

POLSKA IZBA UBEZPIECZEŃ



POLSKA IZBA UBEZPIECZEŃ

ŚWIADOMOŚĆ UBEZPIECZENIOWA POLAKÓW

2026

– wiedza, postawy i doświadczenia

Raport z badania ilościowego

Warszawa, czerwiec 2026

Patronat:



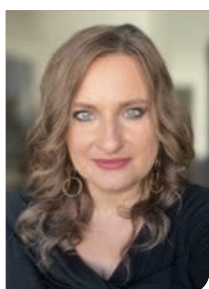
UNIwersYTET
WARSZAWSKI

WYDAWCA:



© PIU, Warszawa, czerwiec 2026

AUTORKA:



prof. UW, dr hab. Katarzyna Sekścińska
profesor w Katedrze Psychologii Biznesu i Innowacji Społecznych
Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego



SPIS TREŚCI

- WSTĘP
- 1** KONTEKST UBEZPIECZENIOWY
- 2** ŚWIADOMOŚĆ UBEZPIECZENIOWA
- 3** WIEDZA – SAMOCENA I SPOSOBY ZDOBYWANIA WIEDZY
- 4** POSTAWY I PRZEKONANIA NA TEMAT UBEZPIECZEŃ
- 5** PODSUMOWANIE WYNIKÓW I REKOMENDACJE



SŁOWO WSTĘPNE



*Adam Uszpolewicz
Prezes Zarządu
Polska Izba Ubezpieczeń*

Oddajemy w Państwa ręce raport „Świadomość ubezpieczeniowa Polaków 2026 – wiedza, postawy i doświadczenia”. Inicjując ten projekt, chcieliśmy zrozumieć paradoks, który od lat towarzyszy polskiemu rynkowi ubezpieczeniowemu: dlaczego, mimo że większość Polaków uważa ubezpieczenia za sensowne i potrzebne, tak wielu z nich pozostaje niedoubezpieczonych?

Skala tego problemu jest konkretna i policzalna. Choćby w obszarze zdrowia – luka ubezpieczeniowa wynosi 125 mld zł rocznie. W połączeniu z luką emerytalną na poziomie 75 mld zł, ta kwota niedoubezpieczenia stanowi ponad jedną czwartą budżetu państwa. To nie jest abstrakcja – to realne ryzyko, które ponoszą miliony polskich gospodarstw domowych.

Wyniki naszego badania pokazują, że jednym z największych wyzwań rynku ubezpieczeniowego pozostaje sposób postrzegania ryzyka przez Polaków. Respondenci konsekwentnie oceniają ryzyko osobistego doświadczenia nieprzyjemnych zdarzeń niż ryzyko innych osób – zarówno w kontekście wypadków drogowych, jak i nagłych zdarzeń zdrowotnych czy problemów podczas podróży. Ten mechanizm psychologiczny nierealistycznego optymizmu osłabia motywację do zabezpieczania siebie i swoich bliskich, nawet wtedy, gdy świadomość zagrożeń jest wysoka.

Raport pokazuje również, że podejście Polaków do ubezpieczeń w dużej mierze wynika z doświadczeń wyniesionych z domu rodzinnego. Przykładowo, dzieci rodziców kupujących ubezpieczenia mieszkaniowe są statystycznie dużo bardziej skłonne do kupna takich polis. Polacy znacznie częściej kojarzą ubezpieczenia z ochroną majątku niż zdrowia czy życia, a decyzje zakupowe nadal często opierają na intuicji, opiniach otoczenia i okazjonalnym zainteresowaniu tematem, a nie na pogłębionej analizie ryzyka.

Dlatego prezentujemy raport, który nie tylko diagnozuje aktualne postawy konsumentów, ale także pokazuje szerszy kontekst zmian zachodzących na rynku. Wierzymy, że przedstawione w nim wnioski będą ceną inspiracją do dalszej dyskusji o przyszłości ubezpieczeń, edukacji finansowej i budowaniu długoterminowego poczucia bezpieczeństwa.

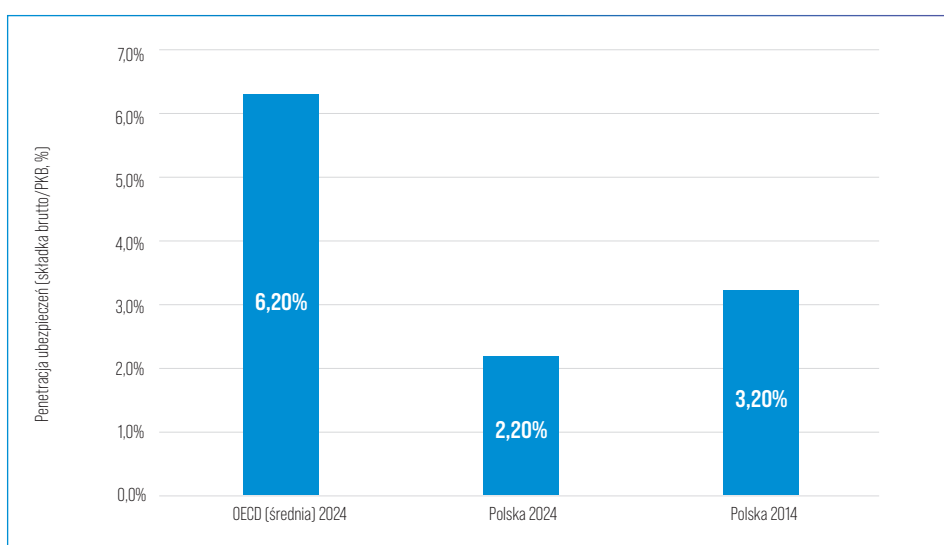
Wierzę, że ten raport jest krokiem w dobrym kierunku. Zawiera diagnozę, której dotychczas brakowało – opartą na danych, a nie na intuicji. Pokazuje, co stanowi bariery i jak można im zaradzić przez: prostszą komunikację, praktyczną edukację finansową i budowanie zaufania w momentach, które dla klienta są najważniejsze – przede wszystkim w procesie likwidacji szkód. Zmniejszenie luki ubezpieczeniowej leży w interesie nie tylko branży, ale całej gospodarki. Zapraszam do lektury.

WSTĘP

ANALIZA DOSTĘPNYCH DANYCH

Całkowita penetracja ubezpieczeń w Polsce (składki brutto w relacji do PKB) w 2024 r. wyniosła 2,2% i utrzymywała się na względnie stabilnym poziomie od 2022 r., pozostając jednocześnie niższa niż dekadę wcześniej (3,2% w 2014 r.) (OECD, 2025). W strukturze dominują ubezpieczenia majątkowe (1,6% PKB), natomiast ubezpieczenia na życie stanowią mniejszą część (0,6% PKB). **Mimo relatywnie niskiej penetracji na tle średnich europejskich, Polska pozostaje największym rynkiem ubezpieczeniowym w Europie Środkowo-Wschodniej (PIU & Milliman Polska, 2023).**

RYSUNEK 1
PENETRACJA UBEZPIECZEŃ
(SKŁADKA BRUTTO/PKB, %)
– OECD 2024 ORAZ POLSKA
(2014 I 2024)



Źródło: opracowanie własne na podstawie OECD, 2025.

LUKA UBEZPIECZENIOWA

Luka ubezpieczeniowa w obszarze zdrowia wynosi 125 mld zł rocznie. W połączeniu z luką emerytalną na poziomie 75 mld zł, kwota niedoubezpieczenia stanowi ponad 1/4 budżetu państwa (PIU & Milliman Polska, 2024). **Największym długoterminowym wyzwaniem jest luka emerytalna – przy prognozowanym spadku stopy zastąpienia do ok. 25% w 2055 r.**

W UBEZPIECZENIACH NA ŻYCIE CZĘSTYM PROBLEMEM JEST ZBYT NISKA SUMA UBEZPIECZENIA: DLA PRZECIĘTNEGO POLAKA POWINNA ONA WYNIĘĆ CO NAJMNIEJ 333 700 ZŁ, A OBECNE ŚREDNIE KWOTY MUSIAŁYBY WZROSNAĆ O 73% (PIU & MILLIMAN POLSKA, 2024).

Luka ubezpieczeniowa jest również bardzo widoczna w obszarze ubezpieczeń majątkowych, ok. 45% agentów ubezpieczeniowych uważa, że sumy ubezpieczenia domów i mieszkań są zbyt niskie w stosunku do ich rzeczywistej wartości rynkowej. **W odniesieniu do ubezpieczeń związanych z posiadaniem pojazdów luka ubezpieczeniowa wynosi aż 4,6 mld zł (PIU & Milliman Polska, 2024).**

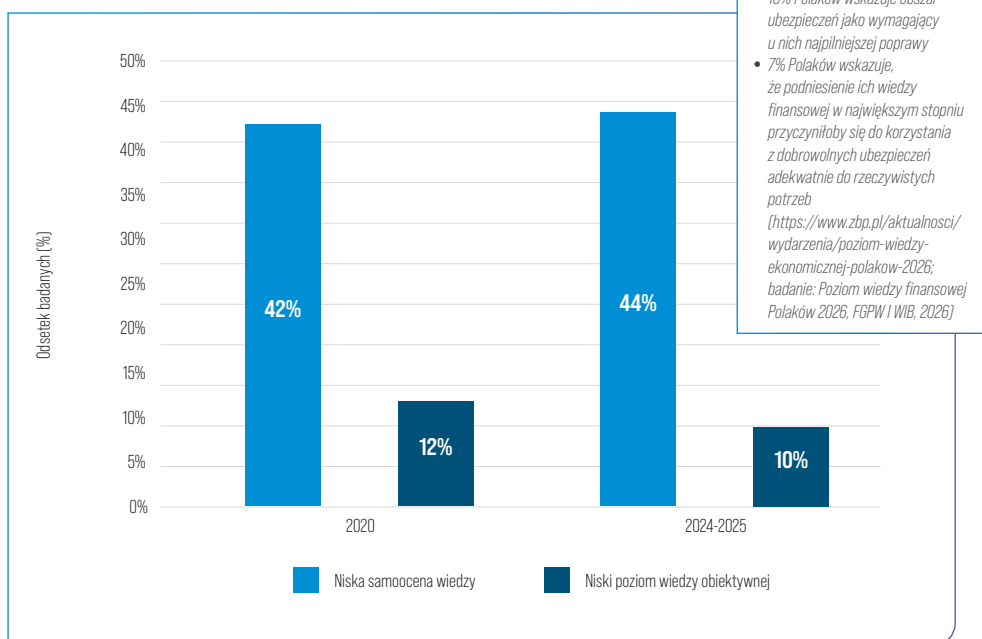
W 2021 r. wypłaty odszkodowań i świadczeń sięgnęły 41,3 mld zł, a całkowity wpływ ekonomiczny sektora na PKB oszacowano na 2,25% (58,9 mld zł wartości dodanej), przy 221,5 tys. miejsc pracy powiązanych z działalnością ubezpieczeniową (PIU & Milliman Polska, 2023).

Wyższy poziom penetracji ubezpieczeń bezpośrednio koreluje ze zdolnością kraju do radzenia sobie z nieoczekiwanymi wstrząsami gospodarczymi i zmianami demograficznymi (PIU & Milliman Polska, 2024).

SAMOOCENA VS WIEDZA OBIEKTYWNA

W badaniu Fundacji GPW i WIB z 2026 r. 19% respondentów oceniło swoją wiedzę ubezpieczeniową jako „dużą” lub „bardzo dużą”, natomiast 31% badanych zadeklarowało, że jest ona „raczej mała” lub „bardzo mała”. Wyniki te można zestawić z badaniem NBP z lat 2024–2025, w którym około 44% populacji oceniało swoją wiedzę w zakresie ubezpieczeń jako „małą” lub „bardzo małą”. Jednocześnie wyniki testu wiedzy wskazywały, że jedynie ok. 10% badanych można było zakwalifikować jako osoby z rzeczywistymi brakami w tym obszarze (NBP, 2024–2025). Podobny rozdźwięk między samooceną a faktycznym poziomem wiedzy odnotowano również w badaniu NBP z 2020 r. (NBP, 2020). **Ubezpieczenia należą do dziedzin, w których znaczna część respondentów raczej nie doszacowuje własnych kompetencji niż je przecenia – barierą może być nie tylko brak wiedzy, ale również niska pewność siebie w obszarze postrzeganym jako skomplikowany (NBP, 2024–2025).**

RYSUNEK 2
PORÓWNANIE SAMOOCENY
I OBIEKTYWNEJ WIEDZY
(2020 VS 2024-2025)



Źródło: opracowanie własne na podstawie NBP, 2020, 2024–2025.

UBEZPIECZENIA JAKO TRUDNY TEMAT, NISKO NA LIŚCIE SAMOKSZTAŁCENIA

Analogiczna dynamika występuje w badaniach studenckich. W diagnozie NBP z 2016 r. jedynie 12% studentów oceniało swoją wiedzę o ubezpieczeniach jako „raczej dużą” lub „bardzo dużą”, natomiast niemal połowa (48%) deklarowała wiedzę „raczej małą” lub „bardzo małą”. 40% studentów deklaroowało potrzebę zwiększenia swojej wiedzy w tym zakresie, przy jednocześnie marginalnej obecności ubezpieczeń w programach – jako przedmiot akademicki pojawiały się rzadko, a ich udział deklaroowało 5,7% studentów (NBP, 2016).

W raporcie dotyczącym zdrowia finansowego, ubezpieczenia wskazywano jako obszar sprawiający znaczne trudności, a poziom wiedzy finansowej został opisany jako czynnik blokujący decyzje ubezpieczeniowe (Sekścińska, 2024). **Jednocześnie jedynie 14% respondentów deklaroowało deficyt wiedzy dotyczącej ubezpieczeń, a tylko 5% wskazywało ubezpieczenia jako obszar wymagający poprawy (Bączar et al., 2025).** Niski poziom deklarowanego „braku informacji” współwystępuje z danymi o relatywnie przeciętnym poziomie „zapobiegawczości” (średnio 55/100)* – ubezpieczenia są częściej traktowane jako element podstawowego wyposażenia niż jako

obszar aktywnego zarządzania ochroną (Maison & Partners, 2025). **65% Polaków ma co najmniej jedno ubezpieczenie nieobowiązkowe, przy jednocześnie wyodrębnionej grupie (ok. 23%) ograniczającej się wyłącznie do ubezpieczeń obowiązkowych (Maison & Partners, 2025).**

Wątek pasywności ubezpieczeń jest widoczny także w badaniu NBP z lat 2024–2025: ubezpieczenia znalazły się w grupie najczęściej wykorzystywanych produktów finansowych, a posiadanie polisy było silnie skorelowane z poziomem „włączenia finansowego”.

Jednocześnie większość obywateli nie odczuwa silnej potrzeby pogłębiania wiedzy o ubezpieczeniach. Istotnym wyzwaniem nie musi być wyłącznie brak kontaktu z produktem, lecz także brak impulsu do świadomego zarządzania ochroną, mimo deklarowanej ogólnej przydatności ubezpieczeń (NBP, 2024–2025).

PODSTAWOWE MECHANIZMY: CO SPRAWIA TRUDNOŚĆ

W badaniu dotyczącym „financial and insurance literacy” większość respondentów rozumiała ideę wspólnoty ryzyka (pooling), natomiast zasada indemnifikacji (odszkodowanie nie powinno przekraczać realnej wartości szkody) okazała się wyraźnie trudniejsza (Kawiński & Majewski, 2016). **Trudność z indemnifikacją może mieć konsekwencje dla oczekiwań wobec likwidacji szkód i oceny „sprawiedliwości” wypłaty.**

*55/100 – wynik komponentu „zapobiegawczości” w Indeksie Finansowym (skala 0–100), gdzie wyższe wartości oznaczają większą skłonność do działań zabezpieczających przyszłość finansową oraz aktywnego zarządzania ryzykiem.

POSTAWY WOBEC UBEZPIECZEŃ

Relatywnie niewielki odsetek badanych (16%) wskazuje składki ubezpieczeniowe jako wydatek, którego żałuje. 83% respondentów ocenia ubezpieczenia jako przydatne, gdy dzieje się coś złego (PIU, 2021). Osoby, które wcześniej uczestniczyły w procesie rozpatrywania roszczeń, częściej uznają ubezpieczenie za korzystne (PIU, 2021).

85%

Warto mieć ubezpieczenia
„na wszelki wypadek”

(Maison & Partners, 2025)

83%

Ubezpieczenia są przydatne,
gdy dzieje się coś złego

(Polska Izba Ubezpieczeń, 2021)

82%

Ubezpieczenie się to oznaka
dojrzałości
i odpowiedzialności

(Maison & Partners, 2025)

79%

W mojej rodzinie zawsze się
ubezpieczano

(Maison & Partners, 2025)

16%

Żałuję wydatków na składki
ubezpieczeniowe

(Maison & Partners, 2025)

RYSUNEK 3

KLUCZOWE POZYTYWNE
PRZEKONANIA
O UBEZPIECZENIACH

BARIERY PSYCHOLOGICZNE I KOMUNIKACYJNE

TABELA 1

BARIERY W ZAKUPIE UBEZPIECZEŃ – SYNTENZA NA PODSTAWIE DESK RESEARCH (2015–2025).

KATEGORIA	BARIERA	WSKAŹNIKI	ŹRÓDŁA
POZNAWCZE	Niska samoocena wiedzy – duży odsetek deklaruje małą wiedzę, mimo relatywnie niewielkich braków w testach	2024–2025: samoocena 44% vs test ok. 10%	NBP, 2020, 2024–2025
PSYCHOLOGICZNE	Odkładanie decyzji, unikanie tematu („nie zapeszać”), trudność rozmów z bliskimi np. o śmierci	23,5% „mam czas”; 19,8% „nie zapeszać”; 28% trudność rozmów	PKO Ubezpieczenia, 2025; Prudential, 2020
EKONOMICZNE	Cena jako kluczowe kryterium; ograniczenia budżetowe	70% cena ważna; 74% porównanie cen; posiadanie polis rośnie z dochodem	Wojak et al., 2025; Nowotarska-Romaniak, 2020
ZAUFIANIE	Brak zaufania do branży, obawa o unikanie wypłat, rozbieżności oczekiwań vs rzeczywistości	52% spory o roszczenia; 35% opóźnienia; luka 17 vs 33 dni	Zorski-Sikora et al., 2024
PRODUKTOWE	Złożoność i niejasność warunków umowy	14% niejasność warunków online; złożoność obniża zaufanie młodych	Wojak et al., 2025; Deloitte, 2024
TECHNOLOGICZNE	Bezpieczeństwo danych, brak zaufania do kanałów online, prywatność (telematyka)	28% bezpieczeństwo danych; 20% brak zaufania online; 85% seniorów preferuje osobiście	Wojak et al., 2025; Forlicz & Rólczyński, 2022; Nowotarska-Romaniak, 2025

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizowanych materiałów.

ZACHOWANIA ZAKUPOWE I DYSTRYBUCJA

Większość respondentów kupowała ubezpieczenia przez internet więcej niż raz – kanały cyfrowe stały się elementem standardowego repertuaru konsumentów (Wojak et al., 2025). W strukturze kanałów dominują strony internetowe ubezpieczycieli, następnie agenci, a dopiero później porównywarki. **Zakup online jest atrakcyjny ze względu na wygodę, szybkość, dostępność 24/7 oraz łatwość porównywania ofert.**

CENA JEST DLA ZNAJCZYNEJ CZĘŚCI BADANYCH CZYNNIKIEM „WAŻNYM” LUB „BARDZO WAŻNYM” PRZY WYBORZE KANAŁU DYSTRYBUCJI (WOJAK ET AL., 2025).

Najczęściej wskazywane bariery kanałów cyfrowych dotyczą obaw o bezpieczeństwo danych osobowych (28%), braku zaufania do transakcji online (20%) oraz niejasności warunków polisy (14%) (Wojak et al., 2025). **Rozwój kanałów online nie eliminuje roli agentów – konsumenci wybierają tradycyjny model ze względu na kontakt osobisty, możliwość uzyskania szczegółowych wyjaśnień oraz spersonalizowane podejście, szczególnie przy produktach złożonych. Coraz częściej obserwowany jest model hybrydowy: internet do selekcji i porównania ofert, finalizacja przy wsparciu doradcy (Wojak et al., 2025).**

Pokolenie Z preferuje kanały samoobsługowe dla prostszych produktów, natomiast przy ubezpieczeniach bardziej skomplikowanych (np. na życie) częściej oczekuje wsparcia ludzkiego (Deloitte, 2024). W grupie seniorów (65+) dominują preferencje kontaktu osobistego, a część badanych deklaruje trudność adaptacji do nowych form kontaktu (Nowotarska-Romaniak & Szczepanik, 2025).

W obszarze AI w ubezpieczeniach: przy zgłoszeniu szkody 65% badanych woli kontakt z człowiekiem (9% z AI), przy wyborze ubezpieczenia na życie 64% (10% AI). Ogólny poziom akceptacji obsługi przez asystenta AI wynosi 27%. Respondenci są bardziej otwarci na AI na etapie poszukiwania i wyboru oferty (31–32%) niż w sytuacji wystąpienia szkody (23–24%).

Najwyższą otwartość na korzystanie z rozwiązań AI w ubezpieczeniach wykazuje pokolenie Z, zaś najsilniejszy opór – pokolenia X i BB (Sekścińska, 2025).



WNIOSKI I REKOMENDACJE



EDUKACJA PRAKTYCZNA

Kluczową barierą w kontekście kupowania ubezpieczeń jest nie tylko poziom wiedzy, ale przede wszystkim trudność w przełożeniu jej na sprawne działanie.

Respondenci wyżej oceniają swoją wiedzę teoretyczną niż umiejętności praktyczne (Sekścińska, 2024). Rekomendacja: kierowanie działań edukacyjnych w stronę kompetencji aplikacyjnych (np. „jak dobrać zakres i sumy”, „jak czytać kluczowe elementy OWU”, „jak przygotować się do zgłoszenia szkody”) w formie zwięzłej i prostej. AI może pełnić rolę wsparcia informacyjnego i edukacyjnego, ale nie zastępuje potrzeby kontaktu z człowiekiem w sytuacjach wymagających interpretacji (Sekścińska, 2025).



PRZEJRZYŚĆ UMÓW I MOMENT SZKODY

Zasadne jest traktowanie momentu szkody jako strategicznego punktu budowania lub utraty zaufania.

Działania w obszarze uproszczenia komunikacji umownej oraz usprawnienia procesów roszczeniowych (czas, transparentność, przewidywalność decyzji) mogą bezpośrednio wpływać na reputację i utrzymanie klientów (PIU, 2023; Zorski-Sikora i in., 2024; Nowotarska-Romaniak, 2020).

WNIOSKI I REKOMENDACJE



MODEL HYBRYDOWY ZAMIAST „ONLINE VS AGENT”

Warto rozwijać podejście hybrydowe w komunikacji, które nie traktuje kanałów komunikacji jako konkurencyjnych, lecz komplementarne: internet jako narzędzie selekcji i porównania, kanał doradczy jako wsparcie w interpretacji warunków, doborze zakresu i przeprowadzeniu klienta przez proces decyzji. Równolegle istotne jest adresowanie barier online poprzez rozwiązania wzmacniające zaufanie (Wojak et al., 2025; Deloitte, 2024; Sekścińska, 2025).



SEGMENTACJA

Posiadanie dobrowolnych ubezpieczeń oraz poziom zapobiegawczości rosną wraz z dochodem i wykształceniem oraz zależą od etapu życia. Osoby bardziej narażone na skutki szoku finansowego mogą mieć jednocześnie mniejszą skłonność lub możliwość zakupu ochrony (PKO Ubezpieczenia, 2025). Posiadanie polisy jest silnie skorelowane z poziomem „włączenia finansowego” (NBP, 2024–2025). Uzasadnione jest projektowanie działań w logice segmentacyjnej: (1) według etapu życia, (2) według możliwości finansowych, (3) według stopnia włączenia finansowego (Maison & Partners, 2025; PKO Ubezpieczenia, 2025; NBP, 2024–2025).

NOTA REDAKCYJNA

Powyższy materiał został opracowany na podstawie przeglądu literatury dotyczącej wiedzy i świadomości ubezpieczeniowej w Polsce w latach 2015–2026. Bazą były 33 relewantne źródła: artykuły naukowe, raporty instytucji publicznych i branżowych oraz opracowania badawcze.

Wiedza ubezpieczeniowa jest rozumiana jako zasób informacji pozwalających zrozumieć istotę i zasady działania ubezpieczeń, natomiast świadomość ubezpieczeniowa – jako szersza kategoria – obejmująca także umiejętności racjonalnego korzystania z ochrony ubezpieczeniowej oraz zdolność oceny ryzyk i warunków umów (Przybytniowski, 2017; Ratowska-Dziobiak, 2016).

Analiza koncentruje się na poziomie wiedzy i świadomości, postawach i barierach, zachowaniach zakupowych oraz perspektywie produktowej. Dobór literatury miał charakter celowy i problemowy – do analizy włączano publikacje odnoszące się bezpośrednio do wiedzy / świadomości ubezpieczeniowej lub dostarczające danych empirycznych o postawach, barierach i zachowaniach ubezpieczeniowych w Polsce.

BIBLIOGRAFIA

- Bączar, A., Caryk-Biedrzycka, A., Polak, M. (2025). Poziom wiedzy finansowej Polaków 2025. Fundacja WIB; Fundacja GPW.
- CBOS. (2023). Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych. Komunikat z badań nr 101/2023.
- Deloitte. (2024). How does European Generation Z buy insurance?
- Forlicz, M., & Rólczyński, T. (2022). Factors determining usage-based insurance acceptance – Poland and Spain results. *Journal of International Studies*, 15(3).
- Hęćka-Sadowska, A. (2017). Świadomość ubezpieczeniowa przedsiębiorców polskich w zakresie ryzyka środowiskowego. *Wiadomości Ubezpieczeniowe*, (4).
- Jurek, Ł., & Wolańska, W. (2021). Determinants of demand for private long-term care insurance. *Risks*, 9, 27.
- Kawiński, M., & Majewski, P. (2016). Financial and insurance literacy in Poland. *Wiadomości Ubezpieczeniowe*, 4.
- Kawiński, M., & Szumlich, T. (2023). Insurance under- and over-performance: The case of comprehensive car insurance in Poland. *Contemporary Economics*, 17(4).
- Kurdys-Kujawska, A., & Sompolska-Rzeczuta, A. (2019). Determinanty popytu na ubezpieczenie na życie: przykład rolników z regionu północno-zachodniej Polski. *Prace Naukowe UE we Wrocławiu*.
- Maison & Partners. (2025). Portret finansowy Polaków 2025. *Business Insider Polska*; PKO Bank Polski.
- NBP. (2016, 2020, 2024–2025). Badania świadomości i wiedzy ekonomicznej Polaków / studentów. Departament Edukacji i Wydawnictw NBP.
- Nationale-Nederlanden. (2018). Bezpieczny dom – jak chronimy swoje M.
- Nowotarska-Romaniak, B. (2020). Customer loyalty on the insurance services market in Poland. *Marketing of Scientific and Research Organizations*, 36(2).
- Nowotarska-Romaniak, B., & Szczepaniak, S. (2025). Ageism bias on the insurance market in Poland. *Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej*.
- OECD. (2025). *Global insurance market trends 2025*.
- Penczar, M. et al. (2024). Analiza kluczowych czynników wpływających na rozwój rynku ubezpieczeń w Polsce. *EKF Research*; Deloitte.
- PIU & Milliman Polska. (2023). Wpływ ubezpieczeń na polską gospodarkę i społeczeństwo.
- PIU & Milliman Polska. (2024). Polacy i ryzyko – jak się ubezpieczamy? Luka ubezpieczeniowa w Polsce.
- PIU. (2021). Mapa ryzyka Polaków.
- PIU. (2023). Reputacja sektora ubezpieczeń w Polsce.
- PKO Ubezpieczenia. (2025). Na wszelki wypadek: Od profilaktyki, przez rozmowę, do decyzji.
- Prudential. (2020). *Prudential Family Index 2020*.
- Prudential. (2023). Pięć głównych mitów o ubezpieczeniach na życie w Polsce.
- Sekścińska, K. (2024). Zdrowie finansowe Polaków. Fundacja WIB, EFPA Polska, PFR TFI.
- Sekścińska, K. (2025). AI w finansach i bankowości oczami polskiego konsumenta. Fundacja WIB.
- Wojak, G. et al. (2025). The evolution of insurance purchasing behavior. arXiv:2510.07933.
- Sekścińska, K., Bączar, A., & Polak, M. (2026). Poziom wiedzy finansowej Polaków 2026. Fundacja WIB; Fundacja GPW.
- Zorski-Sikora, Ł. et al. (2024). Świadomość finansowa Polaków. *Rzecznik Finansowy*.

KLUCZOWE WNIOSKI Z BADANIA

Szanowni Państwo,

Oddajemy w Państwa ręce raport poświęcony postawom, przekonaniom i decyzjom Polaków w obszarze ubezpieczeń. Badanie zostało zrealizowane na próbie N=1143 osób i miało na celu pogłębione zrozumienie nie tylko poziomu wiedzy na temat mechanizmów działania ubezpieczeń, lecz także realnych doświadczeń, sposobu podejmowania decyzji oraz psychologicznych mechanizmów wpływających na ocenę ryzyka i zakresu ochrony.

Wyniki pokazują, że deklarowany poziom posiadania ubezpieczeń w Polsce jest wysoki, jednak jego struktura odzwierciedla zarówno preferencje, jak i formalne zobowiązania. Najpopularniejsze są ubezpieczenia majątkowe – w szczególności związane z posiadaniem pojazdu (81% badanych; 89% wśród posiadaczy pojazdów) oraz ubezpieczenie mieszkania (70%; 77% wśród właścicieli). Wysokie wskaźniki mogą być częściowo zawyżone przez mylenie ubezpieczeń obowiązkowych z dobrowolnymi, zwłaszcza w obszarze komunikacyjnym, gdzie część respondentów nie odróżnia OC posiadacza pojazdu od innych form ochrony.

65% badanych deklaruje posiadanie ubezpieczenia na życie (53% indywidualnego, 47% grupowego), 45% – ubezpieczenia zdrowotnego (częściej w formie benefitu pracowniczego niż samodzielnie wykupionego). Wśród osób podróżujących 82% przynajmniej czasem kupuje ubezpieczenie turystyczne, a 30% robi to zawsze. Oznacza to, że ochrona ubezpieczeniowa jest w dużej mierze obecna w życiu Polaków – choć nie zawsze w pełni świadomie i w oparciu o systemowe rozumienie jej zasad.

Istotnym czynnikiem różnicującym postawy są doświadczenia z domu rodzinnego. 36% badanych nie wyniosło z niego żadnych wzorców dotyczących dobrowolnych ubezpieczeń. Tam, gdzie takie doświadczenia występowały, najczęściej dotyczyły ochrony majątku, w tym mieszkania lub domu (43%) i samochodu (33%), rzadziej ubezpieczenia na życie (31%), a sporadycznie zdrowotnego czy turystycznego (15–16%). Można więc przypuszczać, że wzorce rodzinne sprzyjają postrzeganiu ubezpieczeń przede wszystkim jako ochrony majątku, a w mniejszym stopniu jako zabezpieczenia osobistego.

Analiza świadomości ryzyka ujawnia wyraźny efekt nierealistycznego optymizmu – respondenci systematycznie przypisują wyższe prawdopodobieństwo negatywnych zdarzeń „innym” niż sobie. Jednocześnie deklarowany poziom kontroli nad ryzykiem jest umiarkowany (18–29%) i najwyższy tam, gdzie zdarzenia wiążą się z własnym zachowaniem (np. wypadki drogowe czy szkody wyrządzone innym). W obszarach zdrowotnych i losowych poczucie wpływu jest wyraźnie niższe.

Wysoki jest również poziom deklarowanych działań prewencyjnych – szczególnie w obszarze bezpieczeństwa drogowego i technicznego (75–80% wskazań). W przypadku zachowań zdrowotnych odsetki są niższe, a największe kontrowersje budzą szczepienia ochronne (19% badanych nie widzi w nich sensu). Należy jednak uwzględnić możliwość wpływu efektu społecznej aprobaty na deklaracje dotyczące zachowań odpowiedzialnych.

Jednym z kluczowych wniosków raportu jest rozbieżność między subiektywną oceną wiedzy a jej faktycznym poziomem. We wszystkich kategoriach dominują deklaracje wiedzy „umiarkowanej” (45–50%), przy relatywnie niskim odsetku osób przyznających się do braku wiedzy. Jednocześnie poprawność przypisywania zakresu ochrony do właściwego produktu jest ograniczona. Respondenci często mylą AC z OC, odpowiedzialność cywilną z ubezpieczeniami osobowymi, a ubezpieczenie zdrowotne traktują jako uniwersalne źródło świadczeń. Zakres ubezpieczenia na życie bywa zawężany głównie do funkcji wypłaty świadczenia po śmierci.

Podobny rozdźwięk widać w znajomości pojęć ubezpieczeniowych. Choć większość badanych deklaruje znajomość terminów takich jak „suma ubezpieczenia” czy „przedmiot ubezpieczenia”, to pojęcia kluczowe dla realnego zakresu ochrony – zwłaszcza OWU i wyłączenia odpowiedzialności – są znacznie słabiej rozumiane. Wiedza wspomaganą jest wyższa niż deklarowana, co wskazuje raczej na intuicyjne rozpoznawanie niż systemowe rozumienie mechanizmów.

Jedynie 9% badanych aktywnie poszukuje wiedzy o ubezpieczeniach. Większość ma postawę reaktywną – sięga po informacje dopiero wtedy, gdy pojawi się konkretny bodziec. Proces wyboru ubezpieczenia opiera się przede wszystkim na trzech kryteriach: zakresie ochrony, cenie oraz sumie ubezpieczenia. Czynniki jakościowe mają znaczenie drugoplanowe. Choć około połowa respondentów deklaruje porównywanie ofert różnych ubezpieczycieli, istotna grupa – szczególnie w segmencie turystycznym i na życie – dokonuje zakupu bez szerszej analizy rynku.

Całościowy obraz wyłaniający się z badania jest złożony. Polacy w dużej mierze akceptują ideę ubezpieczeń, deklarują orientację w temacie i podejmują działania prewencyjne. Jednocześnie ich wiedza ma często charakter fragmentaryczny, intuicyjny i podatny na uproszczenia. Największym wyzwaniem nie jest brak przekonania o potrzebie ochrony, lecz niesystemowe rozumienie zasad jej działania oraz niedostateczne rozróżnianie zakresów poszczególnych produktów.

