdzie te programy?

Na kilka tygodni przed końcem ub.r. media doniosły, że polscy pracodawcy przestają obawiać się zatrudniać osoby po pięćdziesiątce. Czyżby? Jak duży miałby zatem wtedy być sens np. przekwalifikowania zawodowego? Inne pytanie: czego stale potrzebują pracownicy 50+ na rynku zatrudnienia?

Od wielu lat w Polsce panował trend sięgania przez pracodawców po osoby młode. To one miały stanowić o sile i jakości firmy. Jednak wraz z rekordowo niskim poziomem bezrobocia, utrzymującą się emigracją zarobkową oraz malejącą podażą potrzebnych pracowników sytuacja się zmieniła i wciąż się zmienia. Jak bardzo?

Dane. Deficyty kandydatów rosną, a to wymusza na pracodawcach zmianę podejścia do zatrudnianych osób. Czy i jak mogą na tej sytuacji skorzystać pracownicy 50+?

Faktycznie: pod koniec 2017 r. dało się usłyszeć, że polskie firmy coraz chętniej sięgają po osoby po 50. roku życia. Na przykład z danych Work Service wyniknęło, że blisko 27% firm planuje zatrudnić pracowników w tej grupie wiekowej, a jednocześnie w ciągu półtora roku o 10 pp. zwiększył się odsetek firm, które mają w swojej załodze osoby 50+.

Zmiany widać było również w danych GUS dotyczących bezrobocia (według metodologii BAEL): w II kw. 2015 w grupie 55-64 wynosiło ono 5,3%, a obecnie to już 4.

Jak to było z junioryzacją? W takim otoczeniu firmy z pewnością zastanawiają się nad strukturą

wiekową swoich kadr. Może pozostawić ją *status quo*? Może warto mieć więcej pracowników starszych, a co wówczas z młodymi? Co bardziej ważne czy potrzebne u pracownika: doświadczenie, motywacja, zaangażowanie, zdrowie, lojalność, stabilizacja?

Stricte ekonomicznym, wymiernym aspektem tego wyboru między pokoleniem starszym a tym młodszym jest zjawisko junioryzacji kadr, czyli odmładzania struktury wiekowej w firmie. To polityka popularna zwłaszcza w USA, gdzie od kilku lat usilnie przekonuje się młodych, że praca w dużych korporacjach może być sposobem na życie, jakiego pragną millennialsi.

W poszukiwaniu oszczędności korporacje z Wall Street ograniczają liczbę stanowisk średniego szczebla i zastępują je armią młodych, którzy są o wiele tańsi niż bankierzy z długoletnim doświadczeniem. Dzięki takiej polityce, według danych J.P. Morgan, np. największym bankom udało się od 2009 r. obciążyć koszty zatrudnienia o 21%, redukując liczbę pracowników jedynie o 3% (m.in. z tego powodu międzynarodowe banki zaczęły oferować zatrudnionym szereg pozapłacowych benefitów, UBS oznajmia swoim pracownikom, że mają tygodniowo dwie

godziny w trakcie pracy do wykorzystania na załatwianie swoich prywatnych spraw, a jeszcze inni wprowadzają inne zwyczaje: płatne sabbaticale czy branie wolnego w piątkowy wieczór, jeśli w pracy nic wyjątkowego się nie dzieje.

Taka praktyka, głównie w Stanach Zjednoczonych i zachodniej Europie, ma ocieplić wizerunek banków jako pracodawców i przyciągnąć młodych. Czy podobną politykę zastosują polskie firmy i czeka nas junioryzacja rodzimego rynku pracy?

Póki co, jak można zauważyć, rynek ten zbyt dynamicznie, zbyt szybko ewoluje, zaś młodzi wciąż się dorabiają. Ich relacje z pokoleniem pracowników w podszycym wieku trzeba zaś określić wciąż jako obojętne (by nie rzec: konfliktowe).

Jak jest z tym przekwalifikowaniem? Obok tej swoistej pokoleniowej dyskusji w firmach wyłania się także jedno, konkretne wyzwanie dla kadry: do ilu lat pracować w danym zawodzie. Aktualne oblicze rynku podpowiada: jak najdłużej, ale czy naprawdę jest sens w przekwalifikowaniu się?

