

## *Analiza porównawcza ubezpieczenia na wypadek ciężkich chorób w ofercie ubezpieczycieli krajowych*

Dorota MICHALAK<sup>1</sup>

*Uniwersytet Łódzki, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny*

*Streszczenie.* Zgodnie z raportem Polskiej Izby Ubezpieczeń, w strukturze składki przypisanej brutto według grup w dziale I (ubezpieczenia na życie), ubezpieczenia na wypadek wypadków i chorób w okresie od 2005 do 2015 zajmują trzecią pozycję (na pięć) i od 2014 r. ich udział rośnie. Zadaniem niniejszego artykułu jest porównanie zyskującego na popularności produktu towarzystw ubezpieczeniowych, jakim jest ubezpieczenie od ciężkich chorób. W tym celu przeprowadzono badanie porównawcze (benchmarking) wśród dziesięciu polskich towarzystw ubezpieczeniowych. Wynika z niego, że ubezpieczenia na wypadek ciężkiego zachorowania, zarówno w swym zakresie, jak i w swoich warunkach, znacznie się od siebie różnią. Duże wątpliwości budzi definiowanie zakresu ubezpieczeń od ciężkich chorób. Mimo, że definicje umowne są zazwyczaj postrzegane przez klientów jako zapisy porządkujące i drugorzędne, to właśnie ich regulacja często okazuje się istotna dla określenia zakresu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej. Dlatego też niezbędne jest, aby ich treść była wnikliwie oceniana i poddawana kontroli, a nawet konsultowana z lekarzem.

*Słowa kluczowe:* ubezpieczenie od chorób, ciężkie zachorowanie, benchmarking.

*Kody JEL:* G1.

### **1. Wstęp**

Zgodnie z raportem Polskiej Izby Ubezpieczeń (PIU), w strukturze składki przypisanej brutto według grupy w dziale I (ubezpieczenia na życie) ubezpieczenia na wypadek wypadków i chorób w okresie 2005–2015 zajmują trzecią pozycję (na pięć) i od 2014 r. ich udział rośnie (w 2015 r. w porównaniu z rokiem wyjściowym, tj. 2005 r., jest to wzrost o 3,3 p.p., a w odniesieniu do roku o najniższym udziale, czyli 2008 r., wzrost o 9,2 p.p.) [Polska Izba Ubezpieczeń 2015, s. 127]. W związku ze wzrastającą liczbą zachorowań, bogaceniem się społeczeństw oraz wzrastającą świadomością na temat poważnych zachorowań można spodziewać się wzrostu nabywanych ubezpieczeń. W przypadku nowotworów złośliwych liczba zachorowań

---

<sup>1</sup> Kontakt z autorem: Dorota Michalak, Uniwersytet Łódzki, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny, ul. Rewolucji 41/43, Łódź, Polska, e-mail: d.michalak@uni.lodz.pl.

w Polsce w ciągu ostatnich trzech dekad zwiększyła się ponad dwukrotnie, osiągając w 2013 r. ponad 156,5 tys. zachorowań, z czego około 78,2 tys. u mężczyzn i 70,3 tys. u kobiet [Wojciechowska, Didkowska 2017]. Liczba zgonów spowodowanych zawałem zmalała w latach 2010–2013 o 1,2 p.p., jednak w 2013 r. nadal była to przyczyna śmierci 39 tys. osób [GUS 2015, s. 346].

Zadaniem niniejszego artykułu jest porównanie zyskującego na popularności produktu towarzystw ubezpieczeniowych, jakim jest ubezpieczenie od ciężkich chorób. W tym celu przeprowadzono badanie porównawcze (benchmarking) wśród dziecięciu towarzystw ubezpieczeniowych oferujących ww. ubezpieczenie na polskim rynku (trzydzieści produktów, ponieważ Nationale Nederlanden w ofercie posiada więcej niż jeden rodzaj omawianego ubezpieczenia). W nazewnictwie towarzystw celowo pomija się słowo „życie”, gdyż analiza dotyczy działu I. W badaniu udział wzięły towarzystwa ubezpieczeniowe wybrane losowo z rocznego raportu składek przypisanych brutto w 2015 roku w dziale I Polskiej Izby Ubezpieczeniowej [Polska Izba Ubezpieczeń 2015]. Tekst artykułu powstał z wykorzystaniem materiałów źródłowych (OWU - Ogólne Warunki Ubezpieczeń). Ma on charakter czysto empiryczny i nie dokonuje rekonstrukcji konstrukcji ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania w oparciu o literaturę przedmiotu.

## 2. Badanie benchmarking

Benchmarking jest metodą zarządzania, którą można zdefiniować jako twórcze porównywanie się z najlepszymi. Metoda ta polega na uczeniu się od liderów w danej dziedzinie najlepszych praktyk, przy czym nie polega ona na kopiowaniu gotowych rozwiązań, lecz na naśladownictwie sposobów dojścia do nich. Ideą benchmarkingu jest poszukiwanie pomysłów poza podstawowym obszarem działalności i ustanowienie norm dla własnej organizacji poprzez twórcze naśladownictwo [Bogan, English 2010, s. 13-14]. Inna definicja benchmarkingu wskazuje na możliwość jego zastosowania jako instrumentu kształtującego procesy konkurencyjności. Definicja ta mówi, że benchmarking jest poszukiwaniem najefektywniejszych metod dla danej organizacji, pozwalających osiągnąć przewagę konkurencyjną. Uniwersalną i możliwą do zastosowania dla różnych przedsięwzięć benchmarkingowych jest definicja, która określa benchmarking jako metodę poszukiwania wzorcowych sposobów postępowania, umożliwiających osiągnięcie najlepszych wyników przez uczenie się od innych i wykorzystywanie ich doświadczenia [Borowiecki, Kwieciński 2003, s. 79]. Definicja ta podkreśla najważniejszy i niezbędny element benchmarkingu, tj. uczenie się. Należy zaznaczyć, że istotą benchmarkingu jest przede wszystkim identyfikacja najlepszych praktyk i ich twórcza adaptacja, co wyklucza możliwość zwykłego kopiowania. Istotne jest także zachowanie ciągłości procesu [Woźnicki 2008, s. 16–17]. Wśród bezpośrednich celów benchmarkingu wymienić należy lepszą identyfikację procesów, porównywanie się z innymi, identyfikację słabych i mocnych stron na tle wzorca, uczenie się od innych i doskonalenie praktyki działania. Wśród celów pośrednich wyróżniamy rozwój umiejętności zarząd-