Raport jest zaproszeniem do refleksji nad tym, jak budować bardziej dojrzałą kulturę zarządzania ryzykiem w Polsce – opartą nie tylko na przekonaniu o potrzebie ochrony, lecz także na jej świadomym i odpowiedzialnym wyborze.

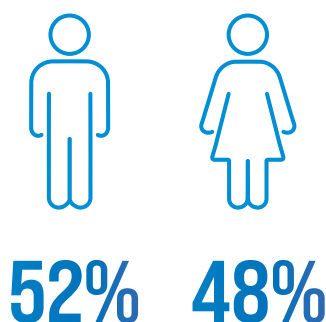
Życzę przyjemnej lektury
prof. UW, dr hab. Katarzyna Sekścińska

CHARAKTERYSTYKA BADANEJ PRÓBY

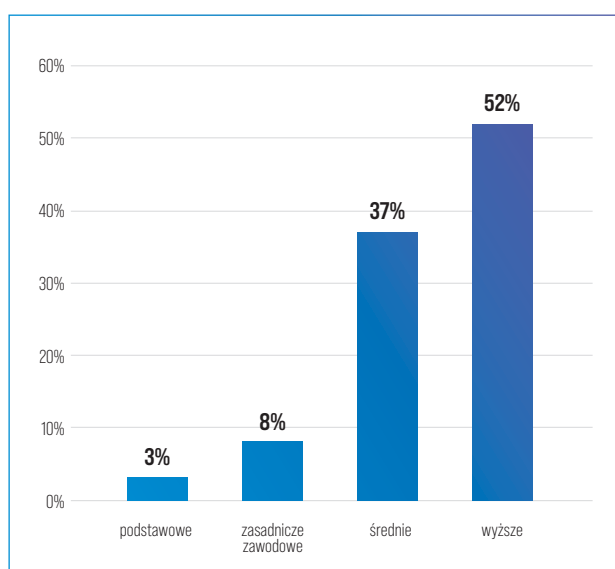
CHARAKTERYSTYKA SOCJALDEMOGRAFICZNA

W BADANIU WZIĘŁO UDZIAŁ 1143 DOROSŁYCH POŁAKÓW, W TYM 553 KOBIETY I 590 MĘŻCZYŹN, W WIEKU OD 18 DO 65 LAT (ŚREDNIA WIEKU 42 LATA).

Ponad połowa badanych posiadała wyższe wykształcenie (52%), wykształcenie średnie zadeklarowało 37% badanych, osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym stanowiły 8% próby, a z podstawowym – 3%.

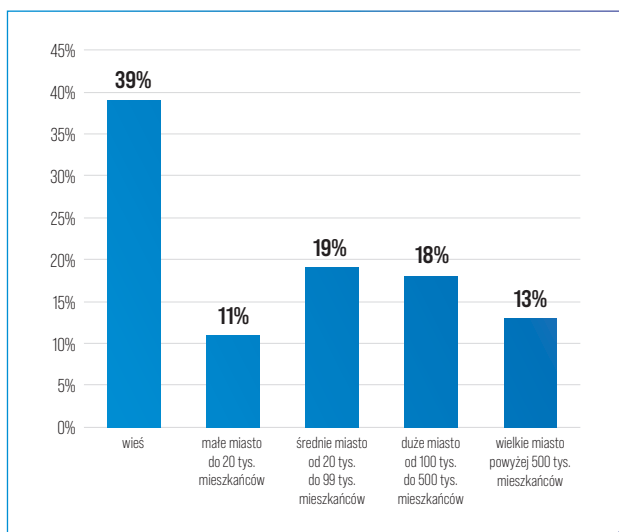


RYСУNEK 4
PŁEĆ RESPONDENTÓW



RYСУNEK 5
WYKSZTAŁCENIE
N = 1143

Analizowana próba była zróżnicowana pod względem miejsca zamieszkania. 39% badanych stanowili mieszkańcy wsi, 11% mieszkańcy małych miast, 19% mieszkańcy średnich miast, 18% mieszkańcy dużych miast, 13% mieszkańcy wielkich miast.



N = 1143

Badana próba była zróżnicowana również pod względem sytuacji zawodowej. 85% uczestników pracowało „na etacie”, 12% prowadziło własną działalność gospodarczą, 8% pracowało dorywczo, 2% uczyło się / studiowało, 2% było na rencie lub emeryturze, 1% zajmowało się własnym domem.

RYСУNEK 6
MIEJSCE ZAMIESZKANIA

SYTUACJA RODZINNA

W kontekście kupowania ubezpieczeń istotny może być status rodzinny, stanowiący potencjalny czynnik motywujący do zakupu ubezpieczenia, jako rozwiązania zabezpieczającego przyszłość finansową najbliższych.

W analizowanej próbie 23% badanych nie miało partnera / partnerki, 27% było w nieformalnym związku, a 50% – w małżeństwie. Ponadto 53% badanych było rodzicem lub opiekunem prawnym osoby do 26. roku życia.

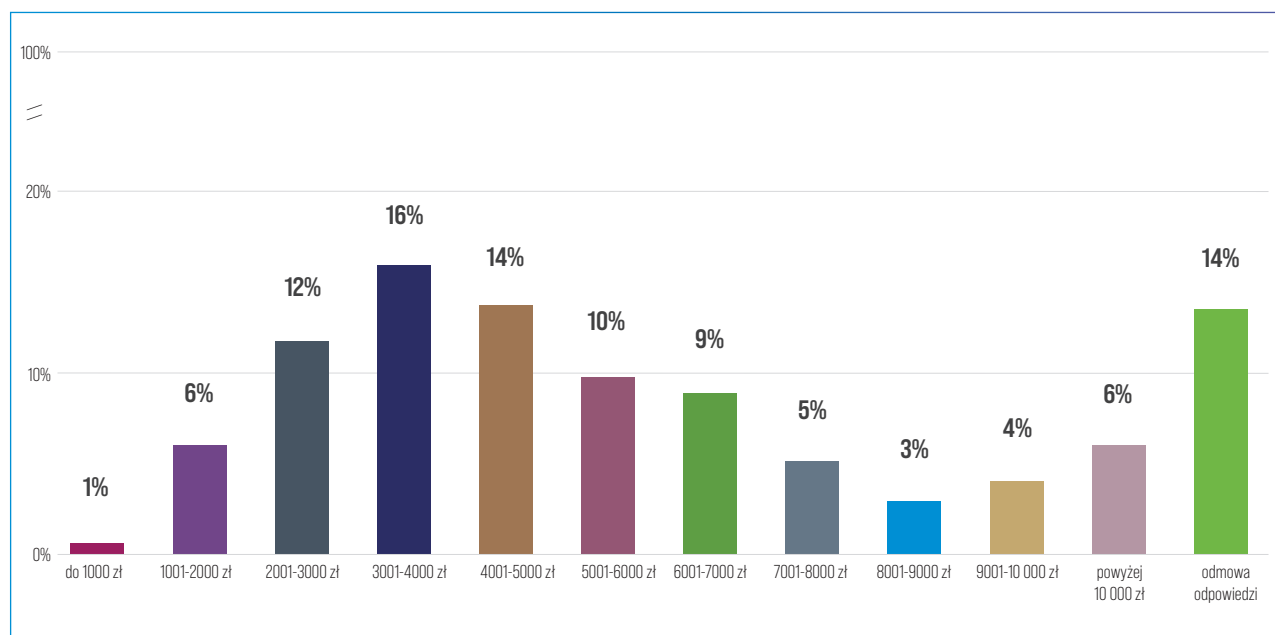
SYTUACJA FINANSOWA

Obiektywna sytuacja finansowa w badanej próbie była zróżnicowana, przy czym mediana wyników mieściła się w przedziale między 5001 a 6000 zł netto na osobę w gospodarstwie domowym.

1% badanych wskazało dochód netto poniżej 1000 zł na osobę, zaś 6% zadeklarowało dochody swojego gospodarstwa powyżej 10 000 zł na osobę, 14% badanych odmówiło podania swojego dochodu.

RYSUNEK 7

DOCHÓD NETTO NA OSOBĘ W GOSPODARSTWIE DOMOWYM



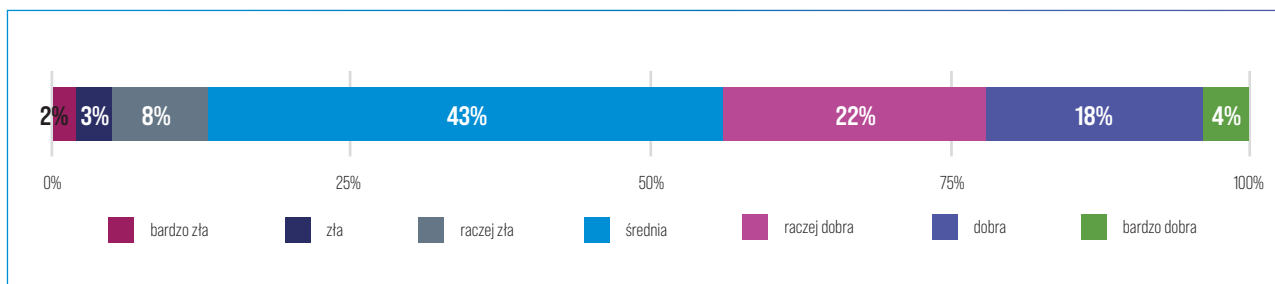
N = 1143

Subiektywna ocena sytuacji finansowej również była zróżnicowana, z medianą na poziomie „średnim”. **44% badanych oceniło swoją sytuację finansową pozytywnie, 43% neutralnie, a 13% negatywnie.**

Korelacja między obiektywną a subiektywną oceną sytuacji finansowej wyniosła tylko $r = 0,3$, co jest interpretowane jako słaba zależność. Zatem subiektywna ocena sytuacji finansowej wykracza poza proste odzwierciedlenie dochodu, ujmując również m.in. potrzeby, przekonania i aspiracje finansowe badanych.

RYSUNEK 8

SUBIEKTYWNA OCENA SWOJEJ SYTUACJI MATERIALNEJ



N = 1143

CEL BADANIA

Celem badania była diagnoza poziomu świadomości ubezpieczeniowej Polaków, obejmującej zarówno deklarowane posiadanie polis, jak i faktyczne rozumienie ich zakresu. **Badanie miało określić, w jakim stopniu Polacy rozumieją podstawowe mechanizmy działania ubezpieczeń.** Istotnym celem była również analiza doświadczeń związanych z likwidacją szkód oraz ich wpływu na zaufanie do rynku ubezpieczeniowego. Badanie miało ponadto zidentyfikować postawy wobec ryzyka, poziom poczucia kontroli oraz występowanie błędów poznawczych, wpływających na decyzje ubezpieczeniowe. **Całościowo celem było wskazanie kluczowych barier poznawczych i informacyjnych, które mogą ograniczać racjonalne decyzje w obszarze ochrony ubezpieczeniowej.**

METODOLOGIA BADANIA

Badanie przeprowadzono techniką CAWI (Computer Assisted Web Interview) na Ogólnopolskim Panelu Badawczym Ariadna, posiadającym aktualny certyfikat PKJPA, potwierdzający wysoką jakość świadczonych usług badawczych.



ponad 300 tys.

łącznie liczba osób
zarejestrowanych
w panelu



14-18.02.2026 r.

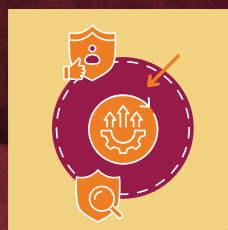
w tych dniach były zbierane
dane wśród zarejestrowanych
uczestników panelu, którzy
spełnili łącznie dwa kryteria:
byli pełnoletni i pracowali



1143

dorosłych Polaków w wieku
18-65 lat, którzy wzięli
udział w badaniu, tworząc
próbę ogólnopolską,
reprezentatywną ze względu
na płeć i wiek, zróżnicowaną
pod względem wykształcenia
i miejsca zamieszkania

ROZDZIAŁ **1**



**KONTEKST
UBEZPIECZENIOWY**

POSIADANE RODZAJE UBEZPIECZEŃ

Ubezpieczenia majątkowe są bardziej popularne niż pozostałe. Odsetek osób deklarujących posiadanie ubezpieczenia AC jest zdecydowanie wyższy niż odsetek deklarujących ubezpieczenie OC posiadacza pojazdu, co najprawdopodobniej wynika z faktu, że potocznie (i błędnie) mówi się o „OC pojazdu”. W efekcie duża część Polaków nie utożsamia obowiązkowego ubezpieczenia OC z OC posiadacza pojazdu i traktuje je jako odrębną, dodatkową kategorię ubezpieczeń.



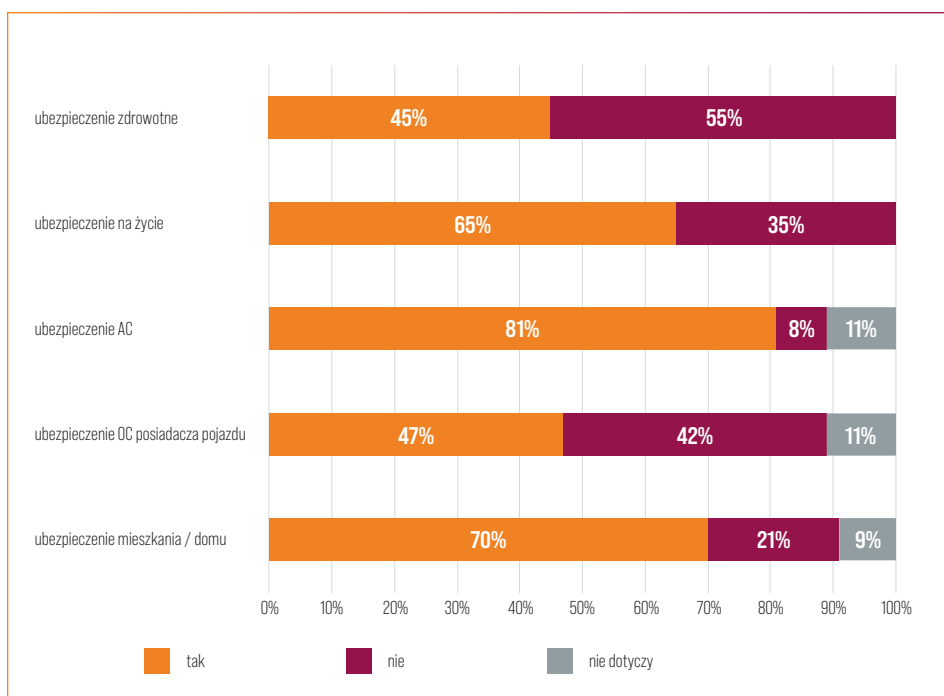
**WŚRÓD DOBROWOLNYCH UBEZPIECZEŃ
NAJPOPULARNIEJSZE JEST UBEZPIECZENIE AC POJAZDU
– JEGO POSIADANIE DEKLARUJE 81% BADANYCH,
CO STANOWI 89% POSIADACZY POJAZDÓW.**

Prawdopodobnie jest to wartość przeszacowana, ponieważ część respondentów myli nazwy obowiązkowych i dobrowolnych ubezpieczeń związanych z posiadaniem pojazdu. Na drugim miejscu plasuje się ubezpieczenie mieszkania, które deklaruje, że posiada 70% badanych, czyli 77% osób posiadających mieszkanie w tej próbie. Należy jednak pamiętać, że choć ubezpieczenie mieszkania należy do kategorii ubezpieczeń dobrowolnych, to w przypadku nieruchomości kupowanych na kredyt jest ono zwykle wymagane przez instytucje kredytowe. **Uzyskany wynik stanowi więc wypadkową zarówno preferencji, jak i zobowiązań badanych.**

65% badanych deklaruje posiadanie ubezpieczenia na życie, przy czym w tej grupie 53% ma ubezpieczenie indywidualne, a 47% – grupowe (w miejscu pracy). 45% badanych deklaruje posiadanie ubezpieczenia zdrowotnego, przy czym 18% respondentów wykupiło je samodzielnie, natomiast 27% korzysta z niego w ramach świadczeń zapewnianych przez pracodawcę.



RYСУNEK 9
JAKIE DOBROWOLNE
UBEZPIECZENIA POSIADASZ?

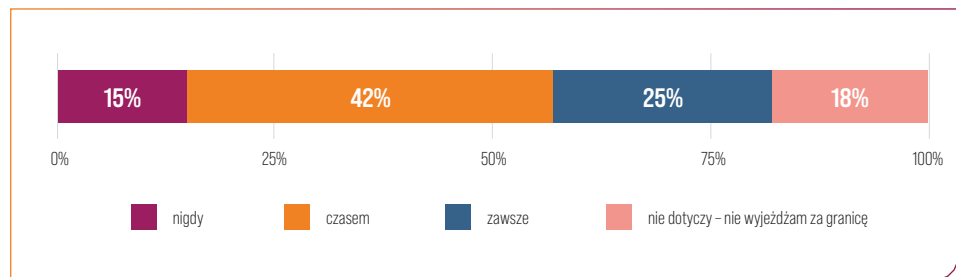


N = 1143



82% osób mających doświadczenia wyjazdów poza granice Polski przynajmniej czasem kupuje ubezpieczenia podróżne, a z tej grupy można wyodrębnić 30% podróżujących, którzy zawsze wykupują ubezpieczenie podróżne.

RYSUNEK 10 CZY KUPUJESZ UBEZPIECZENIA PODRÓŻNE?



N = 1143

SKĄD POLISA? CZYLI KTO POMOŻE DOPASOWAĆ OCHRONĘ UBEZPIECZENIOWĄ DO POTRZEB KLIENTA



Karina Rak
radca prawny, PIU

Ubezpieczenia mogą być dystrybuowane wyłącznie przez ustawowo określone kategorie podmiotów tj. zakład ubezpieczeń, agenta ubezpieczeniowego lub brokera ubezpieczeniowego. Każdy z dystrybutorów przed zawarciem umowy ubezpieczenia jest zobowiązany do określenia wymagań i potrzeb klienta oraz podania klientowi informacji o produkcie. Na każdym dystrybutorze ciąży obowiązek postępowania uczciwie, rzetelnie i profesjonalnie, zgodnie z najlepiej pojętym interesem klientów. Na czym więc polega różnica?

Zakład ubezpieczeń jest twórcą produktu i podmiotem zobowiązanym do spełnienia świadczenia z umowy ubezpieczenia. Posiada wydane przez Komisję Nadzoru Finansowego (KNF) zezwolenie na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej w określonym zakresie. Zakład ubezpieczeń nie może wykonywać innej działalności poza działalnością ubezpieczeniową i bezpośrednio z nią związaną. Wykonuje działalność w formie spółki akcyjnej albo towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych. Na polskim rynku obecne są także oddziały zagranicznych zakładów ubezpieczeń. Działalność ubezpieczeniowa może być wykonywana w Polsce przez zagraniczny zakład ubezpieczeń mający siedzibę w państwie Unii Europejskiej także bez oddziału (swoboda świadczenia usług) po uprzedniej notyfikacji w KNF. Wykaz podmiotów wykonujących działalność ubezpieczeniową na terytorium RP znajdziemy na stronie internetowej Komisji Nadzoru Finansowego.

Agent i broker to pośrednicy ubezpieczeniowi. Mogą być nimi zarówno osoby fizyczne, jak i spółki. Te ostatnie działają przy pomocy osób fizycznych wykonujących odpowiednio czynności agencyjne (OFWCA) i czynności brokerskie (OFWCB). Agent, OFWCA, broker i OFWCB mogą wykonywać czynności po uzyskaniu wpisu do prowadzonego przez KNF rejestru pośredników ubezpieczeniowych. Rejestr jest jawny, a klient może sprawdzić wpis pośrednika korzystając z wyszukiwarki dostępnej na stronie internetowej Komisji Nadzoru Finansowego.

Agent ubezpieczeniowy działa w imieniu i na rzecz zakładu ubezpieczeń. Z tytułu wykonywanych przez siebie czynności otrzymuje od zakładu ubezpieczeń wynagrodzenie – zazwyczaj jest to prowizja uwzględniona w kwocie składki ubezpieczeniowej. Agent może oferować produkty jednego (agent wyłączny) lub kilku (multiagent) zakładów ubezpieczeń.

Broker działa w imieniu i na rzecz klienta (nie jest związany umową z zakładem ubezpieczeń). Dokonuje analizy potrzeb klienta, po czym wysyła zapytania ofertowe do wielu zakładów ubezpieczeń, analizuje otrzymane oferty i przedstawia klientowi swoją rekomendację. Broker może otrzymywać wynagrodzenie zarówno od klienta, jak i zakładu ubezpieczeń.

W praktyce klienci indywidualni najczęściej korzystają z usług agenta. Brokerów wybierają z reguły przedsiębiorcy szukający ochrony dla skomplikowanych ryzyk.

DOŚWIADCZENIA Z DOMU RODZINNEGO

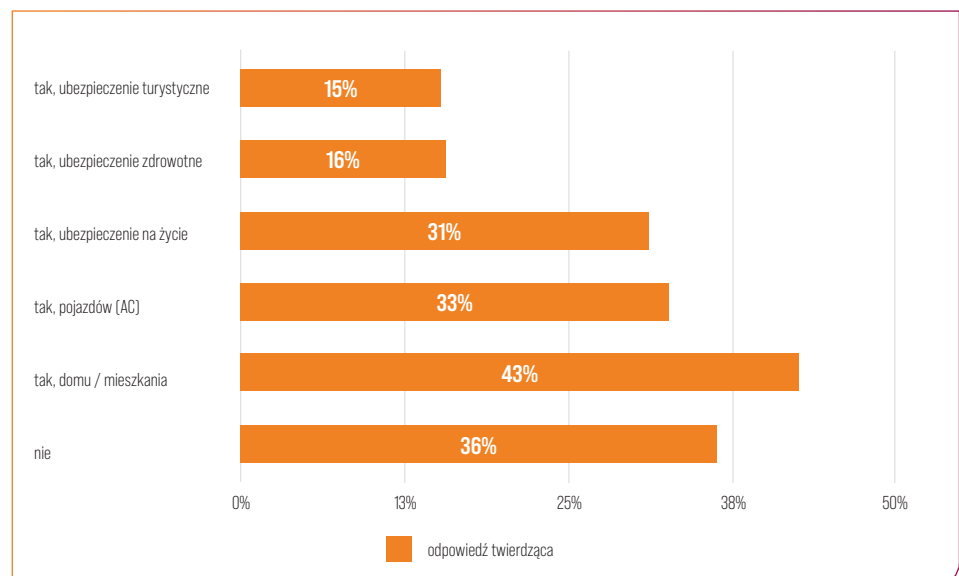


Większość badanych wskazuje, że posiada doświadczenia związane z kupowaniem dobrowolnych ubezpieczeń wyniesione z domu rodzinnego, 36% nie ma takich doświadczeń.

NAJCZĘŚCIEJ W DOMU RODZINNYM UBEZPIECZANO MAJĄTEK – MIESZKANIE LUB DOM (43%) ORAZ SAMOCHODY (33%).

31% badanych wskazuje, że w ich domu rodzinnym wykupywano ubezpieczenie na życie, natomiast 15-16% ma wspomnienia związane z zakupem ubezpieczeń zdrowotnych i turystycznych.

RYСУNEK 11
CZY W TWOIM RODZINNYM
DOMU KUPOWANO
NIEOBOWIĄZKOWE
UBEZPIECZENIA?



N = 1143

DOŚWIADCZENIA ZGŁASZANIA SZKODY Z POLISY UBEZPIECZENIOWEJ



Przeciwnie, uwzględniając wszystkie analizowane kategorie ubezpieczeń, ok. 37% respondentów deklaruje doświadczenie w zgłaszaniu szkody lub zdarzenia ubezpieczeniowego, natomiast 63% badanych nie miało takiego doświadczenia.

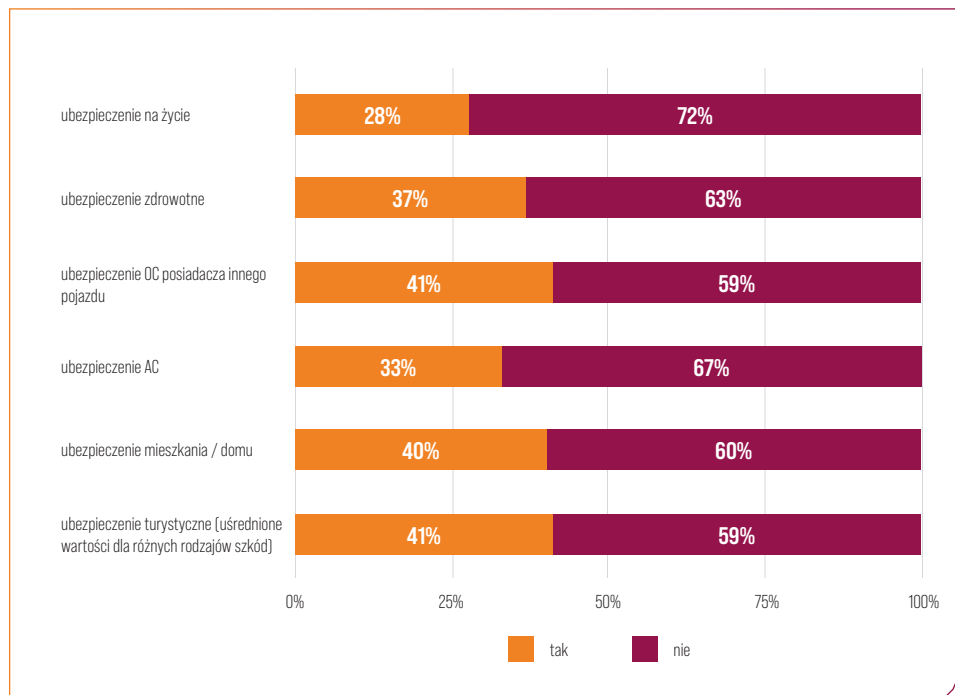
Największy odsetek osób posiadających doświadczenie zgłaszania szkody występuje w przypadku ubezpieczenia OC posiadacza innego pojazdu oraz ubezpieczenia turystycznego – w obu przypadkach wynosi on 41%. Niewiele niższy poziom doświadczenia dotyczy ubezpieczenia mieszkania lub domu (40%) oraz ubezpieczenia zdrowotnego (37%).

POLACY NAJRDZIEJ ZGŁASZAJĄ SZKODY W RAMACH POLISY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE (28%) I AC (33%).

Jednocześnie największy odsetek osób bez doświadczenia w zgłaszaniu szkód odnotowano w przypadku ubezpieczenia na życie (72%) oraz ubezpieczenia AC (67%). W pozostałych kategoriach udział respondentów bez takiego doświadczenia wynosi od 59% do 63%.

Wśród posiadaczy różnych typów ubezpieczeń, doświadczenia zgłaszania szkód najczęściej dotyczą ubezpieczeń turystycznych i mieszkania lub domu. Równie często Polacy doświadczają korzystania z polisy OC posiadacza pojazdu, w przypadku bycia pokrzywdzonym w zdarzeniu drogowym.

RYSUNEK 12
CZY MASZ DOŚWIADCZENIE
ZGŁASZANIA SZKODY /
ZDARZENIA OBJĘTEGO
PONIŻSZYMI RODZAJAMI
POLIS?



N = 1143

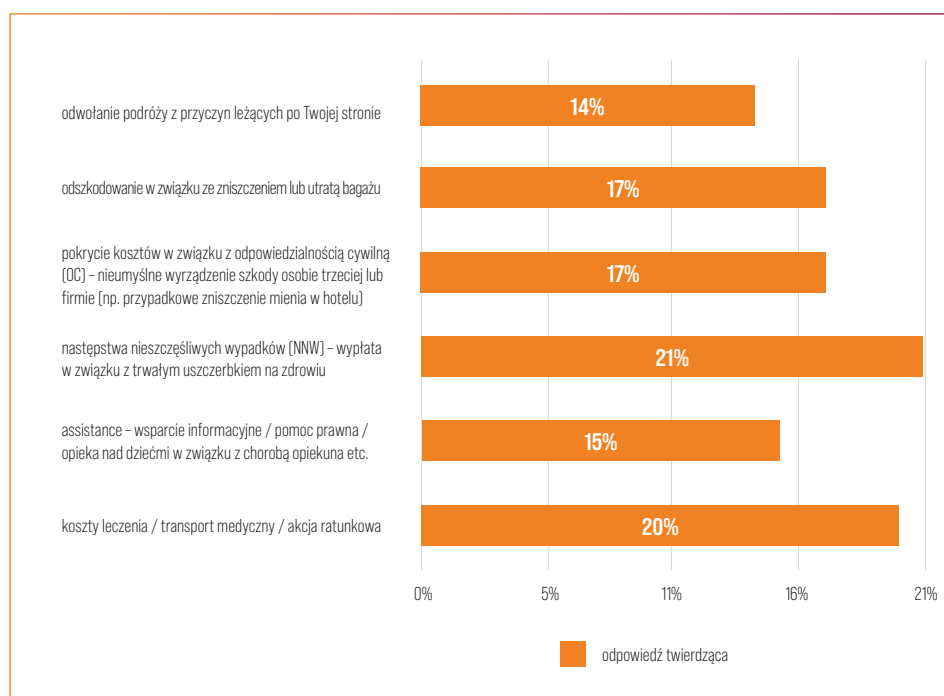
W kontekście doświadczenia w zgłaszaniu szkód w ramach ubezpieczenia turystycznego w poszczególnych kategoriach zdarzeń, najczęściej wskazywanymi kategoriami są następstwa nieszczęśliwych wypadków (NNW) związane z wypłatą świadczenia w przypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu (doświadczenie w zgłaszaniu takiej szkody deklaruje 21% respondentów) i zdarzenia związane z kosztami leczenia, transportem medycznym lub akcją ratunkową (20%).

Doświadczenie zgłaszania szkody dotyczącej zniszczenia lub utraty bagażu oraz odpowiedzialności cywilnej w podróży (OC) wskazało po 17% badanych, zaś doświadczenie w korzystaniu z usług assistance, obejmujących m.in. wsparcie informacyjne, pomoc prawną czy organizacyjną zadeklarowało 15% badanych. Najrzadziej zgłaszanym zdarzeniem jest odwołanie podróży z przyczyn leżących po stronie podróżnego, które wskazało 14% respondentów.



Wyniki sugerują, że doświadczenia w zgłaszaniu szkód z ubezpieczenia turystycznego koncentrują się częściej przede wszystkim wokół zdarzeń zdrowotnych oraz wypadków, które są jednymi z najczęściej wykorzystywanych elementów ochrony w tego typu polisach. Nieco rzadziej zgłaszane są natomiast zdarzenia o charakterze organizacyjnym lub związane z rezygnacją z podróży, co może wynikać zarówno z ich niższej częstotliwości, jak i z mniejszej świadomości zakresu ochrony wśród ubezpieczonych.

RYSUNEK 13
CZY MASZ DOŚWIADCZENIE
ZGŁASZANIA SZKODY /
ZDARZENIA Z POLISY
TURYSTYCZNEJ Z PONIŻSZEJ
KATEGORII?



N = 1143

Przed wyciąganiem wniosków w tym obszarze warto jednak uwzględnić kontekst, w jakim dochodzi do zgłoszenia szkody, w związku z tym kolejnym krokiem analizy jest ocena tego, jak osoby, które zgłaszały szkody, postrzegają decyzje podejmowane przez ubezpieczycieli w procesie ich likwidacji.

Sam proces zgłaszania szkody ubezpieczeniowej często wiąże się z silnymi emocjami. Zdarzenie będące podstawą zgłoszenia jest zazwyczaj sytuacją stresującą (może dotyczyć utraty zdrowia, uszkodzenia mienia lub nagłych problemów finansowych). W takich okolicznościach decyzja ubezpieczyciela bywa trudna do zaakceptowania, zwłaszcza gdy wysokość wypłaty okazuje się niższa od oczekiwań. Dodatkowo pojawia się presja czasu, bo środki finansowe są często potrzebne szybko, aby pokryć koszty leczenia, naprawy czy odtworzenia majątku. Klienci oczekują więc możliwie szybkiej decyzji, nie zawsze dostrzegając, jak złożony jest proces likwidacji szkody po stronie ubezpieczyciela i że jego przeprowadzenie wymaga czasu oraz weryfikacji wielu informacji.





Na ocenę decyzji wpływa także ograniczona świadomość szczegółowych warunków polisy. Osoby zgłaszające szkody nie zawsze wiedzą, jakie ograniczenia lub wyłączenia odpowiedzialności przewidziane są w umowie ubezpieczenia, co może prowadzić do rozbieżności między oczekiwaniami a rzeczywistym zakresem ochrony. Znaczenie ma również tzw. efekt posiadania – naturalna tendencja do przypisywania większej wartości własnym rzeczom niż ich rynkowym odpowiednikom. W praktyce oznacza to np. przekonanie, że własny samochód jest wart więcej niż podobny model dostępny na rynku, ponieważ jest lepiej utrzymany lub rzadziej używany. **Mechanizm ten może prowadzić do rozczarowania wysokością przyznanego odszkodowania i bardziej krytycznej oceny decyzji ubezpieczyciela.**

W rezultacie opinie konsumentów na temat funkcjonowania ubezpieczeń oraz decyzji podejmowanych w procesie likwidacji szkód nie zawsze mają w pełni obiektywny charakter i nierzadko są formułowane bardziej surowo, niż wynikałoby to z formalnej oceny danej sprawy.



WYNIKI BADANIA POKAZUJĄ ZRÓŻNICOWANY POZIOM SATYSFAKCJI Z DECYZJI PÓDEJMOWANYCH PRZEZ UBEZPIECZYCIELI W RÓŻNYCH TYPAH POLIS.

Najwyższy poziom zadowolenia deklarują osoby składające wniosek o wypłatę świadczenia w ramach ubezpieczenia na życie (aż 83% respondentów ocenia decyzję pozytywnie, a 17% negatywnie). Może to odzwierciedlać specyfikę tego typu świadczeń, w których każda wypłata realnie poprawia sytuację finansową beneficjenta.

W przypadku ubezpieczenia turystycznego ponad połowa badanych (51%) również ocenia decyzję ubezpieczyciela pozytywnie, 26% negatywnie, a 23% wskazuje odpowiedź pośrednią („czasem tak, czasem nie”).

