

Agnieszka Jędrzejewska-Wnuk

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

KRYTERIA WARUNKUJĄCE KONKURENCYJNOŚĆ UMÓW DODATKOWYCH DOTYCZĄCYCH POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ OFEROWANYCH W RAMACH INDYWIDUALNYCH UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE

Streszczenie: Na polskim rynku indywidualnych ubezpieczeń na życie istnieje znaczna liczba umów dodatkowych dotyczących poważnych zachorowań. Umowy te charakteryzują się złożonością, na ich konkurencyjność ma bowiem wpływ co najmniej kilkanaście cech, co może stwarzać trudności w ich porównaniu i ostatecznym wyborze najatrakcyjniejszej oferty. W artykule przybliżono główne cechy jakościowe charakteryzujące umowy dodatkowe poważnych zachorowań zaliczane do grupy piątej działu pierwszego ubezpieczeń indywidualnych. Cechy te można uznać za kryteria wpływające na konkurencyjność danej umowy dodatkowej. W celu ich zaprezentowania dokonano analizy porównawczej ofert wybranych towarzystw ubezpieczeń na życie. Ponadto w osobnej części artykułu porównano wybrane oferty ubezpieczeń dotyczących poważnych zachorowań pod względem wysokości składki, która stanowi kryterium o znaczeniu szczególnym z punktu widzenia decyzji klienta dotyczącej zakupu.

Słowa kluczowe: poważne zachorowania, ubezpieczenia chorobowe, indywidualne ubezpieczenia na życie.

1. Wstęp

Umowy dotyczące poważnych zachorowań występujące na polskim rynku ubezpieczeniowym, oferowane jedynie w formie umowy dodatkowej (*rider*) do umowy ubezpieczenia na życie [Stroiński 2003, s. 271], stanowią niewątpliwie ważny element na rynku dobrowolnych ubezpieczeń w Polsce. Pomimo że ubezpieczenia dotyczące poważnych zachorowań są tylko dodatkiem (uzupełnieniem) do umowy głównej, należy zwrócić uwagę na ich bogatą ofertę oraz szeroką możliwość ochrony, jaką stwarzają potencjalnemu ubezpieczonemu. Na rynku brakuje jednak precyzyjnej i odpowiednio szczegółowej informacji na temat samej konstrukcji umowy, możliwości i ograniczeń, jakie z sobą niesie, oraz miarodajnego porównania, które ułatwiłoby klientowi dokonanie ostatecznego wyboru. A z punktu widzenia agenta ubezpieczeniowego/pośrednika/brokera brakuje wsparcia merytorycznego

służącego odpowiedniemu doborowi oferty w zależności od indywidualnych potrzeb klienta. Ponadto umowy dodatkowe oferowane w formie opcji zazwyczaj wyceniane są w ramach ogólnej oferty umowy głównej, a brak wyodrębnienia kosztów stanowi utrudnienie w analizie konkurencyjności oferty pod względem ceny produktu. Znaczne zróżnicowanie takich cech, jak: indywidualne określanie przez ubezpieczycieli długości okresów karencji oraz takich warunków umowy, jak minimalny i maksymalny wiek przystąpienia, długość trwania umowy dodatkowej (zgodnie z zasadą swobody umów) stanowi dla powszechnego odbiorcy materiał niemal nieporównywalny, nie dający się łatwo sklasyfikować i wyrangować. Ostatecznie utrudnia to podjęcie decyzji o wyborze najbardziej konkurencyjnego produktu.

Przedmiotem badań w niniejszym artykule są oferty krajowych towarzystw ubezpieczeń na życie w zakresie indywidualnych ubezpieczeń dotyczących poważnych zachorowań – zaliczanych do grupy piątej działu pierwszego ubezpieczeń na życie. Celem artykułu jest przybliżenie zasad konstrukcji umów oraz ich najbardziej charakterystycznych cech poprzez dokonanie ich analizy porównawczej, a także próba wskazania najatrakcyjniejszej oferty. Ponadto w artykule została podjęta próba porównania wysokości kosztów poszczególnych umów (produktów).

W części pierwszej artykułu dokonano selekcji towarzystw ubezpieczeniowych przyjętych do analizy. W drugiej przeanalizowano oferty wybranych towarzystw ubezpieczeniowych z punktu widzenia najistotniejszych jakościowych cech charakteryzujących umowy poważnych zachorowań zdefiniowanych w ogólnych warunkach ubezpieczeń, ze względu na które można dokonać uporządkowania oraz porównania pod kątem atrakcyjności i elastyczności oferty. Część trzecią stanowią przeprowadzone badania empiryczne. Podjęto próbę analizy porównawczej kosztu ubezpieczenia w ramach umów obejmujących ryzyko poważnych zachorowań według ofert wybranych towarzystw ubezpieczeniowych. Wysokość składek umów dodatkowych dotyczących poważnych zachorowań stanowi jedną z cech wpływających na konkurencyjność oferty w sposób szczególny. Kryterium ceny przypisuje się często charakter decydujący, dlatego w niniejszej analizie zostało potraktowane jako oddzielna część artykułu.

W artykule pominięto analizę zakresu katalogów chorób zawartych w ofertach, która została przedstawiona w odrębnej publikacji, i skoncentrowano się na technicznych aspektach (kryteriach) zapisanych w ogólnych warunkach ubezpieczeń oraz na poziomie składki jako czynniku o znaczeniu szczególnym.

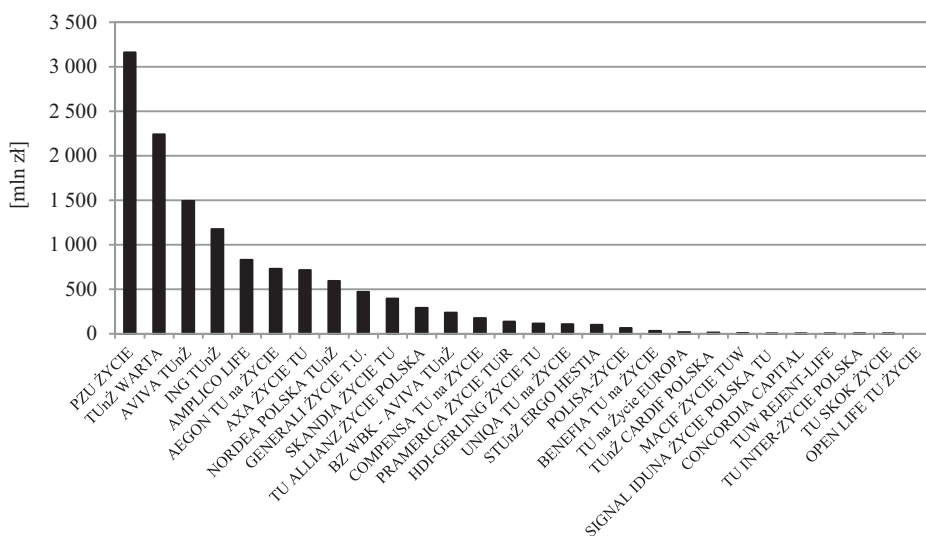
Badania empiryczne zostały przeprowadzone na podstawie danych zawartych w ofertach ubezpieczeń zebranych od agentów ubezpieczeniowych. Na koniec przedstawiono wnioski z przeprowadzonej analizy.

2. Wybór towarzystw przyjętych do analizy

Na polskim rynku ubezpieczeń funkcjonuje 28 towarzystw ubezpieczeń na życie [www.knf.gov.pl]. Ze względu na ich mnogość przyjęto, że analiza będzie dotyczyła

ofert 10 największych krajowych towarzystw ubezpieczeniowych, które prowadzą działalność w przedmiotowym zakresie. Jako kryterium klasyfikujące towarzystwa ubezpieczeń na życie przyjęto poziom składki przypisanej brutto w ubezpieczeniach działu I w 2011 r.