Decyzja o zmianie zawodu jest zawsze trudna bez względu na wiek. Jeżeli np. czujemy, że nie rozwijamy się zawodowo, pensja jest poniżej oczekiwań oraz

w perspektywie nie ma szans na awans, to kiedy, jak nie teraz? Obecny rynek pracy, jak widzimy, sprzyja kandydatom, natomiast pracodawcy są otwarci przede wszystkim na osoby, które chcą się uczyć i rozwijać.

Warto zawsze zacząć od analizy swojego potencjału, predyspozycji i własnych możliwości. Przy takiej okazji można skorzystać np. z pomocy doświadczonego doradcy zawodowego, który pomoże udzielić odpowiedzi na różne pytania i skonstruować ścieżkę kariery. Po takiej analizie można zacząć badać rynek pracy w obieranym kierunku. Warto również sprawdzić, czy wyobrażenia o wybranym zawodzie pokrywają się z rzeczywistością, pytając o doświadczenia osób, które już go wykonują.

Decyzję o zmianie zawodu często utrudniają wymagane przez pracodawców długoletnie doświadczenie. Kandydat powinien wtedy wyeksponować w CV lub liście motywacyjnym swoje zalety i pokazać, że brak długoletniego doświadczenia w danej dziedzinie może być bardziej atutem niż przeszkodą.

Dobrze jest przeanalizować, jak dotychczasowa wiedza i doświadczenia zawodowe mogą przysłużyć się na stanowisku, o które się ubiegamy. Podjęcie studiów

podyplomowych lub kursów specjalistycznych pomoże zdobyć wiedzę z nowego zakresu, ale również przekonać pracodawcę, że poważnie myślimy o swojej przyszłości.

Niezmiernie istotne w omawianym kontekście jest to, aby uwierzyć we własne możliwości. Pewność siebie to cecha przydatna podczas szukania pracy bez względu na wiek. Wytyczenie celu i stworzenie planu małych kroków pomogą nam odnieść sukces.

Dobrym pomysłem wydaje się poinformować o swoich planach najbliższą rodzinę i przygotować się – również finansowo – na różne scenariusze.

Potrzeba. Czas pokaże, jakie będą faktyczne wybory firm i pracowników. Kto rozwinię skrzydła? Czy nie aktywni zawodowo ludzie starsi wiekiem będą efektywnie wykorzystani? Ich liczba powinna się powoli nadal zmniejszać, ale oby jako wynik skutecznych kampanii czy programów aktywizacyjnych.

Póki co, zachodzące zmiany wydają się raczej efektem ogólnego niedoboru rąk do pracy. Dominują przy tym deklaracje firm, że doceniają dojrzałych pracowników, lecz czy i jak sprawnie pójdą za nimi konkretne czyny, działania?

Chodzi zaś raczej o niewiele. Nie ma jeszcze zbyt wielu programów skierowanych do tej grupy wiekowej, lecz nie o jakieś wyjątkowe fajerwerki tu idzie. Potrzeba świadczeń podstawowych – jak czytamy w różnych ankietach – typu dofinansowanie opieki medycznej, dostęp do kursów i zajęć doszkalających, możliwość pracy w niepełnym wymiarze godzin czy w końcu o bycie mentorem dla młodszych pracowników.

dr Marek Śliperski



ROZWIĄZANIA FINANSOWE DLA PRZECIĘTNEGO POLAKA

Oszczędzać czy może inwestować?