Bardziej zróżnicowane opinie pojawiają się w przypadku polis komunikacyjnych i majątkowych. W ubezpieczeniu OC posiadacza innego pojazdu poziom zadowolenia (46%) jest zbliżony do odsetka ocen negatywnych (48%), natomiast 6% respondentów wskazuje na doświadczenia mieszane. W ubezpieczeniu AC dominują oceny negatywne (54%), przy 41% odpowiedzi pozytywnych.

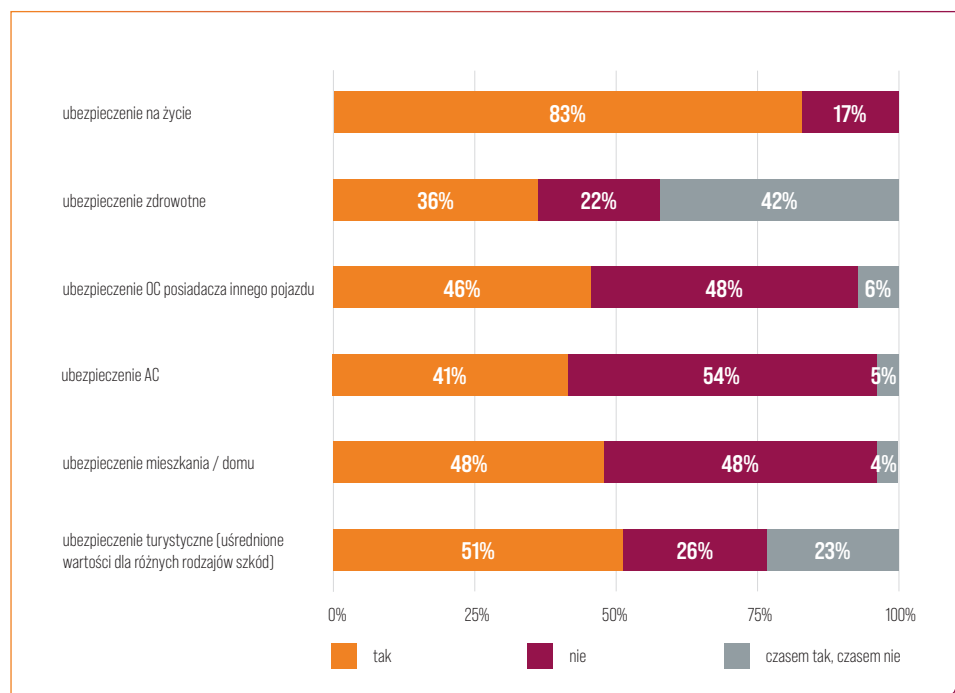
Z kolei w przypadku ubezpieczenia mieszkania lub domu opinie są niemal równo podzielone (48% respondentów jest zadowolonych, 48% niezadowolonych, a 4% ocenia swoje doświadczenia jako zmienne).

Ambiwalentne opinie najczęściej dotyczą ubezpieczenia zdrowotnego, na które wskazuje 42% ubezpieczonych, podczas gdy jednoznaczne zadowolenie deklaruje 36% badanych, a jednoznaczne niezadowolenie 22%. Warto przy tym zauważyć, że w przypadku tego typu ubezpieczeń, ocena ubezpieczyciela jest w dużym stopniu pośrednio związana z jakością usług medycznych świadczonych przez placówki zewnętrzne. Na doświadczenie klienta wpływa wiele elementów: od kontaktu z rejestracją, przez pracę personelu medycznego, aż po organizację wizyty czy standard samej placówki, na które ubezpieczyciel ma ograniczony wpływ. Jednocześnie liczba kontaktów klienta z systemem w ramach ubezpieczenia zdrowotnego jest zwykle znacznie większa niż w przypadku innych polis, co zwiększa

prawdopodobieństwo występowania zarówno doświadczeń pozytywnych, jak i negatywnych. Z tego względu przy interpretacji wyników w tej kategorii zasadne może być łączne rozpatrywanie odpowiedzi „zadowolony” oraz „czasem tak, czasem nie”.

Podsumowując, wyniki wskazują, że ocena decyzji ubezpieczycieli jest wyraźnie zróżnicowana w zależności od rodzaju polisy. Najwyższy poziom satysfakcji występuje w przypadku ubezpieczeń na życie, natomiast w polisach komunikacyjnych i majątkowych opinie są bardziej podzielone. Jednocześnie należy pamiętać, że na ocenę procesu likwidacji szkód wpływają nie tylko jego formalne rezultaty, lecz także czynniki emocjonalne, presja sytuacyjna oraz indywidualne oczekiwania klientów.

RYSUNEK 14
CZY BYŁEŚ ZADOWOLONY
Z DECYZJI UBEZPIECZYCIELA
DOTYCZĄCEJ
TWOJEGO ZGŁOSZENIA SZKODY
Z PONIŻSZYCH RODZAJÓW
POLIS? *



*N = zróżnicowane, odpowiadały tylko osoby, które wskazały doświadczenie zgłaszania szkody z poszczególnych rodzajów polis ubezpieczeniowych

JAK UBEZPIECZYCIELE PODNOSZĄ SATYSFAKCJĘ Z LIKWIDACJI SZKÓD?



Agnieszka Dąbrowska,
manager zespołu ds. prowadzenia działalności ubezpieczeniowej, PIU

Kolizja drogowa, zalanie mieszkania czy nagła choroba to zawsze sytuacje stresujące. To właśnie wtedy klient oczekuje, że obietnica złożona przy zawieraniu umowy zostanie sprawnie spełniona. Dobra likwidacja szkody to dziś nie tylko wypłata odszkodowania, ale realne wsparcie, które pozwala możliwie szybko wrócić do normalności.

Między innymi właśnie dlatego zakłady ubezpieczeń konsekwentnie inwestują w rozwiązania, które upraszczają procesy, skracają czas obsługi i zwiększają komfort klientów. Kluczowe jest tu jedno pytanie: czego faktycznie potrzebuje klient? Dla jednych będzie to szybka wypłata środków, dla innych kompleksowa organizacja naprawy czy pomoc na miejscu zdarzenia. Nowoczesny model likwidacji szkód musi być elastyczny i dopasowany do różnych potrzeb klientów i różnych scenariuszy.

Prościej, szybciej, cyfrowo

Dziś standardem staje się zdalna obsługa szkód. Klient może zgłosić zdarzenie przez aplikację, przesłać zdjęcia, a nawet otrzymać wycenę i odszkodowanie w ciągu kilkunastu minut. Dzięki wykorzystaniu algorytmów i automatyzacji procesów wiele spraw może zostać zakończonych niemal natychmiast, bez konieczności wizyty rzeczoznawcy.

Uproszczenie procedur oznacza również ograniczenie formalności. Coraz częściej dane klienta czy pojazdu pobierane są automatycznie z rejestrów, takich jak CEPiK czy PESEL. Klient nie musi wypełniać skomplikowanych formularzy, proces jest intuicyjny i szybki.

mStłuczka – prostota już na miejscu zdarzenia

Doskonałym przykładem upraszczania procesu likwidacji szkód jest usługa mStłuczka. Dzięki niej uczestnicy kolizji mogą na miejscu zdarzenia sporządzić cyfrowe oświadczenie o zdarzeniu drogowym bez konieczności wypełniania papierowych dokumentów.

Aplikacja automatycznie pobiera większość danych z rejestrów państwowych, co znacząco ogranicza ryzyko błędów i przyspiesza cały proces. Poszkodowany może od razu przekazać oświadczenie do ubezpieczyciela, dzięki czemu likwidacja szkody rozpoczyna się praktycznie natychmiast. Dodatkowo użytkownik otrzymuje jasną informację, kto jest ubezpieczycielem sprawcy oraz gdzie może zgłosić szkodę (aplikacja wskazuje konkretnych ubezpieczycieli sprawcy lub sprawcy i poszkodowanego), co znacząco redukuje niepewność w pierwszych chwilach po zdarzeniu.

BLS, czyli obsługa u „swojego” ubezpieczyciela

Rozwiązaniem zwiększającym komfort klientów jest również bezpośrednia likwidacja szkód (BLS). Dzięki temu systemowi poszkodowany nie musi kontaktować się z ubezpieczycielem sprawcy, zgłasza szkodę do własnego ubezpieczyciela, czyli firmy, którą zna i której zaufa. To właśnie jego ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie, a rozliczenia między zakładami odbywają się bez udziału poszkodowanego. Rozwiązanie to znacznie upraszcza

procedurę, skraca czas obsługi i buduje poczucie bezpieczeństwa. Warto podkreślić, że BLS nie wynika z obowiązku prawnego, został wypracowany przez rynek jako odpowiedź na potrzeby klientów i dążenie do podnoszenia jakości obsługi.

Słuchanie klientów i realna pomoc

Zakłady ubezpieczeń analizują doświadczenia klientów wynikające z likwidacji szkód, wykorzystując np. opinie wyrażane przy okazji różnych form kontaktu. To właśnie na tej podstawie rozwijane są kolejne usługi, w tym te oparte o rozwiązania technologiczne.

Równolegle rozbudowywane są sieci warsztatów i partnerów serwisowych, które pozwalają ubezpieczycielom zapewnić realną pomoc w przywróceniu mienia do stanu sprzed szkody. Klient może dzięki temu skorzystać ze sprawdzonych usług, liczyć na odpowiednią jakość naprawy oraz krótszy czas realizacji.

Nowoczesność to stabilność

Inwestycje w technologię to nie tylko wygoda, ale także większa efektywność całego systemu. Cyfryzacja i analiza danych pozwalają szybciej identyfikować próby wyłudzeń, co przekłada się na realne oszczędności i pomaga sprawnie likwidować szkody uczciwych klientów, którzy stanowią zdecydowaną większość społeczności ubezpieczeniowej.

Czy ubezpieczyciele mogą zrobić coś więcej dla podnoszenia satysfakcji swoich klientów?

Ubezpieczenia nie są łatwym produktem, wymagają więc ciągłej edukacji, z całą pewnością nie tylko na etapie likwidacji szkody, ale zdecydowanie wcześniej, przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Satysfakcja klienta nie wynika bowiem wyłącznie z jakości samej usługi, ale jest wypadkową potrzeb, oczekiwań i zrozumienia produktu, który dostarczamy klientowi.

Z pewnością technologia może wesprzeć ubezpieczycieli w sprawniejszej obsłudze, ale na straży satysfakcji klienta musi zawsze stać profesjonalny zespół, który służy pomocą i przekłada trudny ubezpieczeniowy język na język bardziej przyjazny, odnoszący się do konkretnego klienta i konkretnej sytuacji.

Szybkie przywrócenie klientowi poczucia bezpieczeństwa i spokoju po losowym, zazwyczaj nieprzyjemnym zdarzeniu to ważny miernik satysfakcji klienta. Jednocześnie budowa zaufania do ubezpieczycieli jest procesem ciągłym. Zaufanie do rynku ubezpieczeń możemy podnosić wyłącznie utrzymując wysoki poziom usług dopasowanych do potrzeb klienta.

ROZDZIAŁ 2



ŚWIADOMOŚĆ UBEZPIECZENIOWA

POSTRZEGANE PRAWDOPODOBIĘSTWO WYSTĄPIENIA ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH

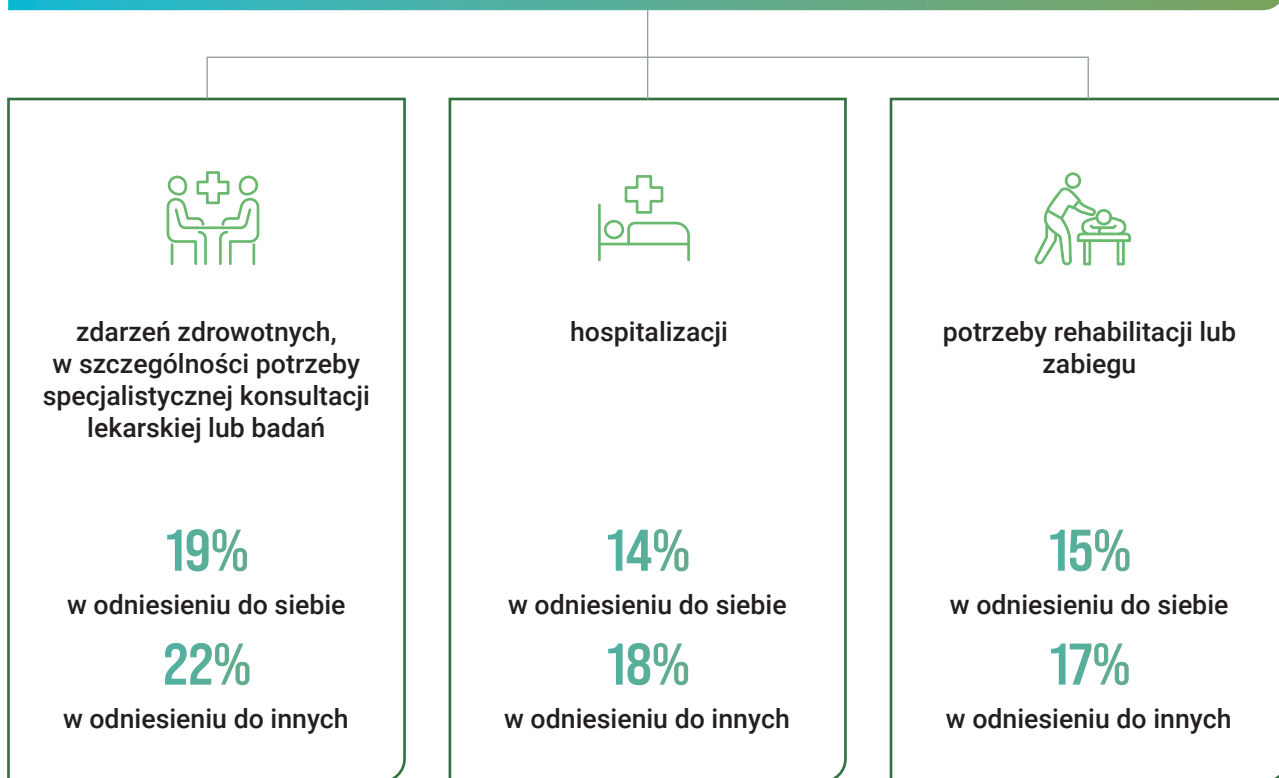


Badanie pozwoliło zweryfikować, w jaki sposób Polacy oceniają prawdopodobieństwo wystąpienia różnych negatywnych zdarzeń, zarówno w odniesieniu do siebie, jak i do innych osób. W przypadku wszystkich analizowanych niepożądanych zdarzeń Polacy przypisują wyższe ryzyko innym niż sobie, co **wyraźnie wskazuje na występowanie efektu nierealistycznego optymizmu, opisywanego w psychologii jako jeden z błędów poznawczych.** Uzyskany wynik jest spójny z licznymi badaniami psychologicznymi, które pokazują, że ludzie mają naturalną tendencję do niedoszacowywania prawdopodobieństwa wystąpienia negatywnych zdarzeń dotyczących ich samych, przy jednoczesnym przeszacowywaniu prawdopodobieństwa zdarzeń pozytywnych. **Mechanizm ten obserwowany jest we wszystkich obszarach życia, np. takich jak kariera zawodowa, zdrowie czy relacje społeczne.** Obserwowany w badaniu optymizm poznawczy Polaków w odniesieniu do ryzyk opisywanych w polisach ubezpieczeniowych wskazuje jednocześnie na istotną rolę ubezpieczeń.

UBEZPIECZENIA CHRONIĄ PRZED SKUTKAMI NIEPOŻĄDANYCH ZDARZEŃ, KTÓRYCH PRAWDOPODOBIĘSTWA NIEDOSZACOWUJEMY.

W tym kontekście można je postrzegać jako racjonalny mechanizm ograniczający skutki tego błędu poznawczego, pozwalający zabezpieczyć się przed konsekwencjami zdarzeń, których prawdopodobieństwo jednostki mają skłonność zaniżać.

NAJWYŻEJ OCENIANE PRAWDOPODOBIENSTWA WYSTĄPIENIA NIEPOŻĄDANYCH ZJAWISK DOTYCZĄ:



NAJMNIEJ PRAWDOPODOBNE WYDAJE SIĘ NATOMIAST WYSTĄPIENIE SYTUACJI ZWIĄZANYCH Z:



Różnice między oceną ryzyka w odniesieniu do siebie i do innych są systematyczne, choć ich skala jest zróżnicowana w zależności od rodzaju negatywnego zdarzenia.

W przypadku zdarzeń o charakterze bardziej losowym, takich jak śmierć w wyniku poważnej choroby (14% vs 16%), utrata zdolności do pracy (12% vs 13%) czy pożar domu (10% vs 11%), rozbieżności są niewielkie. Nieco wyraźniejsze różnice pojawiają się natomiast przy zdarzeniach związanych z odpowiedzialnością osobistą lub zachowaniami potencjalnie ryzykownymi.

Przykładowo, prawdopodobieństwo spowodowania wypadku drogowego respondenci oceniają na 12% w odniesieniu do siebie i 19% w odniesieniu do innych. Podobne różnice widoczne są w przypadku nagłego zachorowania podczas wyjazdu wakacyjnego (11% vs 19%) czy wypadku wymagającego leczenia w trakcie wyjazdu (12% vs 19%).



UZYSKANE WYNIKI POTWIERDZAJĄ OBECNOŚĆ OPTYMIZMU POZNAWCZEGO – BADANI KONSEKWENTNIE POSTRZEGAJĄ SIEBIE JAKO MNIEJ NARAŻONYCH NA NEGATYWNE ZDARZENIA NIŻ „PRZECIĘTNY CZŁOWIEK”.

Eft ten jest silniejszy w sytuacjach, w których można zakładać wpływ własnych kompetencji, ostrożności czy odpowiedzialności, a słabszy w przypadku zdarzeń losowych i trudnych do kontrolowania. Warto jednocześnie zwrócić uwagę na realność podawanych szacunków. Deklarowane prawdopodobieństwa, najczęściej w przedziale 8–19%, wydają się dość wysokie w przypadku

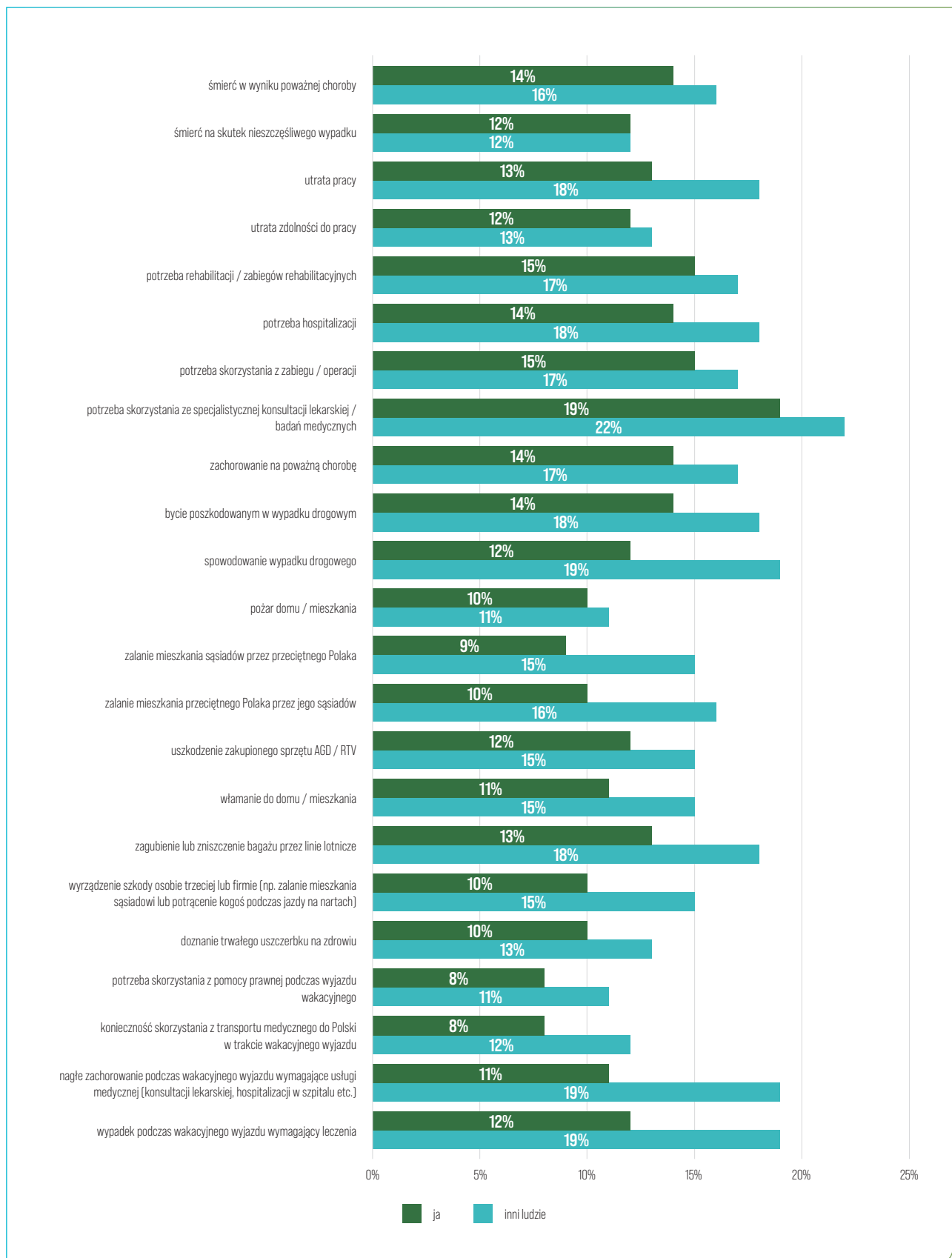
niektórych rzadkich zdarzeń (np. śmierci w wyniku poważnej choroby czy spowodowania wypadku drogowego). **Może to oznaczać, że badani ogólnie zawyżają poziom ryzyka.** Z drugiej strony, w przypadku częstszych zdarzeń zdrowotnych (np. potrzeby konsultacji specjalistycznej czy hospitalizacji) wskazania mogą być bliższe rzeczywistym doświadczeniom populacji.



Oznacza to, że respondenci wykazują optymizm w porównaniu z innymi („mnie to dotyczy mniej niż innych”), ale jednocześnie nie zawsze trafnie oceniają rzeczywiste prawdopodobieństwo wystąpienia poszczególnych zdarzeń.

RYSUNEK 15

NA ILE PRAWDOPODOBNE WYDAJE CI SIĘ DOŚWIADCZENIE PRZEZ CIEBIE I PRZEZ INNYCH PONIŻSZYCH SYTUACJI?



N = 1143

POCZUCIE MOŻLIWOŚCI ZARZĄDZANIA RYZYKIEM WYSTĄPIENIA NIEPOŻĄDANYCH ZDARZEŃ

W kontekście oceny stopnia, w jakim Polacy uważają, że są w stanie ograniczyć ryzyko wystąpienia poszczególnych negatywnych zdarzeń (w skali od 0% – brak wpływu do 100% – możliwość pełnego wyeliminowania ryzyka), deklarowany poziom kontroli jest umiarkowany i w większości przypadków mieści się w przedziale ok. 20-30%, co sugeruje, że badani dostrzegają pewien wpływ na swoje bezpieczeństwo, ale nie postrzegają go jako dominującego.

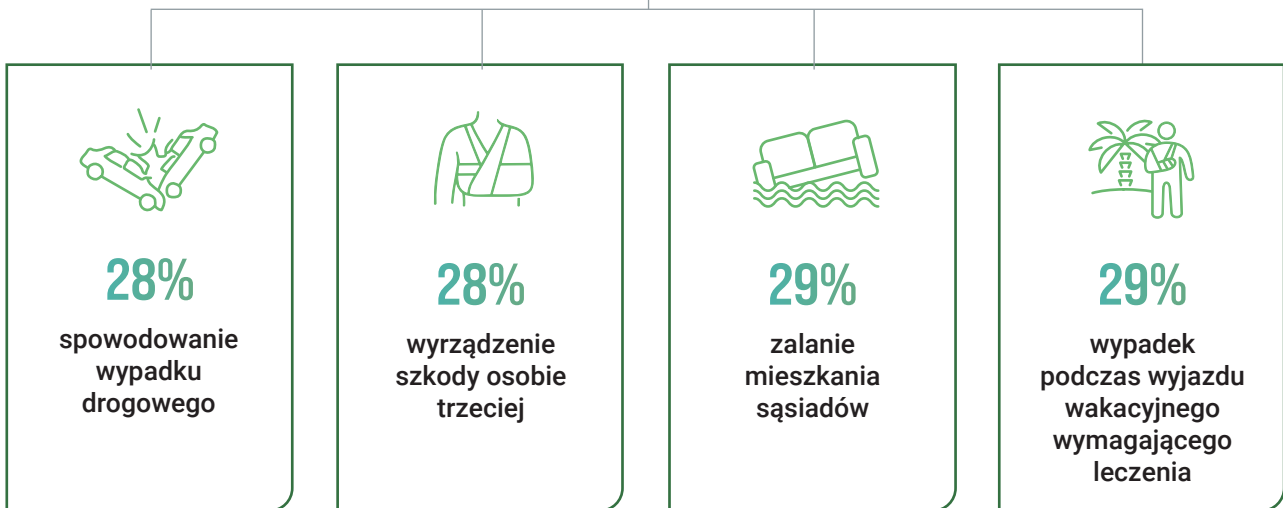
POLACY OCENIAJĄ, ŻE MAJĄ JEDYNIJE OGRANICZONY WPŁYW NA ZMNIEJSZANIE RYZYKA WYSTĘPOWANIA NIEPOŻĄDANYCH ZDARZEŃ – ŚREDNIO NA POZIOMIE OKOŁO 20-30% – CHOĆ JEDNOCZEŚNIE DOSTRZEGAJĄ, ŻE PEWNE DZIAŁANIA Z ICH STRONY MOGĄ TEN POZIOM RYZYKA CZĘŚCIOWO REDUKOWAĆ.

Najniższe poczucie wpływu dotyczy zdarzeń o charakterze zdrowotnym i losowym, takich jak śmierć w wyniku poważnej choroby (19%), śmierć na skutek nieszczęśliwego wypadku (18%), potrzeba hospitalizacji (19%), rehabilitacji (19%) czy zabiegu operacyjnego (19%). **Również w przypadku zachorowania na poważną chorobę oraz bycia poszkodowanym w wypadku drogowym poziom deklarowanej kontroli nie przekracza 20%.**



W wyższy poziom wpływu badani przypisują natomiast sytuacjom związanym z własnym zachowaniem, odpowiedzialnością lub ostrożnością.

SPOŚRÓD NIECHCIANYCH SYTUACJI, POLACY CZUJĄ, ŻE MAJĄ NAJWIĘKSZY WPŁYW NA:



Stosunkowo wysokie wartości pojawiają się również w odniesieniu do uszkodzenia sprzętu AGD/RTV (26%), potrzeby pomocy prawnej podczas wyjazdu (25%) czy transportu medycznego do kraju (25%). W tych obszarach respondenci wyraźniej dostrzegają możliwość prewencji poprzez własne decyzje i zachowania.

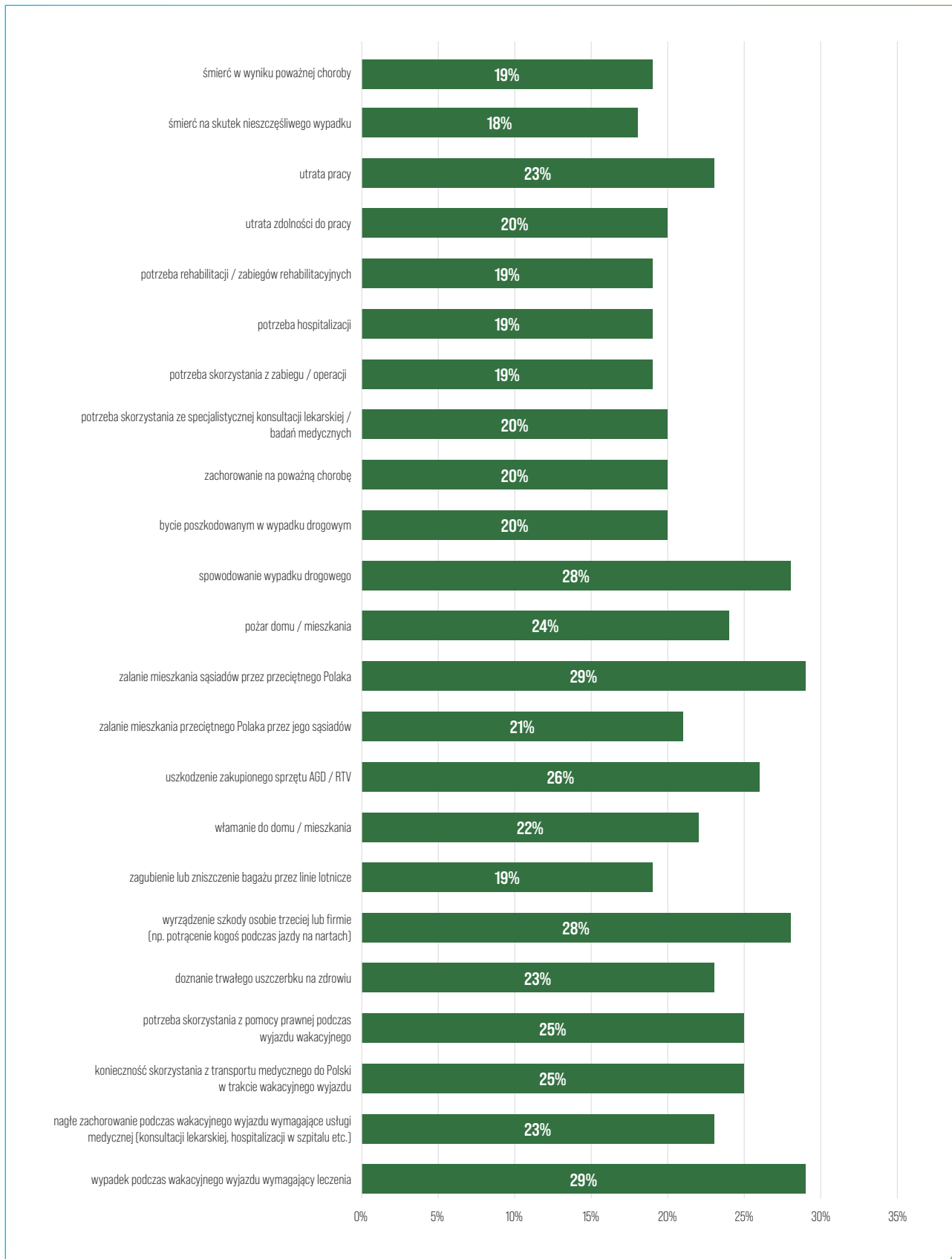


Zestawienie wyników dotyczących tego, na co Polacy czują, że mają największy wpływ, z wcześniej opisaną oceną prawdopodobieństwa zdarzeń pozwala zauważyć spójną strukturę przekonań. Tam, gdzie badani wykazywali silniejszy optymizm porównawczy (np. w obszarze wypadków czy szkód wyrządzonych innym), jednocześnie deklarują relatywnie wyższe poczucie kontroli nad ryzykiem. Może to wskazywać na mechanizm psychologiczny polegający na przekonaniu, że dzięki własnej ostrożności i kompetencjom są w stanie skuteczniej niż inni unikać negatywnych konsekwencji.

Jednocześnie deklarowane poziomy kontroli – rzadko przekraczające 30% – sugerują dość realistyczną ocenę własnych możliwości. Badani nie wykazują skrajnej iluzji kontroli, lecz raczej umiarkowane poczucie wpływu, zróżnicowane w zależności od charakteru zdarzenia. Najmniej kontrolowalne wydają się zdarzenia zdrowotne i losowe, natomiast bardziej podatne na ograniczanie – sytuacje wynikające z własnych działań lub zaniedbań.

RYSUNEK 16

W JAKIM STOPNIU JESTEŚ W STANIE OGRANICZYĆ RYZYKO DOŚWIADCZENIA PRZEZ CIEBIE PONIŻSZYCH SYTUACJI?
SKALA OD 0% (BRAK WPŁYWU) DO 100% (MOŻLIWOŚĆ PEŁNEGO WYELIMINOWANIA RYZYKA)

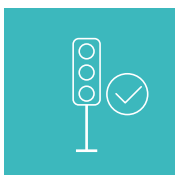


N = 1143

PODEJMOWANIE DZIAŁAŃ PREWENCYJNYCH DLA REDUKCJI RYZYKA WYSTĄPIENIA ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH

W kontekście deklaracji podejmowania działań, mających na celu ograniczenie ryzyka niepożądanych zdarzeń, w większości analizowanych rozwiązań dominują odpowiedzi twierdzące, co wskazuje na wysoki poziom deklarowanej prewencji i świadomości ryzyka wśród badanych. Aż 80% respondentów deklaruje regularne przeglądy techniczne pojazdu, 76% – sezonową wymianę opon, a 75% – ostrożną jazdę i konsekwentne przestrzeganie przepisów ruchu drogowego.

Najwyższe odsetki odpowiedzi „tak” dotyczą działań związanych z bezpieczeństwem drogowym i technicznym. Wysoki poziom deklaracji dotyczy również sprawdzania i przestrzegania zasad bezpieczeństwa w miejscu wyjazdu (72%) oraz zapoznawania się z zasadami obowiązującymi w kraju podróży (72%). Podobnie 73% badanych deklaruje regularne przeglądy instalacji w domu lub mieszkaniu.



Relatywnie wysokie wskaźniki dotyczą także działań prozdrowotnych: 69% badanych deklaruje szybkie reagowanie na objawy choroby, 60% – regularne badania zdrowia, 59% – regularną aktywność fizyczną, a 56% – zdrową dietę. Unikanie używek deklaruje 62% respondentów, a kontrolę wagi – 59%. Najniższy odsetek odpowiedzi twierdzących dotyczy korzystania ze szczepień ochronnych (55%), przy czym w tym obszarze najwyższy jest również udział osób, które nie widzą w tym sensu (19%). W pozostałych działaniach odsetek takich odpowiedzi jest wyraźnie niższy i zazwyczaj nie przekracza 10%.



Warto zwrócić uwagę na różnicę między odpowiedziami „nie, choć to dobry pomysł” a „nie, nie widzę w tym sensu”. W większości przypadków osoby, które nie podejmują danego działania, przyznają, że jest ono racjonalne, lecz z różnych powodów go nie realizują. Oznacza to raczej barierę praktyczną (brak czasu, konsekwencji, motywacji) niż brak akceptacji dla samej idei prewencji. Wyjątkiem są szczepienia ochronne, gdzie relatywnie większa grupa respondentów kwestionuje sens takiego działania.