Według rys. 1, najwyższy poziom składki przypisanej brutto w 2011 r. osiągnęło PZU Życie z wynikiem 3132,4 mln zł, następnie miejsce zajęło TUnŻ Warta z przypisem 2241,4 mln zł, a kolejne Aviva TUnŻ z przypisem 1491,8 mln zł; następnie według wysokości przypisu były: ING TUnŻ, Amplico Life, Aegon TU na Życie, AXA Życie TU, Nordea Polska TUnŻ, Generali Życie, Skandia Życie. Ostatnie z wymienionych towarzystw ubezpieczeń na życie, mimo prowadzenia działalności w grupie piątej, nie posiada w ofercie typowej umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania. Z tego względu zostanie ono pominięte w analizie, a w jego miejsce zostanie przyjęte kolejne, 11. (zob. rys. 1) towarzystwo – TU Allianz Życie Polska, dla którego składka przypisana brutto w 2011 r. wyniosła 289,2 mln zł. Dziesiąte towarzystwo ujęte w analizie, TU Allianz, uzyskało przypis składki brutto na poziomie niespełna 1/10 przypisu lidera, tj. PZU Życie. Do analizy przyjęto wymienione powyżej towarzystwa.



Rys. 1. Składka przypisana brutto w ubezpieczeniach indywidualnych według zakładów ubezpieczeń w 2011 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych rocznych Komisji Nadzoru Finansowego [www.knf.gov.pl].

3. Podstawowe cechy charakteryzujące umowy poważnych zachorowań

W warunkach ogólnych ubezpieczeń dodatkowych dotyczących poważnych zachorowań można wskazać co najmniej kilka kryteriów, które mają kluczowe znaczenie z punktu widzenia atrakcyjności oferty. Kryteria te definiowane są dosyć swobodnie i indywidualnie, a przez to mają wpływ na ostateczną konkurencyjność oferty. Do najważniejszych można zaliczyć:

- karencje,
- wiek zawarcia umowy (minimalny oraz maksymalny),
- maksymalny czas trwania umowy,
- okres trwania umowy,
- liczbę wypłat świadczeń,
- warunki wypłaty świadczenia.

Dobór powyższych kryteriów (zob. tab. 1) miał charakter intuicyjny, wynikający z pytań najczęściej zadawanych przez klientów¹. Biorąc pod uwagę złożoność zapisów w ogólnych warunkach ubezpieczeń oraz ich wieloaspektowość, zapewne można by wyznaczyć równie liczną grupę dodatkowych kryteriów, które jednak z punktu widzenia decyzji klienta o wyborze oferty miałyby znaczenie drugorzędne.

Jednym z podstawowych kryteriów charakteryzujących umowę dodatkową jest warunek istnienia karencji oraz jej długość. Karencja to okres płacenia składek, który musi upłynąć, zanim powstanie prawo do świadczeń [Sobol (red.) 2002]. Mimo że towarzystwa ubezpieczeń stosują rygorystyczny *underwriting*², stosuje się ją dodatkowo ze względu na znaczne prawdopodobieństwo antyselekcji ryzyk. Towarzystwa ubezpieczeń oczekują, że w tym okresie powinny ujawnić się wszystkie lub większość chorób, które już istniały w chwili ubezpieczenia [Stroiński 2003, s. 272-273]. Na ogół (jak wynika z tab. 1) towarzystwa stosują 3-miesięczną karencję, zdarzają się jednak karencje półroczne, które stosuje Warta i Allianz. Istnieją także karencje dotyczące tylko wybranych ryzyk, jak w przypadku ING TUnŻ 3-miesięczna karencja na nowotwory. Jedynie w PZU Życie nie zastosowano, w analizowanej umowie ubezpieczenia, karencji dotyczących poważnych zachorowań.

Wśród kryteriów wyróżnionych w tab. 1 znajdują się takie, których spełnienie pozwala klientowi na zawarcie umowy ubezpieczenia. Zaliczamy do nich minimalny oraz maksymalny wiek zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia. W przypadku siedmiu towarzystw ubezpieczeniowych minimalny wiek zawarcia umowy ubezpieczenia został określony na poziomie ukończonych 18 lat, pozostałe trzy towarzystwa (ING TUnŻ, TUnŻ Warta, Generali Życie TU) określiły ten wiek na ukończone

¹ Wnioski na podstawie doświadczeń autorki artykułu zebrane w trakcie pracy w towarzystwie ubezpieczeń na życie.

² Oznacza całość czynności wykonywanych w celu oszacowania i zaakceptowania na odpowiednich warunkach ryzyka ubezpieczeniowego lub odrzucenia go [Śliwiński 2002, s. 101].

15 lat. W przypadku kryterium maksymalnego wieku zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia występuje zdecydowanie większe zróżnicowanie, maksymalny wiek waha się bowiem między 50 a 64 lata (nieukończone). Najlepiej w tym przypadku prezentuje się oferta AegonTU na Życie, Ampilco Life (64 lata), następnie PZU Życie (61 lat) oraz ING TUnŻ, Aviva TUnŻ (60 lat). Pozostałe towarzystwa oferują maksymalny wiek zawarcia nieprzekraczający 55 lat, przy czym najgorzej w tej klasyfikacji prezentuje się Nordea Polska TUnŻ (50 lat). Pod względem maksymalnego czasu trwania umowy ubezpieczenia, który jest kolejnym kryterium wyszczególnionym w tab. 1, można zaobserwować niemal dychotomiczny podział wartości, gdyż maksymalny wiek trwania umów przypada na 65 lat (w czterech przypadkach) lub 60 lat (w pięciu przypadkach). Wyjątek od tej reguły stanowi Nordea Polska TUnŻ, które przewiduje w warunkach ogólnych ubezpieczeń nieokreślony czas trwania umowy dodatkowej. Z punktu widzenia korzyści dla klienta, wiek minimalny powinien być jak najniższy, a maksymalny wiek zawarcia jak najwyższy, co wpływa na zwiększenie konkurencyjności oferty oraz zwiększa potencjalną grupę klientów, do których można skierować daną ofertę. Podobnie jak w przypadku maksymalnego wieku zawarcia umowy – maksymalny czas trwania umowy jest stymulantą, tzn. im wyższe wartości tej cechy, tym lepiej z punktu widzenia korzyści dla klienta, ma on możliwość bowiem korzystania z ochrony ubezpieczeniowej przez dłuższy czas.

Okres trwania umów dodatkowych dotyczących poważnych zachorowań waha się w przedziale od roku do pięciu lat. Okres trwania umowy jest okresem gwarantowanym, w którym towarzystwo ubezpieczeń nie może wypowiedzieć umowy ubezpieczenia, klient nabywa więc gwarancję ochrony przez określony z góry czas. Składając ofertę ubezpieczenia towarzystwu, klient wypełnia stosowny wniosek wraz z ankietą medyczną stanowiącą dla towarzystwa ubezpieczeń informację o faktycznym stanie zdrowia. Towarzystwo decydując się na przyjęcie oferenta do ubezpieczenia, jednocześnie przyjmuje na siebie określone ryzyko z tym związane. Nie dziwi więc fakt, że niektóre towarzystwa pozostawiają sobie możliwość nieprzedłużania umowy z klientem na kolejny okres. W większości analizowanych ofert (6) okres trwania umowy wynosił 5 lat, umowy jednoroczne proponowały towarzystwa Aegon TU na Życie, TU Allianz Życie Polska oraz pod pewnymi warunkami Aviva TUnŻ. Dokupienie umowy dodatkowej może mieć miejsce zazwyczaj w rocznicę lub miesięcznicę trwania polisy, niemniej jednak spotykane są umowy, które umożliwiają dokupienie umowy dodatkowej jedynie w trakcie zawierania umowy podstawowej, choć faktycznie stanowią one wyjątki na rynku. W praktyce każde z towarzystw ubezpieczeniowych indywidualnie definiuje możliwość dokupienia umowy dodatkowej, co zdecydowanie wpływa na elastyczność oferty towarzystwa. Zdecydowana większość towarzystw pozwala wybrać umowę dodatkową podczas kupowania umowy głównej oraz w rocznicę polisy, ale także w miesięcznicę, czyli praktycznie w dowolnym momencie.