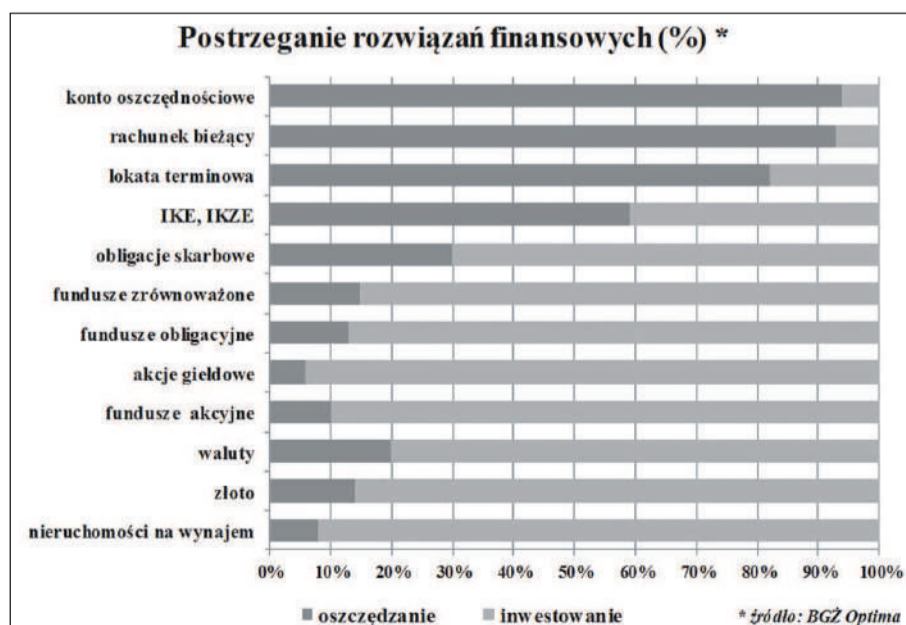
Chociaż jak wynika z raportu BGŻOptima oszczędności polskich gospodarstw domowych rosną i w połowie 2017 r. wyniosły już 1,3 bln zł, to jednak przeciętny Polak ma z oszczędzaniem problem. O ile już zacznie odkładać jakieś nadwyżki finansowe, to raczej robi to na krótko, wykorzystując do tego najmniej zyskowe instrumenty.

Z inwestowaniem pieniędzy jest już jednak większy kłopot, gdyż taka forma pomnażania środków kojarzy się z czymś trudnym, a na dodatek obciążonym dużym ryzykiem wahań czy wręcz strat.

Badanie przeprowadzone jesienią ubiegłego roku przez BGŻOptima „Polak Oszczędnym 2017. Dlaczego przechodzimy obojętnie obok zysków?” pokazuje, że z roku na rok Polacy oszczędzają coraz więcej. Swoje pieniądze, traktowane jako oszczędności, trzymają przede wszystkim w bankach – na rachunkach i lokatach. Znajduje się tam prawie 70% wszystkich środków, jakimi dysponują.

Aby czuć się bezpiecznie, badani wskazali posiadanie poduszki finansowej w wysokości średnio 69 zł. Jednak aż 3/4 ankieterów uważa, że w ich przypadku ta minimalna kwota, dająca poczucie bezpieczeństwa, to ok. 100 tys. zł. Aby jednak je łączyć, konieczne jest odkładanie tych środków, które nie są potrzebne na bieżące utrzymanie, jednak horyzont czasowy takiego oszczędzania to okres maksymalnie 1 roku. Według badań jedynie co trzeci Polak myśli o oszczędzaniu dłuższym – powyżej 3 lat.

Awersja do ryzykownych instrumentów finansowych sprawia, że inwestowanie



nie cieszy się takim uznaniem, jak „prosty” produkt otrzymany w banku. Na dodatek badani uważają, że ani nie mają odpowiedniej wiedzy i umiejętności do tego, by samodzielnie inwestować (52%), ani nie dysponują odpowiednimi pieniędzmi (39%). Co więcej, czasem sami nie są w stanie określić,

co w ich sytuacji jest oszczędzaniem, a co można już nazwać inwestycją.