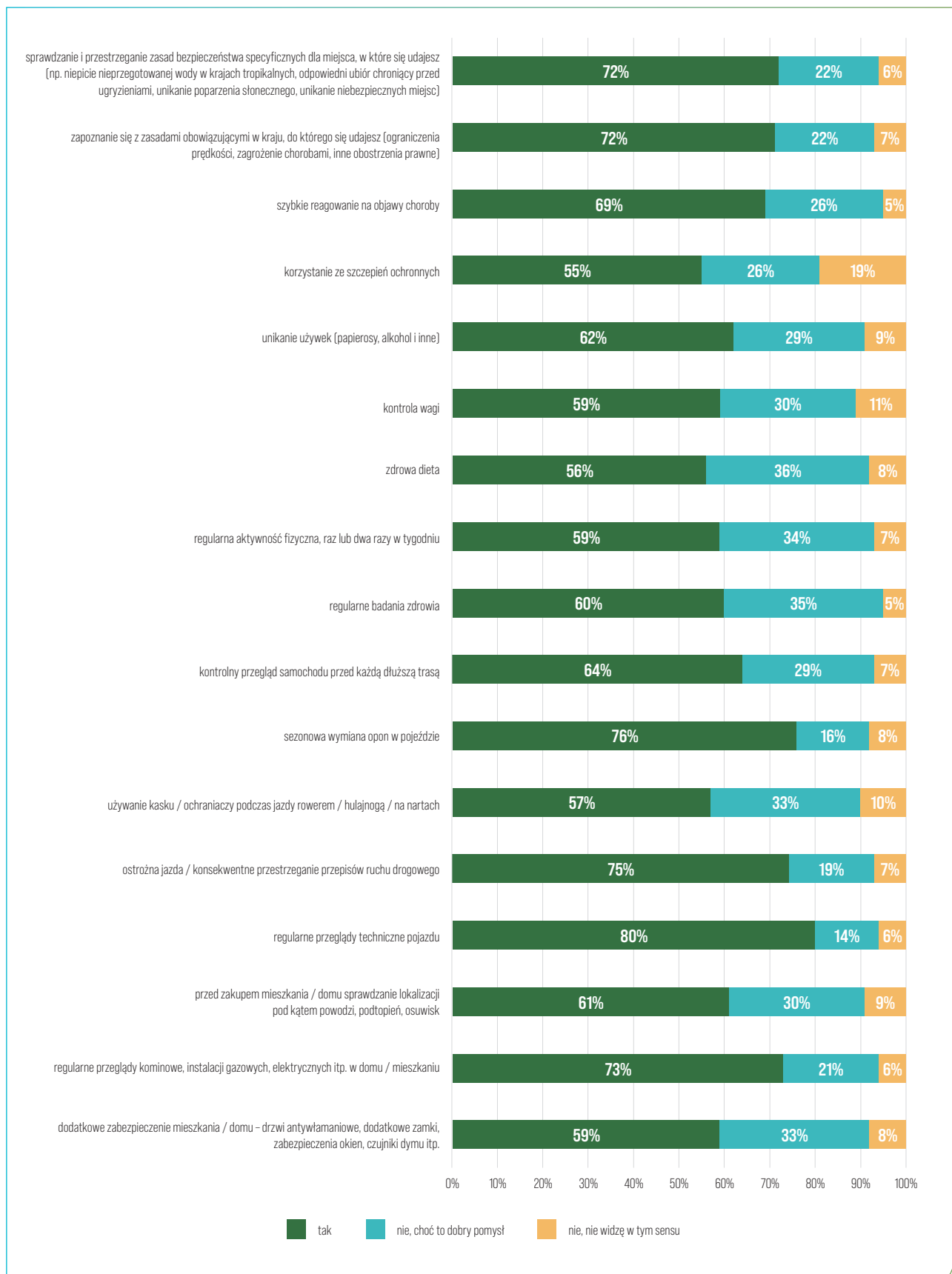
W zestawieniu z wcześniejszymi wynikami dotyczącymi poczucia kontroli nad ryzykiem można zauważyć spójność deklaracji. **W obszarach, w których badani przypisywali sobie większy wpływ na ograniczenie ryzyka (np. wypadki drogowe, szkody majątkowe), jednocześnie deklarują częste podejmowanie działań prewencyjnych.**

Wysoki poziom deklarowanych zachowań ochronnych może być częściowo wzmacniany przez efekt społecznej aprobaty – respondenci mogą wskazywać działania postrzegane jako właściwe i odpowiedzialne częściej, niż faktycznie są one realizowane.

Ogólnie wyniki wskazują na wysoki poziom deklarowanej orientacji na bezpieczeństwo i profilaktykę, przy czym realna skuteczność tych działań zależy od ich konsekwencji, jakości oraz systematyczności.

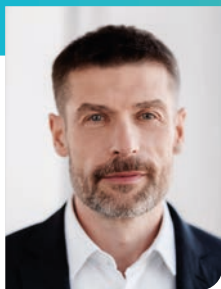
RYSUNEK 17

CZY PODEJMujesz PONIŻSZE DZIAŁANIA, ŻEBY ZMNIJSZYĆ RYZYKO NIEPOŻĄDANYCH ZDARZEŃ?



N = 1143

MĄDRY POLAK PRZED SZKODĄ



Rafał Mańkowski
dyrektor ds. ubezpieczeń majątkowych, PIU

Wszyscy jesteśmy zasypywani informacjami w gazetach, telewizji i social mediach o zdarzeniach nadzwyczajnych powodujących masowe zniszczenia. Są to obrazy katastrof takich jak trzęsienia ziemi, spektakularne huragany, powodzie, eksplozje zmiatające z powierzchni ziemi pół miasta. One są bardzo przejmujące. Jednocześnie wszyscy wiemy, że te zdarzenia charakteryzują się niskim prawdopodobieństwem występowania, dlatego czujemy się bezpiecznie. Uważamy, że te nieszczęścia dzieją się gdzieś daleko i nas nie dotyczą.

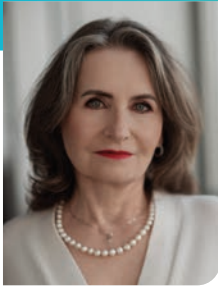
Tymczasem statystyki zakładów ubezpieczeń pokazują, że domowe lub firmowe katastrofy wcale nie zdarzają się tak rzadko, jak myślimy. Na każdych 100 ubezpieczonych właścicieli domów, mieszkań lub firm przynajmniej jeden zgłosił szkodę. Szkody powstają najczęściej z bardzo prozaicznych powodów. Od wielu lat najczęstszą przyczyną szkód w mieniu są zalania. Istnieje bardzo silna zależność między stanem technicznym budynku a częstotliwością remontów z powodu zacieków na ścianach i suficie czy wymiany mebli i podłóg w wyniku napuchnięcia. Sprawdzajmy zatem co jakiś czas stan rur, kaloryferów, wężyków, zaworów itp. Nieoczywistą przyczyną szkód są zapchane rynny, najczęściej przez suche liście. W przypadku ulewy woda leje się po elewacji, przesiąkając do środka. W ziemi zgromadzona woda rozsadza rynny i potem nawet niewielki opad dewastuje tynki.

W porównaniu do Karaibów nasz klimat może wydawać się całkiem spokojny. Może faktycznie nie mamy huraganów w tamtejszej skali, jednak każdego roku w sezonie wiosenno-letnim przechodzą przez Polskę silne fronty konwekcyjne. Ich efektem są lokalnie bardzo intensywne opady, gradobicia i trąby powietrzne. I w tym przypadku w statystykach zakładów ubezpieczeń również są widoczne efekty zaniedbań, błędnego planowania przestrzeni oraz złego stanu technicznego obiektów budowlanych. W latach 2016–2024 z powodu gradu, lokalnych podtopień i silnego wiatru zakłady ubezpieczeń wypłaciły łącznie 1,25 mld zł. Co możemy zrobić, żeby takich szkód było mniej? Dbać o instalację odprowadzającą nadmiar wody z opadów. Powodzie błyskawiczne z ostatnich kilku lat pokazały, że zalegające śmieci i liście w studzienkach dopływowych na terenie prywatnych posesji stanowią realne zagrożenie. Słuchajmy komunikatów i w razie ostrzeżeń o nadchodzących burzach przestawiamy samochód w bezpieczne miejsce, zabezpieczmy rzeczy na balkonie lub tarasie, które mogą zostać zniszczone lub mogą być porwane przez wichurę.

Najtragiczniejsze w skutkach są pożary. Poszkodowani często tracą cały dorobek. Niestety najczęściej są one również skutkiem zaniedbań albo fałszywych oszczędności. Zwróćmy szczególną uwagę na kominki, a konkretnie stan kominów odprowadzających z nich dym. To właśnie osadzająca się w nich sadza może się zapalić i być źródłem pożaru obejmującego cały dach. W związku z tym nie zapominajmy o przeglądach. Biorąc pod uwagę nasze bezpieczeństwo, perfekcyjne panie domu mają rację. Porządek nas chroni nie tylko przed bakteriami. Pyły, zalegające papiery, worki plastikowe, tłuste plamy doskonale przenoszą ogień. Również koszenie trawników ma sens. Wysoka sucha trawa jest doskonałym pasem transmisyjnym dla płomieni. Sprawdzajmy też stan techniczny urządzeń takich jak farelki, piecyki elektryczne, nawilżacze itp. Bywa, że toster po babci z przepalonym kablem powoduje przepięcie rujnące całą sieć elektryczną w budynku, a wraz z nią komputery i telewizor.

W związku z powyższym: remontujmy, sprawdzajmy, wymieniamy i sprzątajmy, a będziemy bezpieczniejsi.

W ZDROWYM CIELE...



Dorota Fal
doradca zarządu, PIU

Zdrowy styl życia i regularne badania to dziś najważniejsze narzędzia w zapobieganiu chorobom przewlekłym. Już w latach 70. kanadyjski minister zdrowia Marc Lalonde pokazał, że o naszym zdrowiu w największym stopniu decyduje styl życia – aż w ponad 50%. O naszym zdrowiu decydują cztery grupy czynników: styl życia, środowisko, genetyka i system opieki zdrowotnej, przy czym to zachowania zdrowotne mają kluczowe znaczenie.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) podkreśla, że **przewlekłe choroby niezakaźne (NCD), takie jak choroby serca, nowotwory, cukrzyca czy przewlekłe choroby płuc, odpowiadają za ponad 43 mln zgonów rocznie – czyli 75% wszystkich zgonów niezwiązanych z pandemią.** Najczęstsze przyczyny to choroby sercowo-naczyniowe (19 mln), nowotwory (10 mln), choroby oddechowe (4 mln) i cukrzyca (ponad 2 mln). Badania WHO wskazują też jasno na wspólne czynniki ryzyka: palenie tytoniu, picie alkoholu, niezdrową dietę i brak aktywności fizycznej. To właśnie te zachowania najczęściej prowadzą do chorób przewlekłych, a w konsekwencji – do przedwczesnych zgonów.

Warto dodać, że WHO i ONZ alarmują, iż większości zgonów z powodu NCD można zapobiec, bo to choroby w dużym stopniu wynikające z wyborów stylu życia. Złe nawyki, takie jak nadużywanie elektroniki, przewlekły stres czy brak higieny mentalnej, również zwiększają ryzyko rozwoju chorób przewlekłych, wpływając m.in. na zaburzenia metaboliczne, podwyższone ciśnienie czy otyłość.

Profilaktyka zdrowotna zaczyna się od edukacji – czyli wiedzy o tym, jak żyć, by nie chorować. To tzw. profilaktyka pierwotna: zdrowe jedzenie, aktywność, ograniczenie używek, dbanie o sen i równowagę psychiczną. Kolejnym etapem są badania profilaktyczne, które pozwalają wykryć choroby na wczesnym etapie – wtedy, kiedy ich leczenie jest najskuteczniejsze. WHO podkreśla, że wykrywanie i monitorowanie NCD jest jednym z kluczowych elementów walki z chorobami przewlekłymi.

Dbanie o zdrowie to nie tylko dłuższe życie, ale przede wszystkim życie w lepszej formie. Zdrowe nawyki i regularne badania to realny sposób, by zmniejszyć ryzyko chorób i zachować sprawność na długie lata. Jeśli więc chcemy żyć długo i dobrze – profilaktyka jest najlepszą inwestycją.

ROZUMIENIE ISTOTY UBEZPIECZENIA I PRZEKONANIA NA TEMAT UBEZPIECZEŃ



OGÓLNY OBRAZ ROZUMIENIA MECHANIZMU UBEZPIECZEŃ

Choć 42% badanych uważa, że wyższa suma ubezpieczenia oznacza wyższą składkę, oznacza to jednocześnie, że większość respondentów (58%) nie wskazuje tej zależności. Podobnie w przypadku relacji między prawdopodobieństwem szkody a ceną – dostrzega ją 38% badanych, a więc 62% jej nie wskazuje.

41% respondentów rozumie, że ubezpieczenie zapewnia wsparcie finansowe, ale nie zmniejsza prawdopodobieństwa zdarzenia. Oznacza to jednak, że większość badanych nie identyfikuje poprawnie podstawowej funkcji ubezpieczenia, a 11% wprost przypisuje mu działanie prewencyjne, którego ono nie spełnia.

POSTRZEGANIE FUNKCJI I ZNACZENIA UBEZPIECZENIA

Znaczną część badanych dostrzega praktyczny i psychologiczny wymiar ubezpieczeń. 39% respondentów zgodziło się, że posiadanie ubezpieczenia ma duże znaczenie w sytuacji nagłego, znaczącego wydatku, a 35% wskazało, że ubezpieczenie pozwala „spokojnie spać”, ograniczając stres związany z konsekwencjami niepożądanych zdarzeń.

W kontekście ubezpieczeń na życie 28% badanych uznało, że zapewniają one utrzymanie standardu życia rodziny po śmierci żywiciela, co pokazuje, że istotną część respondentów dostrzega ich funkcję zabezpieczającą.



POSTRZEGANIE KOSZTÓW UBEZPIECZEŃ



39% badanych uważa, że ubezpieczenia są drogie, ale jednocześnie tylko 25% postrzega jako drogie indywidualne ubezpieczenie na życie, a 9% – grupowe. Może to wskazywać na ogólne, stereotypowe przekonanie o wysokich kosztach, nie zawsze poparte konkretną wiedzą o produktach.

22% respondentów wskazało, że im młodsza osoba, tym tańsze ubezpieczenie na życie, co świadczy, że tylko co piąty Polak ma świadomość zależności między wiekiem a wysokością składki.

BŁĘDNE PRZEKONANIA I UPROSZCZENIA

Część odpowiedzi ujawnia także obecność nieścisłości w rozumieniu zasad działania ubezpieczeń. 24% badanych zgodziło się ze stwierdzeniem, że w przypadku szkody odszkodowanie powinno zostać wypłacone bez względu na okoliczności, co wskazuje na oczekiwanie bezwarunkowej kompensacji, a więc na brak świadomości znaczenia warunków umowy i wyłączeń odpowiedzialności.

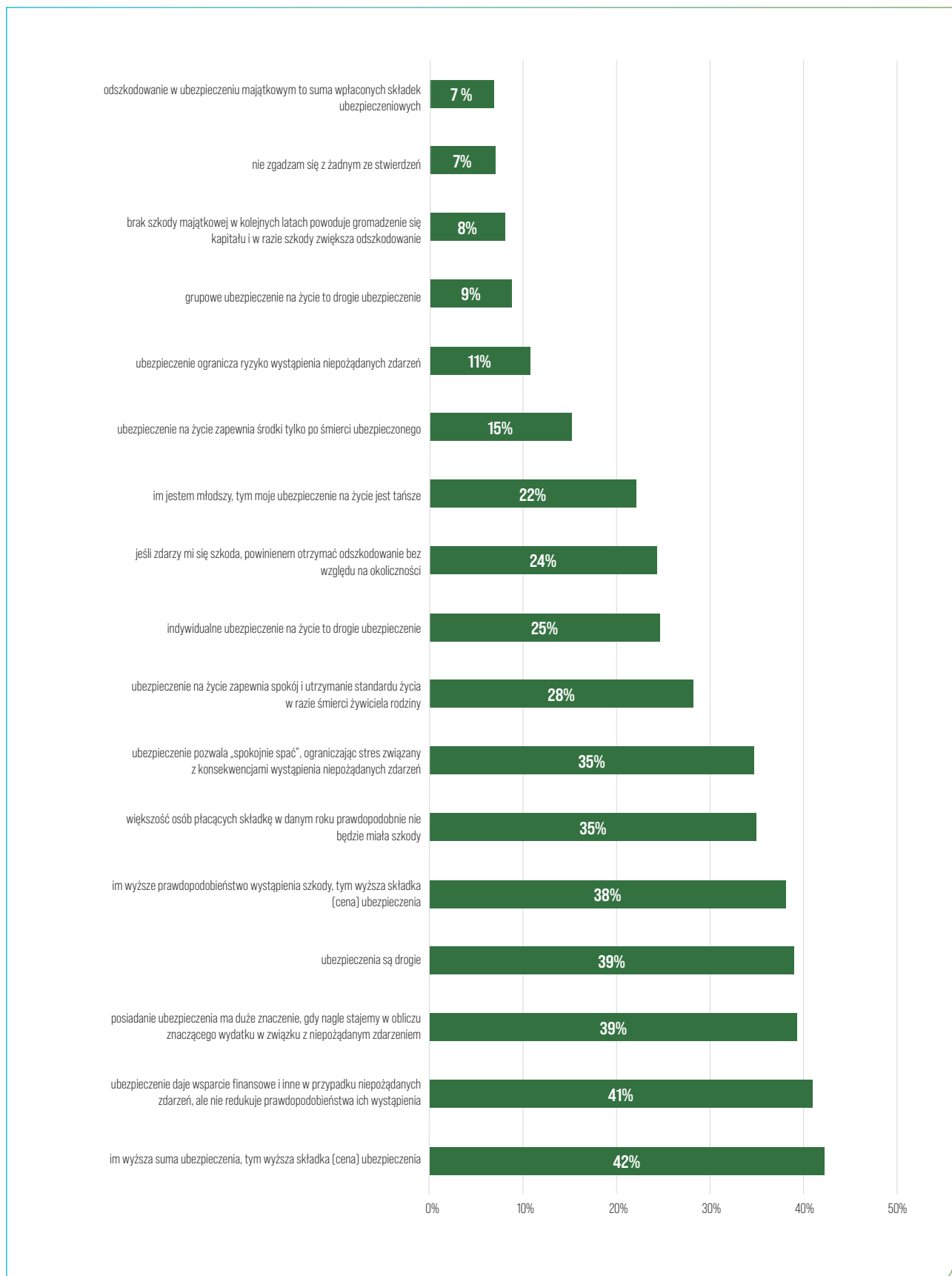
15% respondentów uznało, że ubezpieczenie na życie zapewnia środki wyłącznie po śmierci ubezpieczonego, pomijając możliwość wypłat w innych sytuacjach (np. poważnego zachorowania). 8% zgodziło się ze stwierdzeniem, że brak szkody w kolejnych latach powoduje gromadzenie kapitału zwiększającego przyszłe odszkodowanie, a 7% uznało, że odszkodowanie w ubezpieczeniu majątkowym stanowi sumę wpłaconych składek. Choć statystyki te dotyczą mniejszości badanych, to wskazują na utrwalone, nieprawidłowe wyobrażenia na temat działania ubezpieczeń u niepomijalnej części Polaków.

Podsumowując, wydaje się, że poprawne rozumienie mechanizmów ubezpieczeniowych nie jest dominujące wśród Polaków. W większości kluczowych obszarów – zasad kalkulacji składki, natury ryzyka, funkcji ochronnej czy mechanizmu odszkodowania – więcej osób nie wskazuje prawidłowych zależności, niż je identyfikuje. Można zatem wnioskować, że poziom świadomości lub wiedzy ubezpieczeniowej wśród Polaków jest ograniczony, a obraz ubezpieczeń kształtują w dużej mierze uproszczenia, częściowe informacje oraz intuicyjne, nie zawsze trafne przekonania.



RYSUNEK 18

Z KTÓRYMI Z PONIŻSZYCH STWIERDZEŃ SIĘ ZGADZASZ?



N = 1143

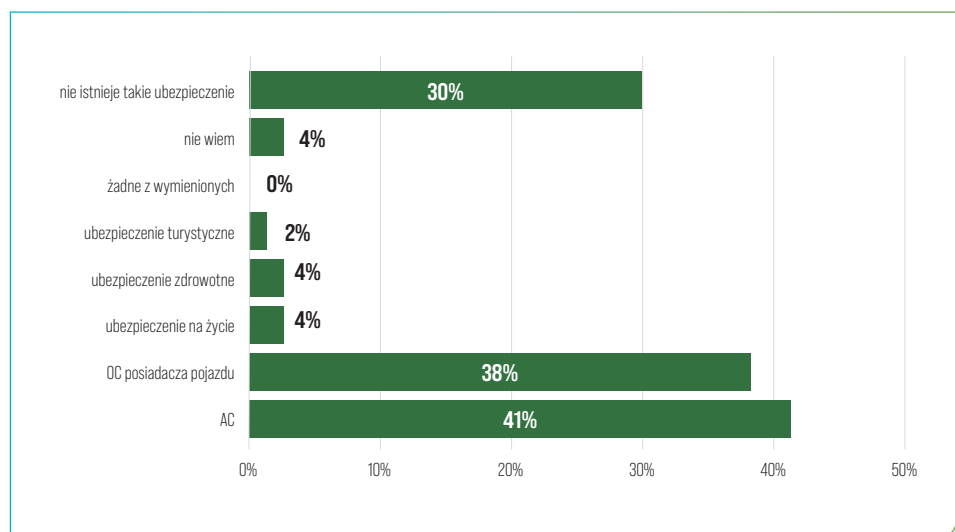
ROZUMIENIE ZAKRESU UBEZPIECZENIA

UBEZPIECZENIE W ZWIĄZKU Z POSIADANIEM POJAZDU



41% badanych słusznie wskazuje, że sprawca stłuczki, w której zderzyły się dwa samochody, może uzyskać odszkodowanie na naprawę swojego samochodu, korzystając ze swojej polisy AC. Jednakże niewiele mniej, bo 38% badanych uważa, że takie odszkodowanie może uzyskać ze swojego OC ppm. To wskazuje na niezrozumienie przez znaczącą część Polaków różnicy między dwoma ubezpieczeniami związanymi z posiadaniem pojazdów i zakresem ich działania. Co ciekawe, po 4% Polaków spodziewa się, że takie odszkodowanie mogą uzyskać w ramach ubezpieczenia na życie i ubezpieczenia zdrowotnego, a 2% łączy tę sytuację z ubezpieczeniem turystycznym. Co ciekawe, aż 30% badanych wskazało, że nie istnieje ubezpieczenie, które dawałoby szansę uzyskania odszkodowania w takiej sytuacji.

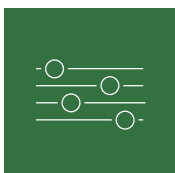
RYSUNEK 19
Z JAKIEGO UBEZPIECZENIA
MOŻE UZYSKAĆ
ODSZKODOWANIE SPRAWCA
ZDARZENIA
W SYTUACJI STŁUCZKI
W POLSCE, W KTÓREJ BRAŁY
UDZIAŁ DWA AUTA, TAK BY
POKRYĆ KOSZTY
NAPRAWY WŁASNEGO
SAMOCHODU?



N = 1143

UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE

Znajomość zakresu ochrony, jaką może zapewniać polisa na życie, jest zróżnicowana i w dużej mierze ograniczona do jej podstawowej funkcji. **Najsilniej ubezpieczenie na życie kojarzone jest z wypłatą świadczenia osobom uposażonym w przypadku śmierci ubezpieczonego – świadomość takiej możliwości deklaruje 61% badanych.** Wyraźnie rzadziej respondenci wiążą polisę na życie z wypłatą świadczenia w przypadku uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku (49%), a jeszcze rzadziej z zachorowaniem na nowotwór (38%).



ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO

73% badanych deklaruje świadomość istnienia produktu umożliwiającego wypłatę świadczenia osobie uposażonej w przypadku śmierci ubezpieczonego. Większość z nich prawidłowo identyfikuje ten produkt jako ubezpieczenie na życie. Jednocześnie 17% respondentów wskazuje w tym kontekście ubezpieczenie zdrowotne, 7% – OC w życiu prywatnym, a po 2% – ubezpieczenie mieszkania oraz turystyczne, co świadczy o częściowych nieporozumieniach dotyczących zakresu ochrony poszczególnych produktów.

ZACHOROWANIE NA NOWOTWÓR

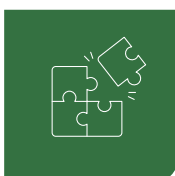
61% badanych uważa, że w przypadku zachorowania na nowotwór możliwe jest uzyskanie odszkodowania, jednak najczęściej łączy tę możliwość z ubezpieczeniem zdrowotnym (38%). Tylko 30% respondentów wskazuje w tym kontekście ubezpieczenie na życie. Dodatkowo 8% badanych spodziewa się świadczenia z OC w życiu prywatnym, 5% z polisy NNW, a 2% z ubezpieczenia turystycznego. Wyniki te pokazują wyraźne rozproszenie wiedzy na temat właściwego źródła ochrony w przypadku poważnej choroby.



POWAŻNY USZCZERBEK NA ZDROWIU W WYNIKU WYPADKU

71% badanych uważa, że w przypadku poważnego uszczerbku na zdrowiu, dozanego np. podczas wypadku na rowerze, możliwe jest uzyskanie świadczenia. 49% prawidłowo wskazuje możliwość zgłoszenia szkody w ramach ubezpieczenia na życie obejmującego komponent NNW. Jednocześnie 24% respondentów wiąże taką sytuację z ubezpieczeniem zdrowotnym, a 18% z OC w życiu prywatnym. Po 3% badanych wskazuje OC ppm lub AC, odnosząc zdarzenie do posiadanego samochodu, mimo że opisany wypadek dotyczy wypadku rowerowego.

Powyższe wyniki wskazują, że zakres ubezpieczenia na życie jest postrzegany przez wielu Polaków w sposób zawężony, przede wszystkim jako ochrona na wypadek śmierci, rzadziej jako zabezpieczenie w sytuacji choroby lub trwałego uszczerbku na zdrowiu.

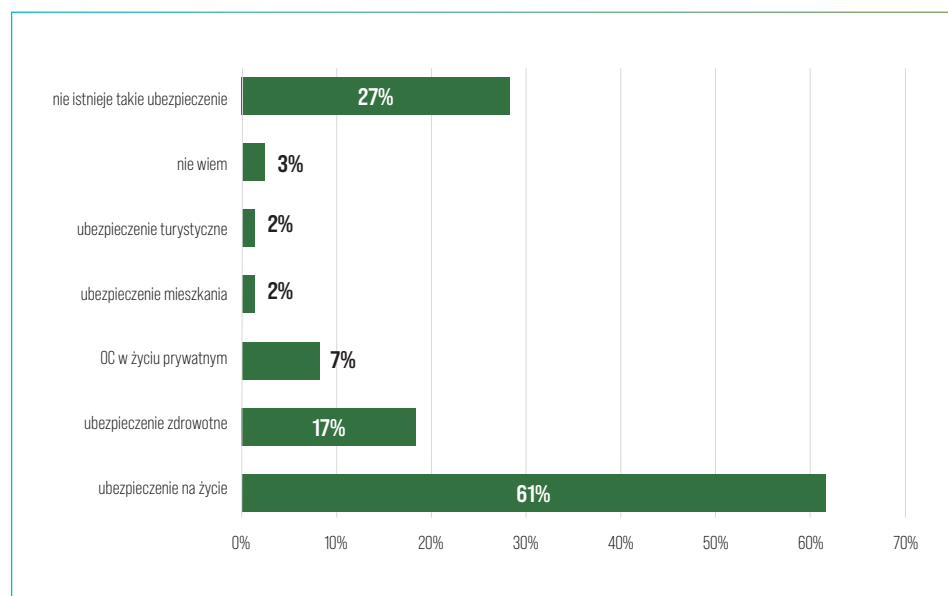


**ZNACZĄCA CZĘŚĆ BADANYCH MA TRUDNOŚCI
Z PRAWIDŁOWYM PRZYPISANIEM ZDARZEŃ
DO WŁAŚCIWEGO RODZAJU UBEZPIECZENIA.**

Ubezpieczenie zdrowotne jest często traktowane jako uniwersalne źródło świadczeń, nawet w sytuacjach, które standardowo mieszczą się w zakresie polis na życie lub NNW. Widoczne jest również mylenie odpowiedzialności cywilnej z ubezpieczeniami osobowymi, co wskazuje na niepełne rozumienie konstrukcji produktów ubezpieczeniowych.

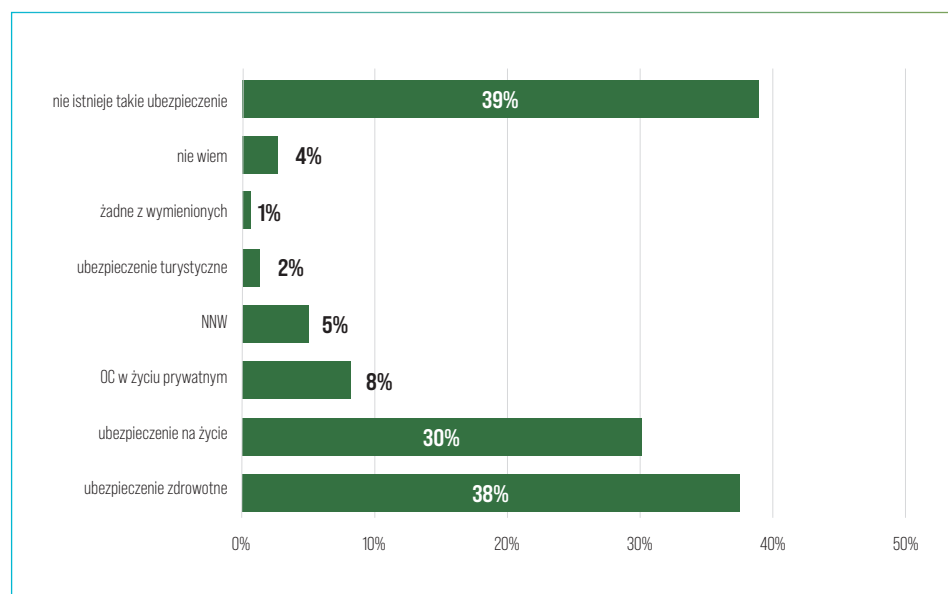
Całościowo wyniki sugerują, że choć ogólna świadomość istnienia ochrony ubezpieczeniowej dotycząca zdarzeń mieszczących się w zakresie ubezpieczenia na życie (czasem z dodatkową polisą NNW) jest wysoka, wiedza dotycząca szczegółowego zakresu polis na życie pozostaje fragmentaryczna i podatna na błędne interpretacje.

RYSUNEK 20
Z JAKIEGO UBEZPIECZENIA
MOGŁABY SKORZYSTAĆ OSOBA
PO STRACIE BLISKIEJ OSOBY,
KTÓRA ZMARŁA
Z POWODU NOWOTWORU
ZŁOŚLIWEGO?



N = 1143

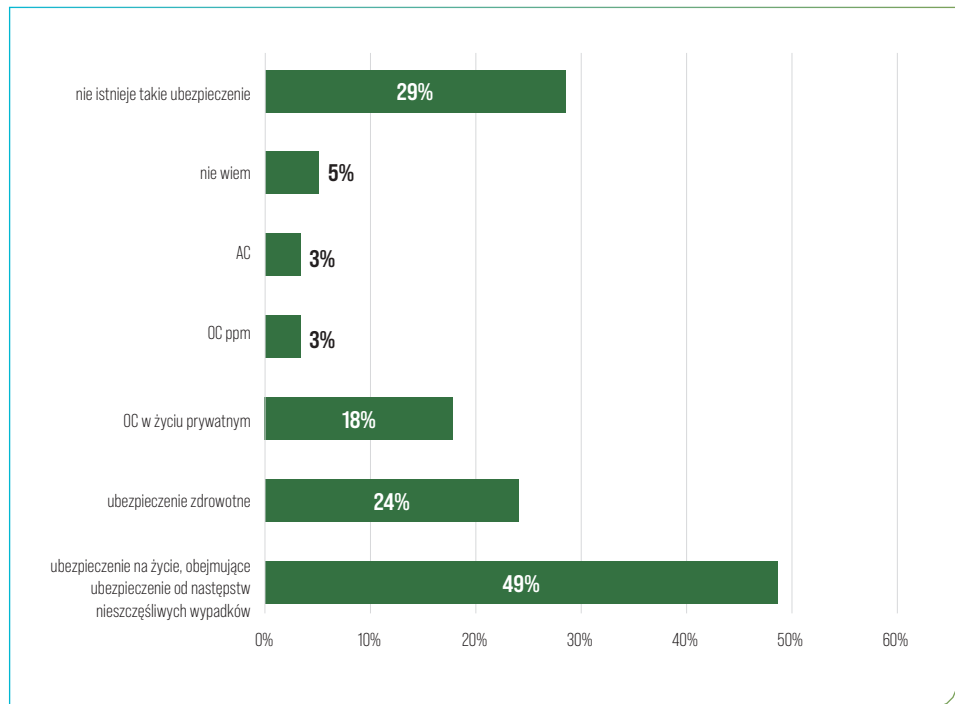
RYSUNEK 21
Z JAKIEGO UBEZPIECZENIA
MOŻE POTENCJALNIE UZYSKAĆ
ŚWIADCZENIE OSOBA,
U KTÓREJ W WIEKU
43 LAT ZDIAGNOZOWANO
NOWOTWÓR?



N = 1143

RYSUNEK 22

Z JAKIEGO UBEZPIECZENIA
MOŻNA UZYSKAĆ
ŚWIADCZENIE W SYTUACJI,
W KTÓREJ W POLSCE
W WYNIKU WYPADKU NA
ROWERZE BEZ UDZIAŁU OSÓB
TRZECICH POSZKODOWANY
DOZNAŁ POWAŻNYCH URAZÓW
GŁOWY, NA SKUTEK KTÓRYCH
DOZNAŁ CZĘŚCIOWEGO
PARALIŻU?