Kolejną cechą charakterystyczną dla umów dotyczących poważnych zachorowań jest liczba wypłat świadczeń. Choć w katalogach zachorowań znajduje się od

kilkunastu do kilkadziesiątu ryzyk poważnych zachorowań, w praktyce po wypłacie świadczenia za jedno z tych ryzyk umowa dodatkowa wygasa, czyli ulega rozwiązaniu. Ma to miejsce w przypadku wszystkich towarzystw ubezpieczeniowych, poza jednym wyjątkiem, który stanowi umowa dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania oferowana przez ING Życie. W warunkach ogólnych ubezpieczeń TUnŻ ING wprowadza nowatorski zapis, który stwarza możliwość kontynuowania umowy dodatkowej, mimo wystąpienia poważnego zachorowania, oczywiście pod pewnymi warunkami. Ubezpieczyciel zastosował tutaj podział ryzyk na cztery grupy i w zależności od tego, do której z grup chorób zalicza się zdiagnozowane u ubezpieczonego zachorowanie, odpowiednie grupy zdefiniowane w art. 11 OWU [Ogólne Warunki Umowy dodatkowej...] podlegają wyłączeniu. Taka konstrukcja umowy umożliwia wypłatę świadczenia z maksymalnie trzech różnych zdarzeń ubezpieczeniowych. Jest to przykład nieco bardziej skomplikowanej konstrukcji umowy, która stwarza klientowi możliwość jej kontynuowania mimo zapadnięcia na jedno z poważnych zachorowań objętych zakresem ochrony ubezpieczeniowej.

Ostatnim z analizowanych kryteriów jest warunek wypłaty świadczenia, który określa, jak długi okres musi wystąpić między diagnozą potwierdzającą wystąpienie choroby a śmiercią. Zakłada się bowiem, że w przypadku umów dodatkowych osoba, która zapadła na jedną z chorób, musi przeżyć określony czas, aby świadczenie mogło zostać wypłacone. Wynika to z faktu, że nielogiczne byłoby, gdyby klient otrzymywał podwójne świadczenie (z tytułu umowy podstawowej oraz dodatkowej), gdyby zachorował na jedną z poważnych chorób i zmarł w niedługim czasie [Stroiński 2003, s. 272-273]. Sensem ubezpieczenia dodatkowego jest wypłata świadczenia osobie żywej, która jest ciężko chora, przy czym okres ten (na podstawie przeanalizowanych ogólnych warunków ubezpieczeń) wynosi w większości towarzystw 30 dni, choć występują wyjątki, np. w TUnŻ Warty (6 miesięcy) i AXA Życie (3 miesiące; zob. tab. 1). Przykładowo TUnŻ Warta w odniesieniu do umów dotyczących poważnego zachorowania definiuje w par. 7, ust. 6 OWU Indywidualnego Ubezpieczenia Terminowego na Życie, że: „jeżeli ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, a następnie w ciągu sześciu miesięcy od daty doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia nastąpi zgon ubezpieczonego, który pozostaje w związku przyczynowo – skutkowym z poważnym zachorowaniem, wówczas świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego, do którego wypłaty zobowiązany jest ubezpieczyciel, pomniejszane jest o kwotę świadczenia z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania wypłaconego przez ubezpieczyciela w sześciomiesięcznym okresie poprzedzającym zgon ubezpieczonego”. Ponadto drugi zapis, w par. 7, ust. 10 OWU, mówi, że „w przypadku, gdy zgon ubezpieczonego nastąpi w okresie przypadającym między dniem wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania a dniem upływu sześciu miesięcy od daty złożenia ubezpieczycielowi wniosku o świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania, ale przed dniem wypłaty świadczenia z tytułu poważnego

zachorowania, ubezpieczyciel nie wypłaca świadczenia z tytułu poważnego zachorowania, ale wypłaca wyłącznie świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego w pełnej wysokości osobie uprawnionej do tego świadczenia”. Podobny zapis odnośnie do wypłaty świadczenia z tytułu umowy dodatkowej ma towarzystwo AXA Życie, które w ramach ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania (POCU/08/09/01) w rozdz. II Świadczenie Ubezpieczeniowe, par. 9, pkt 1, informuje, że „prawo do świadczenia zostanie przyznane pod warunkiem, że ubezpieczony pozostał przy życiu przez okres co najmniej trzech miesięcy od daty wystąpienia poważnego zachorowania objętego przez ubezpieczyciela ochroną”. Podobny zapis stosuje Aviva TUnŻ, w par. 3, pkt 5 informując potencjalnego ubezpieczonego, że „świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku poważnego zachorowania ubezpieczonego nie zostanie wypłacone, jeżeli ubezpieczony zmarł w terminie trzydziestu dni od wystąpienia tego poważnego zachorowania”. Analogiczny zapis pojawia się także w warunkach ogólnych ubezpieczeń ING TUnŻ [Ogólne Warunki Umowy dodatkowej...], Amplico Life [OWU – Umowa dodatkowa...] oraz PZU Życie [Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia...], w których zdefiniowany jest okres 30-dniowy, zresztą przyjęty jako najpowszechniej stosowany. Analizując ogólne warunki ubezpieczeń, należy zwrócić uwagę na dział nazwany Ograniczeniami Odpowiedzialności Ubezpieczyciela, gdzie oprócz standardowych zapisów wyłączeń skutkujących brakiem wypłaty świadczenia, takich jak spożycie alkoholu, samouszkodzenie ciała, działania terrorystyczne, zbrojne lub wojenne, towarzystwa ubezpieczeniowe zamieszczają także specyficzne, zindywidualizowane zapisy zaprezentowane powyżej.

Opisane cechy umów dodatkowych charakterystyczne dla umów ubezpieczeń determinują ich ogólną atrakcyjność, co określane jest często przez towarzystwa ubezpieczeń jako elastyczność produktu, która w znacznym stopniu warunkuje ostateczną decyzję o zakupie umowy dodatkowej poważnego zachorowania. Warto wymienić tutaj jeszcze jedną istotną cechę wpływającą na ową elastyczność umowy, związaną z wyborem poziomu gwarantowanej sumy ubezpieczenia w umowie dodatkowej. W większości towarzystw wysokość ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umów dodatkowych jest zależna od tego, jaki poziom ochrony (sumę ubezpieczenia) z tytułu umowy głównej na wypadek śmierci zadeklaruje klient. Poziom ten nie może być niższy, niż wynika ze składki minimalnej, która jest z góry określona przez towarzystwa ubezpieczeń. Klient zazwyczaj może wybrać poziom ochrony z tytułu umowy dodatkowej spośród kilku wariantów, określonych jako procent głównej sumy ubezpieczenia. Najczęściej w ofertach występują warianty: 25, 30, 50, 75 lub 100% SU, jednakże nie wszystkie towarzystwa je oferują – większość umożliwia dwa lub trzy warianty (najczęściej 30 lub 50%). Na rynku znajdują się także oferty bardziej elastyczne, które pozwalają klientowi określić z pełną dowolnością gwarantowaną sumę ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania. Tak jest w ofercie ING TUnŻ, gdzie klient może wybrać dowolną sumę ubezpieczenia z zakresu 10 000-600 000 zł, która nie jest zdeteminowana uprzednim wyborem sumy ubezpieczenia