czych, przewyciężenie niechęci do pomysłów powstających poza przedsiębiorstwem, zwiększenie satysfakcji klientów oraz osiągnięcie przewagi konkurencyjnej [Woźnicki 2008, s. 17].

Analizę porównawczą metodą benchmarkingu przeprowadzono w następujących etapach:

- określenie celu benchmarkingu,
- wybór wielkości porównawczych benchmarkingu,
- zebranie danych dotyczących ubezpieczeń od ciężkiego zachorowania,
- analiza danych.

Celem niniejszego benchmarkingu jest porównanie warunków ubezpieczeń na wypadek ciężkiego zachorowania, oferowanych przez wiodące, krajowe towarzystwa ubezpieczeniowe. W tabeli 1 zaprezentowano towarzystwa ubezpieczeniowe uwzględnione w badaniu oraz następujące zmienne porównawcze:

1. Liczba chorób wziętych pod uwagę w danym ubezpieczeniu.
2. Wysokość (procent) sumy ubezpieczenia wypłacanej w chwili wystąpienia ciężkiego zachorowania.
3. Warunki dodatkowe, które muszą być spełnione, aby świadczenie zostało wypłacone.
4. Możliwość zmiany sumy ubezpieczeniowej.
5. Moment wygaśnięcia umowy ubezpieczenia po wystąpieniu ciężkiego zachorowania.
6. Czas, od którego zaczyna obowiązywać ochrona ubezpieczeniowa po podpisaniu umowy – liczba dni obowiązującej karencji.
7. Możliwy czas trwania umowy ubezpieczenia.
8. Możliwy przedział wiekowy osoby ubezpieczonej.
9. Wypłata świadczenia w przypadku śmierci ubezpieczonego, będącą następstwem ciężkiego zachorowania.
10. Występujące udogodnienia dodatkowe.

Tabela 1. Analiza porównawcza

Zmienna porównawcza	Allianz	Aegon	Aviva
Rodzaj ubezpieczenia	Dodatkowe	Dodatkowe	Dodatkowe
Czas trwania umowy	Umowa 5-letnia z możliwością przedłużenia (przedłużenie automatyczne w przypadku braku pisemnego wypowiedzenia) [Allianz 2016, pkt 3].	Umowa 5-letnia z możliwością przedłużenia (przedłużenie automatyczne w przypadku braku pisemnego wypowiedzenia) [Aegon 2016, §5, pkt 1, §7].	Umowa na czas określony wskazany w umowie [Aviva 2016, §5, pkt 1].
Wiek ubezpieczonego	18-65 [Allianz 2016, §4, pkt 4].	18-61 (ubezpieczenie wypłacone do 65 lat) [Aegon 2016, §3].	18-66 [Aviva 2016, §4, pkt 3].
Karencja	90 dni [Allianz 2016, pkt 2].	90 dni, z wyłączeniem następstw nieszczęśliwego wypadku [Aegon 2016, §12, pkt 1].	90 dni, z wyłączeniem następstw nieszczęśliwego wypadku [Aviva 2016, §3, pkt 4].
Wysokość sumy ubezpieczenia	100% sumy ubezpieczenia na poważne zachorowanie [Allianz 2016, §3, pkt 3].	Ustalana na podstawie umowy podstawowej, określona w umowie ubezpieczeniowej [Aegon 2016, Klauzula 24 §6].	100% sumy ubezpieczenia na poważne zachorowanie [Aviva 2016, §2, pkt 3].
Zmiany sumy ubezpieczenia	Podwyższenie możliwe w każdej chwili w trakcie trwania umowy [Allianz 2016, §4, pkt 4].	Podwyższenie możliwe w przedłużonej umowie ubezpieczeniowej [Aegon 2016, §8, pkt 1].	Zmiany sumy ubezpieczenia możliwe przy przedłużeniu umowy dodatkowej [Aviva 2016, §6, pkt 2].
Liczba chorób	Wariant I-20, Wariant II-36 [Allianz 2016, Zał. 1].	Wariant I-10, Wariant II-30 [Aegon 2016, Załącznik - Katalog poważnych zachorowań].	40 [Aviva 2016, §12].
Moment wygaśnięcia umowy	Umowa nie wygasa po wypłacie świadczenia. Ubezpieczyciel jest zobowiązany wypłacić kolejne świadczenia, jeżeli nie dotyczą tej samej grupy chorób [Allianz 2016, §3, pkt 3].	Umowa wygasa po wypłaceniu sumy ubezpieczenia umowy dodatkowej [Aegon 2016, §17].	Umowa wygasa po wypłaceniu świadczenia [Aviva 2016, §10, pkt 2].
Śmierć w wyniku poważnego zachorowania	Świadczenie nie jest wypłacane (z umowy dodatkowej, poważnego zachorowania) jeżeli śmierć nastąpiła przed upływem 30 dni od momentu poważnego zachorowania [Allianz 2016, §3, pkt 1].	Świadczenie nie jest wypłacane, jeżeli śmierć nastąpiła przed upływem 20 dni od momentu poważnego zachorowania [Aegon 2016, §12, pkt 4].	Świadczenie nie jest wypłacane, jeżeli śmierć nastąpiła przed upływem 30 dni od momentu poważnego zachorowania [Aviva 2016, §3, pkt 5].
Warunki dodatkowe	Brak	Brak	Brak
Udogodnienia dodatkowe	Dostęp do klinik zagranicznych (limit do 100 tys. Euro) [Allianz 2016, Załącznik „Best doctors”].	Brak	Brak