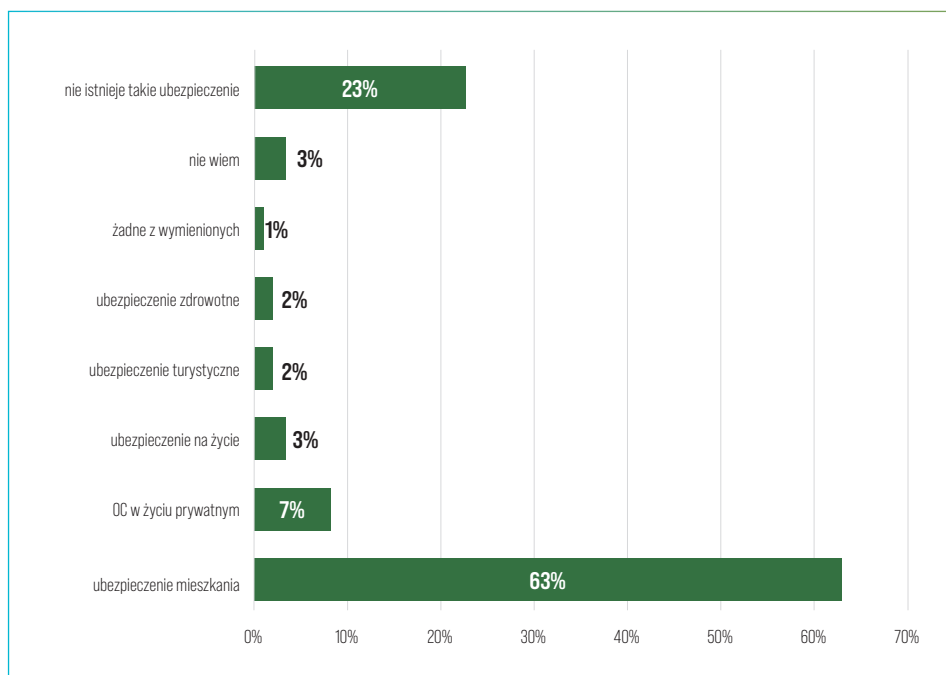
N = 1143

UBEZPIECZENIE NIERUCHOMOŚCI

77% badanych ma świadomość, że w przypadku pożaru w mieszkaniu, spowodowanego wadliwą instalacją elektryczną, możliwe jest uzyskanie odszkodowania. Oznacza to, że zdecydowana większość respondentów dostrzega istnienie ochrony ubezpieczeniowej w tego typu sytuacji. Jednocześnie 63% prawidłowo wskazuje, że świadczenie może pochodzić z ubezpieczenia mieszkania. Pozostałe odpowiedzi pokazują jednak pewne nieścisłości w rozumieniu zakresów poszczególnych produktów. 7% badanych uważa, że w takiej sytuacji można ubiegać się o świadczenie z OC w życiu prywatnym, 3% wskazuje ubezpieczenie na życie, a po 2% – ubezpieczenie turystyczne lub zdrowotne.



RYSUNEK 23
Z JAKIEGO UBEZPIECZENIA
MOŻNA UZYSKAĆ
ODSZKODOWANIE
W SYTUACJI POŻARU
W MIESZKANIU, NA SKUTEK
ZWARCIA W INSTALACJI
ELEKTRYCZNEJ WEWNĄTRZ
LOKALU?

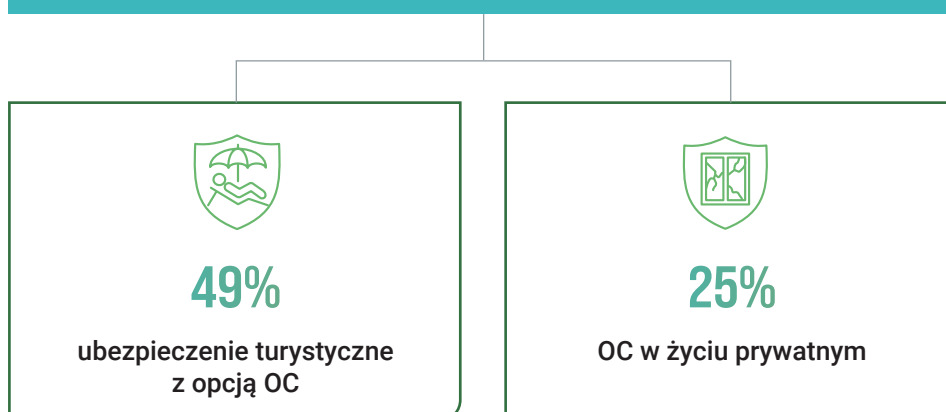


N = 1143

UBEZPIECZENIE TURYSTYCZNE

około 75% badanych uważa, że w sytuacji wypadku na stoku narciarskim, którego konsekwencje wymagają kosztownego leczenia, możliwe jest uzyskanie świadczenia w ramach ubezpieczenia – zarówno z polisy posiadanej przez sprawcę zdarzenia, jak i przez osobę poszkodowaną. Oznacza to stosunkowo wysoką ogólną świadomość istnienia ochrony ubezpieczeniowej w tego typu sytuacjach.

W KONTEKŚCIE ODPOWIEDZIALNOŚCI SPRAWCY RESPONDENCI NAJCZĘŚCIEJ WSKAZUJĄ DWA WŁAŚCIWE ŹRÓDŁA ŚWIADCZENIA:



Choć są to poprawne odpowiedzi, ich poziom wskazań oznacza, że w obu przypadkach – szczególnie w odniesieniu do OC w życiu prywatnym – większość badanych nie potrafiłaby jednoznacznie wskazać właściwego źródła odszkodowania.

Dodatkowo 16% respondentów spodziewa się możliwości uzyskania świadczenia z ubezpieczenia zdrowotnego sprawcy, 10% z jego ubezpieczenia na życie, a 3% wiąże taką sytuację z ubezpieczeniem nieruchomości. Odpowiedzi te wskazują na istotne niejasności w rozumieniu zakresu odpowiedzialności cywilnej.

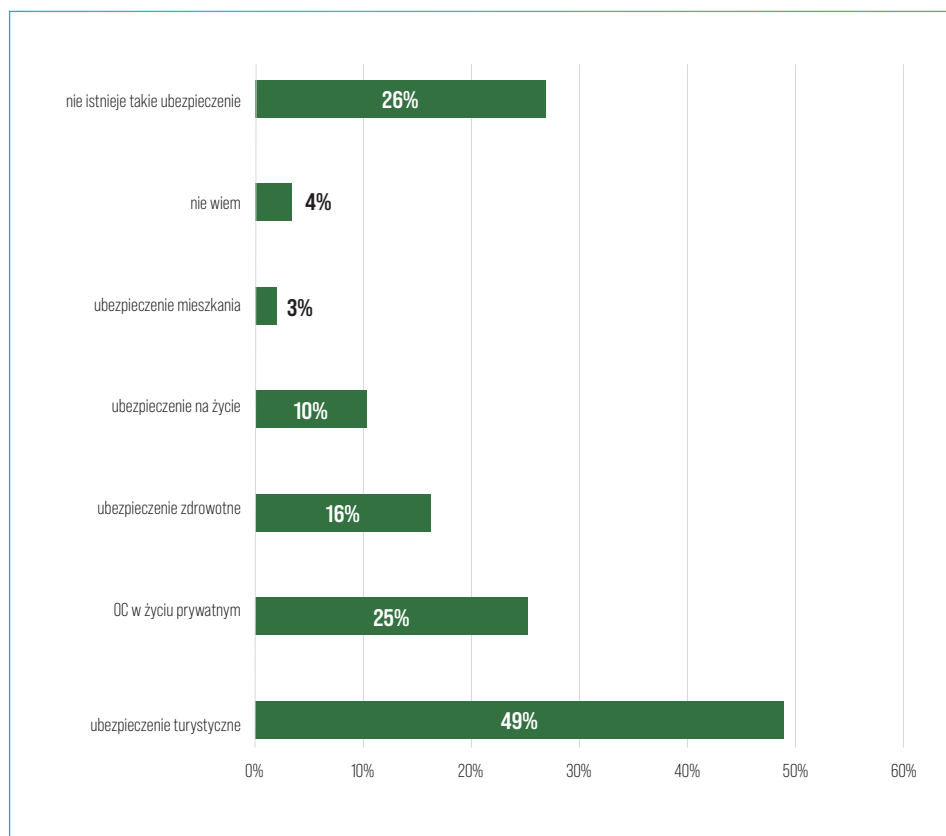
W przypadku korzystania z własnej ochrony ubezpieczeniowej 56% badanych prawidłowo wskazuje ubezpieczenie turystyczne jako potencjalne źródło świadczenia. Jednocześnie 25% respondentów wiąże taką sytuację z ubezpieczeniem zdrowotnym, 17% z ubezpieczeniem na życie, 15% z OC w życiu prywatnym, a 3% z ubezpieczeniem mieszkania.

Rozkład odpowiedzi pokazuje, że choć ubezpieczenie turystyczne jest stosunkowo najczęściej poprawnie zidentyfikowane jako właściwe, to znaczna część badanych spodziewa się możliwości uzyskania odszkodowania w ramach produktów, których zakres ochrony standardowo nie obejmuje tego typu zdarzeń. Dotyczy to zwłaszcza OC w życiu prywatnym. Problematiczne jest też odróżnianie ubezpieczeń osobowych od majątkowych i zdrowotnych. Można wnioskować, że choć większość badanych zakłada możliwość uzyskania świadczenia, wiedza operacyjna – czyli umiejętność wskazania właściwej polisy – pozostaje ograniczona.



RYSUNEK 24

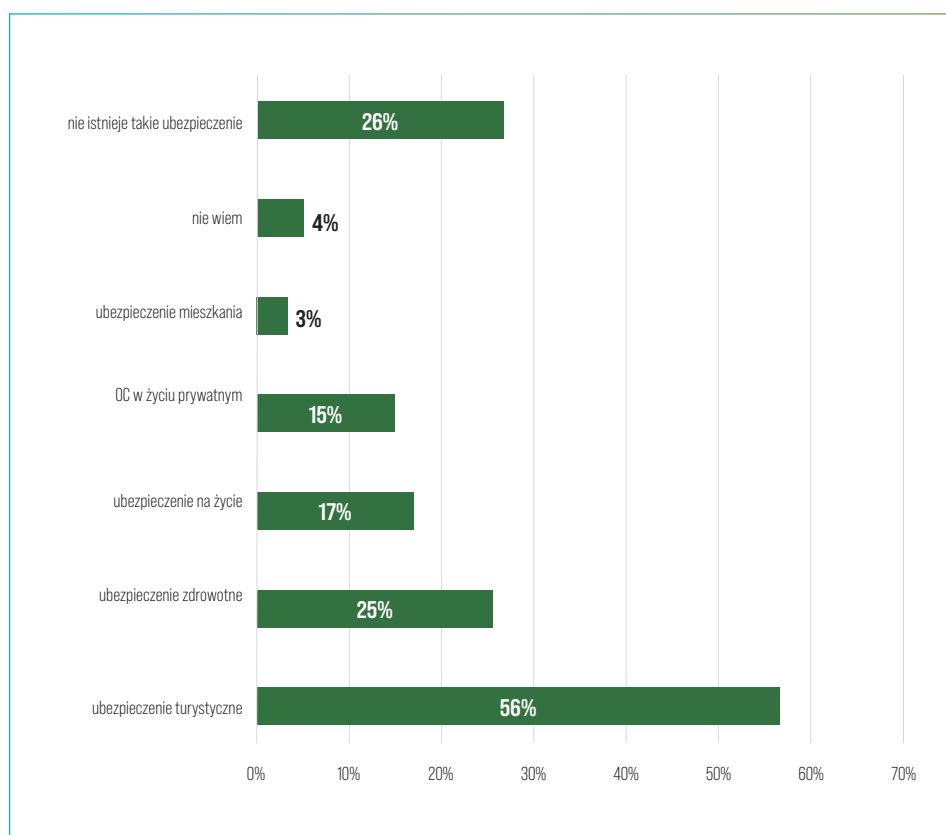
Z JAKIEGO UBEZPIECZENIA WYKUPIONEGO PRZEZ SPRAWCĘ ZDARZENIA MOŻNA UZYSKAĆ ŚWIADCZENIE W SYTUACJI, W KTÓREJ OSOBA ZOSTAŁA POSZKODOWANA PODCZAS JAZDY NA NARTACH W NIEMCZECH – W WYNIKU WPADNIĘCIA NA NIEGO PRZEZ INNEGO NARCIARZA, POSZKODOWANY PRZEWRÓCIŁ SIĘ?



N = 1143

RYSUNEK 25

Z JAKIEGO UBEZPIECZENIA WYKUPIONEGO PRZEZ POSZKODOWANEGO MOŻE ON UZYSKAĆ ŚWIADCZENIE, W PRZYPADKU, GDY PODCZAS JAZDY NA NARTACH W NIEMCZECH INNY NARCIARZ SPOWODOWAŁ KOLIZJĘ Z NIM, SKUTKUJĄCĄ KONIECZNOŚCIĄ SKORZYSTANIA Z KOSZTOWNYCH USŁUG MEDYCZNYCH?



N = 1143



Analiza odpowiedzi dotyczących ubezpieczeń komunikacyjnych, na życie, nieruchomości oraz turystycznych pokazuje wyraźną rozbieżność między ogólną świadomością istnienia ochrony ubezpieczeniowej a umiejętnością prawidłowego przypisania zdarzenia do właściwego produktu.

CAŁOŚCIOWO WYNIKI WSKAZUJĄ NA TRZY POWTARZAJĄCE SIĘ MECHANIZMY BŁĘDÓW:



Mylenie ubezpieczeń mienia z odpowiedzialnością cywilną (np. AC vs OC).



Traktowanie ubezpieczenia zdrowotnego jako produktu obejmującego większość zdarzeń zdrowotnych, także tych typowo objętych polisą na życie lub NNW.



Zawężone rozumienie funkcji ubezpieczenia na życie, ograniczane głównie do świadczenia po śmierci.

Można wnioskować, że Polacy w dużej mierze zakładają istnienie ochrony ubezpieczeniowej w typowych sytuacjach losowych, jednak ich wiedza ma charakter intuicyjny i niesystemowy. Największym problemem nie jest brak przekonania o możliwości uzyskania świadczenia, lecz nieumiejętność rozróżnienia zakresów poszczególnych produktów i ich konstrukcji. W praktyce może to prowadzić do błędnych oczekiwań wobec posiadanych polis oraz nieadekwatnych decyzji zakupowych.

ROZDZIAŁ **3**



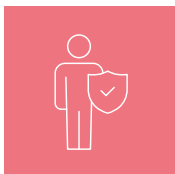
**WIEDZA – SAMOOCENA
I SPOSOBY ZDOBYWANIA
WIEDZY**

Uczestników badania poproszono o uporządkowanie sześciu kategorii ubezpieczeń – od tych najbardziej prototypowych, czyli takich, które jako pierwsze przychodzą na myśl w kontekście ubezpieczeń, po te najmniej z nimi kojarzone. Średnie rangi mogły przyjmować wartości od 1 do 6, przy czym niższa wartość oznaczała bardziej prototypowe postrzeganie danej kategorii.

Na podstawie uśrednionych ocen najniższą rangę uzyskało ubezpieczenie na życie (2,9), co wskazuje, że było ono postrzegane jako najbardziej prototypowy przykład ubezpieczenia. Na drugim miejscu ex aequo znalazły się ubezpieczenia majątkowe oraz zdrowotne (po 3,2). Czwarte miejsce zajęły ubezpieczenia społeczne (3,3). Najmniej prototypowe okazały się ubezpieczenia emerytalne (3,9) oraz turystyczne (4,6), które uzyskały najwyższe średnie rangi. Wyniki dotyczące pierwszych skojarzeń częściowo potwierdzają ten obraz.



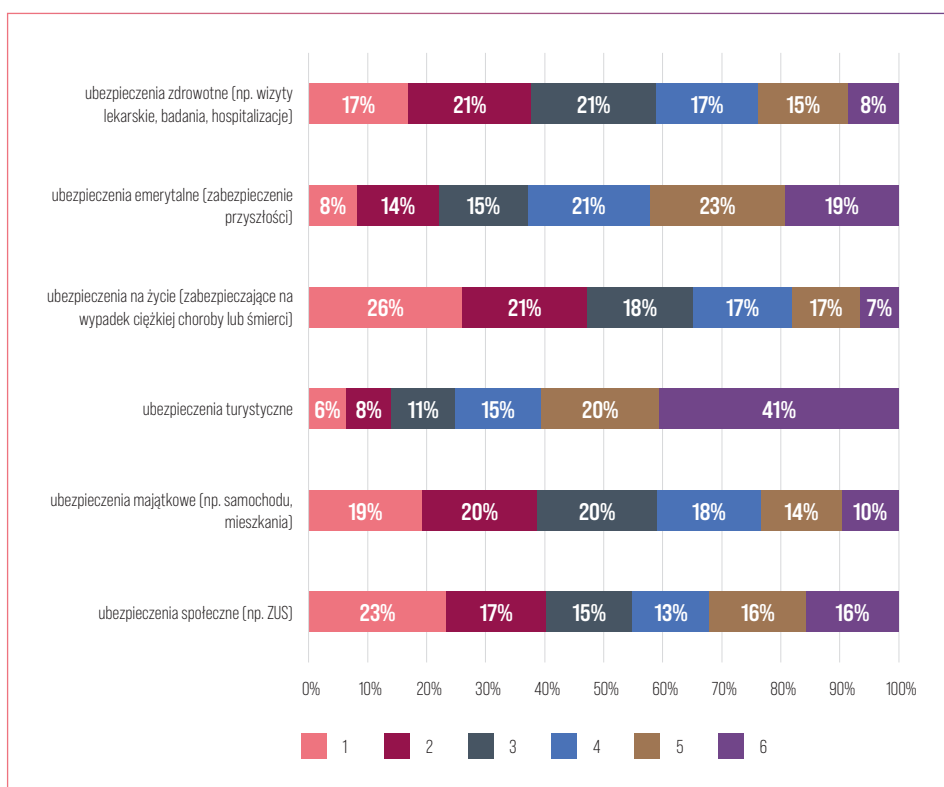
Ubezpieczenie na życie było najczęściej wskazywane jako pierwsze skojarzenie z ubezpieczeniami (26% odpowiedzi). Co interesujące, na drugim miejscu pod względem częstości wskazań znalazły się ubezpieczenia społeczne, które jako pierwsze wymieniło 23% badanych. Najrzadziej jako pierwsze przychodziły na myśl ubezpieczenia emerytalne (8%) oraz turystyczne (6%).



Jednocześnie ubezpieczenia turystyczne wyraźnie najczęściej – bo aż przez 41% uczestników – były wskazywane jako kategoria kojarzona z ubezpieczeniami w ostatniej kolejności.

UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE JEST PIERWSZYM SKOJARZENIEM Z UBEZPIECZENIAMI W GŁOWACH POLAKÓW. OSTATNIM, SPOŚRÓD RÓŻNYCH TYPÓW, JEST UBEZPIECZENIE TURYSTYCZNE.

RYSUNEK 26
KIEDY MYŚLISZ
O UBEZPIECZENIACH, JAKIE
KATEGORIE UBEZPIECZEŃ
PRZYCHODZĄ CI DO GŁOWY?
(CYFRY ODZWIERCIEDLAJĄ
KOLEJNOŚĆ WYBORU)



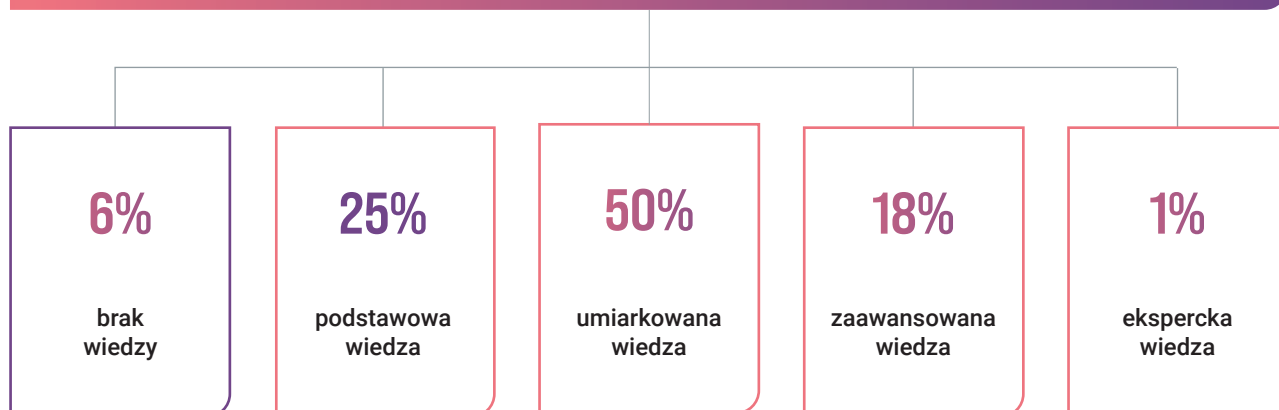
N = 1143

SAMOOCENA WIEDZY NA TEMAT UBEZPIECZEŃ



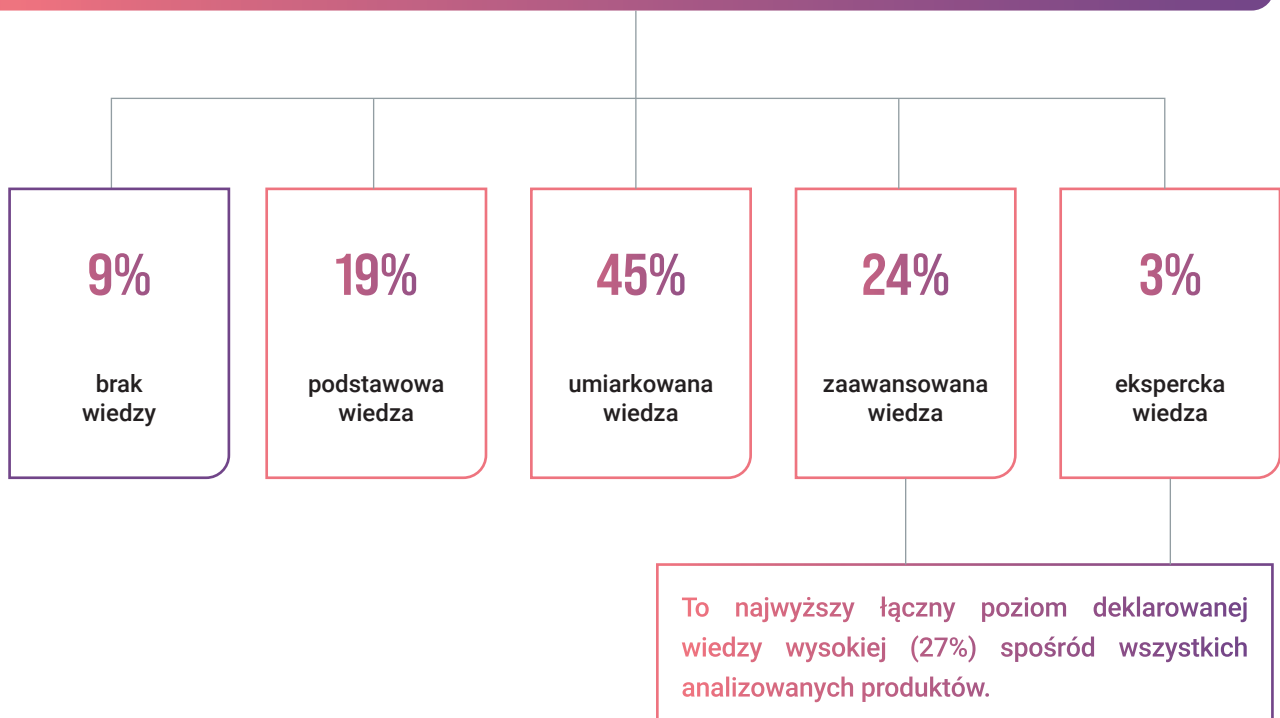
We wszystkich analizowanych kategoriach ubezpieczeń największy odsetek badanych ocenia swoją wiedzę jako „umiarkowaną”, co sugeruje relatywnie wysokie poczucie orientacji w temacie – przynajmniej na poziomie deklaracyjnym.

SAMOOCENA WIEDZY NA TEMAT UBEZPIECZENIA MIESZKANIA LUB DOMU



Oznacza to, że ubezpieczenia majątkowe nieruchomości należą do najlepiej ocenianych pod względem własnych kompetencji.

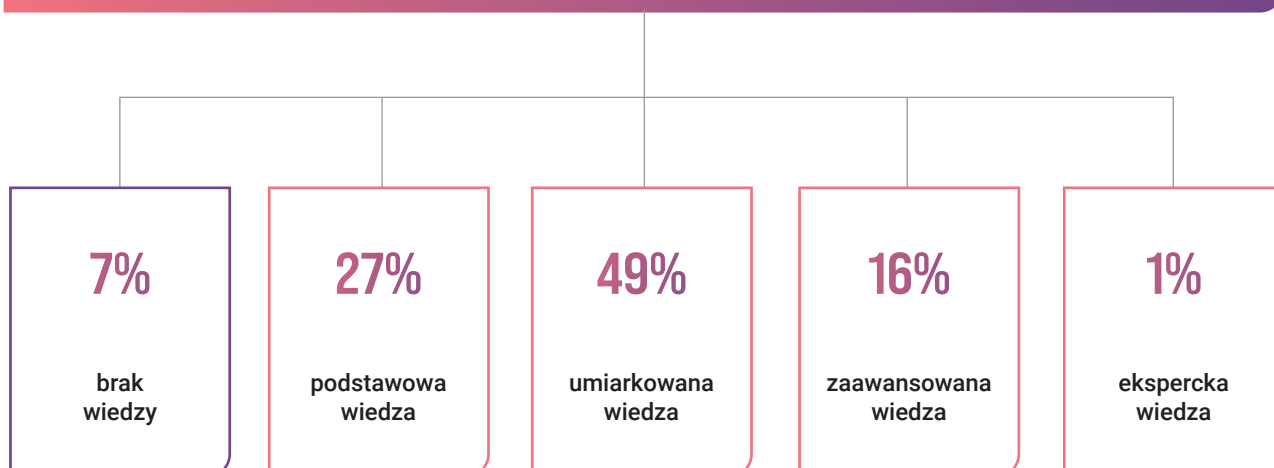
SAMOOCENA WIEDZY NA TEMAT OC PPM



SAMOOCENA WIEDZY NA TEMAT AC

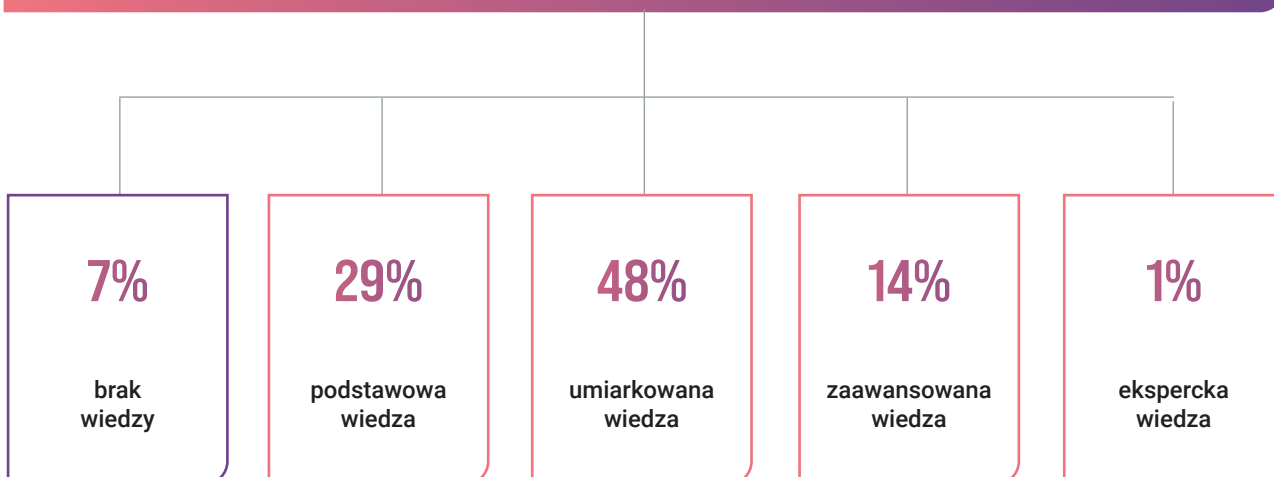


SAMOOCENA WIEDZY NA TEMAT UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE



Struktura odpowiedzi wskazuje na relatywnie wysokie poczucie znajomości produktu, choć – w świetle wcześniejszych wyników – może ono nie w pełni odpowiadać rzeczywistemu rozumieniu zakresu ochrony.

SAMOOCENA WIEDZY NA TEMAT UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO



Wysoki udział wiedzy podstawowej może wskazywać, że produkt ten jest powszechnie znany, lecz postrzegany raczej ogólnie niż w sposób szczegółowy.

W PRZYPADKU UBEZPIECZENIA TURYSTYCZNEGO



Najwyższe poczucie kompetencji (łącznie odsetek wiedzy zaawansowanej i eksperckiej) dotyczy OC ppm (27%), następnie AC (20%) i ubezpieczenia mieszkania (19%), z kolei najniższe poczucie wiedzy wysokiej występuje w przypadku ubezpieczenia turystycznego (13%) oraz zdrowotnego (15%). Najczęściej deklarowany brak wiedzy dotyczy ubezpieczenia turystycznego (13%) oraz AC (11%). We wszystkich kategoriach dominuje przekonanie o posiadaniu wiedzy umiarkowanej (45–50%), co wskazuje na silne, lecz uśrednione poczucie orientacji w temacie.

W zestawieniu z wcześniejszymi wynikami dotyczącymi poprawności przypisywania zakresów ochrony można zauważyć potencjalną rozbieżność między subiektywną oceną wiedzy a jej praktycznym zastosowaniem.

Oznacza to, że poczucie orientacji w temacie nie zawsze przekłada się na poprawne rozumienie mechanizmów działania poszczególnych produktów ubezpieczeniowych.





Deklarowana znajomość pojęć ubezpieczeniowych jest najwyższa w przypadku terminów intuicyjnych i bezpośrednio związanych z wysokością świadczenia lub zakresem ochrony.

Wyraźnie słabsza jest natomiast znajomość pojęć formalnych i konstrukcyjnych, takich jak OWU czy wyłączenia odpowiedzialności – mimo że to one w największym stopniu determinują realny zakres ochrony.

Najwyższy poziom deklarowanej znajomości dotyczy „przedmiotu ubezpieczenia” – 57% badanych deklaruje, że wie, co oznacza to pojęcie, a kolejne 32% słyszało tę nazwę. Jedyne 11% nie spotkało się z tym terminem. Podobnie wysoki poziom rozpoznawalności dotyczy „sumy ubezpieczenia” – 52% badanych deklaruje znajomość znaczenia, 36% kojarzy nazwę, a 12% nigdy się z nią nie zetknęło. Stosunkowo dobrze rozpoznawane jest także pojęcie „karencja” – 48% deklaruje, że wie, co ono oznacza, choć 36% jedynie kojarzy nazwę, a 16% jej nie zna. W przypadku „wyłączeń ochrony ubezpieczeniowej” 36% badanych deklaruje znajomość znaczenia, 39% słyszało nazwę, ale nie pamięta jej definicji, a 26% nie zna tego pojęcia. Oznacza to, że termin ten – kluczowy z punktu widzenia realnego zakresu ochrony – jest dla dużej części respondentów nie w pełni zrozumiały.





Najniższy poziom znajomości dotyczy skrótu „OWU” (Ogólne Warunki Ubezpieczenia). Jedynie 32% badanych deklaruje, że wie, co on oznacza, podczas gdy 36% nigdy nie spotkało się z tym określeniem, a 32% jedynie kojarzy nazwę. Oznacza to, że ponad dwie trzecie respondentów nie zna skrótu nazwy podstawowego dokumentu regulującego warunki umowy ubezpieczenia.

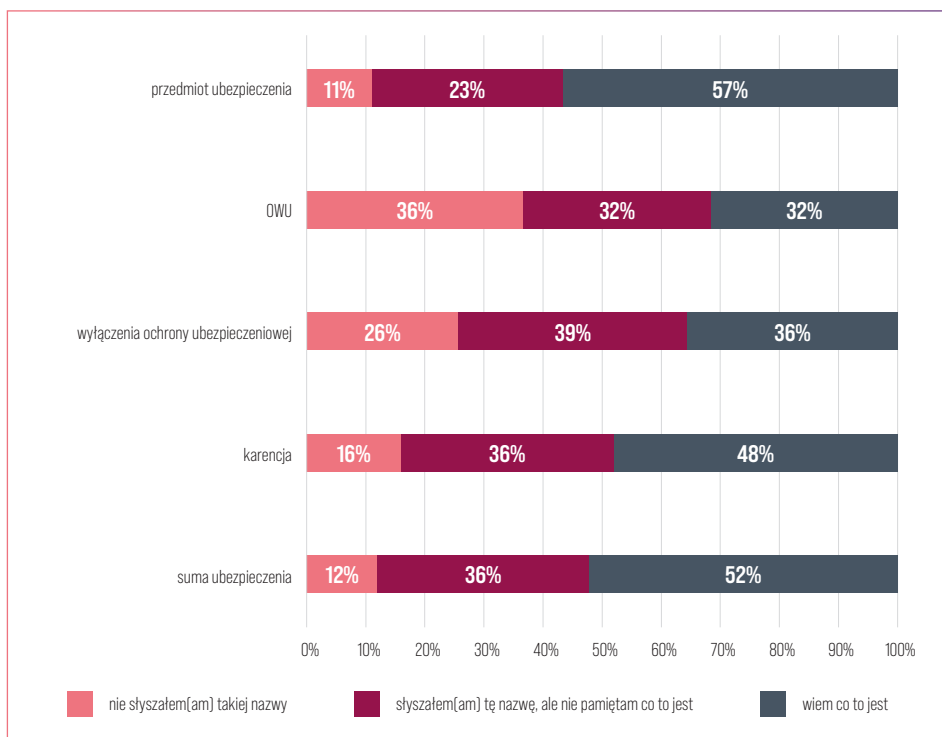


UZYSKANE WYNIKI WPISUJĄ SIĘ W SZERSZE ZJAWISKO OGRANICZONEJ SKŁONNOŚCI POLAKÓW DO CZYTANIA DOKUMENTÓW.