Tabela 1. Cechy charakterystyczne umów dodatkowych dotyczących poważnych zachorowań

	Karencje ¹	Minimalny wiek zawarcia (ukończone lata)	Maksymalny wiek zawarcia (nieukończone lata)	Maksymalny czas trwania	Okres trwania umowy	Ilość wypłat świadczeń	Warunek wypłaty świadczenia
1	2	3	4	5	6	7	8
Amplico Life	3 miesiące	18	64	65	5 lat	1 świadczenie	jeżeli ubezpieczony zostanie przy życiu co najmniej 30 dni od daty rozpoznania lub wystąpienia choroby
Aegon TU na Życie	90 dni ⁶	18	64	65	1 rok	1 świadczenie	przed upływem 20 dni od daty wystąpienia poważnego zachorowania
ING TUUnŻ	90 dni ²	15	60	65	5	maksymalnie 3, nie wygasa	świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli śmierć ubezpieczonego, będąca następstwem zdarzenia ubezpieczeniowego, nastąpi w terminie 30 dni od daty zajścia tego zdarzenia ⁵
TUUnŻ Warta	odpowiedzialność rozpoczyna się w pierwszym dniu miesiąca następującego po upływie 6 miesięcy od dnia zawarcia umowy dodatkowej	15	55	60	5	1 świadczenie	6 miesięcy ⁷
Axa Życie	3 miesiące	18	51	60	5 lat		prawo do ubezpieczenia zostanie przyznane pod warunkiem, że ubezpieczony pozostał przy życiu co najmniej 3 miesiące od daty wykonania zabiegu (przeszczep narządów, leczenie operacyjne naczyń wieńcowych) lub daty rozpoznania poważnego zachorowania
Aviva TUUnŻ	90 dni	18	60	60	1 do 2 ³	1 świadczenie	świadczenie ubezpieczeniowe w razie poważnego zachorowania nie zostanie wypłacone, jeżeli ubezpieczony zmarł w terminie 30 dni od wystąpienia tego poważnego zachorowania

1	2	3	4	5	6	7	8
PZU Życie	brak	18	61	65 lat	5 lat	1 świadczenie	prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli ubezpieczony zmarł przed upływem 30 dni od dnia rozpoznania choroby lub przeprowadzenia zabiegu albo zdarzenia je wywołującego
TU Allianz Życie	180 dni	18	54	60	1 rok z gwarancją przedłużania ⁴	1 świadczenie	zdarzenie przysługuje pod warunkiem, że ubezpieczony pozostaje przy życiu przez okres minimum 30 dni od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, tj. od daty pierwszej diagnozy choroby lub daty zabiegu operacyjnego
Generali Życie TU	90 dni	15	55	60	5 lat	1 świadczenie	świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli przed upływem 30 dni od daty rozpoznania choroby lub wykonania zabiegu operacyjnego nastąpi śmierć ubezpieczonego
Nordea Polska TUnŻ	3 miesiące	18	50	czas nieokreślony	czas nieokreślony	1 świadczenie	brak

¹ Długość okresu trwania karencji została zapisana tak, jak określa to dany ubezpieczyciel w OWU; ² Karencja dotyczy jedynie poważnych zachorowań, związanych z nowotworami; ³ Umowa może zostać przedłużona do dwóch lat w przypadku pierwszej umowy dodatkowej; ⁴ Gwarantowany okres przedłużenia umowy – okres wskazany w umowie ubezpieczenia, jednak nie dłuższy niż do rocznicy polisy przypadającej bezpośrednio przed ukończeniem przez ubezpieczonego 60 lat; ⁵ Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego: a) w przypadku przeszczepienia narządów; b) w przypadku zabiegu chirurgicznego polegającego na dokonaniu pomostu kowania ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządów; c) w przypadku zabiegu chirurgicznego polegającego na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego, angioplastyki naczyń wieńcowych, operacji zastawek serca, operacji aorty – dzień przeprowadzenia zabiegu; c) w pozostałych zdarzeniach ubezpieczeniowych – dzień postawienia przez lekarza diagnozy potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej z warunkami wskazanymi w opisie odpowiedniego zdarzenia ubezpieczeniowego; ⁶ W okresie 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo ponosi odpowiedzialność wyłącznie, jeżeli poważne zachorowanie było bezpośrednim następstwem nieszcześliwego wypadku; ⁷ Zob. par. 7, ust. 6 oraz par. 7, ust. 10 OW Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania, w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia – Indywidualne Ubezpieczenie Terminowe na Życie Platynowa Ochrona, zatwierdzonych uchwałą nr 51/2011 Zarządu TUnŻ Warta z dnia 15 marca 2011 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych zawartych w ogólnych warunkach umów towarzystw ubezpieczeń na życie.

z tytułu umowy głównej i nie obliuguje klienta do zakupu wysokiej sumy ubezpieczenia, jeżeli nie wynika to z jego potrzeb. W tym ubezpieczeniu można więc posiadać minimalną sumę ubezpieczenia z tytułu zgonu oraz znacznej wysokości sumę ubezpieczenia z tytułu poważnych zachorowań. Wybór ekstremalnie wysokich sum ubezpieczenia musi być jednak poparty faktycznymi potrzebami ubezpieczonego oraz możliwościami rozporządzalnych dochodów na ten cel. W praktyce zakłady ubezpieczeń oceniają ryzyko finansowe klienta tak, by nie dopuścić do nadubezpieczenia, które ostatecznie może wpływać na nietrwałość umowy lub mieć związek z hazardem moralnym ubezpieczonego [Monkiewicz (red.) 2001, s. 67].

Część towarzystw pozwala także na podwyższanie lub obniżanie zadeklarowanej sumy ubezpieczenia w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, przy czym w przypadku podwyższenia sumy klient musi liczyć się z możliwością dodatkowej oceny ryzyka lub umotywowaniem potrzeby podniesienia gwarantowanej sumy.

4. Cena jako istotny czynnik w podjęciu decyzji o zakupie

Cena wpływa na konkurencyjność oferty i stanowi jeden z najistotniejszych czynników przy podejmowaniu decyzji o zakupie danego produktu czy usługi. W ubezpieczeniach na życie cena produktu nie jest wprost określona w warunkach ogólnych ubezpieczeń, ponieważ jest wypadkową kilku czynników ryzyka. Zalicza się do nich m.in. wiek, płeć, ocenę stanu zdrowia, ocenę trybu życia i spędzania wolnego czasu oraz ryzyko finansowe. W przypadku umów dodatkowych ocena ryzyka ma charakter pogłębiony ze względu na fakt występowania możliwości antyselekcji [Stroiński 2003, s. 221-224]. Ponadto ubezpieczenia indywidualne wymagają selekcji ryzyka i kalkulacji składki zgodnie z zasadą proporcjonalności.