Zapewnienie bezpieczeństwa posiadanych środków to podstawowy wybór aż 81% ankieterów, dlatego trudno się dziwić, że np. z funduszy inwestycyjnych korzysta tylko co dziesiąty Polak. Podobnie jest

z samodzielnym inwestowaniem na Giełdzie Papierów Wartościowych. – Gdy Polacy myślą o skutecznym inwestowaniu i pomnażaniu oszczędności, biorą pod uwagę zwykle te rozwiązania, które ze względu na wysoki próg wejścia dla większości z nich są nieosiągalne. Jest to np. zakup nieruchomości na wynajem lub inwestycja w antyki lub złoto. Jednocześnie tracimy z oczu wiele rozwiązań oferowanych przez rynek finansowy, które są bezpieczne i skutecznie pomnażają oszczędności, a przy tym są dostępne i płynne – uważa Piotr Marciniak, dyrektor zarządzający BGŻOptima.

Na razie więc przed instytucjami finansowymi wiele pracy, polegającej przede wszystkim na tym, aby pokazać zalety długoterminowych inwestycji. Bo tak naprawdę jedynie one mogą przynieść naprawdę wysokie zyski. A w przypadku planowania przyszłości finansowej wydają się wręcz konieczne, nie tylko w obszarze zysków, ale też odpowiedniej dywersyfikacji posiadanych pieniędzy. I choć jak słusznie wskazują badani, fundusze nie są wolne od ryzyka, to jednak, korzystając z dłuższego horyzontu czasowego, można je znacząco zmniejszyć. A przecież o to m.in. innymi chodzi.

Grzegorz Piotrowski
gpiotrowski@o2.pl



Ubezpieczenia w II Rzeczypospolitej

Ubezpieczenia na ziemiach polskich są obecne już 215 lat. Szczególnie interesującym okresem dla naszej branży, a niekiedy dobrze znanym, jest międzywojnie. Na rynek wydawniczy trafiła właśnie bardzo ciekawa albumowa publikacja, prezentująca towarzystwa ubezpieczeniowe działające w tym czasie. Na uwagę zasługują ilustracje - reprodukcje ówczesnych polis, akcji i innych dokumentów.

W książce przedstawiono 63 towarzystwa ubezpieczeniowe, działające w II Rzeczypospolitej Polskiej, w tym: 33 towarzystwa ubezpieczeniowe będące spółkami akcyjnymi, 15 towarzystw ubezpieczeń wzajemnych, 7 publicznych towarzystw ubezpieczeń, 7 zagranicznych towarzystw ubezpieczeniowych działających w II Rzeczypospolitej oraz 1 podmiot niebędący towarzystwem ubezpieczeniowym, prowadzący działalność ubezpieczeniową.

Omawiając poszczególne towarzystwa dokonano krótkiej charakterystyki ich działalności, w miarę możliwości zaprezentowano akcje przez nie emitowane oraz polisy ubezpieczeniowe.

Materiał ilustracyjny przedstawia 25 akcji, świadectw tymczasowych lub ułamkowych, 1 kwit udziałowy, 75 polis ubezpieczeniowych oraz 17 anonsów prasowych towarzystw ubezpieczeniowych z omawianego okresu.

Książka powstała przy istotnym wsparciu ilustracyjnym ze strony Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń, a szczególnie Renaty Zielńskiej-Misiura z Muzeum Ubezpieczeń w Krakowie.

Książka w formacie pomniejszonego A4 ma objętość 208 stron. Indeks nazwisk umieszczony w książce zawiera 794 pozycje.

Książkę można nabyć bezpośrednio u autora (kontakt: rufhus_xl@wp.pl) lub na portalu Allegro.

Cena: 192 zł.

O autorze. Michał Tomasz Wilczek (rocznik 1963), doktor nauk ekonomicznych, autor szeregu podręczników i kilkudziesięciu artykułów z zakresu problematyki inwestycyjnej i nieruchomościowej. Od wielu lat kolekcjonuje historyczne papiery wartościowe, w szczególności górnośląskie oraz banków polskich. Książka *Towarzystwa ubezpieczeniowe w II Rzeczypospolitej Polskiej* jest jego trzecią publikacją związaną z historycznymi papierami wartościowymi.