Dotyczy to w szczególności różnego rodzaju umów, regulaminów, kart gwarancyjnych, warunków korzystania z serwisów internetowych czy instrukcji obsługi sprzętu i pojazdów.

Problem ten ma charakter powszechny i nie jest specyficzny dla rynku ubezpieczeń. W praktyce obserwuje się go w wielu obszarach życia codziennego, w których użytkownicy rezygnują z dokładnego zapoznania się z dokumentacją, opierając swoje decyzje na ogólnych założeniach lub skróconych informacjach. W konsekwencji brak szczegółowej wiedzy o warunkach umowy może prowadzić do rozbieżności między oczekiwaniami a rzeczywistym zakresem oferowanych usług.

RYSUNEK 27
DEKLAROWANA ZNAJOMOŚĆ
POJĘĆ



N = 1143

We wszystkich analizowanych obszarach poziom wiedzy wspomaganej przewyższa poziom wiedzy deklarowanej. Wyniki wskazują, że ponad połowa Polaków rozpoznaje poprawne definicje pojęć, mimo że nie zawsze potrafi spontanicznie odtworzyć ich znaczenie.

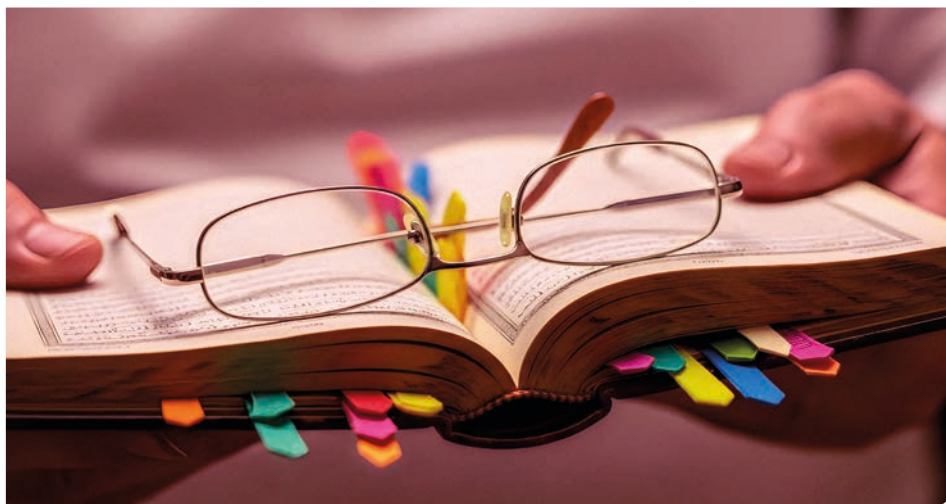
Najmniejsza różnica dotyczy pojęcia „przedmiot ubezpieczenia” – 57% badanych deklaruje jego znajomość, natomiast 62% poprawnie rozpoznaje je przy wsparciu (różnica 5 p.p.).

Stosunkowo niewielka rozbieżność występuje również w przypadku „sumy ubezpieczenia” (52% deklaracji wobec 58% wiedzy wspomaganej; 6 p.p.) oraz „karencji” (48% wobec 60%; 12 p.p.). Znacznie większe różnice obserwujemy przy bardziej specjalistycznych pojęciach. W przypadku „wyłączeń ochrony ubezpieczeniowej” 36% respondentów deklaruje ich znajomość, podczas gdy faktyczna, wspomagana wiedza wynosi 57% (21 p.p. różnicy). Największa rozbieżność dotyczy „OWU” – jedynie 32% badanych deklaruje znajomość tego skrótu, natomiast aż 59% poprawnie identyfikuje jego znaczenie przy wsparciu (27 p.p.).

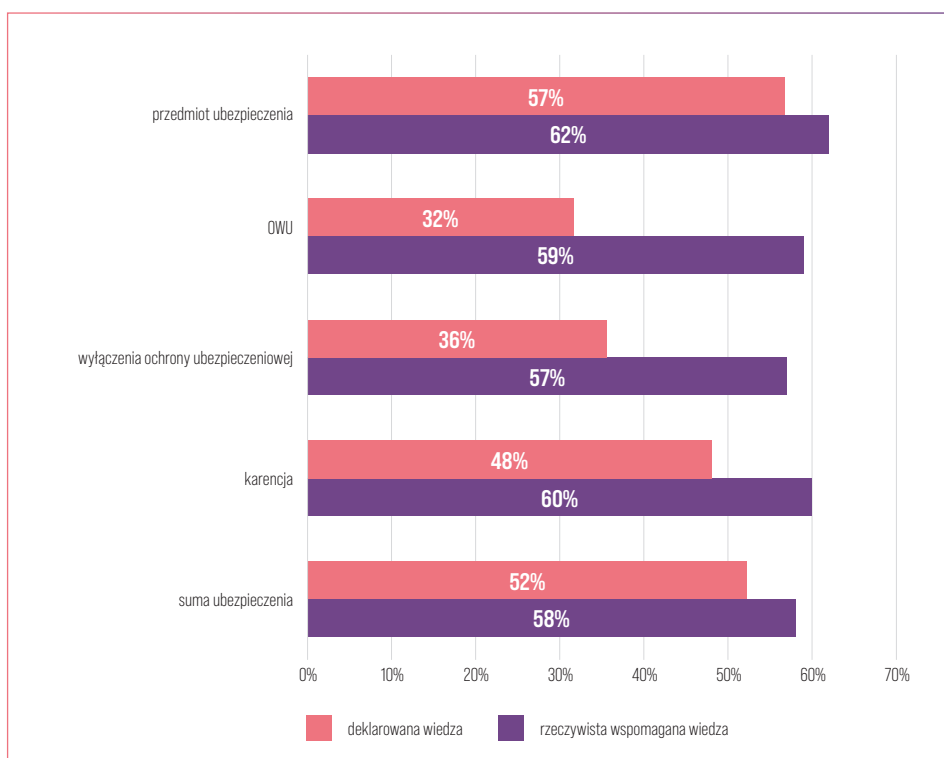


Zobserwowane różnice można interpretować na kilka sposobów. Po pierwsze, część respondentów może nie być pewna znaczenia terminów w ujęciu formalnym, mimo że potrafi je rozpoznać w kontekście lub po przedstawieniu możliwych odpowiedzi. Wskazuje to na wiedzę intuicyjną lub bierną, która nie zawsze przekłada się na pewność w samodzielnym definiowaniu pojęć.

Po drugie, specjalistyczny język ubezpieczeniowy – szczególnie w przypadku skrótów takich jak OWU czy złożonych określeń jak „wyłączenia ochrony ubezpieczeniowej” – może obniżyć poziom deklarowanej wiedzy, mimo że ich znaczenie jest częściowo rozumiane w praktyce.



RYSUNEK 28
RZECZYWISTA ZNAJOMOŚĆ
POJĘĆ



N = 1143

ZDOBYWANIE WIEDZY NA TEMAT UBEZPIECZEŃ



Jedynie 9% Polaków deklaruje, że aktywnie poszukuje wiedzy na temat ubezpieczeń. Oznacza to, że systematyczne i świadome pogłębianie kompetencji w tym obszarze dotyczy wąskiej grupy respondentów. Najliczniejszą grupę (53%) stanowią osoby, które na co dzień nie interesują się tematyką ubezpieczeniową, jednak w sytuacji, gdy coś wzbudzi ich uwagę, są skłonne doczytać informacje i poszerzyć swoją wiedzę. Można uznać, że jest to postawa reaktywna – wiedza uzupełniana jest okazjonalnie, pod wpływem bodźca, a nie w sposób planowy.

Niepokojący pozostaje jednak wysoki odsetek osób, które nie tylko nie poszukują wiedzy aktywnie, lecz również nie podejmują prób jej weryfikowania czy porządkowania.



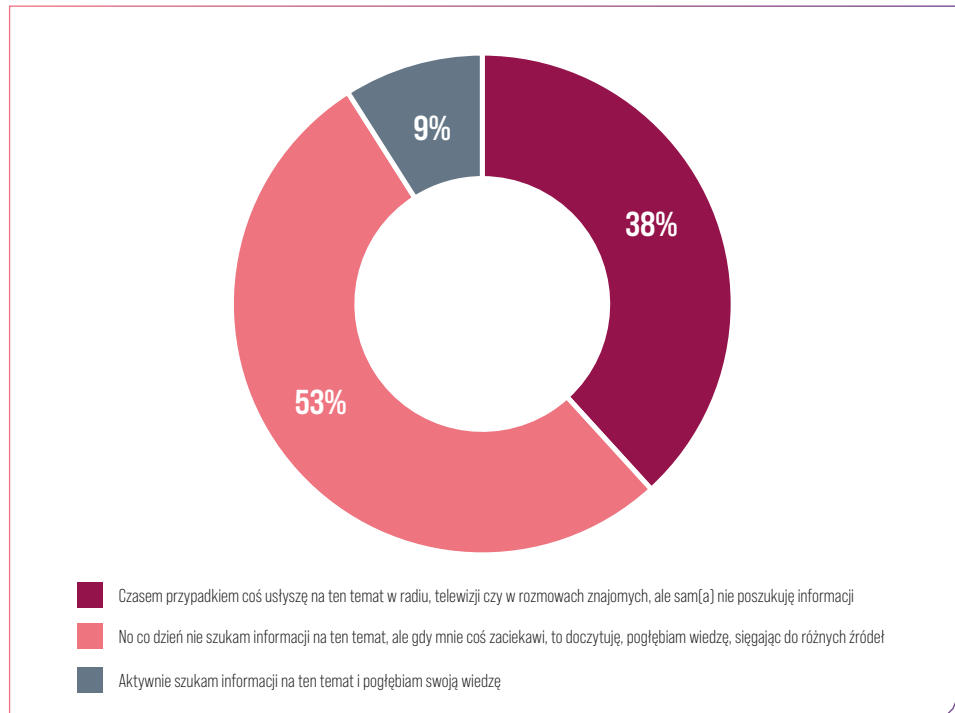
AŻ 38% POLAKÓW ZDOBYWA WIEDZĘ NA TEMAT UBEZPIECZEŃ WYŁĄCZNIE PRZYPADKIEM, NIE WERYFIKUJĄC JEJ I NIE SPRAWDZAJĄC RZETELNOŚCI ŹRÓDEŁ.

W praktyce oznacza to opieranie się na przypadkowo zasłyszanych informacjach, uproszczeniach i obiegowych opiniach. Taka postawa sprzyja utrwalaniu błędnych przekonań oraz budowaniu postaw wobec ubezpieczeń na niezaweryfikowanych, a czasem fałszywych podstawach.

W kontekście wcześniejszych wyników – wskazujących na częste mylenie zakresów ochrony poszczególnych produktów – może to tłumaczyć, dlaczego subiektywne poczucie wiedzy nie zawsze przekłada się na jej faktyczne, poprawne zastosowanie w praktyce.

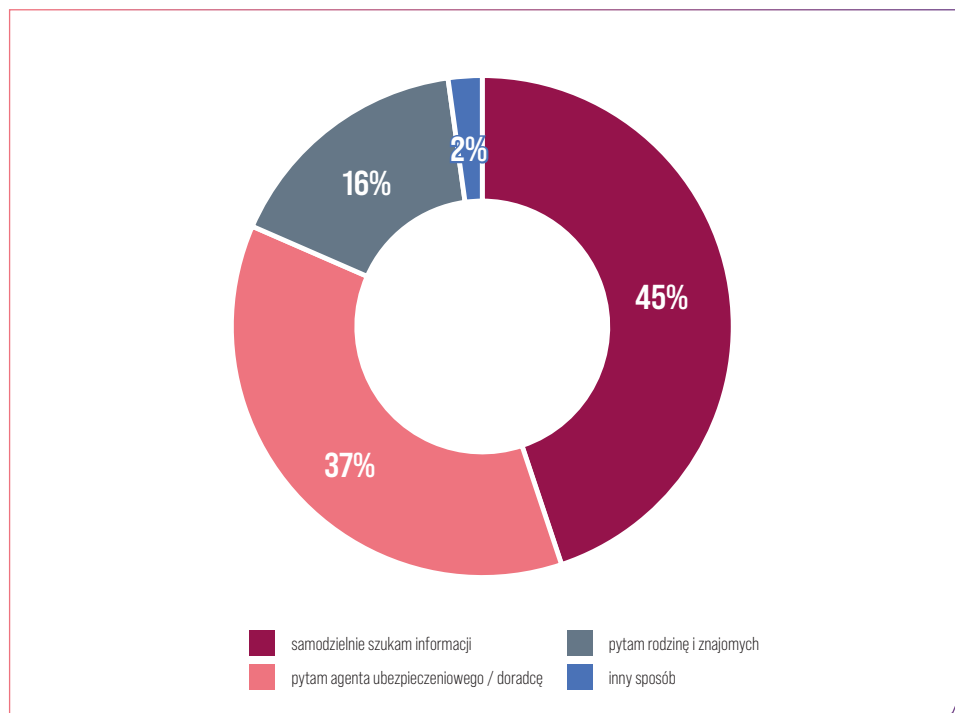
Spośród badanych, którzy zdobywają wiedzę na temat ubezpieczeń, 45% robi to samodzielnie, 37% pyta agenta lub doradcę, a 16% korzysta z informacji od rodziny lub znajomych. Wyniki wskazują na potrzebę edukacji ubezpieczeniowej ukierunkowanej na szeroką grupę społeczeństwa, ze szczególnym uwzględnieniem osób biernych w zdobywaniu wiedzy. Brak systematycznej i weryfikowanej wiedzy sprzyja powstawaniu nieprawidłowych przekonań i utrudnia świadome korzystanie z produktów ubezpieczeniowych.

RYСУNEK 29
W JAKI SPOSÓB ZDOBYWASZ
WIEDZĘ DOTYCZĄCĄ
UBEZPIECZEŃ?



N = 1143

RYСУNEK 30
SKĄD NAJCZĘŚCIEJ CZERPIESZ
WIEDZĘ DOTYCZĄCĄ
UBEZPIECZEŃ?



N = 1143

KLUCZOWE INFORMACJE PRZY WYBORZE UBEZPIECZEŃ

Niezależnie od rodzaju produktu, trzy najczęściej wskazywane kryteria wyboru ubezpieczenia to: zakres ochrony, cena oraz suma ubezpieczenia. Hierarchia ta ma charakter intuicyjny i pozostaje względnie spójna w większości analizowanych kategorii. Cena i zakres ochrony są najczęściej wskazywanymi czynnikami przy zakupie ubezpieczenia na życie (odpowiednio 53% i 55%), ubezpieczenia mieszkania (52% i 54%), ubezpieczenia turystycznego (51% i 56%) oraz ubezpieczenia AC (55% i 50%). **Na tym tle wyróżnia się ubezpieczenie zdrowotne, w przypadku którego oba te elementy wskazało wyraźnie mniej respondentów (po 32%).** Warto jednak zaznaczyć, że w przypadku ubezpieczenia zdrowotnego, koszty często ponosi pracodawca, co czyni je mniej istotnymi dla ubezpieczonego.



Suma ubezpieczenia – jako istotne kryterium wyboru – była wskazywana przez 43% badanych przy ubezpieczeniu na życie, przez 39% w przypadku ubezpieczenia mieszkania i AC, przez 36% przy ubezpieczeniu turystycznym oraz przez 26% w przypadku ubezpieczenia zdrowotnego.

Czynniki związane z wiarygodnością ubezpieczyciela – takie jak zaufanie do firmy i pozytywne opinie – były wymieniane wśród trzech najważniejszych informacji przez około 20% badanych w każdej kategorii. Sam okres trwania umowy miał znaczenie dla 16–18% respondentów, niezależnie od rodzaju produktu.

W przypadku bardziej szczegółowych parametrów oferty widoczne są różnice między kategoriami. Wyłączenia ochrony ubezpieczeniowej były relatywnie częściej analizowane przy ubezpieczeniu turystycznym (22%) i na życie (20%), rzadziej przy zdrowotnym (18%), mieszkaniowym (16%) oraz AC (15%). Udział własny w kosztach szkody miał największe znaczenie w przypadku AC (19%) oraz ubezpieczenia turystycznego (15%), mniejsze przy ubezpieczeniu zdrowotnym (13%) i mieszkaniowym (9%). Okres karencji był istotny przede wszystkim przy ubezpieczeniu na życie (17%), a w mniejszym stopniu przy turystycznym i zdrowotnym (po 12%).

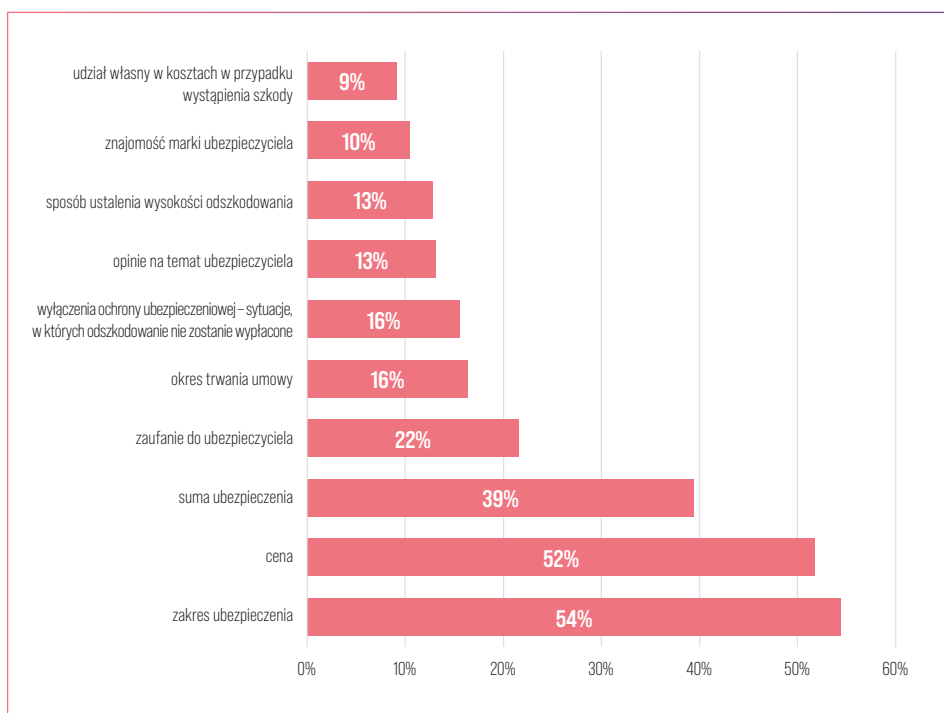
Znajomość marki oraz ogólne opinie o ubezpieczycielu, analizowane poza kontekstem zaufania jako kluczowego kryterium, miały umiarkowane znaczenie w większości kategorii (zazwyczaj 9–14%).

Wyjątkiem jest ubezpieczenie zdrowotne, gdzie opinie o ubezpieczycielu wskazało 19% badanych, a znajomość marki 16%, co może świadczyć o większym znaczeniu reputacji i rozpoznawalności podmiotu w tym segmencie.



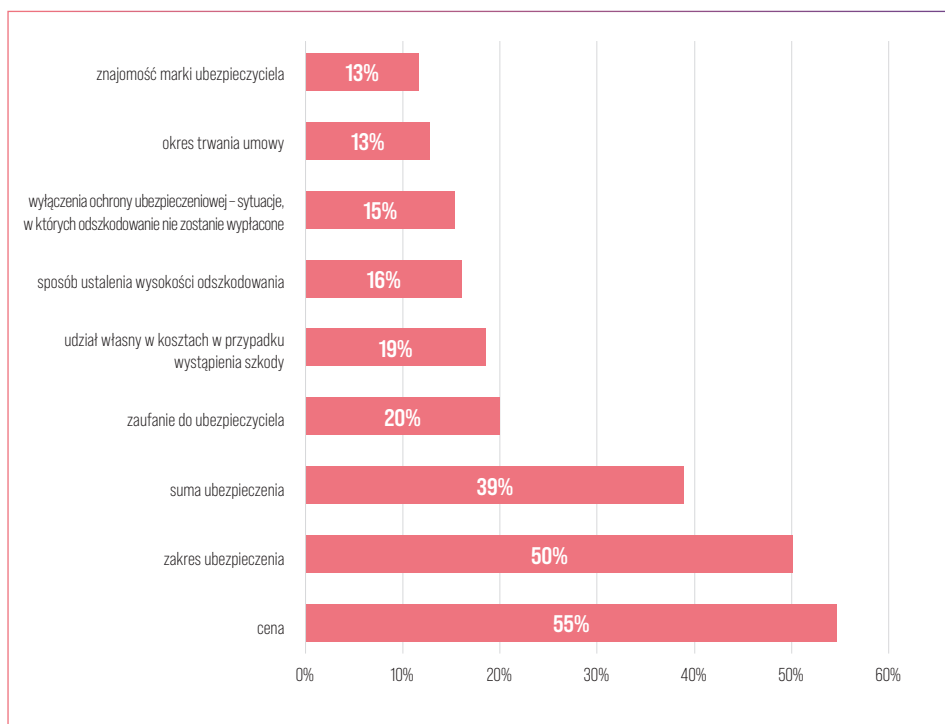
Proces wyboru ubezpieczenia w największym stopniu opiera się na podstawowych, finansowo-zakresowych parametrach oferty. Czynniki jakościowe, takie jak reputacja ubezpieczyciela czy szczegółowe zapisy umowne (wyłączenia, karencja, udział własny), odgrywają rolę drugoplanową. Może to wskazywać na uproszczony model podejmowania decyzji, w którym kluczowe znaczenie mają najbardziej widoczne i łatwo porównywalne elementy oferty.

RYSUNEK 31
KTÓRE INFORMACJE BYŁY DLA
CIEBIE NAJWAŻNIEJSZE DLA
PODJĘCIA DECYZJI O ZAKUPIE
UBEZPIECZENIA DOMU /
MIESZKANIA?
(WYBÓR MAKSYMALNIE
3 ODPOWIEDZI)



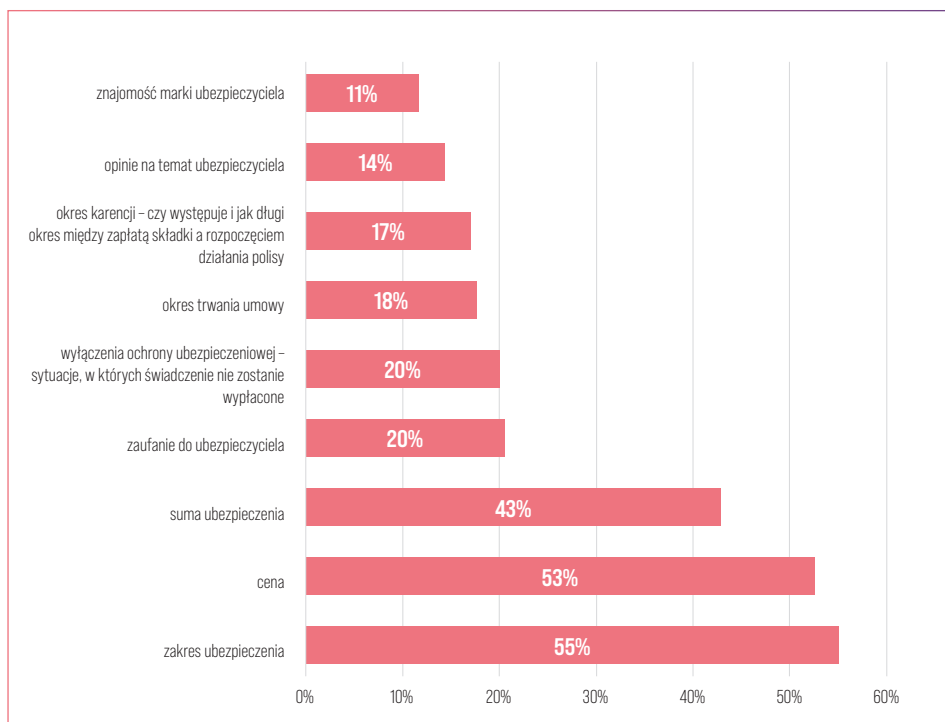
N=801, posiadacze ubezpieczenia domu / mieszkania

RYSUNEK 32
KTÓRE INFORMACJE BYŁY
DLA CIEBIE NAJWAŻNIEJSZE
DLA PODJĘCIA
DECYZJI O ZAKUPIE
UBEZPIECZENIA AC?
(WYBÓR MAKSYMALNIE 3
ODPOWIEDZI)



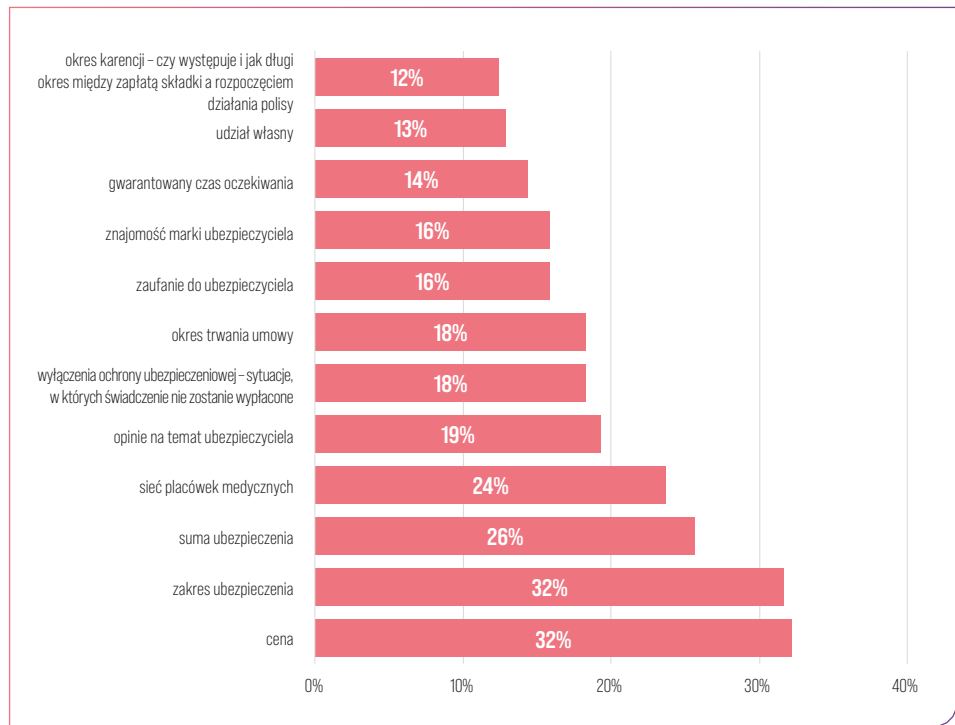
N=534, posiadacze ubezpieczenia AC

RYSUNEK 33
KTÓRE INFORMACJE BYŁY DLA
CIEBIE NAJWAŻNIEJSZE DLA
PODJĘCIA DECYZJI O ZAKUPIE
UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE?
(WYBÓR MAKSYMALNIE 3
ODPOWIEDZI)



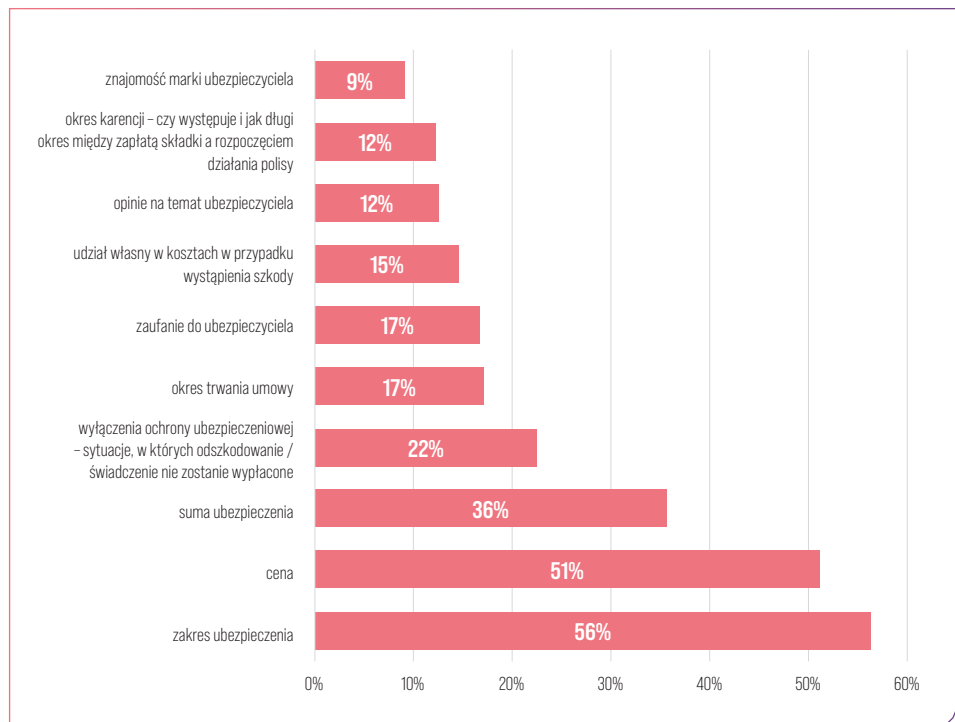
N = 739, posiadacze ubezpieczenia na życie

RYSUNEK 34
KTÓRE INFORMACJE BYŁY DLA
CIEBIE NAJWAŻNIEJSZE DLA
PODJĘCIA DECYZJI
O ZAKUPIE UBEZPIECZENIA
ZDROWOTNEGO?
(WYBÓR MAKSYMALNIE 3
ODPOWIEDZI)



N=202, posiadacze ubezpieczenia zdrowotnego

RYSUNEK 35
KTÓRE INFORMACJE BYŁY DLA
CIEBIE NAJWAŻNIEJSZE DLA
PODJĘCIA DECYZJI
O ZAKUPIE UBEZPIECZENIA
TURYSTYCZNEGO?
(WYBÓR MAKSYMALNIE 3
ODPOWIEDZI)



N=762, posiadacze ubezpieczenia turystycznego

ASSISTANCE ZNACZY POMOC



Agnieszka Dąbrowska,
manager zespołu ds. prowadzenia działalności ubezpieczeniowej, PIU

Myśląc o ubezpieczeniu samochodu, większość kierowców koncentruje się na obowiązkowym OC. Tymczasem to assistance komunikacyjne jest ubezpieczeniem, które realnie ratuje nas z opresji w najmniej oczekiwanych momentach, nie tylko przy poważnych zdarzeniach, ale również w sytuacjach drobnych, choć bardzo stresujących.

Od holowania do kompleksowej opieki

Usługa ta ewoluowała od prostej pomocy drogowej do kompleksowego systemu wsparcia kierowcy i pasażerów. Standardem rynkowym jest pomoc w sytuacjach takich jak rozładowany akumulator, przebita opona, brak paliwa, zatrzaskane kluczyki. Jednocześnie w przypadku poważniejszych zdarzeń ubezpieczyciel przejmuje organizację całego procesu: od transportu pojazdu, przez zapewnienie auta zastępczego, aż po organizację noclegu czy powrotu do miejsca zamieszkania. Z punktu widzenia klienta kluczowe są prostota i komfort. Jeden kontakt z ubezpieczycielem uruchamia cały system wsparcia. Klient nie musi samodzielnie szukać pomocy, szczególnie w obcym miejscu lub za granicą.

Technologia jako fundament nowoczesnego assistance

Rozwój assistance jest dziś ściśle związany z cyfryzacją usług ubezpieczeniowych. Oznacza to możliwość zgłoszenia zdarzenia w aplikacji mobilnej, śledzenie czasu przyjazdu pomocy drogowej, coraz częstsze wykorzystanie geolokalizacji do wskazania miejsca zdarzenia. Przekazanie lokalizacji pojazdu pozwala skrócić czas reakcji i ograniczyć ryzyko błędów. Warto jednak podkreślić, że rozwiązania te mogą działać w oparciu o zgodę klienta na udostępnianie danych lokalizacyjnych.

Kierunek jest jednoznaczny: szybciej, prościej i z mniejszym zaangażowaniem klienta.

Elektromobilność

Jednym z trendów na rynku motoryzacyjnym jest rosnąca liczba pojazdów elektrycznych. W odpowiedzi na te zmiany ubezpieczyciele rozwijają zakres usługi, obejmując nim m.in. transport pojazdu do najbliższej stacji ładowania, wsparcie w przypadku rozładowania baterii. Dobrym standardem mogłoby być więc mobilne ładowanie na miejscu zdarzenia. To obszar, który jeszcze się nie rozwinął. Wydaje się jednak, że jest to naturalny kierunek rozwoju, który będzie zyskiwał na znaczeniu wraz z upowszechnieniem elektromobilności.

Elastyczność zamiast jednego schematu

Współczesny klient oczekuje nie tylko pomocy, ale również dopasowania usług do swojej sytuacji. Dlatego assistance może obejmować różne formy kontynuacji podróży: samochód zastępczy, transport taksówką lub przejazdami współdzielonymi, komunikację publiczną.

Na co zwrócić uwagę wybierając assistance?

Zakres assistance powinien być dopasowany do sposobu korzystania z pojazdu. W praktyce warto sprawdzić limit kilometrów holowania, czy ochrona działa również pod domem, czy obejmuje awarie (nie tylko wypadki), zakres usług dodatkowych (auto zastępcze, nocleg, transport pasażerów, opieka nad pasażerami). Dla osób podróżujących za granicę szczególnie istotny będzie szeroki zakres terytorialny i kompleksowość usług. Mimo zmian w konstrukcji tego ubezpieczenia podstawowa wartość pozostaje niezmienna: zapewnienie kierowcy poczucia bezpieczeństwa i realnej pomocy w momencie, gdy jest ona najbardziej potrzebna.

PORÓWNYWANIE OFERT PRZED ZAKUPEM UBEZPIECZENIA

Pprzed wyborem ubezpieczenia najczęściej deklarowaną praktyką jest porównywanie pojedynczych ofert różnych ubezpieczycieli, bez wnikliwej analizy wszystkich dostępnych u każdego z ubezpieczycieli.

Takie działanie podejmuje od 47% do 54% badanych – w zależności od rodzaju produktu – przy czym najwyższy odsetek dotyczy ubezpieczeń związanych z posiadaniem pojazdu (53–54%). Oznacza to, że w segmencie komunikacyjnym konkurencyjność rynku jest szczególnie widoczna z perspektywy konsumenta.