W przypadku umów poważnych zachorowań stanowiących uzupełnienie oferty przy umowach głównych, gdzie wybór umowy dodatkowej jest obligatoryjnie związany z zakupem umowy podstawowej, cena umowy dodatkowej może mieć nieco mniejsze znaczenie. Wynika to z faktu, że klient, podejmując decyzję o wyborze ubezpieczenia, w pierwszej kolejności analizuje parametry umowy podstawowej, w drugiej zaś dokonuje wyboru umów dodatkowych dedykowanych temu typowi ubezpieczenia. O drugorzędym znaczeniu ceny w przypadku zakupu umów dodatkowych może świadczyć także fakt, że nie są one obligatoryjne, a osoba ubezpieczona może dokonać ich wyboru w trakcie trwania umowy głównej ubezpieczenia, a więc przesunąć decyzję o zakupie w czasie. Podobnie łatwo klient może dokonać rezygnacji z umowy dodatkowej, która w odróżnieniu od umowy podstawowej nie ma długoletniego charakteru oraz pozostawia możliwość jej rozwiązania niezależnie od umowy głównej czy innych umów dodatkowych. Nie oznacza to jednak, że klient decydując się na wybór umowy dodatkowej, nie zwraca uwagi na cenę dodatkowego ryzyka, choć faktyczna możliwość porównania jej z ofertami innych towarzystw bywa w praktyce bardzo trudna ze względu na powyższe czynniki. Porównanie ofert poszczególnych towarzystw, które wyliczane są na podstawie zindywidualizowa-

nych postanowień ogólnych warunków, takich jak minimalna suma ubezpieczenia z tytułu umowy głównej, minimalna składka na umowie głównej oraz dodatkowej, progi procentowe warunkujące sumę ubezpieczenia poważnego zachorowania, ostatecznie uniemożliwiają przyjęcie identycznych założeń stwarzających możliwość porównania. W sporządzonych ofertach ubezpieczeń towarzystwa podają nierzadko ogólną wysokość składki całkowitej, która jest sumarycznym wynikiem wybranych przez klienta opcji ubezpieczenia, co utrudnia klientowi przeanalizowanie poszczególnych elementów oferty.

Przy dynamicznych zmianach na rynku ubezpieczeń, na którym coraz powszechniejsze stają się ubezpieczenia zdrowotne i chorobowe, klient będzie poszukiwać rozwiązań w sposób transparentny ukazujących poszczególne korzyści, a w szczególności wysokość składki, ale także inne jakościowe cechy tych produktów, przedstawione w drugiej części artykułu.

Składka ubezpieczeniowa to cena za usługę ubezpieczeniową świadczoną przez zakład ubezpieczeń. Cena stanowi jedynie kryterium wyboru, nie zaś kryterium oceny zakładu ubezpieczeń. Zbyt niska cena może oznaczać niski stopień dbałości o poziom świadczonych usług, a zbyt wysoka sugerować, że firma nastawiona jest przede wszystkim na zysk, jednak wcale tak być nie musi. Wszystko zależy od stosowanej przez zakłady ubezpieczeń polityki cenowej, charakteryzującej się pewną dowolnością [Sangowski (red.) 2000, s. 174-175].

Konkretna wysokość składek umów dodatkowych dotyczących poważnych zachorowań wynika z taryf składek, które na swoje potrzeby tworzą zakłady ubezpieczeń. Taryfa składek na ubezpieczenie ryzyka ciężkich chorób jest zbliżona w konstrukcji do taryfy za ubezpieczenia na wypadek śmierci oraz uwzględnia (oprócz innych czynników) przede wszystkim wiek i płeć ubezpieczonego. Zgodnie z art. 18a, ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej [Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej] „zakład ubezpieczeń może proporcjonalnie różnicować składki ubezpieczeniowe i świadczenia poszczególnych osób w przypadkach, w których zastosowanie kryterium płci jest czynnikiem decydującym w ocenie ryzyka opartego na odpowiednich i dokładnych danych aktuarialnych i statystycznych. Różnicowanie składek ubezpieczeniowych i świadczeń, o którym mowa w ust. 1, jest uzależnione od gromadzenia, podawania do publicznej wiadomości oraz uaktualniania przez zakład ubezpieczeń dokładnych danych uzasadniających zastosowanie kryterium płci jako decydującego czynnika aktuarialnego”.

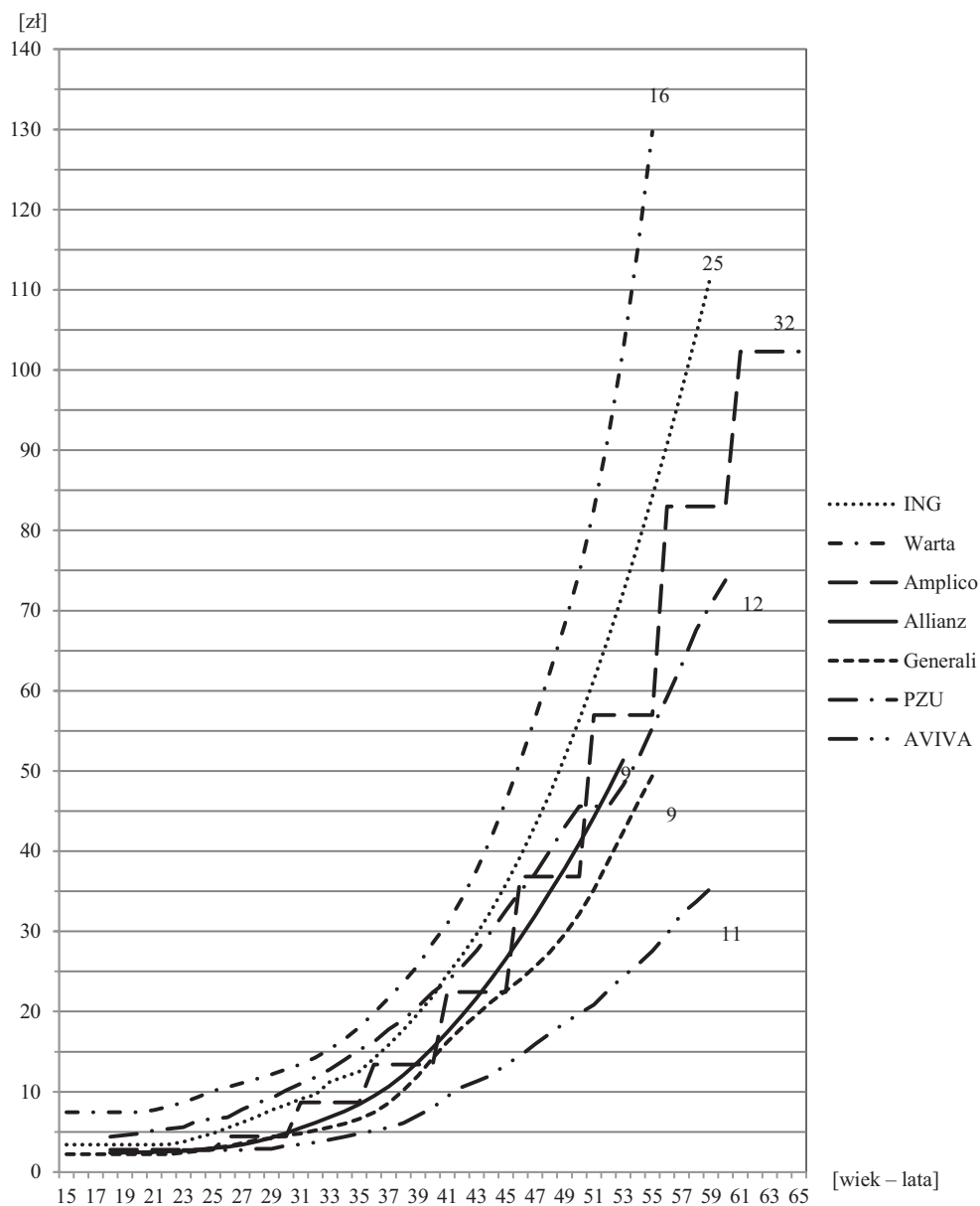
Zakłady ubezpieczeń realizują powyższe obowiązki informacyjne określone w art. 18a poprzez publikację danych m.in. na swoich stronach internetowych. Dla przykładu towarzystwo ubezpieczeń Nordea na portalu internetowym informuje, że różnicuje wysokość składek ubezpieczeniowych i świadczeń w zakresie ryzyka ciężkiego zachorowania. W przypadku tego ryzyka danymi uzasadniającymi zastosowanie kryterium płci jako decydującego czynnika aktuarialnego są statystyki dotyczące chorób przedstawione przez Główny Urząd Statystyczny w publikacji *Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r.* (tabl. IV/17, IV/18) oraz dane gromadzone przez