Zmienna porównawcza	Concordia	Macif	Metlife
Rodzaj ubezpieczenia	Ubezpieczenie na życie	Dodatkowe	Dodatkowe
Czas trwania umowy	Umowa roczna lub długoterminowa-wielokrotność jednego roku [Concordia 2016, Klauzula 24 §3, pkt 1].	Umowa zawierana łącznie z umową podstawową na ten sam okres [Macif 2009, art. 2, pkt 3, 4]. Brak ograniczeń co do okresu trwania [Macif 2013, art. 4].	Ustalona przez umowę ubezpieczeniową [Metlife 2016, art. 9, pkt 1].
Wiek ubezpieczonego	18-60 (po ukończeniu 60 r.ż. ubezpieczenie z tytułu poważnego zachorowania jest ograniczone do 8 chorób, ubezpieczenie wypłacane do 65 r.ż.) [Concordia 2016, Klauzula 24 §6, pkt 2,3].	18-54 (ubezpieczenie wypłacane do 60 r.ż.) [Macif 2013, art. 2, pkt 5, art. 4].	18-65 [Metlife 2016, art. 9, pkt 7f].
Karencja	6 miesięcy [Concordia 2016, Klauzula 24 §2, pkt 2].	90 dni [Macif 2013, art. 2, pkt 6].	3 miesiące* [Metlife 2016, art. 4, pkt 1a].
Wysokość sumy ubezpieczenia	100% sumy ubezpieczenia na poważne zachorowanie, dodatkowo kobiety plus 50% - nowotwór szyjki macicy lub piersi, mężczyźni plus 50% - nowotwór gruczołu krokowego [Concordia 2016, Klauzula 24 §3, pkt 1-3].	Wielokrotność 25 tys. PLN, nie wyższa niż 100% sumy z umowy głównej. Wysokość świadczenia ustala umowa [Macif 2013, art. 2, pkt 7].	Określona na podstawie umowy podstawowej. Wielokrotność 25 tys. PLN, nie wyższa niż 100% sumy z umowy głównej [Metlife 2016, art. 1]
Zmiany sumy ubezpieczenia	Brak informacji w OWU.	Podwyższenie w każdym momencie trwania umowy [Macif 2013, art. 14, pkt 1,2].	Zmiany sumy ubezpieczenia mogą nastąpić tylko w rocznicę umowy ubezpieczenia dodatkowego [Metlife 2016, art. 4, pkt 2].
Liczba chorób	26 [Concordia 2016, klauzula 24 §1].	4 [Macif 2013, art. 1].	32 [Metlife 2016, art. 2].
Moment wygaśnięcia umowy	Umowa nie wygasa po wypłacie świadczenia. Kolejne ubezpieczenia mogą być wypłacane jeżeli nie dotyczą tej samej grupy chorób (wyłączone są także choroby z innej grupy, będące następstwem pierwszej choroby) [Concordia 2016, Klauzula 24 §6, pkt 1].	Umowa wygasa z chwilą wypłaty świadczenia [Macif 2013, art. 4, pkt 1].	Umowa wygasa po wypłaceniu świadczenia [Metlife 2016, art. 9, pkt 7c].
Śmierć w wyniku poważnego zachorowania	Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania nie jest wypłacane jeśli śmierć nastąpiła przed upływem 180 dni od poważnego zachorowania [Concordia 2016, Klauzula 24 §5].	Świadczenie nie jest wypłacane jeżeli śmierć nastąpiła przed upływem 30 dni od momentu poważnego zachorowania [Macif 2013, art. 5, pkt 2].	Świadczenie nie jest wypłacane jeżeli śmierć nastąpiła przed upływem 30 dni od momentu poważnego zachorowania [Metlife 2016, art. 4, pkt 1a].
Warunki dodatkowe	Profilaktyka [Concordia 2016, Klauzula 24 §3, pkt 5].	Brak	Brak
Udogodnienia dodatkowe	Brak	Brak	Brak

\* Jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe określone umową dodatkową miało miejsce w okresie karencji, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, pomniejszonej o składkę należną i niezapłaconą w terminie wymagalności.