Znaczniej rzadziej respondenci idą jeszcze o krok dalej i nie tylko porównują oferty różnych ubezpieczycieli, ale także różne oferty proponowane przez każdego z nich. Taką bardziej pogłębioną analizę deklaruje 20–22% nabywców ubezpieczeń komunikacyjnych oraz 14–16% w przypadku pozostałych typów ubezpieczeń.



Porównywanie wyłącznie ofert tego samego ubezpieczyciela najczęściej dotyczy ubezpieczenia zdrowotnego (23%). W przypadku innych produktów odsetek ten jest niższy i wynosi 14–15%. Może to sugerować, że w segmencie zdrowotnym klienci częściej rozważają różne pakiety w ramach jednej marki niż dokonują szerokiego przeglądu rynku, a w wielu przypadkach może wynikać to z tego, że ubezpieczenie zdrowotne opłaca i wybiera pracodawca.

Jednocześnie istotna grupa respondentów deklaruje zakup ubezpieczenia bez jakiegokolwiek porównywania ofert.

**PRZECIĘTNIE 17% POLAKÓW KUPIJE
PIERWSZĄ Z BRZEGU POLISĘ,
NIE PORÓWNUJĄC OFERT.**

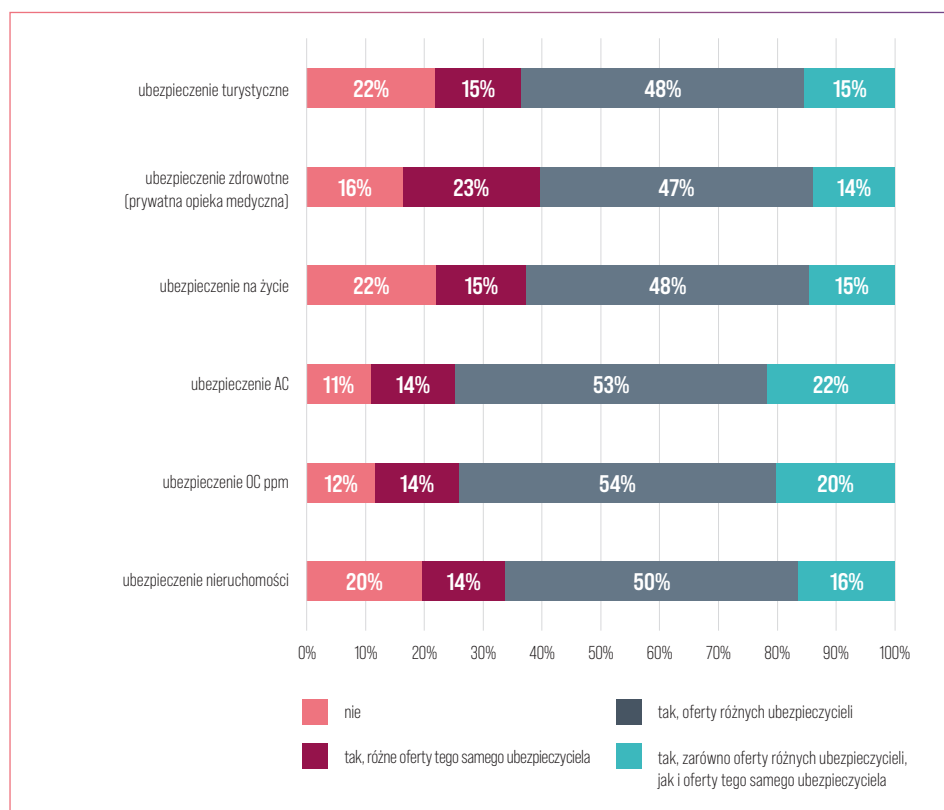
Dotyczy to 22% posiadaczy ubezpieczenia turystycznego i na życie oraz około 20% właścicieli ubezpieczenia nieruchomości. W przypadku ubezpieczenia zdrowotnego odsetek ten wynosi 16%, natomiast w segmencie komunikacyjnym jest najniższy (11–12%).

Choć porównywanie ofert różnych ubezpieczycieli jest dominującą strategią wyboru, szczególnie w przypadku ubezpieczeń komunikacyjnych, znaczna część konsumentów nadal podejmuje decyzje bez pogłębionej analizy rynku.

Skala zakupów dokonywanych bez porównania ofert wskazuje na istotną rolę czynników takich jak przyzwyczajenie, rekomendacja lub wygoda, które w części segmentów mogą ograniczać poziom konkurencyjnej presji.

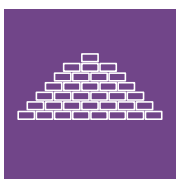


RYSUNEK 36
CZY PRZED ZAKUPEM
RÓŻNEGO RODZAJU
UBEZPIECZEŃ
PORÓWNYWAŁEŚ RÓŻNE
OFERTY?



N = 1134

PREFEROWANE FORMATY KOMUNIKACJI DOTYCZĄCEJ UBEZPIECZEŃ



Uczestnicy badania zostali poproszeni o uporządkowanie różnych formatów komunikacji dotyczącej ubezpieczeń – od najbardziej do najmniej preferowanego.

Analiza średnich ocen oraz odsetka wskazań danego formatu jako najbardziej atrakcyjnego pokazuje wyraźną dominację treści pisanych. Tekst został uznany za najbardziej atrakcyjną formę przez 52% badanych, osiągając jednocześnie najlepsze wyniki w ujęciu średniej pozycji w rankingu.

Na kolejnych miejscach znalazły się grafiki (20% wskazań jako forma najbardziej atrakcyjna) oraz materiały wideo (14% najwyższych wskazań). Oznacza to, że choć formy wizualne stanowią istotne uzupełnienie komunikacji, nie zastępują one treści tekstowych jako podstawowego źródła informacji.

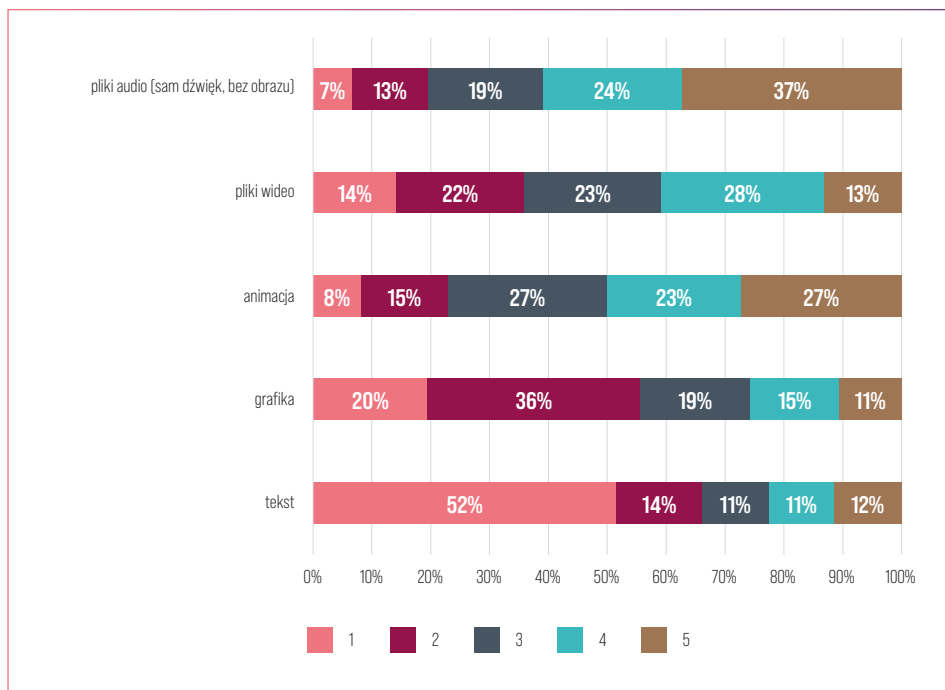
Najmniej atrakcyjnymi formatami – zarówno pod względem średnich ocen (wyraźnie słabszych niż w przypadku pozostałych rozwiązań), jak i częstotliwości wskazań jako najmniej preferowanych – okazały się animacje (27% wskazań jako najmniej atrakcyjne) oraz pliki audio (37% wskazań jako najmniej atrakcyjne).



W KOMUNIKACJI DOTYCZĄCEJ UBEZPIECZEŃ KLUCZOWE ZNACZENIE NADAL MA TRADYCYJNY, TEKSTOWY SPOSÓB PRZEKAZYWANIA INFORMACJI.

Odbiorcy preferują formy umożliwiające spokojne zapoznanie się z treścią i samodzielne jej przeanalizowanie. Format audio i animacje, choć atrakcyjne wizualnie lub angażujące, mogą nie odpowiadać specyfice treści wymagających koncentracji i precyzyjnego zrozumienia warunków oferty.

RYSUNEK 37
JAKIE PREFERUJESZ FORMATY
KOMUNIKACJI INFORMACYJNEJ
I EDUKACYJNEJ DOTYCZĄCEJ
UBEZPIECZEŃ? (CYFRY
ODZWIERCIEDLAJĄ KOLEJNOŚĆ
WYBORU)



N = 1134



Analogicznie uczestnicy badania zostali poproszeni o uszeregowanie konkretnych form komunikacji – od najbardziej do najmniej preferowanych.

Wyniki pozostają spójne z wcześniejszymi deklaracjami dotyczącymi preferowanego formatu przekazu. Najbardziej atrakcyjną formą komunikacji okazał się artykuł – zarówno w oparciu o średnią ocenę, jak i odsetek osób wskazujących go jako najatrakcyjniejszy (38%). Jest to wynik dwukrotnie wyższy niż w przypadku zajmującej drugie miejsce rolki (19%). Trzecie miejsce, z minimalną różnicą w średniej ocenie, zajęły ex aequo infografika oraz seria slajdów w mediach społecznościowych (karuzela), co wskazuje na relatywnie wysoką atrakcyjność krótkich, wizualnych form przekazu.



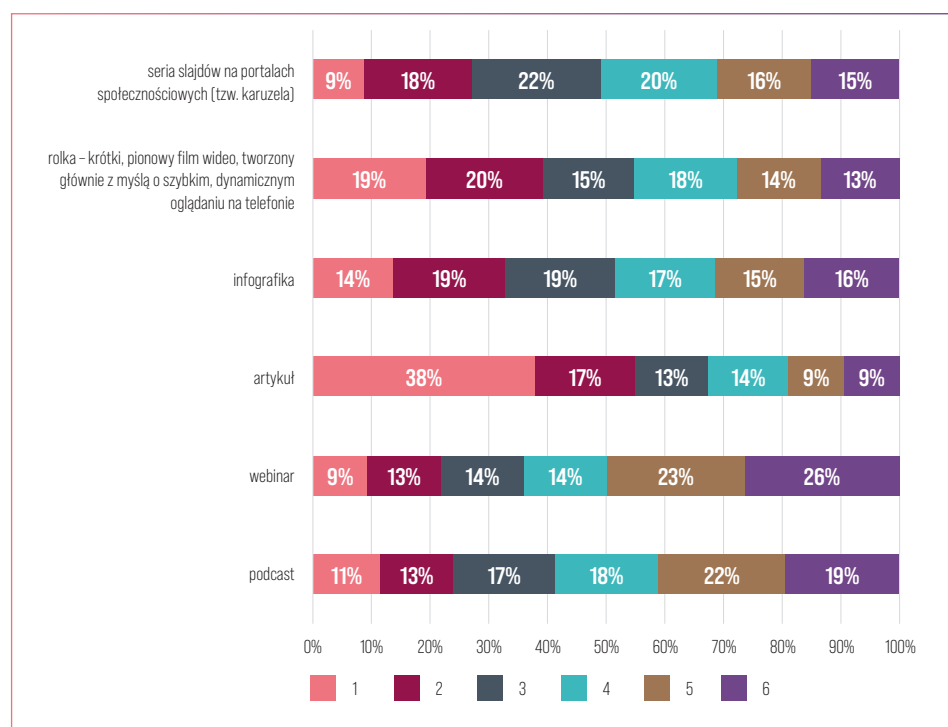
Najmniej atrakcyjne okazały się formy dłuższe i bardziej angażujące poznawczo – podcast oraz webinar. Webinar był jednocześnie formatem, który uzyskał wyraźnie najwyższy odsetek najniższych ocen na skali atrakcyjności, co sugeruje istotną barierę czasową lub zaangażowania po stronie odbiorców.

Preferencje badanych wyraźnie wskazują na dominację treści pisanych oraz form umożliwiających szybkie, samodzielne przyswojenie informacji.

Zarówno w ujęciu ogólnego formatu (tekst jako najbardziej atrakcyjny), jak i konkretnych form (artykuł jako lider rankingu), respondenci preferują przekaz, który daje kontrolę nad tempem i sposobem zapoznawania się z treścią. Jednocześnie relatywnie dobrze oceniane są krótkie, wizualne formy wspierające przekaz (infografiki, karuzele), natomiast formaty wymagające dłuższego czasu i większego zaangażowania – takie jak podcast czy webinar – spotykają się z wyraźnie mniejszym zainteresowaniem.

W kontekście komunikacji ubezpieczeniowej oznacza to potrzebę łączenia rzetelnych treści eksperckich z przystępną, możliwą do szybkiego przyswojenia formą.

RYSUNEK 38
JAKIE FORMY KOMUNIKACJI
INFORMACYJNEJ
I EDUKACYJNEJ DOTYCZĄCEJ
UBEZPIECZEŃ PREFERUJESZ?
(CYFRY ODZWIERCIEDLAJĄ
KOLEJNOŚĆ WYBORU)



N = 1134

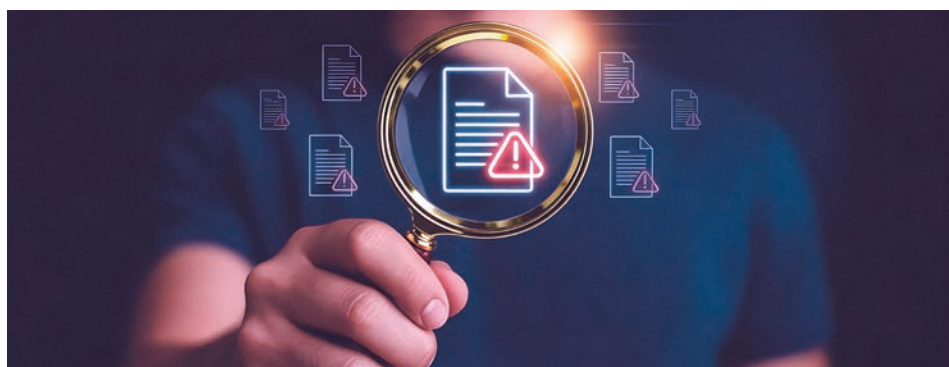
BARIERY ZDOBYWANIA WIEDZY

WSKAZYWANE PRZEZ POLAKÓW GŁÓWNE BARIERY W ZDOBYWANIU WIEDZY NA TEMAT UBEZPIECZEŃ MAJĄ CHARAKTER KOMUNIKACYJNY I PERCEPCYJNY, A NIE WYŁĄCZNIE INFORMACYJNY.

Najczęściej wskazywaną barierą jest przekonanie, że temat jest nudny (37%) oraz że język materiałów informacyjnych i edukacyjnych jest zbyt trudny (37%). Oznacza to, że problem nie dotyczy jedynie dostępności informacji, lecz przede wszystkim sposobu ich prezentacji – forma i styl komunikacji zniechęcają odbiorców do pogłębiania wiedzy.

Kolejne istotne bariery to gubienie się w nadmiarze informacji (36%) oraz przekonanie, że materiały są zbyt obszerne (35%). Wskazuje to na przeciążenie informacyjne – odbiorcy mają dostęp do treści, ale ich ilość i objętość utrudniają selekcję oraz efektywne przyswajanie wiedzy. **Problemem nie jest więc brak informacji, lecz ich struktura i przystępność.**

33% respondentów uważa, że temat jest trudny, co potwierdza istnienie bariery poznawczej – ubezpieczenia postrzegane są jako zagadnienie skomplikowane, wymagające specjalistycznej wiedzy. Z kolei 29% badanych deklaruje, że nie ma potrzeby zdobywania takich informacji, a tyle samo wskazuje, że trudno im znaleźć odpowiednie informacje w momencie, gdy są potrzebne. Może to świadczyć o niskiej świadomości znaczenia wiedzy ubezpieczeniowej w codziennym życiu oraz o braku intuicyjnych, łatwo dostępnych źródeł wiedzy.



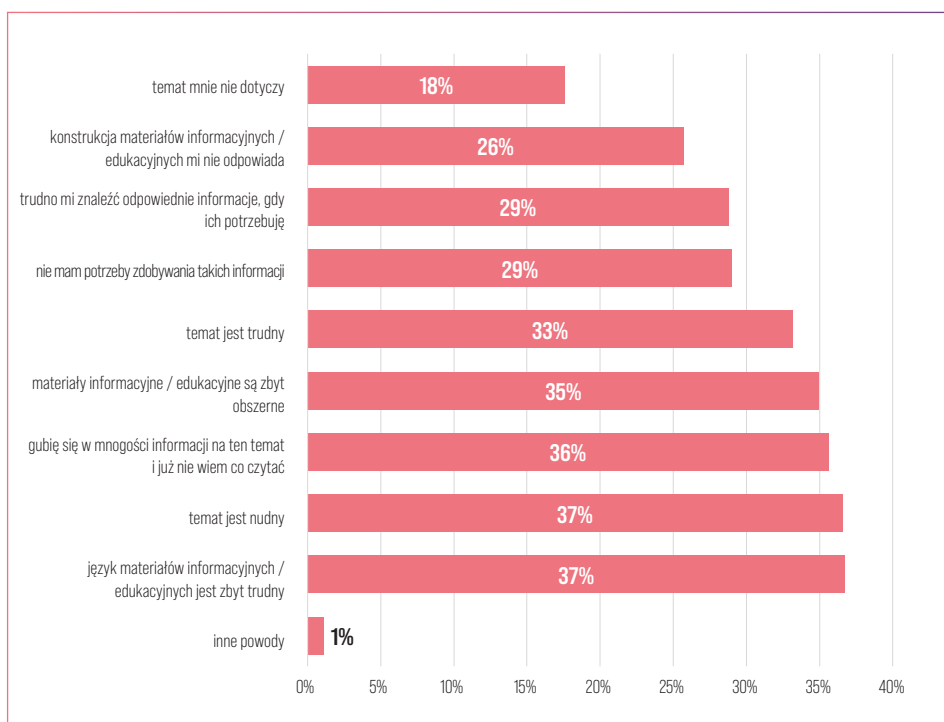
26% respondentów uważa, że konstrukcja materiałów edukacyjnych im nie odpowiada, co dodatkowo potwierdza, że forma komunikacji jest istotnym problemem. Najrzadziej wskazywaną odpowiedzią był brak związku tematu z własną sytuacją (18%), co sugeruje, że większość badanych dostrzega jednak pewną relewantność zagadnienia.



KLUCZOWE BARIERY W ZDOBYWANIU WIEDZY O UBEZPIECZENIACH MAJĄ CHARAKTER JAKOŚCIOWY, A NIE IŁOŚCIOWY.

Odbiorcy nie tyle cierpią na brak informacji, ile na ich nadmiar, złożoność oraz nieatrakcyjną formę przekazu. Skuteczne działania edukacyjne powinny zatem koncentrować się na upraszczaniu języka, skracaniu i porządkowaniu treści oraz zwiększaniu atrakcyjności i praktycznego wymiaru komunikacji, aby zmniejszyć dystans poznawczy i motywacyjny wobec tematyki ubezpieczeniowej.

RYSUNEK 39
CO STANOWI DLA CIEBIE
BARIERĘ W ZDOBYWANIU
WIEDZY NA TEMAT
UBEZPIECZEŃ? (MAKSYMALNIE
5 NAJWAŻNIEJSZYCH BARIER)



N = 1134

ŚWIADOMOŚĆ CZYNNIKÓW WPŁYWAJĄCYCH NA WYSOKOŚĆ ODSZKODOWANIA WYPŁACANEGO PRZEZ UBEZPIECZYCIELA

Wyniki badania pokazują, że świadomość mechanizmów ustalania wysokości odszkodowania wśród Polaków jest fragmentaryczna i w wielu obszarach niepełna.

Tylko nieco ponad połowa respondentów prawidłowo wskazuje, że wysokość odszkodowania zależy od rozmiaru rzeczywiście poniesionej szkody. **Oznacza to, że podstawowa zasada odszkodowawcza – rekompensata adekwatna do poniesionej straty – jest rozumiana przez znaczącą część badanych, jednak nie ma ona charakteru powszechnego.**



Jednocześnie widoczne są istotne nieporozumienia dotyczące roli sumy ubezpieczenia. 16% badanych utożsamia ją z gwarantowaną kwotą wypłaty, niezależną od faktycznego rozmiaru szkody, o ile zdarzenie mieści się w zakresie umowy. Dodatkowo 44% respondentów wiąże wysokość wypłaty przede wszystkim z limitami dla poszczególnych ryzyk w ramach sumy ubezpieczenia.

Wskazuje to na częściowe rozumienie konstrukcji produktu – badani dostrzegają znaczenie limitów, ale nie zawsze prawidłowo interpretują relację między sumą ubezpieczenia, limitami a faktyczną wartością szkody.

POLACY CZĘŚCIOWO ROZUMIEJĄ ZASADY USTALANIA WYSOKOŚCI ODSZKODOWANIA, JEDNAK WIELE BADANYCH BŁĘDNIIE INTERPRETUJE ZALEŻNOŚĆ MIĘDZY RZECZYWISTĄ WARTOŚCIĄ SZKODY, SUMĄ UBEZPIECZENIA I LIMITAMI ODPOWIEDZIALNOŚCI.

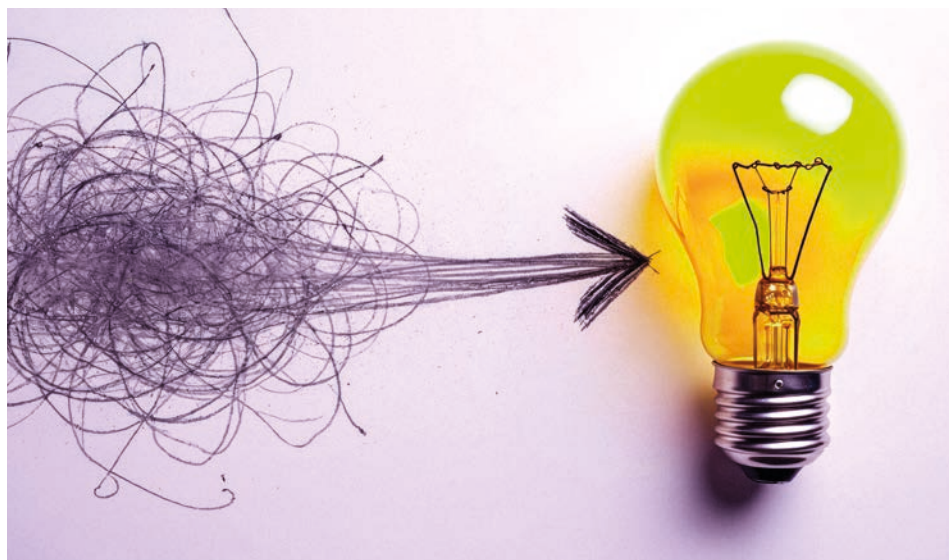


Szczególnie niski poziom świadomości dotyczy czynników, które realnie mogą obniżyć wysokość świadczenia. Tylko 36% respondentów wie, że w umowie może być określony udział własny klienta w szkodzie, który pomniejsza kwotę wypłaty. Jeszcze mniej osób dostrzega znaczenie własnych działań: 26% widzi związek między sposobem postępowania po wystąpieniu zdarzenia (np. dokumentacją fotograficzną) a wysokością odszkodowania, a jedynie 24% rozumie, że działania prewencyjne podjęte przed szkodą (np. aktywacja zadeklarowanych zabezpieczeń) mogą wpływać na decyzję ubezpieczyciela i poziom wypłaty. Oznacza to, że większość badanych nie postrzega odszkodowania jako procesu zależnego również od ich własnej staranności i zgodności z warunkami umowy.

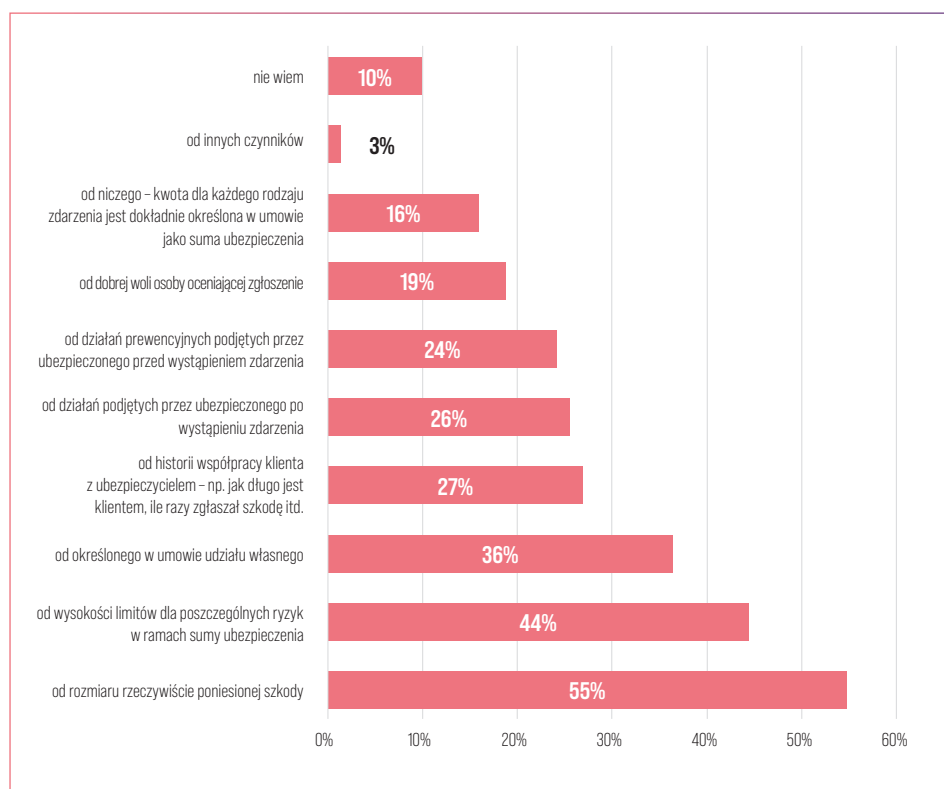
Badanie ujawnia również utrwalone błędne przekonania. 27% respondentów sądzi, że wysokość odszkodowania zależy od długości opłacania składek lub liczby wcześniej zgłaszanych szkód, a 19% spodziewa się, że odszkodowanie będzie uzależnione od dobrej woli osoby rozpatrującej zgłoszenie.

Świadczy to o personalizowaniu procesu likwidacji szkody oraz o myleniu zasad ustalania wysokości odszkodowania z elementami wpływającymi np. na cenę polisy czy ocenę ryzyka przy jej zawieraniu.

Choć podstawowa zasada powiązania odszkodowania z rozmiarem szkody jest znana ponad połowie Polaków, wiedza na temat szczegółowych mechanizmów – takich jak udział własny, limity odpowiedzialności czy znaczenie działań prewencyjnych i poszkodowych – pozostaje ograniczona. Równocześnie utrzymują się błędne przekonania o uznaniowym charakterze decyzji lub „lojalnościowym” wpływie historii ubezpieczeniowej na wysokość świadczenia. Wskazuje to na potrzebę wzmocnienia edukacji w zakresie praktycznych zasad działania ubezpieczeń oraz położenia większego nacisku na wyjaśnianie mechanizmów likwidacji szkód w sposób prosty i jednoznaczny.



RYSUNEK 40
OD CZEGO MOŻE ZALEŻEĆ
WYSOKOŚĆ ODSZKODOWANIA
WYPŁACANEGO PRZEZ
UBEZPIECZYCIELA?



N = 1134

ROZDZIAŁ 4



POSTAWY I PRZEKONANIA NA TEMAT UBEZPIECZEŃ

PRZEKONANIE O SENSOWNOŚCI KUPOWANIA UBEZPIECZEŃ



Większość Polaków dostrzega zasadność zakupu wszystkich analizowanych rodzajów ubezpieczeń, choć poziom akceptacji różni się w zależności od typu produktu.

72% badanych uważa, że najbardziej sensownym zakupem jest ubezpieczenie mieszkania lub domu. Może to wynikać z wysokiej wartości majątku, jakim jest nieruchomości oraz rosnącej świadomości ryzyk związanych z pożarem, zalaniem czy innymi zdarzeniami losowymi.

Na kolejnych miejscach znajdują się ubezpieczenie na życie (64%) oraz ubezpieczenie zdrowotne (61%). W tych przypadkach istotną rolę prawdopodobnie odgrywa poczucie odpowiedzialności za rodzinę oraz obawy związane z kosztami leczenia i bezpieczeństwem finansowym bliskich.

Nieco niższy poziom deklarowanej zasadności dotyczy ubezpieczenia AC (55%). Może to wynikać z kalkulacji kosztów – autocasco nie jest produktem obowiązkowym, a część kierowców może uznawać je za mniej konieczne, zwłaszcza, że OC ppm jest obowiązkowe.

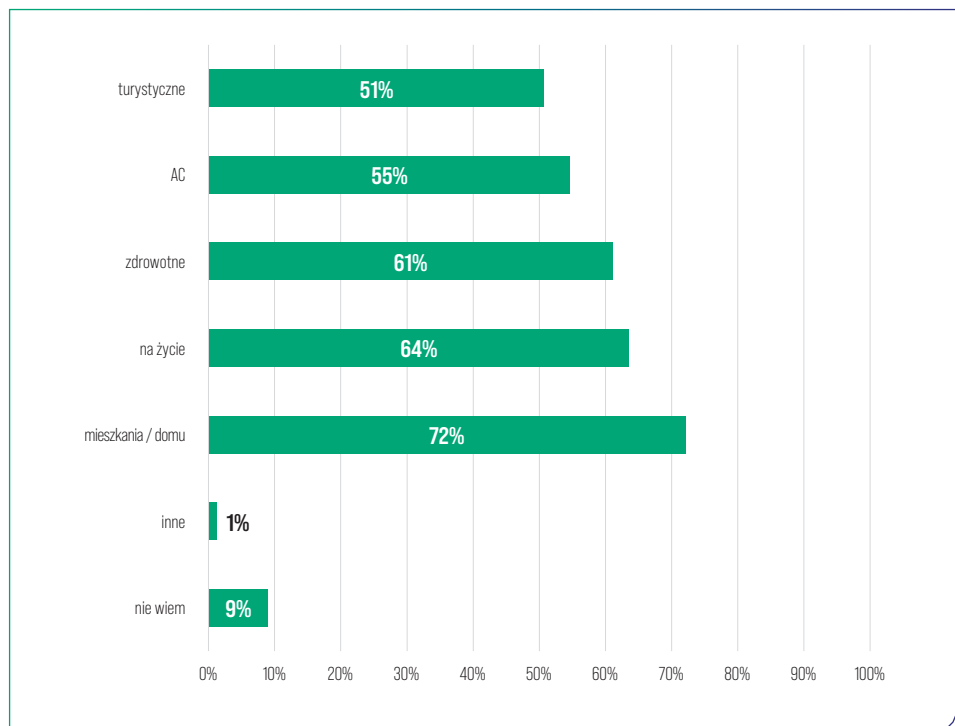


Najmniej respondentów dostrzega sens wykupowania ubezpieczenia turystycznego (51%). Może to być związane z postrzeganiem wyjazdów jako zdarzeń okazjonalnych, krótkoterminowych lub o ograniczonym ryzyku. Niewykluczone jest również przekonanie, że ochrona zapewniana np. w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej lub karty EKUZ (w zakresie podróży po UE) jest wystarczająca.

Podsumowując, im bardziej dane ubezpieczenie dotyczy trwałego majątku lub podstawowego bezpieczeństwa życiowego, tym wyższa jest jego postrzegana zasadność. Produkty o charakterze dodatkowym, czasowym lub relatywnie kosztownym spotykają się z większym dystansem.

Wyniki wskazują, że Polacy generalnie rozumieją rolę ubezpieczeń, jednak ich postrzegana potrzeba jest silnie uzależniona od kontekstu ryzyka, wartości chronionego dobra oraz indywidualnej oceny kosztów.

RYSUNEK 41
JAK UWAŻASZ, JAKIE RODZAJE
UBEZPIECZEŃ JEST SENS
KUPOWAĆ?



N = 1134

PRZEKONANIA O TYM, DLA KOGO SĄ UBEZPIECZENIA

Wyniki badania pokazują, że w świadomości Polaków funkcjonuje wiele uproszczonych przekonań dotyczących tego, dla kogo „są” ubezpieczenia. Odpowiedzi wskazują na silne segmentowanie potrzeby ubezpieczeniowej według statusu majątkowego, wieku oraz cech osobowości.

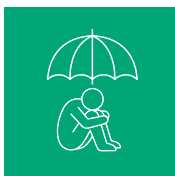
Ponad połowa badanych (53%) uważa, że ubezpieczenia są częściej potrzebne osobom mniej zamożnym. Może to wynikać z przekonania, że osoby o niższych dochodach są bardziej narażone na negatywne skutki finansowe nieprzewidzianych zdarzeń, ponieważ dysponują mniejszymi rezerwami finansowymi.



Jednocześnie 20% respondentów twierdzi, że to osoby zamożne powinny kupować ubezpieczenia, gdyż mają najwięcej do stracenia. Te dwa poglądy pokazują odmienne sposoby myślenia o funkcji ubezpieczenia – jako narzędziu ochrony przed utratą stabilności finansowej lub jako mechanizmie zabezpieczania dużego majątku.

Stotne są również przekonania związane z wiekiem. 22% badanych uważa, że ubezpieczenia są raczej dla osób starszych niż młodych, a 19% wskazuje wprost, że młodzi nie potrzebują żadnych ubezpieczeń. Sugeruje to postrzeganie ryzyka jako zjawiska silnie powiązanego z wiekiem – im starsza osoba, tym większa potrzeba ochrony.