Nordea Polska Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA dotyczące poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych, które wystąpiły w przeszłości [Komunikat Zarządu Nordea Polska...]. Podobny komunikat publikuje także na swojej stronie internetowej AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA, informując, że różnicuje składki ubezpieczeniowe ze względu na płeć ubezpieczonego w indywidualnych umowach ubezpieczenia (w tym w umowach dodatkowych), których przedmiotem jest jego życie lub zdrowie. Uzasadnieniem dla zastosowania kryterium płci jako decydującego czynnika aktuarialnego przy ocenie ryzyk poważnego zachorowania są: biuletyn statystyczny Ministra Zdrowia (tabl. 1.6) oraz stan zdrowia ludności Polski (Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r., zob. tab. V.17, IV.18) [Komunikat AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA]. Towarzystwa ubezpieczeniowe różnicują składki dla kobiet i mężczyzn, czego potwierdzeniem są dane przedstawione na rys. 2 i 3. Wysokości składek różnią się od siebie w zależności od płci w przypadku większości towarzystw, tylko Amplico Life i TUnŻ Warta stosują składki ujednolicone.

Począwszy od 21 grudnia 2012 r., wejdą w życie wytyczne z 13 stycznia 2012 r. dotyczące stosowania dyrektywy Rady 2004/113/WE w odniesieniu do ubezpieczeń, w świetle wyroku Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej w sprawie C-236/09 (Test-Achats). Od tego dnia wszystkie firmy ubezpieczeniowe będą prawnie zobowiązane, aby przy obliczaniu składek i świadczeń ubezpieczeniowych stosować zasadę równości płci (tzw. uniseks). W nowych produktach uniseks nie będzie różnicy w wysokości składek pomiędzy produktami dedykowanymi mężczyznom i kobietom.

Artykuł 5 dyrektywy Rady 2004/113/WE z dnia 13 grudnia 2004 r. wprowadzającej w życie zasadę równego traktowania mężczyzn i kobiet w zakresie dostępu do towarów i usług oraz dostarczania towarów i usług reguluje użycie czynników aktuarialnych związanych z płcią do celów ubezpieczenia i innych związanych usług finansowych. Art. 5, ust. 1 stanowi, iż we wszystkich nowych umowach zawartych po dniu 21 grudnia 2007 r. użycie płci jako czynnika aktuarialnego w obliczaniu składek i świadczeń nie może powodować różnic w składkach i świadczeniach poszczególnych osób (zasada ta zwana jest dalej „zasadą równości płci”) [Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej]. Wszystkie państwa członkowskie Unii Europejskiej, w tym także Polska, zezwalają obecnie na różnicowanie płci w co najmniej jednym rodzaju ubezpieczeń. We wszystkich państwach członkowskich ubezpieczyciele są upoważnieni do użycia płci jako czynnika oceny ryzyka w dziedzinie ubezpieczeń na życie. Wyrok w sprawie Test-Achats będzie miał zatem konsekwencje zarówno dla Polski jak i dla wszystkich państw członkowskich [Wytyczne dotyczące stosowania dyrektywy Rady 2004/113/WE..., s. 1-11]. Zastosowanie zasady równości płci będzie dotyczyło jedynie nowych umów ubezpieczenia.

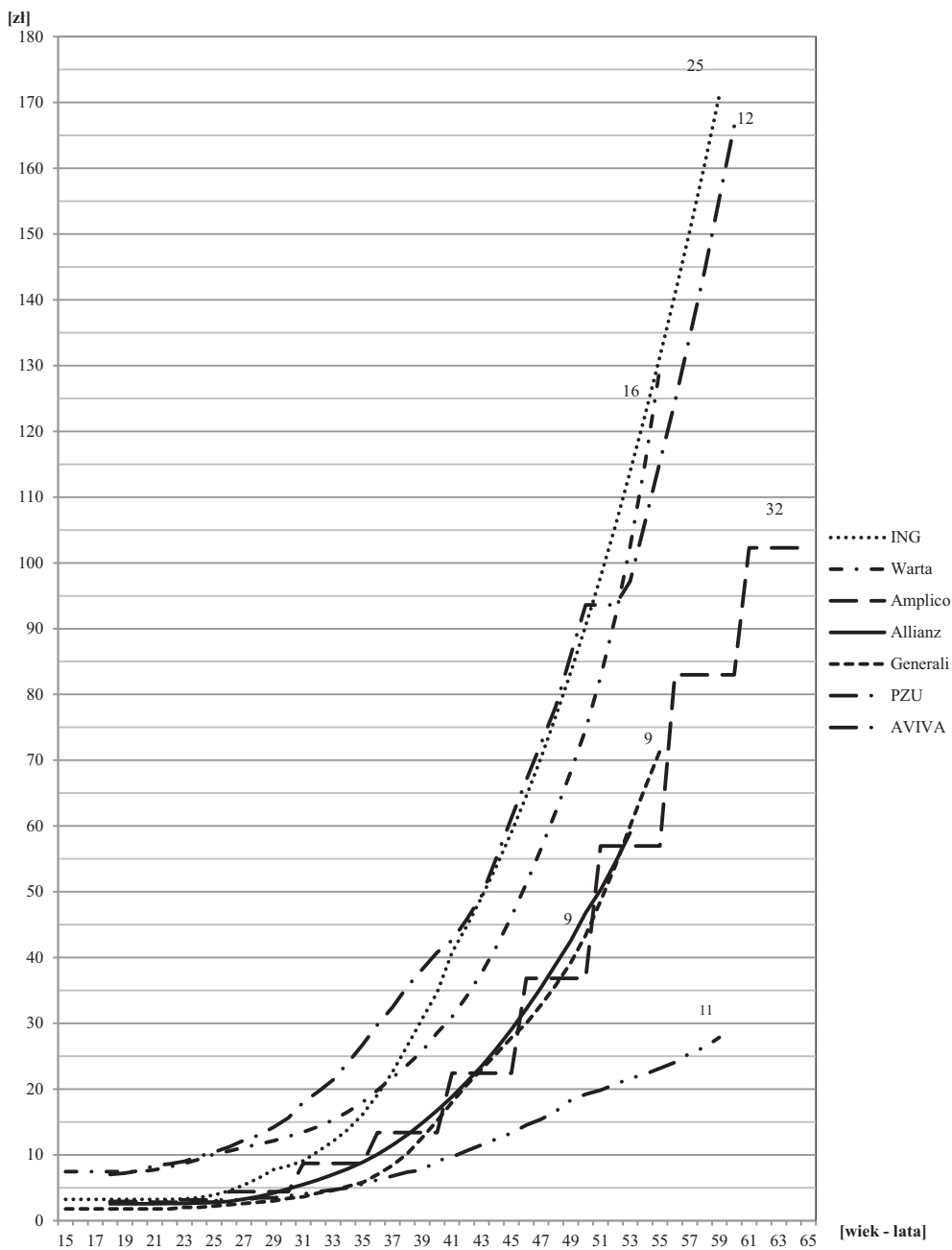
Na rysunkach 2 i 3 przedstawiono wysokości cen składek miesięcznych w zależności od wieku klienta przy założeniu stałej sumy ubezpieczenia 20 tys. zł. Można z nich wywnioskować, że istnieje znaczne zróżnicowanie poziomów cen pomiędzy poszczególnymi ofertami towarzystw, zarówno w przypadku mężczyzn, jak i kobiet.