Towarzystwo Akcyjne Ubezpieczeń „Vita”

Towarzystwo zostało założone w 1909 r. Celem jego działalności były ubezpieczenia na życie i od nieuczynliwych wypadków. Siedziba Towarzystwa znajdowała się w Warszawie przy ul. Napoleona 3, następnie przy ul. Fiedły 5. Towarzystwo miało oddziały w Krakowie, Łodzi, Poznaniu, Gdziejcu, Wilnie i we Lwowie, a później również w Bydgoszczy i Katowicach. Kapitał zakładowy Towarzystwa wynosił 5 000 000 msp. Za 1909 r. wypłacono 3/4 dywidendy. W tym czasie w skład Rady Nadzorczej wchodził: Władysław Kiliński (prezes), Henryk Grolman (wiceprezes), Władysław Braunstein, Bohdan Broniewski, Antoni Gintowt, dr Marjan Gluski, Edward Homan, Wilhelm Horelicka, Józef Pfejfer, Kazimierz Schwede. Dyrektorem stanowił: inż. Edward Mirona (dyrektor naczelny) i Stefan Giełg (dyrektor). Na początku lat 20. XX w. Towarzystwo działało wspólnie z Towarzystwem Ubezpieczeń „Polonia”.

W 1924 r., po przezwyciężeniu, kapitał zakładowy Towarzystwa wynosił 200 t. Rezygnacja ze wspólnego zarządzania Towarzystwami „Vita” i „Polonia”, a także zakup tego drugiego przez Assicurazioni Generali, doprowadziły do podniesienia kapitału zakładowego Towarzystwa w 1927 r. do 1 000 000 t. W tym czasie Radę Nadzorczą tworzyli: Henryk Grolman, Władysław Braunstein, Wilhelm Horelicka, Zdzisław Rezman, Józef Stencel i dr Stanisław Sławiński. Dyrektorem stanowił: Stefan Giełg (dyrektor zarządzający) i Jan Rakiewicz-Zakowski.

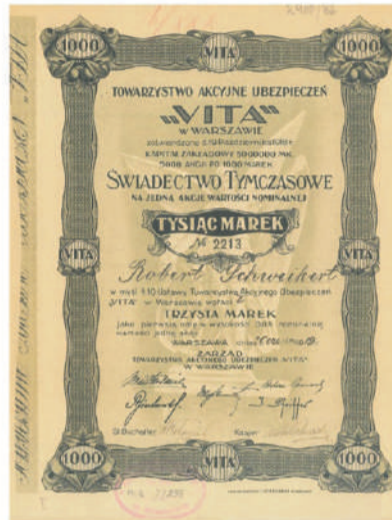
Kapitał zakładowy w 1929 r. podniesiono do 1 000 000 t. i podzielono na 20 000 akcji imiennych o nominalnej wartości 50 t.

Na początku lat 30. XX w. siedzibę Towarzystwa przeniesiono na ul. Janę 8 w Warszawie. W tym okresie Radę Nadzorczą stanowił: Wilhelm Horelicka, Zdzisław Rezman, dr Stanisław Sławiński, Paul Albert i dr Stanisław Włochowski, a skład dywidencji nie został się. Kapitał w 1930 r. wynosił 2 000 000 t. i podzielony był na 20 000 akcji o wartości nominalnej 100 t. 50% akcji Towarzystwa znajdowało się w rękach firmy Schweizerische Rückversicherungs-Gesellschaft z Zurichu.

W 1935 r. Towarzystwo Ubezpieczeń „Vita” SA połączyło się z Krakowskim Towarzystwem Wzajemnych Ubezpieczeń i przyjęło nazwę Towarzystwa Ubezpieczeń „Vita i Krakowia” SA.