Zmienna porównawcza	Nationale Nederlanden I	Nationale Nederlanden II	Nationale Nederlanden III i IV
Rodzaj ubezpieczenia	Dodatkowe	Dodatkowe	Dodatkowe
Czas trwania umowy	Umowa 5-letnia z możliwością przedłużania [Nationale Nederlanden 2016, art. 5, pkt 1].	Umowa 5-letnia z możliwością przedłużania (w przypadku zawarcia umowy w trakcie trwania umowy podstawowej do najbliższej 5 rocznicy umowy podstawowej) [Nationale Nederlanden 2015a, art. 3, pkt 1, art. 4].	Umowa 5-letnia z możliwością przedłużania (w przypadku zawarcia umowy w trakcie trwania umowy podstawowej do najbliższej 5 rocznicy umowy podstawowej) [Nationale Nederlanden 2015b, art. 3, pkt 1].
Wiek ubezpieczonego	18-61 (ubezpieczenie wypłacane do 65 r.ż.) [Nationale Nederlanden 2016, art. 5, pkt 2,3].	18-61(ubezpieczenie wypłacane do 65 r.ż.) [Nationale Nederlanden 2015a, art. 2 pkt 1, art. 3 pkt 2].	18-61(ubezpieczenie wypłacane do 65 r.ż.) [Nationale Nederlanden 2015b, art. 2, pkt 1,2].
Karencja	90 dni (jeżeli zdarzenie zajdzie przed upływem 90 dni ubezpieczyciel wypłaci równowartość opłaconych składek) [Nationale Nederlanden 2016, art. 12, pkt 6].	Określona jest przez umowę ubezpieczenia (nie wcześniej niż po opłaceniu składki) [Nationale Nederlanden 2015a, art. 3].	Określona jest przez umowę ubezpieczenia (nie wcześniej niż po opłaceniu składki) [Nationale Nederlanden 2015a, art. 3].
Wysokość sumy ubezpieczenia	100% sumy ubezpieczenia za poważne zachorowanie [Nationale Nederlanden 2016, art. 12, pkt 1].	100% sumy ubezpieczenia za pierwsze zachorowanie, 50% za kolejne dwa poważne zachorowania [Nationale Nederlanden 2015a, art. 5, pkt 1].	100-150% sumy ubezpieczenia [Nationale Nederlanden 2015b, art. 5].
Zmiany sumy ubezpieczenia	Zmiany sumy ubezpieczenia mogą nastąpić tylko w rocznicę umowy ubezpieczenia dodatkowego [Nationale Nederlanden 2016, art. 10, pkt 1].	Zmiany sumy ubezpieczenia mogą nastąpić tylko w rocznicę umowy ubezpieczenia dodatkowego [Nationale Nederlanden 2015a, art. 3, pkt 3].	Zmiany sumy ubezpieczenia mogą nastąpić tylko w rocznicę umowy ubezpieczenia dodatkowego [Nationale Nederlanden 2015b, art. 10, pkt 1].
Liczba chorób	10 [Nationale Nederlanden 2016, art. 2, pkt 2].	Wariant I-13, Wariant II-34 [Nationale Nederlanden 2015a, art. 2, pkt 3].	Wariant I-7(5), Wariant II-8(5), Wariant III-16(10) [Nationale Nederlanden 2015b, art. 2, pkt 2].
Moment wygaśnięcia umowy	Umowa nie wygasa po wypłacie świadczenia. Kolejne ubezpieczenia mogą być wypłacane jeżeli nie dotyczą tej samej grupy chorób [Nationale Nederlanden 2016, art. 12, pkt 2].	Umowa wygasa po wypłacie świadczenia za trzecią poważną chorobę [Nationale Nederlanden 2015a, art. 3, pkt 3].	Umowa wygasa z dniem wypłaty pieniędzy za diagnozę nowotworu złośliwego lub z dniem wypłaty 150% sumy ubezpieczenia w nieprzerwanym okresie ochrony (100% w przypadku gdy zalecone zostało leczenie paliatywne) [Nationale Nederlanden 2015b, art. 3, pkt 3].
Śmierć w wyniku poważnego zachorowania	W przypadku zgonu wypłacane jest świadczenie z tytułu zgonu [Nationale Nederlanden 2016, art. 13, pkt 5].	Świadczenie nie jest wypłacane jeżeli śmierć nastąpiła przed upływem 30 dni od momentu poważnego zachorowania [Nationale Nederlanden 2015a, art. 11, pkt 2].	W przypadku zgonu wypłacane jest świadczenie z tytułu zgonu [Nationale Nederlanden 2015b, art. 13, pkt 5].
Warunki dodatkowe	Brak	Brak	Brak
Udogodnienia dodatkowe	Brak	Brak	Brak

Zmienna porównawcza	Prudential	PZU	Warta
Rodzaj ubezpieczenia	Dodatkowe	Dodatkowe	Ubezpieczenie na życie
Czas trwania umowy	Umowa 5-letnia z możliwością przedłużenia (przedłużenie automatyczne w przypadku braku pisemnego wypowiedzenia) [Prudential 2016, §21, pkt 1 i 2].	Umowa 5-letnia z możliwością przedłużenia (przedłużenie automatyczne w przypadku braku pisemnego wypowiedzenia) [PZU 2014, §13].	Umowa 5-letnia z możliwością przedłużenia (w przypadku zawarcia umowy w trakcie trwania umowy podstawowej do najbliższej 5 rocznicy umowy podstawowej) [Warta 2016, §4, pkt 1].
Wiek ubezpieczonego	18-61 (ubezpieczenie wypłacane do 65 r.ż.) [Prudential 2016, §3, 5].	18-61 (ubezpieczenie wypłacane do 65 r.ż.) [PZU 2014, §8, 13].	18-60 (ubezpieczenie kończy się w najbliższą rocznicę polisy, przypadającą po 65 urodzinach ubezpieczonego) [Warta 2016, §4, pkt 6, 10].
Karencja	Określona jest przez umowę ubezpieczenia (nie wcześniej niż po opłaceniu składki) [Prudential 2016, §6, pkt 2].	Określona jest przez umowę ubezpieczenia (nie wcześniej niż po opłaceniu składki) [PZU 2014, §6, pkt 2, 3].	180 dni [Warta 2016, §5, pkt 2].
Wysokość sumy ubezpieczenia	Procent uzależniony od rodzaju choroby: 10% (10 chorób), 25% (2), 50% (2), 100% (14), 150% (26) [Prudential 2016, §10, pkt 1].	100% sumy ubezpieczenia aktualnej, w dniu jej wystąpienia [PZU 2014].	W zależności od stopnia zaawansowania choroby, rodzaju nowotworu oraz jednej z dwóch opcji ubezpieczenia, ubezpieczyciel wypłaca 10%, 35%, 40%, 100% sumy ubezpieczenia. Opcja ubezpieczenia Standard – maksymalna łączna suma ubezpieczenia 14%, opcja rozszerzona – 250% [Warta 2016, §7, pkt 2, 3].
Zmiany sumy ubezpieczenia	Podwyższenie sumy ubezpieczenia możliwe w dowolnym momencie trwania umowy [Prudential 2016, §7, pkt 2].	Podwyższenie sumy ubezpieczenia możliwe w dowolnym momencie trwania umowy [PZU 2014, §16, pkt 2].	Podwyższenie jest możliwe z obowiązującą karencją 180 dni, w rocznicę umowy ubezpieczenia [Warta 2016, §5, pkt 3, §11 pkt 1].
Liczba chorób	54 [Prudential 2016, Załącznik 1].	Wariant I-10, Wariant II-25 [PZU 2014, §4, pkt 2 i 3].	3 [Warta 2016, §3, pkt 2].
Moment wygaśnięcia umowy	Umowa wygasa po wypłaceniu świadczenia wynikającego z zachorowania na określoną chorobę (grupa 1 i 2 – wiążące się z wypłatą 150% sumy ubezpieczenia) [Prudential 2016, §6, pkt 2].	Umowa wygasa po wypłaceniu świadczenia [PZU 2014, §6, pkt 2, 3].	Umowa wygasa z dniem uznania świadczenia do wypłaty z tytułu rozpoznania nowotworu złośliwego [Warta 2016, §4, pkt 10, 11].
Śmierć w wyniku poważnego zachorowania	Brak informacji w OWU.	W przypadku śmierci ubezpieczonego świadczenie nie jest wypłacane [PZU 2014, §19, pkt 2].	W przypadku zgonu wypłacane jest świadczenie z tytułu zgonu (brak innych informacji w OWU) [Warta 2016, §7, pkt 1].
Warunki dodatkowe	Brak	Brak	Brak
Udogodnienia dodatkowe	Druga opinia medyczna [Prudential 2016, Załącznik 1].	Zagraniczna konsultacja medyczna [PZU 2014, Załącznik 3].	Druga opinia medyczna. „Assistance onkologiczny” [Warta 2016, §13].