Rys. 2. Wysokość składki w ujęciu miesięcznym według towarzystw ubezpieczeniowych, kobiety

Źródło: opracowanie własne na podstawie zgromadzonych danych.

Można też zaobserwować, że z wiekiem poziom cen składek miesięcznych rośnie, przy czym wzrost ten ma przebieg zbliżony do geometrycznego. W odniesieniu do kobiet i mężczyzn składka w najniższym przedziale wiekowym, tj. od 15 do 30



Rys. 3. Wysokość składki w ujęciu miesięcznym według towarzystw ubezpieczeniowych, mężczyźni

Źródło: opracowanie własne na podstawie zgromadzonych danych.

roku życia, rośnie stabilnie, co uwidacznia się poprzez łagodny wzrost krzywych na wykresie. Po 30. roku życia w przedziale 31-53 lata następuje przegięcie i niemal logarytmiczny wzrost składek, wprost proporcjonalny do wieku ubezpieczonego, co obrazują krzywe ostro podążające do góry.

W przypadku kobiet zakres zmienności wysokości składek dla poszczególnego wieku ubezpieczonego jest zdecydowanie mniejszy niż dla mężczyzn. Dla kobiet odchylenie standardowe wysokości składki dla wieku 18 lat wyniosło 1,9, a w kolejnych latach wzrastało do 24,8 dla wieku 53 lata. Dla mężczyzn w wieku 18 lat odchylenie standardowe wyniosło 2,3, i – podobnie jak w przypadku kobiet – rosło systematycznie z roku na rok, by osiągnąć wartość 32,6 dla wieku 53 lata. Świadczy to o zdecydowanie większym zróżnicowaniu cenowym w ramach ofert kierowanych do mężczyzn niż do kobiet, przy czym w obydwu wariantach rozproszenie, a zatem zakres zmienności cen rośnie wprost proporcjonalnie do wieku klienta.

Analizując wysokość składki, należy wziąć pod uwagę fakt, że oprócz wieku i płci na jej cenę wpływają także inne składowe, takie jak liczba ryzyk w ofercie. W celu skonfrontowania poziomu cen z zakresem analizowanych ofert na wykresach zaznaczono liczbę ryzyk znajdujących się w katalogach chorób. Zestawiając je z poziomem cen danego ubezpieczyciela, można wskazać oferty, które wyróżniają się na tle konkurencji pod względem stosunku ilości do ceny. Wskazanie to ma charakter uproszczony, ale jasno z niego wynika, że zarówno dla mężczyzn, jak i dla kobiet najtańsza oferta nie jest wcale najskromniejsza pod względem wachlarza ryzyk. Analogicznie też – najdroższa oferta nie jest tą, która proponuje najszerszą ochronę ubezpieczeniową.

W przypadku kobiet najniższą ofertę cenową w całym zakresie wieku posiada Aviva (11 ryzyk), następnie Generali, na trzecim miejscu znajdują się Amplico Life i TU Allianz Życie, z tym że pierwsze z tych nich prezentuje ofertę w formie przedziałów cenowych, o czym świadczy schodkowy wykres wysokości składki. Wykres ceny składki PZU Życie, oferujące do 40 roku życia drugą co do wysokości ofertę, po 40. roku życia obniża się względem konkurentów i cena składki w dalszych latach zaczyna kształtować się na poziomach zbliżonych do TU Allianz Życie i Amplico Life. Najwyższym poziomem składek charakteryzuje się oferta TUnŻ Warta (łącznie 16 poważnych zachorowań), a nieco niższy ma ING TUnŻ, który dodatkowo posiada w ofercie aż 25 poważnych zachorowań.

W wariantach dla mężczyzn (podobnie jak dla kobiet) najtańszą ofertę również posiada Aviva TUnŻ. Drugie miejsce zajmują trzy porównywalne oferty: Amplico Life (32 ryzyka), TU Allianz Życie (9) i Generali Życie (9). Na wykresie zaznacza się także grupa trzech ofert, które posiadają najwyższe poziomy: TUnŻ Warta (16), PZU Życie (15) i ING TUnŻ (25). Oferta PZU Życie dla mężczyzn nie jest tak konkurencyjna jak dla kobiet. Za to oferta Warty w przypadku mężczyzn wypada znacznie korzystniej. Może to wynikać ze wspomnianego wcześniej faktu, że Warta posiada ujednoczoną, a co za tym idzie – uśrednioną cenowo ofertę dla obu płci, która z oczywistych względów wypadnie gorzej w kategorii kobiet, ale za to lepiej w ka-

tegorii mężczyzn. Generalnie należy podkreślić, że oferty towarzystw skierowane do kobiet są tańsze niż kierowane do mężczyzn. Wynika to przede wszystkim ze statystyk zachorowalności na poszczególne choroby, co przekłada się jednoznacznie na konstrukcję współczynników taryfowych. W przedziale wiekowym 18-30 lat średnia składka miesięczna dla kobiet była przeciętnie o 10% niższa niż w przypadku mężczyzn. W kolejnych siedmiu latach (przedział wiekowy 31-37 lat) różnica ta wzrasta do 20%. W przedziale wiekowym 38-53 lata średnia składka w przypadku kobiet stanowi ok. 77% składki mężczyzn.

Zróznicowanie wysokości składki pomiędzy poszczególnymi towarzystwami jest tym większe, im wyższy jest wiek klienta, któremu można zaoferować ubezpieczenie przy stałej sumie ubezpieczenia. Tylko w Amplico Life i TUnŻ Warta składki dla kobiet i mężczyzn są identyczne.

Zapowiedziane w przepisach unijnych zmiany dotyczące zniesienia możliwości różnicowania składek przy użyciu płci jako czynnika aktuarialnego doprowadzą do zrównania wysokości składek wszystkich towarzystw ubezpieczeniowych na rynku polskim, jednak dużą niewiadomą pozostaje nowa ich wysokość.

Na rysunkach 2 i 3 przedstawiono wysokość miesięcznych składek poszczególnych towarzystw ubezpieczeniowych za umowy dotyczące poważnych zachorowań w zależności od wieku klienta (lata). Ponadto na wykresie krzywe opisano pod względem liczby poważnych zachorowań, w ramach umów dodatkowych oferowanych przez poszczególne towarzystwa.