Obrot Towarzystwa w wybranych latach:	Składki czelwone [t]	Składki wypłacone [t]
1928 r.	208 431	7
1927 r.	1 039 340	248 480
1926 r.	7 539 264	264 785
1925 r.	2 213 442	669 622

[9], [10], [11], [14], [16], [17]

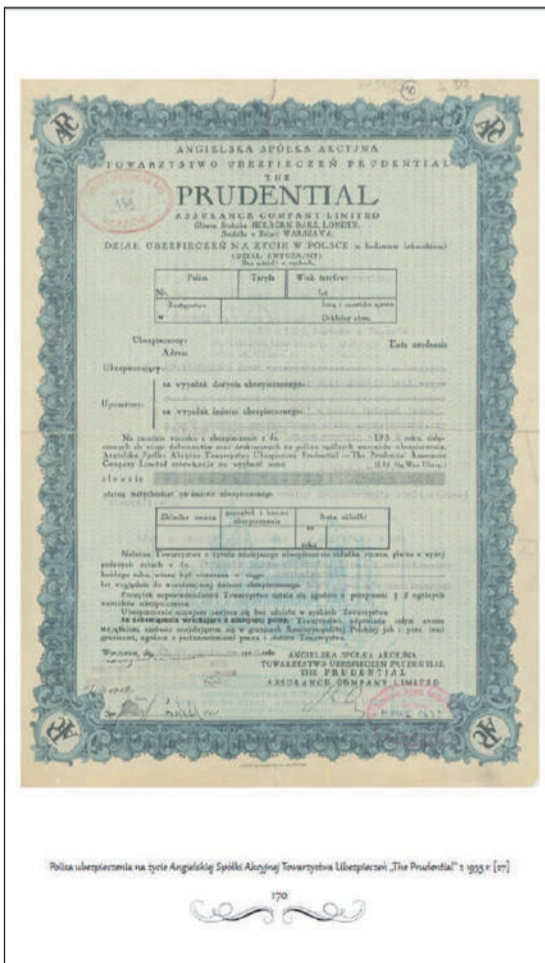


Świadectwo tymczasowe na jedną akcję Towarzystwa Akcyjnego Ubezpieczeń „Vita” o wartości nominalnej 1000 msp. z 22 stycznia 1921 r. [10]

Michał Tomasz Wilczek

Towarzystwa ubezpieczeniowe w II Rzeczypospolitej Polskiej

Mikolów-Kamionka 2018



Z MEDIÓW • Z MEDIÓW • Z MEDIÓW • Z MEDIÓW • Z MEDIÓW

PZU wszedł na rynek Lloyd's

Wiceprezes PZU SA Roger Hodgkiss powiedział, że ubezpieczyciel został udziałowcem w jednym z syndykatów Lloyd's - Argenta Holdings Limited - podał „Puls Biznesu” za PAP. Menedżer stwierdził, że to nie tylko prestiż dla PZU, ale także realizacja założeń strategii do 2020 r., zgodnie z którą PZU ma myśleć o klientach międzynarodowych.

- Rynek Lloyd's to maceknik światowego rynku ubezpieczeń korporacyjnych. Od ponad 320 lat zajmuje czołową pozycję w branży ubezpieczeniowej, przecierając szlaki i tworząc nowe formy ochrony dla szybko zmieniającego się świata. Każdego dnia ponad 50 czołowych firm ubezpieczeniowych oraz ponad 200 zarejestrowanych brokerów Lloyd's i ogólnosiwiatowa sieć ponad 4000 lokalnych coverholderów prowadzi swoją działalność i generuje biznes na rynku Lloyd's - tłumaczy Roger Hodgkiss.

Jak mówi, znaczna część kapitału dostępnego na rynku Lloyd's dostarczana jest na zasadzie subskrypcyjnej. - Czyli ubezpieczyciele Lloyd's, jak np. PZU Corporate Member, łączą się w syndykaty, których jest ponad 80, a te z kolei łączą się z sobą, aby ubezpieczyć ryzyka i programy - wyjaśnia Roger Hodgkiss. - Argenta Holdings Limited swoim profilem działalności - energetyka i duży majątek - jest zbliżona do profilu działalności PZU na rynku

ubezpieczeń korporacyjnych. Stąd wybór partnera był nieprzypadkowy. Nie sama inwestycja jest dla nas najważniejsza, ale perspektywy, uwiarygodnienie na rynkach międzynarodowych i prestiż, jaki niesie ze sobą certyfikat, jakim jest tytuł „member of Lloyd's”. Jak mówi, decyzja ta dla spółki oznacza ekspansję na rynkach zagranicznych. - Chcemy być widoczni i spełniać swoją misję nie tylko w kraju, ale również na rynkach ościennych - podkreśla. I dodaje, że Grupa PZU „powoli staje się graczem globalnym”.