Źródło: opracowanie własne, źródła podane w tabeli.

W większości badanych towarzystw ubezpieczeniowych ubezpieczenie na wypadek poważnego zachorowania jest ubezpieczeniem dodatkowym (opcjonalnym) do ubezpieczenia na życie. Tylko w Concordii i Warcie ubezpieczenie od chorób stanowi nieodłączną część ubezpieczenia na życie.

Umowa ww. ubezpieczenia we wszystkich towarzystwach zawierana jest na czas określony, najczęściej na okres pięciu lat oraz przedłużana automatycznie, jeżeli ubezpieczony nie złożył wniosku o wypowiedzenie umowy w terminie najpóźniej do 30 dni przed dniem zakończenia umowy i nie ukończył wieku wskazanego przez towarzystwo jako granicznego do zawarcia umowy ubezpieczeniowej (najczęściej do 61 r. ż. – 6 towarzystw, najwyższy wiek występuje w Aviva – do 66 r. ż., w Allianz i Metlife – do 65 r. ż., najniższy – w Macif do 54 r. ż.).

W towarzystwach takich jak Aviva, Macif, Metlife, Prudential i PZU umowa, i tym samym ochrona ubezpieczeniowa, wygasa z chwilą wypłacenia świadczenia. W Allianz, Concordia i w jednym z ubezpieczeń Nationale Nederlanden umowa nie wygasa w momencie wypłaty świadczenia, jednak kolejne wypłaty nie mogą dotyczyć tej samej choroby bądź grupy chorobowej. W kolejnym ubezpieczeniu Nationale Nederlanden umowa wygasa z dniem diagnozy nowotworu złośliwego lub z chwilą wypłaty 150% sumy ubezpieczenia (100% w przypadku, gdy zalecone zostało leczenie paliatywne). W Warcie jest to dzień uznania świadczenia do wypłaty z tytułu rozpoznania nowotworu złośliwego.

Kolejnym czynnikiem różniącym ubezpieczenia poważnego zachorowania poszczególnych towarzystw jest wypłata świadczenia w przypadku śmierci ubezpieczonego. Najczęściej świadczenie od ciężkiego zachorowania nie jest wypłacane, jeżeli śmierć nastąpiła przed upływem 30 dni od momentu poważnego zachorowania (Allianz, Aviva, Macif, Metlife, Nationale Nederlanden ubezpieczenie II, tabela 1) lub przed upływem 20 dni (Aegon) i 180 dni (Concordia). W Warcie i Nationale Nederlanden (ubezpieczenie „Ona” i „On”) wypłacane jest świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego, a nie danej choroby. Tylko w PZU w przypadku śmierci ubezpieczonego świadczenie nie jest wypłacane.

Ubezpieczenie od ciężkiego zachorowania oferowane przez Prudential dotyczy największej liczby chorób (54). Następna jest Aviva (40), Allianz (36) i Metlife (34). Towarzystwa ubezpieczeniowe Nationale Nederlanden i Warta mają produkty, których celem jest zabezpieczenie się na wypadek wystąpienia tylko nowotworu.

Podczas porównywania ofert ubezpieczycieli można wyodrębnić choroby, które stanowią klasyczny zakres ubezpieczenia. Obecnie tylko kilku ubezpieczycieli zachowuje sześcieelementowy, podstawowy katalog poważnych zachorowań, obejmujący – oprócz wymienionych (w niniejszym opracowaniu) schorzeń – również niewydolność nerek oraz przeszczep głównych narządów. Zakłady ubezpieczeń, formułując definicje wypadków ubezpieczeniowych na wypadek poważnego zachorowania, posiłkują się terminologią medyczną. Zestawienie świadczeń przysługujących ubezpieczonemu stanowi szczegółowy zakres ochrony ubezpieczeniowej, a także przejaw limitowania świadczenia, ponieważ jego wypłata zależy od bezstronnie postawionej diagnozy lekarskiej [Szczepańska 2008, s. 280].