5. Zakończenie

Umowy dotyczące poważnych zachorowań oraz ogólne warunki ubezpieczeń stanowiące ich integralną część tworzą złożoną, wielowymiarową konstrukcję, odnoszącą się do przepisów prawa (w tym głównie kodeksu cywilnego, ustawy ubezpieczeniowej) oraz matematyki aktuarialnej. W artykule przedstawiono umowy 10 wybranych towarzystw ubezpieczeniowych, dotyczące ubezpieczeń poważnych zachorowań. Poszczególne umowy zostały porównane wieloaspektowo, przyjmując do analizy ich najistotniejsze z punktu widzenia konkurencyjności cechy. Ze względu na złożoność konstrukcji ubezpieczeń chorobowych oraz wieloaspektowość analizy nie sposób jednoznacznie stwierdzić, która z nich prezentuje rozwiązanie najlepsze dla klienta. Jednak analizując oferty według określonych kryteriów, można wśród nich wskazać kilka wyróżniających się. Wybranie tylko jednej umowy jako najlepszej na podstawie stworzonego ostatecznego rankingu doprowadziłoby do spłaszczenia wyników analizy porównawczej przeprowadzonej w poszczególnych częściach artykułu, a proste, bezsporne wyłonienie najlepszej oferty wydaje się wręcz niemożliwe. Zatem decyzja klienta musi być oparta na analizie poszczególnych cech umów, a cena, choć stanowi niezmiernie istotny czynnik w podjęciu decyzji zakupu, nie powinna być ostatecznym i jedynym parametrem determinującym wybór określonej oferty. Z punktu widzenia faktycznych potrzeb ubezpieczeniowych klienta

i indywidualnych uwarunkowań (statusu finansowego, stanu zdrowotnego, wieku, płci, potrzeby ubezpieczenia się) niektóre cechy produktów mogą okazać się istotne i decydujące w podjęciu decyzji o zakupie lub wręcz całkowicie niewpływające na decyzję. Jak wynika z analizy porównawczej poziomów składek przeprowadzonej w części trzeciej artykułu, liczba chorób stanowiących zakres umów nie rośnie wraz z poziomem składki określonej przez zakłady ubezpieczeń. Jest to o tyle ważne z punktu widzenia klienta, że umowa zawierająca najszerszy wachlarz ryzyk nie jest jednocześnie najdroższą. Mało tego, jest ona zbliżona cenowo do ofert innych towarzystw, które w zamian proponują zdecydowanie mniej ryzyk (w granicach 9 – TU Allianz Życie i Generali Życie). Jest to cenna informacja dla klienta, który uwzględniając wyniki analizy, może oczekiwać najszerszej ochrony w konkurencyjnej cenie. Pamiętać należy jednak, że analiza porównawcza poziomu cen składek *versus* liczba oferowanych poważnych zachorowań stanowi jedynie uproszczony wynik wskazujący najlepszą ofertę pod względem cena/iłość. W ostatecznej analizie należałoby bowiem uwzględnić przedstawione w rozdziale drugim cechy umów, które dodatkowo wpływają na stopień ich atrakcyjności oraz tzw. elastyczność.

Podsumowując, w artykule ukazano, że istnieje wiele niezmiernie istotnych czynników (cech), które należy wziąć pod uwagę przed wyborem/zakupem umowy dodatkowej. Ponadto w zależności od indywidualnych potrzeb i oczekiwań ubezpieczonego poszczególne cechy mogą w różnym stopniu stanowić o atrakcyjności oferty. Ze względu na mnogość cech stanowiących o konkurencyjności poszczególnych umów ubezpieczeń dotyczących poważnych zachorowań, a także zróżnicowane wartości tych cech, stworzenie idealnego zestawienia jest trudne. Jednakże próba unaocznienia czynników składających się całościowo w umowę ubezpieczenia może przybliżyć kupującemu problematykę i pozwoli w sposób uporządkowany spojrzeć na jakże ważne i aktualne dziś zagadnienie, jakim jest ochrona na wypadek ciężkich chorób.

Literatura

- Aegon TU na Życie SA – Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania ubezpieczonego oraz Załącznik do Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia CI-OWU-0211, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa z dnia 14 lutego 2011 r. i mają zastosowanie do Umów Dodatkowych zawieranych od dnia 9 marca 2011 r.
- TU Allianz Życie Polska SA – Umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania, kod produktu DPZ.
- Amplico Life Pierwsze Polsko-Amerykańskie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Reasekuracji SA – Ogólne Warunki Ubezpieczenia – Umowa dodatkowa – ubezpieczenie na wypadek groźnych chorób (32), Warszawa, 30 kwietnia 2008 r.
- AVIVA TUnŻ SA – Ogólne Warunki Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia w razie Poważnego Zachorowania PZ/NPER/1/2007.
- AXA Życie – Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego POCU/08/09/01 zatwierdzone uchwałą zarządu AXA nr 1/22/07/2008 z dnia 22 lipca 2008 r. z późn. zm.

- Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2010, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia – Wydział Badań i Analiz oraz Współpracy Międzynarodowej, Warszawa 2010.
- Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej, Dz.U. L 373 z 21 grudnia 2004 r., www.eur-lex.eu.
- Generali Życie TU – Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania DD_FPP2.04.2009 przyjęte uchwałą Zarządu Towarzystwa Generali nr GL/1/1/3/2009 z dnia 6 kwietnia 2009 r.
- ING TUnŻ SA – Ogólne Warunki Umowy Dodatkowej Dotyczącej Poważnego Zachorowania OWU/CI34/2010 zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA uchwałą 34/2010 z dnia 20 maja 2010 r.
- Komunikat AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA, www.axa-polska.pl/oferta-indywidualna/o-nas/axa-w-polsce/zastrzezenia-prawne.
- Komunikat Zarządu Nordea Polska Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA, http://www.nordeapolska.pl/nordea_zycie/4361.htm.
- Monkiewicz J. (red.), *Podstawy ubezpieczeń, tom II – produkty*, Poltext, Warszawa 2001.
- Nordea Polska TUnŻ SA – Ogólne warunki ubezpieczenia na życie z opejami dodatkowymi „Nordea Multi Ochrona”.
- Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby CCIP 31, zatwierdzone przez Zarząd Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA uchwałą UZ/349/2007, z późn. zm.
- Ogólne Warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania OWU/CI34/2010, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA uchwałą 34/2010 z dnia 20 maja 2010 r.
- PZU Życie SA – Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby CCIP 31 zatwierdzone przez Zarząd Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA uchwałą UZ/349/2007 z późn. zm.
- Sangowski T. (red.), *Vademecum ubezpieczeń gospodarczych (pośrednika ubezpieczeniowego)*, Saga Printing, Poznań 2000.
- Sobol E. (red.), *Nowy słownik języka polskiego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002.
- Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r., Informacje i Opracowania Statystyczne, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2006, www.stat.gov.pl.
- Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r., Informacje i Opracowania Statystyczne, Główny Urząd Statystyczny 2011, www.stat.gov.pl.
- Stroiński E., *Ubezpieczenia na życie, teoria i praktyka*, Poltext, Warszawa 2003.
- Śliwiński A., *Ryzyko ubezpieczeniowe, taryfy – budowa i optymalizacja*, Poltext, Warszawa 2002.
- TUnŻ Warta SA – Ogólne Warunki Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie Terminowe na Życie Płatynowa Ochrona, w tym Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania zatwierdzone Uchwałą nr 51/2011 Zarządu TUnŻ „Warta” SA z dnia 15 marca 2011 r.
- Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, DzU 2010, nr 11, poz. 66.
- Wytyczne dotyczące stosowania dyrektywy Rady 2004/113/WE w odniesieniu o ubezpieczeń, w świetle wyroku Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej w sprawie C-236/09 (Test-Achats), DzU C 11 z 13 stycznia 2012 r., www.eur-lex.eu.

Źródło internetowe

www.knf.gov.pl.

BENCHMARKS FOR COMPETITIVENESS OF ADDITIONAL CRITICAL ILLNESSES CONTRACTS OFFERED IN THE INDIVIDUAL LIFE INSURANCE POLICIES

Summary: On the Polish market for individual life insurance policies there is a significant number of critical illness contracts. These contracts are characterized by complexity, as their competitiveness is affected by at least a dozen features, which might cause difficulties comparing them and then finally selecting the most attractive offer. The article focuses on the main quality features characterizing the additional critical illness contracts included in the fifth chapter of the first group of individual insurance. These features can be considered as criteria affecting the competitiveness of a given supplementary agreement. In order to present them, a comparative analysis of selected life insurance companies' offers was done. In addition, in a separate part of the article, we compared some critical illness contracts in terms of premium, which is the criterion of special importance from the point of view of the client's decision concerning the purchase.

Keywords: critical illness, health insurance, individual life insurance.