- To ważne, aby na rynku ubezpieczeń korporacyjnych być także członkiem rynku Lloyd's. To nie tylko prestiż, ale również naturalna kolej rzeczy do tego, aby myśleć o dostępie do klientów międzynarodowych. To dla nas kamień milowy rozwoju - tłumaczy wiceprezes.

Wyjaśnia, że PZU zyska również m.in. dostęp do wiedzy i know-how najlepszych, m.in. inżynierów ryzyka, kontakty do zagranicznych, dużych brokerów, którzy mogą być w przyszłości łącznikiem do bezpośredniej współpracy z PZU międzynarodowych firm.

- Aby uzyskać „member of Lloyd's”, musimy przejść przez szczegółowy audyt Lloyd'sa. Taki tytuł to niczym dodatkowy rating dla firmy. Członkami rynku Lloyd's są największe grupy ubezpieczeniowe świata. Grupa PZU dołączyła do tego prestiżowego grona - podkreślił. („Puls Biznesu” z 20 grudnia 2018 r.)

PRZYGODY AGENTA





Zespół redakcyjny, od lewej: Ilona Twardowska, Anna Cichowicz, Robert Rutkowski, Aleksandra Wysocka, Artur Makowiecki, Bożena M. Dołęgowska-Wysocka, Mariola Niedbał oraz Katarzyna Sosnowska i Sławomir Okrzesik

WARTO PRZECZYTAĆ

Cezary Świerszcz i Piotr Kujawa, założyciele Bacca, opowiadają o planach innowacyjnych na 2018 r.: Nowe technologie wzmocnią rentowność	2	Rankomat.pl porównuje: Polscy narciarze często bez odpowiedniej polisy	14
Artur Makowiecki podsumowuje wydarzenia 2017 r. ...	4	Poradnik PZU: Gdy dziecko złamie nogę albo rękę	15
UOKiK ostrzega: Uwaga na piramidy	4	Artur Makowiecki omawia prace legislacyjne: Sejm przyjął ustawę o dystrybucji ubezpieczeń	17
Raport PIU po 3 kwartałach 2017 r.: Uefki i OC napędem rynku	6	Informator Kancelarii Prawnej Skarbiec: Kontrola podatkowa na życzenie	18
Raport PIU po 3 kwartałach 2017 r.: W majątkowym bancassurance dominują już umowy indywidualne	7	Cykl Piotra Kaczanowskiego Ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych - prawo i praktyka (4): Czasowe wycofanie pojazdu z ruchu	19
Prognozy eksperta ANG Spółdzielni, Michała Kwaska: Ubezpieczeniowe trendy 2018 roku	8	dr Filip Przydrożny przedstawia nowy miks marketingowy: 4C w ubezpieczeniach	20
Zdaniem ekspertów Sollers Consulting: Nowe prawo wymusi zmiany technologiczne w branży	8	dr Marek Śliperski o pracy 50+: Gdzie te programy?	21
Prezes PBUK, Mariusz Wichtowski, podsumowuje: Rok ważnych inicjatyw rynkowych	9	Biblioteczka agenta: Ubezpieczenia w II Rzeczpospolitej	22
Doman Regulski i Katarzyna Ruman przedstawiają ofertę UNIQA: Zmiany w pakietach komunikacyjnych ...	12		
Poradnik Superpolis: Zmiana opon na zimowe pozwoli uniknąć kłopotów	13	Numer zamknięto 20 grudnia 2017 r.	

Gazeta Ubezpieczeniowa
aktualności pismo środowisk ubezpieczeniowych i finansowych

REKLAMA

Chcesz dotrzeć ze swoją reklamą do osób z branży ubezpieczeniowo-finansowej? Dobrze trafiłeś! „Gazetę Ubezpieczeniową” czytają specjaliści z całego kraju:

- agenci
- pośrednicy
- doradcy finansowo-ubebezpieczeniowi
- brokerzy
- pracownicy zakładów ubezpieczeń (w tym kadra zarządzająca średniego i wyższego szczebla) oraz
- studenci kierunków ekonomicznych

Portal

www.gu.com.pl

odwiedza codziennie
około 4500 osób
zainteresowanych tematyką
ubebezpieczeń.