Stosowanie przez ubezpieczycieli zróżnicowanych zapisów dotyczących definicji chorób funkcjonuje w ubezpieczeniach na wypadek ciężkiej choroby na podobnej zasadzie jak franszyza integralna w ubezpieczeniach majątkowych. Ubezpieczyciel, tworząc odpowiednio definicje poszczególnych zachorowań, może ograniczyć zakres zdarzeń objętych ochroną przez wyłączenie tych, którym nie chce przypisywać miana poważnego zachorowania, np. z powodu częstotliwości ich występowania [Więckowska 2006, s. 4-5].

Niestety w ogólnych warunkach ubezpieczeń od ciężkich chorób można zaobserwować formułowanie definicji umownych, prowadzących do zawężenia zbioru zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową oraz nieuwzględnianie w definicjach postępu medycyny, co w efekcie powoduje, że ochrona może stać się iluzoryczna. Takie działanie jest niezgodne z ideą umowy ubezpieczenia i znacznie osłabia realizację celu tej umowy [Gadomska-Orłowska 2011, s. 48].

Powyższe można zaobserwować analizując ubezpieczenia nastawione na nowotwór złośliwy. Przy definiowaniu nowotworu złośliwego ubezpieczyciele wykorzystują Międzynarodową Statystyczną Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10), wymieniając przy tym wszystkie rodzaje nowotworu (około 960 nowotworów) [Warta 2016]. Natomiast w ubezpieczeniach nienastawionych na nowotwór złośliwy przyjmuje się definicję nowotworu złośliwego, jako „rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych wykazujących cechy inwazji i destrukcji tkanek, potwierdzony badaniem histopatologicznym” [Allianz 2016, Załącznik 1] i wyłącza się z odpowiedzialności te same nowotwory, co w ubezpieczeniach niededykowanych jedynie nowotworom. Wyłączenia konkretnych rodzajów nowotworów są różne w zależności od towarzystwa ubezpieczeniowego, zazwyczaj dotyczą nowotworów skóry, z wyjątkiem czerniaka w stopniu zaawansowania wyższym niż IB w klasyfikacji TNM, nowotworów współistniejących z infekcją HIV oraz raka gruczołu krokowego w stopniu niższym niż T2N0M0 (wg klasyfikacji TNM). Na uwagę zasługuje fakt, że ubezpieczenia od ciężkiego zachorowania, oferowane przez pozostałe towarzystwa ubezpieczeniowe, również uwzględniają nowotwór złośliwy w podobnym zakresie. Główna różnica polega na stopniu zaawansowania choroby. Ubezpieczenia dedykowane nowotworowi złośliwemu uwzględniają stadium przedinwazyjne. W przypadku Warty brane są pod uwagę wszelkie nowotwory, również te w stadium przedinwazyjnym. Nationale Nederlanden oferuje trzy rodzaje ubezpieczenia na wypadek wystąpienia nowotworu złośliwego. Pierwsze ubezpieczenie ma zakres zbliżony do ubezpieczeń na wypadek poważnego zachorowania występujących u innych towarzystw ubezpieczeniowych, dwa pozostałe podzielone są ze względu na płeć. W tych dwóch ostatnich, w rodzajach ubezpieczenia w wariantcie rozszerzonym wymienione są rodzaje nowotworu złośliwego w stopniu przedinwazyjnymi i w zależności od produktu, czy jest to ubezpieczenie „Ona” czy „On”, dotyczą nowotworów mogących wystąpić u danej płci. Ubezpieczenie Prudential, mimo że nie jest dedykowane tylko nowotworowi złośliwemu, również dotyczy nowotworów złośliwych w fazie przedinwazyjnej, mogących wystąpić u kobiet.

W zależności od towarzystwa ubezpieczeniowego okres karencji wynosi albo 3 albo 6 miesięcy (z wyłączeniem Prudential, PZU i Nationale Nederlanden, w których karencja określona jest w umowie podstawowej ubezpieczenia). W Macif towarzystwo nie pobiera składek w trakcie karencji. Natomiast w Warcie, w okresie jej trwania ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za nowotwór złośliwy oka, pęcherza żółciowego, serca – w tych sytuacjach ubezpieczyciel wypłaca świadczenia w wysokości 10% sumy ubezpieczenia z tytułu nowotworu [Warta 2016, §5, pkt 2]. Większość towarzystw ubezpieczeniowych wypłaca 100% sumy ubezpieczenia, która jest ustalona albo w umowie podstawowej albo dodatkowej. Przedziały sumy ubezpieczenia, w zależności od rodzaju choroby, stadium zaawansowania i wariantu ubezpieczenia, występują w Prudential (od 10 do 250%), Warcie (10-250%) i Nationale Nederlanden (ubezpieczenie bez nowotworu 100-200%, ubezpieczenie nowotwór „On” i „Ona” 100-150%).

Spośród badanych towarzystw tylko Concordia posiada warunek dodatkowy wypłaty świadczenia, jakim jest profilaktyka [Concordia 2016, Klauzula 24 §3, pkt 4, 5]:

- u kobiet polega ona na przeprowadzaniu minimum jeden raz w roku odpowiednio: w przypadku nowotworu szyjki macicy – badań cytologicznych, w przypadku nowotworu piersi – badań ultrasonograficznych lub mammograficznych,
- u mężczyzn polega na przeprowadzaniu minimum jeden raz w roku badania polegającego na oznaczeniu zawartości „PSA” (ang. *Prostate Specific Antygen*) lub badania *per rectum* (badania palpacyjnego odbytu).

Wszystkie firmy zastrzegają sobie prawo do skierowania ubezpieczonego, na swój koszt, na dodatkowe badania, również te związane z pobytem w szpitalu.