Oferujemy:

- tradycyjne i niekonwencjonalne reklamy w „Gazecie Ubezpieczeniowej”
- bannery na portalu www.gu.com.pl
- pakiety łączące tradycyjną reklamę z kampanią internetową
- patronaty medialne
- codzienny newsletter - 7600 unikalnych adresów

Masz pytania?

Chciałbyś otrzymać szczegółowy cennik?

Napisz: aleksandra.wysocka@gu.com.pl

lub zadzwoń: 501 278 916,

z serdecznymi pozdrowieniami

Aleksandra Emilia Wysocka
dyrektor ds. marketingu i rozwoju
„Gazety Ubezpieczeniowej”



W NASTĘPNYM NUMERZE

Miliard przypisu zdobyty

Rozmowa
z Agnieszką Wrońską,
prezesem LINK4



Agencja Wydawniczo-Promocyjna

OPOKA

Prezes:

dr Bożena M. Dołęgowska-Wysocka
tel. 22 628 26 31
bozena.wysocka@gu.com.pl

Adres redakcji:
ul. Bracka 3 lok. 4
00-501 Warszawa
tel./fax 22 696 21 60
redakcja@gu.com.pl

korzystamy ze zdjęć z serwisu:
rf123.com

zastępca redaktora naczelnego
dyrektor ds. marketingu i rozwoju
Aleksandra Emilia Wysocka
Tel. 501 278 916
aleksandra.wysocka@gu.com.pl

Gazeta Ubezpieczeniowa
aktualności pismo środowisk ubezpieczeniowych i finansowych

Redaktor naczelna: **Bożena M. Dołęgowska-Wysocka**,
bozena.wysocka@gu.com.pl, tel. 22 628 26 31

Sekretarz redakcji, redaktor działu zagranicznego:

Anna Cichowicz, anna.cichowicz@gu.com.pl, tel. 22 628 26 31

Redakcja językowa, korekta: **Mariola Niedbał**

Grafika i skład: **Robert Rutkowski**

Redakcja internetowa: **Sławomir Okrzesik**, slawomir.okrzesik@gu.com.pl,

Artur Makowiecki, news@gu.com.pl; **Mariusz Kamiński** - archiwum

Stale współpracują: **Sławomir Dąbrowski**, **Teresa Grabowska**, **Piotr Kaczanowski**,
Krzyszyna Krawczyk, **Adam Kubicki**, **Grzegorz Piotrowski**, **Jerzy Podlewski**, **Adam Polkowski**,
Filip Przydrożny, **Piotr Smyk**, **Marek Śliperski**, **Paweł Walczak**, **Zbigniew Żukowski**

Zamówienia i obsługa prenumeraty
Ilona Twardowska, tel. +48 666 399 566
ilona.twardowska@gu.com.pl

Zamówienia na prenumeratę przyjmują również jednostki kolportażowe RUCH SA, prywatni kolporterzy oraz urzędy pocztowe.

Druk: **Polska Press Sp. z o.o.** w Warszawie, Drukarnia Tarnobrzeg, ul. Mechaniczna 12.

Copyright by Agencja Wydawniczo-Promocyjna OPOKA. Publikacja jest chroniona przepisami prawa autorskiego. Wykonywanie kserokopii lub powielanie inną metodą oraz rozpowszechnianie bez zgody wydawcy w całości lub części jest zabronione i podlega odpowiedzialności karnej.

Redakcja zastrzega sobie prawo skracania i adiacji tekstów oraz zwrotu zamówionych materiałów, a niezatwierdzonych do druku. Materiałów niezamówionych nie zwracamy. Nie ponosimy odpowiedzialności za treść reklam zamieszczanych na łamach.

Zapraszamy.