W Allianz, Macif, Nationale Nederlanden i Prudential podwyższenie sumy ubezpieczeniowej może nastąpić w dowolnym momencie trwania ubezpieczenia. W zależności od towarzystwa mogą wystąpić różne, dodatkowe warunki, które muszą być spełnione, aby odszkodowanie zostało wypłacone:

- Allianz – z prawa do podwyższenia sumy ubezpieczenia można skorzystać w trakcie trwania umowy dodatkowej pod warunkiem złożenia przez ubezpieczonego oświadczenia i informacji o stanie zdrowia, wskazanych przez Allianz oraz doręczenia na żądanie towarzystwa wszelkiej dokumentacji (w tym medycznej) niezbędnej do oceny ryzyka, a także poddania się przez ubezpieczonego badaniom medycznym, jeżeli są one wymagane przez Allianz (z wyłączeniem badań genetycznych). Badania lekarskie są przeprowadzane przez lekarzy wyznaczonych przez Allianz i na jego koszt. Z prawa do obniżenia sumy ubezpieczenia można skorzystać nie wcześniej niż po 12 miesiącach od rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej [Allianz 2016, §3].
- Macif – jeżeli zmiana dotyczy podwyższenia sumy ubezpieczenia, towarzystwo zastrzega sobie prawo do skierowania ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Suma ubezpieczenia może być podwyższona bez przeprowadzania dodatkowych badań, jeżeli pierwsze podwyższenie sumy ubezpieczenia ma nastąpić po upływie 5 lat nieprzerwanego trwania umowy ubezpieczenia. Ko-

lejne podwyższenia sumy ubezpieczenia mogą następować w odstępach 5 lat nieprzerwanego trwania umowy ubezpieczenia. Podwyższenie sumy ubezpieczenia może nastąpić o kwotę nie mniejszą niż dziesięć tysięcy złotych lub jej wielokrotność, nie więcej jednakże niż o kwotę stanowiącą 10% ostatniej sumy ubezpieczenia.

- Nationale Nederlanden – ubezpieczony może być skierowany na dodatkowe badania lub poproszony o dodatkowe informacje na temat zdrowia (obniżenie sumy ubezpieczenia po upływie 2 lat trwania ochrony ubezpieczeniowej w każdym momencie).
- Prudential – podwyższenie może wystąpić po roku trwania ubezpieczenia, gdy ubezpieczony wstąpił w związek małżeński lub został rodzicem lub gdy ubezpieczony złożył wniosek o wpisie do księgi wieczystej nieruchomości, której jest właścicielem lub współwłaścicielem. Ubezpieczający może skorzystać z gwarantowanego podwyższenia sumy ubezpieczenia raz w całym okresie ubezpieczenia, dla każdego z wymienionych zdarzeń [Prudential 2016, §21, pkt 1 i 2].

Jak wskazują ogólne warunki ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania, w pozostałych towarzystwach zmiany sumy gwarantowanej mogą nastąpić w rocznicę zawarcia umowy, jednak towarzystwa zastrzegają sobie prawo odmowy. W Aviva i Aegon w trakcie trwania umowy nie można zmieniać sumy ubezpieczenia, może to nastąpić przy przedłużaniu umowy, a w OWU Concordia nie podano na ten temat informacji.

Niektóre towarzystwa ubezpieczeniowe w ubezpieczeniu od ciężkich chorób posiadają dodatkowe świadczenia, jakie ubezpieczyciel jest zobowiązany zapewnić ubezpieczonemu. W Allianz jest to dostęp do ponad 5000 zagranicznych szpitali, w tym w Europie (32 szpitali) i Stanach Zjednoczonych (5000 szpitali), wraz z pokryciem kosztów leczenia do 1 mln euro.

W Prudential, PZU i Warta dodatkowym udogodnieniem dla ubezpieczonego jest możliwość skorzystania z drugiej opinii medycznej (krajowej i zagranicznej) wraz z tłumaczeniem na język polski, jeżeli występuje taka konieczność. Druga opinia medyczna jest to wydana na piśmie opinia lekarza konsultanta, która oparta jest na analizie dokumentacji medycznej dotyczącej ubezpieczonego, w zakresie poprawności ustalonej diagnozy przez lekarza prowadzącego, podjętego leczenia oraz rokowania co do możliwości wyleczenia, w przypadku wyrażenia stosownej prośby ubezpieczonego we wniosku o wydanie drugiej opinii medycznej [Warta 2016, §2].

Dodatkowo w Warcie ubezpieczony może skorzystać z *Assistance onkologicznego*, który wiąże się z organizacją przez ubezpieczyciela transportu medycznego, dostawy leków, procesu rehabilitacyjnego wraz z pokryciem kosztów wizyt, wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego oraz jego dostawy, opieki pielęgniarskiej i domowej po hospitalizacji, pomocy psychologa, dostarczenia posiłków, zwrotem kosztów peruk lub protez [Warta 2016, §13].

### 3. Wnioski

Jak wynika z przeprowadzonego badania porównawczego ubezpieczenia na wypadek ciężkiego zachorowania, warunki tego rodzaju ubezpieczenia znacznie się od siebie różnią w zależności od towarzystwa. Z punktu widzenia konsumenta najmniej korzystną ofertę posiada Concordia, ponieważ aby świadczenie było wypłacane, ubezpieczony musi poddawać się corocznym badaniom profilaktycznym, co budzi wątpliwości, biorąc choćby pod uwagę częstotliwość wydawanych przez lekarzy NFZ skierowań na wymienione badania (np. dla kobiet badanie cytologiczne z reguły raz na 2 lata). Ponadto powyższą ocenę można argumentować również długą karencją ubezpieczenia, małą liczbą chorób oraz faktem, że ubezpieczenie jest wypłacane z tytułu poważnego zachorowania, pod warunkiem przeżycia 180 dni. Wyróżniające się produkty to ubezpieczenie Prudential (największa liczba ujętych chorób, dostępna druga opinia medyczna, ubezpieczenie wygasa po wypłacie 150% sumy ubezpieczenia), Allianz (duża liczba chorób, inne warunki zbliżone do pozostałych towarzystw oraz – jako jedyni – dostęp do zagranicznych klinik – na usługę „*Best doctors*”) oraz tzw. ubezpieczenie rakowe Warty (rak złośliwy również w stadium przedinwazyjnym, druga opinia medyczna oraz usługa „*Assistance onkologiczne*”).

Duże wątpliwości budzi definiowanie zakresu ubezpieczeń od groźnych chorób. Mimo że definicje umowne są zazwyczaj postrzegane przez klientów jako zapisy porządkujące i drugorzędne, to właśnie ich regulacja często okazuje się istotna dla określenia zakresu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, czyli kluczowego dla ubezpieczonego aspektu umowy ubezpieczenia. Dlatego też niezbędne jest, aby ich treść była wnikliwie oceniana i poddawana kontroli, a nawet konsultowana z lekarzem [Gadomska-Orłowska 2011, s. 50].

### Bibliografia

- Aegon, 2016, *OWU na wypadek poważnego zachorowania ubezpieczonego*, 1.01.2016.
- Allianz, 2016, *OWU Warunki umowy dodatkowej – poważne zachorowania*, 1.01.2016.
- Aviva, 2016, *OWU dodatkowej umowy ubezpieczenia w razie poważnego zachorowania*, 1.05.2016.
- Bogan C. E., English M. J., 2010, *Benchmarking jako klucz do najlepszych praktyk*, Wydawnictwo Helion, Gliwice.
- Borowiecki R., Kwieciński M. (red.), 2003, *Monitorowanie otoczenia: przepływ i bezpieczeństwo informacji. W stronę inteligencji przedsiębiorstwa*, Zakamycze, Kraków.
- Concordia, 2016, *Ogólne warunki ubezpieczenia stosowanie do umów ubezpieczenia indywidualnego na życie oferta Życie plus*, 26.02.2016.
- Gadomska-Orłowska A., 2011, *Ustawowe ograniczenia w tworzeniu definicji umownych*, „Monitor Ubezpieczeniowy” nr 46/2011.
- GUS, 2015, *Rocznik demograficzny 2015*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa.
- Macif, 2009, *OWU dodatkowego na wypadek poważnego zachorowania*, 12.02.2009.

- Macif, 2013, *OWU na życie „Acti Ochrona”*, 17.12.2013.
- Metlife, 2016, *OWU Szlachetne zdrowie - ubezpieczenie od groźnych chorób*, 1.01.2016.
- Nationale Nederlanden, 2015a, *OWU umowy dodatkowej na wypadek poważnego zachorowania bez nowotworów*, 26.10.2015.
- Nationale Nederlanden, 2015b, *OWU umowy dodatkowej na wypadek nowotworu: Ona, On*, 26.10.2015.
- Nationale Nederlanden, 2015c, *OWU na życie Ochrona jutra*, 2.11.2015.
- Nationale Nederlanden, 2016, *OWU umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania*, 1.01.2016.
- Prudential, 2016a, *OWU ubezpieczenia dodatkowego kompleksowej ochrony na wypadek poważnego zachorowania*, 1.01.2016.
- Prudential, 2016b, *OWU Komfort życia*, 1.01.2016.
- PZU, *OWU indywidualnego ubezpieczenia na wypadek nowotworu i innych ciężkich chorób*, 1.09.2014.
- Polska Izba Ubezpieczeń, 2015, *Raport roczny 2015*, Warszawa, <https://www.piu.org.pl/public/upload/ibrowser/Raport%20roczny%202015/Raport%20Roczny%20Polskiej%20Izby%20Ubezpiecze%C5%84%20za%20rok%202015.pdf>, (dostęp: 12.05.2017).
- Szczepańska M., 2008, *Ubezpieczenia na życie: aspekty prawne*, Oficyna Wolters Kluwer Business, Warszawa.
- Warta, 2016, *Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie - „Warta sposób na raka”*, 8.11.2016,
- Więckowska B., 2006, *Prywatne ubezpieczenia chorobowe w Polsce, Część 1, Nieodszkodowawcze ubezpieczenia chorobowe*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” nr 3-4.
- Wojciechowska U., Didkowska J., 2009, *Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów*, Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, <http://onkologia.org.pl/raporty>, (dostęp: 24.01.2017).
- Woźnicki J., 2008, *Benchmarking w systemie szkolnictwa wyższego*, Oficyna Wydawnicza Politechniki Warszawskiej, Warszawa.

## *Comparative analysis of critical illness insurance in the offer of domestic insurers*

**Abstract.** Based on the report of the Polish Chamber of Insurance, within the structure of gross written premium according to section I (life insurance), insurance against accidents and diseases in the period from 2005-2015 ranks third (out of five), and since 2014 its share is growing. The purpose of the article is to compare the insurance product named critical illness insurance. To achieve that aim a benchmarking study was performed among ten Polish insurance companies.

As the comparative research of critical illness insurance policies indicated, the scope and the conditions of offers differ from one another.

Extensive doubts are raised concerning the definition of critical illness insurance's scope, even though the contractual definitions are generally perceived by customers as ordering provisions of secondary importance, it is their regulation that often turns out to be crucial for determining the scope of insurance cover provided. Therefore, it is essential that their content is carefully evaluated and controlled, or even consulted with a doctor.

**Keywords:** sickness insurance, critical illness, benchmarking.

**JEL Codes:** G1.