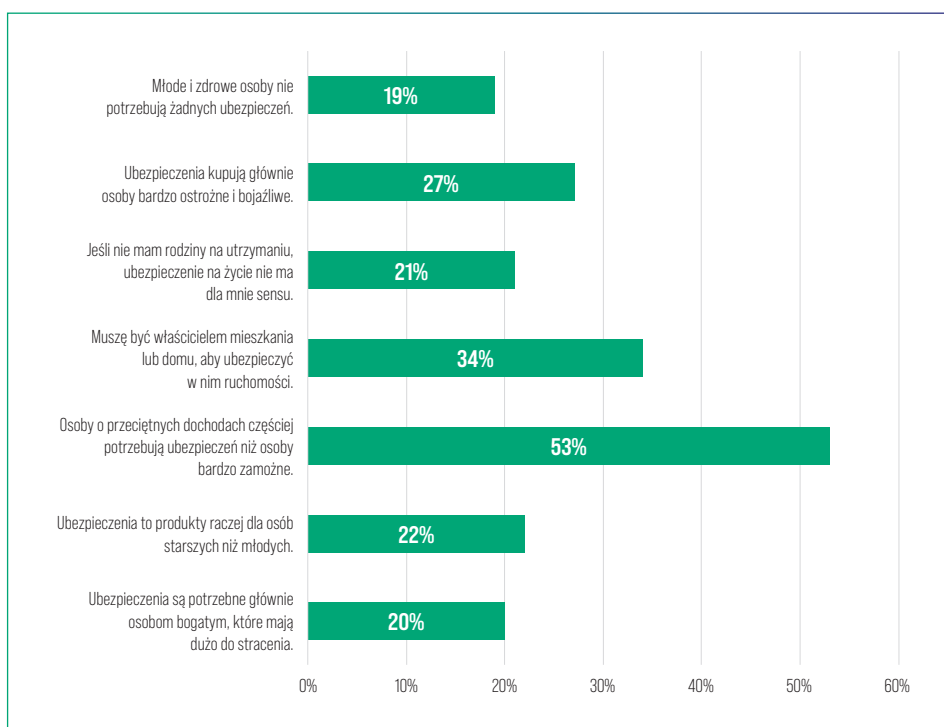
Wpodobnym duchu 21% respondentów twierdzi, że ubezpieczenie na życie ma sens wyłącznie wtedy, gdy posiada się rodzinę na utrzymaniu. Oznacza to zawężanie funkcji tego produktu wyłącznie do roli zabezpieczenia bliskich, z pominięciem innych potencjalnych celów (np. ochrony własnej zdolności dochodowej).



Dodatkowo 27% badanych uważa, że ubezpieczenia kupują osoby ostrożne i bojaźliwe. **Takie przekonanie może nadawać decyzji o zakupie ubezpieczenia wymiar psychologiczny, a nawet wartościujący – jako przejaw nadmiernej ostrożności, a nie racjonalnego zarządzania ryzykiem.**

Postrzeżenie ubezpieczeń w Polsce jest silnie filtrowane przez stereotypy i uproszczone schematy myślenia. Ubezpieczenia nie są traktowane jako uniwersalne narzędzie zarządzania ryzykiem dostępne dla każdego, lecz jako produkt „dla określonych grup” – biedniejszych, bogatszych, starszych, posiadających rodzinę czy nadmiernie ostrożnych. Może to ograniczać skłonność części osób do zakupu polis, jeśli nie identyfikują się z przypisywaną im kategorią. Wyniki wskazują na potrzebę komunikacji, która pokazuje ubezpieczenia jako rozwiązanie dopasowane do różnych etapów życia i sytuacji finansowych, a nie jako produkt przeznaczony wyłącznie wybranym grupom.

RYSUNEK 42
Z KTÓRYMI STWIERDZENIAMI
SIĘ ZGADZASZ?



N = 1134

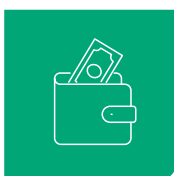
PRZEKONANIA NA TEMAT OPŁACALNOŚCI KUPOWANIA UBEZPIECZEŃ

Wyniki badania wskazują, że istotnej części Polaków towarzyszą negatywne przekonania dotyczące ekonomicznej opłacalności ubezpieczeń. Najczęściej pojawia się przeświadczenie, że odszkodowanie nie przewyższy łącznej wysokości wpłaconych składek – uważa tak 40% badanych.

Oznacza to, że znaczna grupa respondentów postrzega ubezpieczenie w kategoriach inwestycji, która powinna przynieść finansowy „zysk”, a nie jako mechanizm ochrony przed rzadkim, ale potencjalnie dotkliwym zdarzeniem losowym.

26% respondentów traktuje rezygnację z zakupu polisy jako formę oszczędzania pieniędzy – składka jest w tym ujęciu kosztem, którego można uniknąć, jeśli szkoda nie wystąpi.

Takie podejście odzwierciedla krótkoterminową perspektywę finansową, w której brak polisy oznacza „zaoszczędzone” środki, pomijając fakt, że w przypadku wystąpienia szkody konsekwencje mogą znacząco przekroczyć wysokość zapłaconych składek.



Z kolei 22% badanych uważa, że ubezpieczenia się nie opłacają, ponieważ szkody zdarzają się rzadko. Jest to przykład niedoszacowywania ryzyka – niska częstotliwość zdarzeń prowadzi do przekonania o braku potrzeby zabezpieczenia, mimo że istotą ubezpieczenia jest właśnie ochrona przed konsekwencjami sytuacji o małym prawdopodobieństwie, lecz wysokiej skali potencjalnej straty.

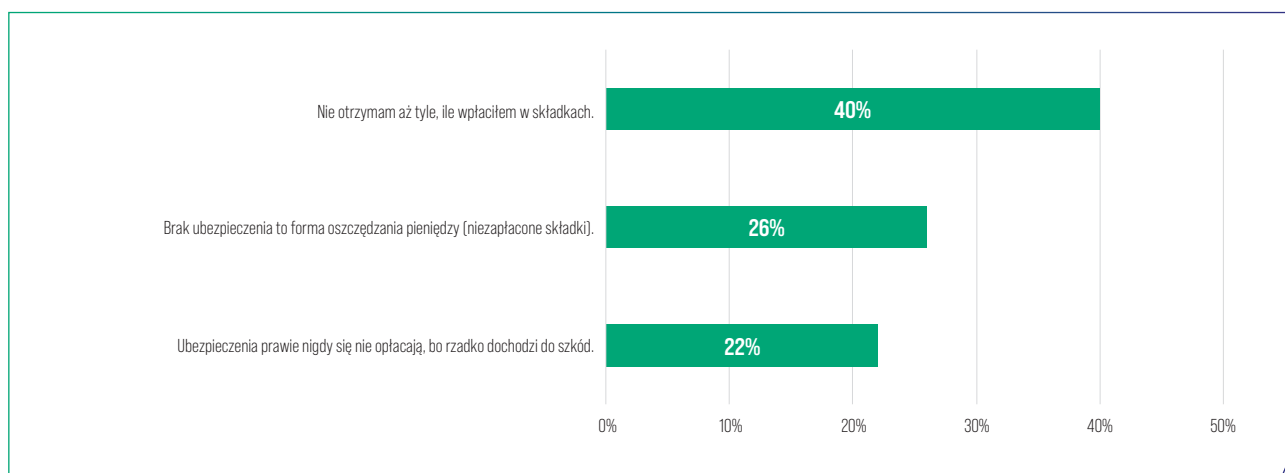


Łącznie wyniki pokazują, że znaczna część Polaków ocenia sens ubezpieczeń przez pryzmat prostego bilansu „wpłaty–wyплаты”, zamiast w kategoriach transferu ryzyka i stabilizacji finansowej. Można odnieść wrażenie, że część Polaków traktuje ubezpieczenia jak lokatę, podczas gdy lepszą analogią byłaby gaśnica kupowana do samochodu na wypadek pożaru, w przypadku zakupu, której nikt przecież nie liczy na to, że zostanie użyta i nie oczekuje zwrotu kosztów. Wniosek z badania wskazuje na potrzebę wzmacniania świadomości, że ubezpieczenie nie jest narzędziem generowania zysku, lecz mechanizmem ograniczania niepewności i zabezpieczania przed konsekwencjami zdarzeń, których skutki finansowe mogą być trudne do samodzielnego udźwignięcia.

W tym kontekście warto również zwrócić uwagę na poziom luki ubezpieczeniowej rozumianej jako łączna wartość strat finansowych, które nie są pokrywane ani przez ubezpieczenia publiczne, ani prywatne w obszarach takich jak zdrowie, emerytury, utrata dochodów czy szkody majątkowe. **Według danych Polskiej Izby Ubezpieczeń luka ubezpieczeniowa w obszarze zdrowia wynosi aż 125 mld zł rocznie. W połączeniu z luką emerytalną na poziomie 75 mld zł, kwota niedoubezpieczenia stanowi ponad 1/4 budżetu państwa (Polska Izba Ubezpieczeń & Milliman Polska, 2024). Zatem oszczędzanie na składkach ubezpieczeniowych może skończyć się katastrofą finansową.**

RYSUNEK 43

Z KTÓRYMI STWIERDZENIAMI SIĘ ZGADZASZ?



N = 1134

PRZEKONANIA W ODNIESIENIU DO ZAKRESU OCHRONY I LUKI UBEZPIECZENIOWEJ



63% Polaków rozumie, że zbyt niska suma ubezpieczenia może skutkować odszkodowaniem niewystarczającym do pełnego pokrycia kosztów szkody.

Oznacza to, że większość badanych ma świadomość ryzyka niedoubezpieczenia oraz jego praktycznych konsekwencji finansowych. Jest to istotny wskaźnik dojrzałości rozumienia konstrukcji produktu ubezpieczeniowego.

Jednocześnie 55% respondentów uważa, że częściowe ubezpieczenie jest lepsze niż jego brak, a 47% twierdzi, że polisa ma sens nawet wtedy, gdy obejmuje ochroną tylko część rodzajów ryzyk. Wskazuje to na pragmatyczne podejście – dla znacznej części badanych nawet ograniczona ochrona stanowi wartość i formę minimalizacji ryzyka. Można to interpretować jako rosnącą akceptację elastycznych, dopasowanych zakresów ochrony.





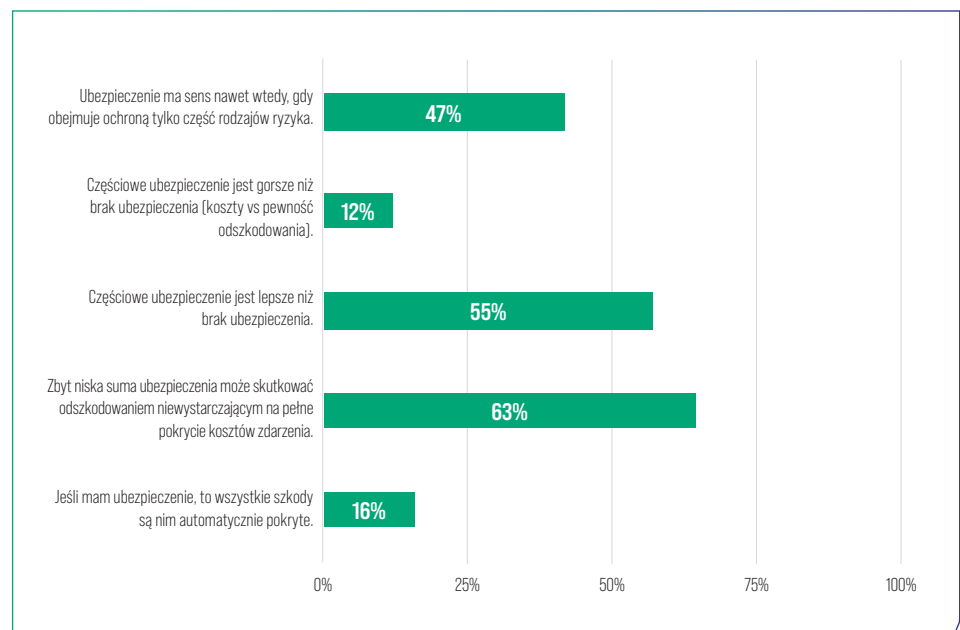
Z drugiej strony 12% badanych uważa, że lepiej nie mieć ubezpieczenia wcale niż ponosić koszty częściowej ochrony (nieadekwatna suma ubezpieczenia). Postawa ta może wynikać z przekonania, że niepełna ochrona jest „nieopłacalna” lub daje złudne poczucie bezpieczeństwa. Dodatkowo 16% respondentów nie ma świadomości, że ubezpieczenie może nie pokrywać wszystkich szkód, co wskazuje na braki w rozumieniu ograniczeń zakresu ochrony (np. wyłączeń odpowiedzialności czy limitów).

Wniosek jest taki, że choć świadomość ryzyka niedoubezpieczenia jest stosunkowo wysoka, potrzebne jest dalsze wzmacnianie wiedzy na temat realnego zakresu ochrony oraz konsekwencji wyboru ograniczonej sumy lub wąskiego zakresu ubezpieczenia.



Edukacja powinna podkreślać zarówno wartość częściowej ochrony, jak i jej ograniczenia, tak aby decyzje zakupowe były w pełni świadome.

RYSUNEK 44
Z KTÓRYMI STWIERDZENIAMI
SIĘ ZGADZASZ?



N = 1134

PRZEKONANIA O WPŁYWIE POSIADANIA UBEZPIECZENIA NA CODZIENNE FUNKCJONOWANIE

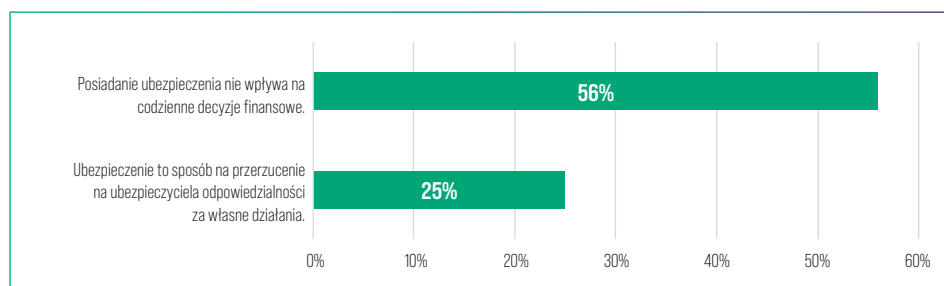


Nieco ponad połowa badanych (56%) uważa, że posiadanie ubezpieczenia nie wpływa na sposób podejmowania przez nich decyzji finansowych, co może oznaczać, że w ich przypadku polisa traktowana jest jako produkt „pasywny” – zawierany na wypadek nieprzewidzianych zdarzeń, ale nieoddziałujący na bieżące planowanie budżetu, poziom oszczędności czy skłonność do podejmowania ryzyka.

Jednocześnie jedna czwarta badanych (25%) postrzega ubezpieczenie jako sposób na przerzucenie odpowiedzialności za własne działania na ubezpieczyciela. **Takie przekonanie może wskazywać na częściowe niezrozumienie istoty ubezpieczenia jako mechanizmu współdzielenia ryzyka, a nie zwolnienia z odpowiedzialności.** Może ono również odzwierciedlać obawy związane z tzw. pokusą nadużycia (moral hazard), czyli przekonaniem, że posiadanie ochrony sprzyja mniej ostrożnym zachowaniom.

Ubezpieczenia są w świadomości społecznej raczej narzędziem reaktywnym niż elementem strategicznego zarządzania finansami. Wniosek z badania wskazuje na potrzebę budowania przekazu, który pokazuje ubezpieczenie jako integralną część planowania finansowego – wspierającą stabilność budżetu domowego i odpowiedzialne zarządzanie ryzykiem, a nie jako mechanizm zwalniający z konsekwencji własnych decyzji.

RYSUNEK 45
Z KTÓRYMI STWIERDZENIAMI
SIĘ ZGADZASZ?



N = 1134

CZYNNIKI SKŁANIAJĄCE DO ZAKUPU RÓŻNYCH TYPÓW UBEZPIECZEŃ I CZYNNIKI, KTÓRE DO ZAKUPU ZNIECHĘCAJĄ

Analizując czynniki zniechęcające Polaków do zakupu ubezpieczeń, należy uwzględnić szerszy kontekst postaw społecznych i dominujących przekonań. **Jednym z kluczowych elementów kształtujących funkcjonowanie społeczeństw jest zaufanie, jednak w Polsce jego poziom pozostaje relatywnie niski.** Badania CBOS prowadzone od ponad dwóch dekad wskazują, że Polacy częściej charakteryzują się ostrożnością, dystansem i nieufnością wobec innych niż otwartością i pozytywnym nastawieniem.



Analogiczna tendencja widoczna jest w odniesieniu do sfery publicznej – poziom zaufania do instytucji i organizacji pozostaje ograniczony. **W rezultacie zarówno relacje społeczne, jak i ocena funkcjonowania instytucji publicznych obciążone są znacznym sceptycyzmem, co pozwala mówić o utrwalonym, niskim poziomie zaufania społecznego.**



W tym kontekście łatwiej zrozumieć postawy dotyczące zarządzania finansami, które oddziałują uniwersalnie na szerokie spektrum zachowań ekonomicznych, nie tylko w obszarze ubezpieczeń.

Szczególnie istotny jest niski poziom zaufania do instytucji takich jak ustawodawca, sądy, NFZ, ZUS, instytucje finansowe czy administracja publiczna.

Przekłada się to na ograniczoną skłonność do korzystania z rozwiązań finansowych, takich jak inwestowanie w IKE, IKZE czy uczestnictwo w PPK, a także na preferencję przechowywania części oszczędności w gotówce oraz rezygnację z zakupu polis ubezpieczeniowych.

Dodatkowym czynnikiem wpływającym na te postawy jest obawa przed zmianami regulacyjnymi lub niejednoznacznością przepisów prawa. Może ona dotyczyć zarówno ograniczenia dostępu do zgromadzonych środków, obniżenia potencjalnych zysków z inwestycji, jak i utrudnień w uzyskaniu należnych świadczeń, w tym wypłat odszkodowań. Istotną rolę odgrywają również wcześniejsze doświadczenia związane z funkcjonowaniem systemów finansowych, w szczególności reformą OFE, które w wielu przypadkach wzmocniły poczucie niepewności i ryzyka regulacyjnego.



W konsekwencji część społeczeństwa postrzega produkty finansowe, w tym ubezpieczenia, jako rozwiązania skomplikowane i obarczone podwyższonym ryzykiem – zarówno finansowym, jak i instytucjonalnym. Prowadzi to do ich unikania lub ograniczonego wykorzystania. Znajduje to odzwierciedlenie w wynikach niniejszego badania. Średnio, biorąc pod uwagę różne typy ubezpieczeń, 32% osób nieposiadających polis wskazało brak zaufania do ubezpieczycieli jako przyczynę rezygnacji z ich zakupu. Jednocześnie odsetek ten różni się w zależności od rodzaju ubezpieczenia; od 24% w przypadku ubezpieczeń turystycznych, przez 30% dla ubezpieczeń zdrowotnych i 35% dla ubezpieczeń na życie, aż do 40% w przypadku ubezpieczeń majątkowych.

Należy jednak podkreślić, że obok uniwersalnych, systemowych czynników ograniczających skłonność do zakupu ubezpieczeń występuje również szereg uwarunkowań o charakterze bardziej specyficznym – zarówno dla całej branży ubezpieczeniowej, jak i dla poszczególnych typów produktów. Zróżnicowany charakter mają także czynniki skłaniające do zakupu polis.

W związku z tym w dalszej części analizy przedstawiono czynniki wspierające proces zakupu oraz blokery decyzji ubezpieczeniowych w podziale na główne kategorie produktów: ubezpieczenia majątkowe, na życie, zdrowotne oraz turystyczne.



UBEZPIECZENIA MAJĄTKOWE



Motywacje do zakupu ubezpieczenia majątku są zróżnicowane i obejmują zarówno przesłanki ekonomiczne, emocjonalne, jak i formalne.



Półowa posiadaczy tego typu polis deklaruje, że decyduje się na nie, ponieważ potencjalna szkoda stanowiłaby zbyt duże obciążenie finansowe.

Jest to motywacja wyraźnie racjonalna – ubezpieczenie pełni funkcję ochrony stabilności budżetu domowego przed zdarzeniami o wysokim koszcie jednostkowym. Niemal równie liczna grupa wskazuje na potrzebę poczucia spokoju i bezpieczeństwa. W tym przypadku kluczowy jest aspekt psychologiczny – polisa zmniejsza niepewność i daje komfort mentalny, nawet jeśli szkoda ostatecznie nie wystąpi.



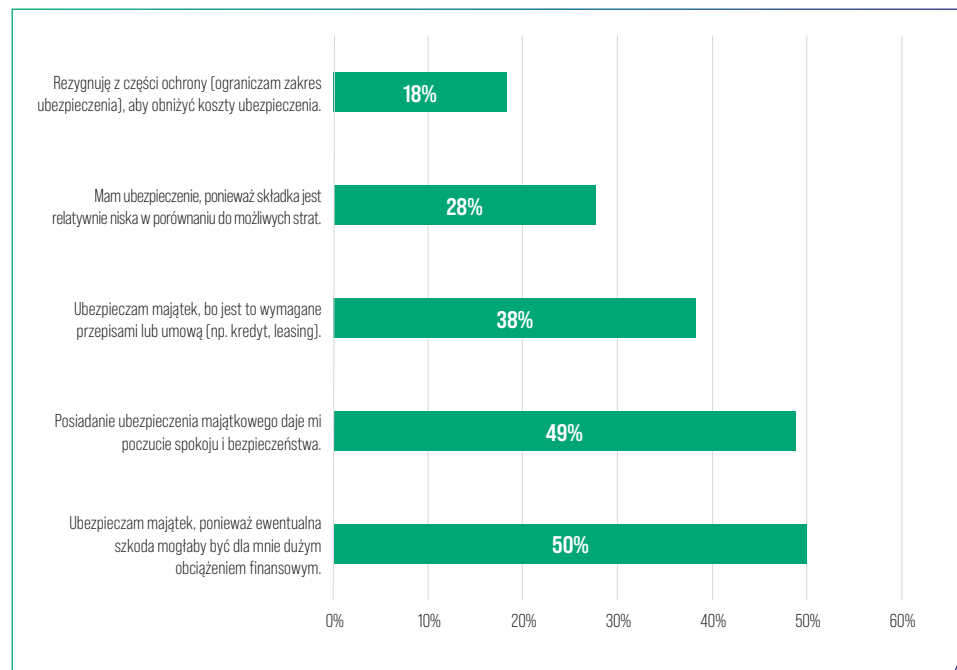
38% badanych wykupuje ubezpieczenie z konieczności, ponieważ wymagają tego przepisy prawa lub zapisy umowy (np. kredytowej). W tej grupie decyzja ma charakter formalny, a nie dobrowolny – ubezpieczenie jest postrzegane jako warunek spełnienia określonych zobowiązań.

Część respondentów racjonalizuje swoją decyzję w kategoriach relacji ceny do potencjalnych korzyści. 28% uznaje, że składka była relatywnie niska w stosunku do możliwej wypłaty, co wskazuje na kalkulację ekonomiczną opartą na potencjalnym bilansie kosztów i zysków. Jednocześnie 18% badanych deklaruje, że stara się dodatkowo obniżyć koszt polisy poprzez ograniczanie zakresu ochrony. Może to świadczyć o wysokiej wrażliwości cenowej oraz gotowości do kompromisu między poziomem ochrony a wysokością składki.

Decyzja o ubezpieczeniu majątku rzadko opiera się na jednym czynniku. Najczęściej łączy ona element racjonalnej kalkulacji ryzyka z potrzebą bezpieczeństwa psychologicznego, a w części przypadków wynika z wymogów formalnych. Jednocześnie widoczna jest silna orientacja na koszt, która może prowadzić do ograniczania zakresu ochrony, a tym samym zwiększać ryzyko niedoubezpieczenia.



RYSUNEK 46
KTÓRE STWIERDZENIA
ODNOSZĄCE SIĘ DO
KUPOWANIA UBEZPIECZENIA
MIESZKANIA, DOMU,
SAMOCHODU DOBRZE CIĘ
OPISUJĄ?



N=897, posiadających ubezpieczenie majątkowe

Powody niekupowania ubezpieczeń majątkowych są wielowymiarowe i obejmują zarówno czynniki związane z percepcją ryzyka, jak i oceną własnej sytuacji finansowej.



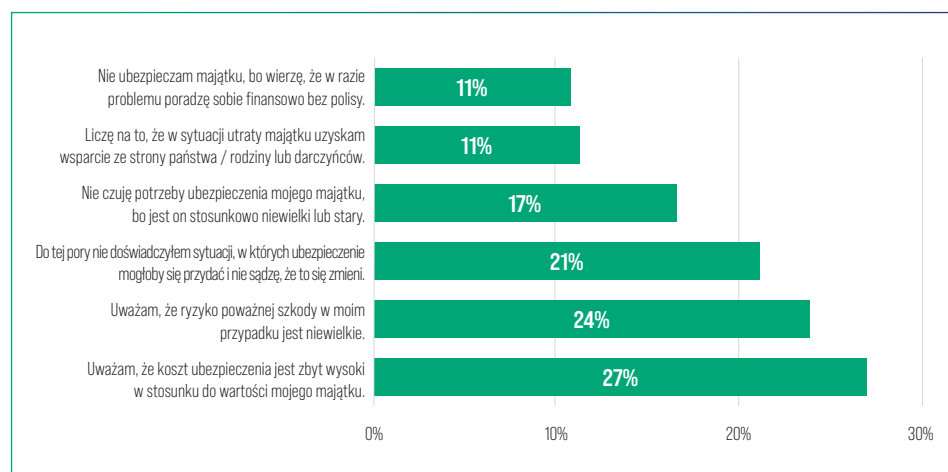
Pierwszą grupę powodów stanowią czynniki poznawcze i sposób postrzegania ryzyka. **24% badanych uważa, że prawdopodobieństwo poważnej szkody w ich indywidualnym przypadku jest niewielkie, a 21% deklaruje przekonanie, że skoro dotychczas nic złego się nie wydarzyło, to taka sytuacja utrzyma się w przyszłości.** W obu przypadkach mamy do czynienia z typowymi błędami poznawczymi – niedoszacowaniem ryzyka oraz ekstrapolowaniem przeszłych doświadczeń na przyszłość.

Istotny wymiar motywacji dotyczy także sytuacji ekonomicznej. 17% respondentów uważa, że ich majątek jest zbyt mały, aby opłacało się go ubezpieczać. Z kolei 11% twierdzi, że w razie szkody poradzi sobie samodzielnie, bez wsparcia polisy. Takie odpowiedzi mogą świadczyć o przekonaniu o wystarczających zasobach własnych lub o niskiej percepcji potencjalnych kosztów zdarzeń losowych.

Na uwagę zasługuje również fakt, że 11% badanych liczy na wsparcie zewnętrzne – ze strony państwa, rodziny lub darczyńców – w przypadku utraty majątku. Oznacza to częściowe przeniesienie odpowiedzialności za konsekwencje zdarzeń losowych na otoczenie społeczne lub instytucjonalne.

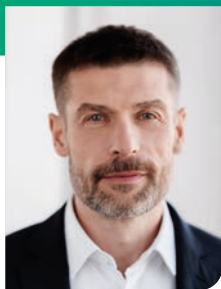
Decyzja o rezygnacji z ubezpieczenia majątkowego najczęściej nie wynika wyłącznie z kwestii finansowych, lecz z kombinacji braku zaufania, niedoszacowania ryzyka oraz przekonania o alternatywnych źródłach wsparcia. Kluczowym wyzwaniem wydaje się zatem nie tylko poprawa dostępności cenowej produktów, ale przede wszystkim odbudowa zaufania i zwiększenie świadomości realnych konsekwencji finansowych szkód.

RYSUNEK 47
ZAZNACZ TE SPOŚRÓD
PONIŻSZYCH STWIERDZEŃ
ODNOSZĄCYCH SIĘ DO
KUPOWANIA UBEZPIECZENIA
MIESZKANIA, DOMU,
SAMOCHODU, KTÓRE DOBRZE
CIĘ OPISUJĄ



N=567, nieposiadających ubezpieczenia majątkowego

NIE TYLKO OBOWIĄZKOWE



Rafał Mańkowski
dyrektor ds. ubezpieczeń majątkowych, PIU

W latach 2022–2025 miało miejsce około 21 tys. wypadków drogowych rocznie, w wyniku których każdego roku poniosło śmierć między 1,7 a 1,9 tys. osób i rannych zostało ponad 24 tys. osób. Wzrasta liczba kolizji drogowych i w latach 2024–2025 jest to już ponad 390 tys. zdarzeń. Łączna wartość odszkodowań w 2025 r. z ubezpieczenia OC ppm wyniosła blisko 12 mld zł.

Wiele wypadków drogowych lub kolizji skutkuje wysokimi roszczeniami osób poszkodowanych. Są to kwoty przekraczające możliwości finansowe większości gospodarstw domowych. Z drugiej strony osoby poszkodowane i ich bliscy borykają się z wysokimi kosztami leczenia, rehabilitacji, utratą dochodów oraz cierpieniem spowodowanym utratą zdrowia i perspektyw życiowych. Odszkodowania wypłacane przez zakłady ubezpieczeń stabilizują więc sytuację ekonomiczną obydwu stron.

Brak ubezpieczenia i wypłata odszkodowania osobom poszkodowanym lub ich osobom bliskim przez Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny nie oznacza zwolnienia z odpowiedzialności cywilnej kierowcy za skutki wypadku komunikacyjnego, który spowodował, oraz obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia. Wręcz przeciwnie, posiadacz pojazdu, który nie spełnił obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia obowiązany jest wnieść opłatę za brak spełnienia obowiązku zawarcia umowy OC ppm oraz zawrzeć tę umowę ubezpieczenia.

Niestety, mimo to, liczna grupa kierowców lekceważy obowiązek zawarcia umowy OC ppm. Z publikowanych przez UFG danych wynika, że liczba wezwań za brak polisy OC ppm wyniosła 351 tys. (wzrost w porównaniu do 2021 o ponad 38%). Jest to więcej niż liczba mieszkańców większości miast wojewódzkich, w tym Lublina i Bydgoszczy. Łączna wartość dochodzonych przez UFG regresów w 2024 r. wyniosła 382 mln zł. Rekordowa kwota, którą nieubezpieczony kierowca obowiązany jest zwrócić UFG, wynosi prawie 5 mln zł.

Samochody nie są jedynymi uczestnikami ruchu drogowego. W 2021 r. 79,2% gospodarstw domowych wyposażonych było w rower. Według badań przeprowadzonych na zlecenie Ministerstwa Sportu i Turystyki 20% Polaków w wieku 15–69 lat przemieszcza się rowerem. W rozwój infrastruktury rowerowej inwestują miasta. Między rokiem 2019 a 2025 w Warszawie długość dróg rowerowych wzrosła o 27%, w Krakowie o 37%, a w Poznaniu nawet o 69%! Dynamicznie wzrasta też liczba użytkowników hulajnóg elektrycznych. Według danych Polskiego Stowarzyszenia Lekkiej Elektromobilności jego członkowie sprzedali w 2025 r. ponad 400 tys. hulajnóg elektrycznych, a to nie jest cały rynek tego typu pojazdów.

Rowerzyści i osoby użytkujące hulajnogi elektryczne również mogą spowodować poważne wypadki. Mogą one skutkować zarówno uszkodzeniem samochodu wartego kilkaset tysięcy złotych, jak i połamaniem kończyn innego użytkownika ścieżki rowerowej. Dlatego, mimo braku obowiązku posiadania ubezpieczenia OC rowerzysty lub posiadacza hulajnogi elektrycznej, warto dla własnego bezpieczeństwa finansowego kupić ubezpieczenie OC w życiu prywatnym obejmujące ochroną nasze aktywności związane ze sportem i przemieszczaniem się. Nie jesteśmy w stanie wszystkiego przewidzieć i każdorazowo szybko zareagować. Błędy zdarzają się nawet najlepszym.

OC W ŻYCIU PRYWATNYM NA CODZIENNE RYZYKA



Monika Olszewska
radca prawny, PIU

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej OC w życiu prywatnym chroni nas finansowo w sytuacji, gdy nieumyślnie wyrządzimy komuś szkodę – na osobie lub w mieniu – a zgodnie z przepisami prawa jesteśmy zobowiązani do jej naprawienia. W praktyce oznacza to, że OC „przejmuje” na siebie ciężar finansowy zdarzeń, które często są banalne, codzienne i – co ważne – trudne do przewidzenia.

Klasyczny przykład: dziecko grające w piłkę wybija szybę sąsiadowi, a pies przewraca przechodnia. Bardzo często zdarzenia są związane z naszym miejscem zamieszkania czy przebywania: zalanie mieszkania sąsiada w wyniku awarii pralki czy uszkodzenie sprzętu elektronicznego znajomego podczas wizyty. Takie zdarzenia mogą generować roszczenia finansowe sięgające kilku lub kilkunastu tysięcy złotych.

Z perspektywy gospodarstwa domowego OC w życiu prywatnym ogranicza ryzyko nagłego, nieprzewidzianego wydatku, który mógłby istotnie zachwiać budżetem domowym. Co istotne, zakres ochrony zwykle obejmuje nie tylko samego ubezpieczonego, ale również osoby pozostające z nim we wspólnym gospodarstwie domowym, w tym dzieci, a to pozwala zabezpieczyć wiele codziennych aktywności całej rodziny.

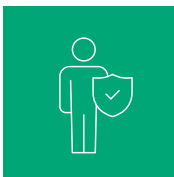
Wyniki badań świadomości ubezpieczeniowej Polaków wskazują jednak, że OC w życiu prywatnym bywa mylone z innymi produktami (np. OC komunikacyjnym) lub traktowane opcjonalnie, a nie jako element podstawowej ochrony. Jedną z przyczyn tego stanu rzeczy jest bagatelizowanie ryzyk – skłonność do niedoceniań zdarzeń, które wydają się mało prawdopodobne, choć ich konsekwencje mogą być znaczące.

OC w życiu prywatnym nie zapobiega zdarzeniom, ale pozwala ograniczyć ich finansowe skutki. W warunkach rosnącej złożoności życia codziennego – większej mobilności, intensywniejszego korzystania z przestrzeni wspólnych czy nowych technologii – znaczenie OC w życiu prywatnym rośnie. Jest to narzędzie odpowiadające na realne ryzyka, stanowiące istotny element świadomego zarządzania bezpieczeństwem finansowym.

UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

Motywacje Polaków do zakupu ubezpieczenia na życie są wielowymiarowe i obejmują zarówno przesłanki związane z ochroną bliskich, jak i indywidualne poczucie bezpieczeństwa oraz wymagania formalne.

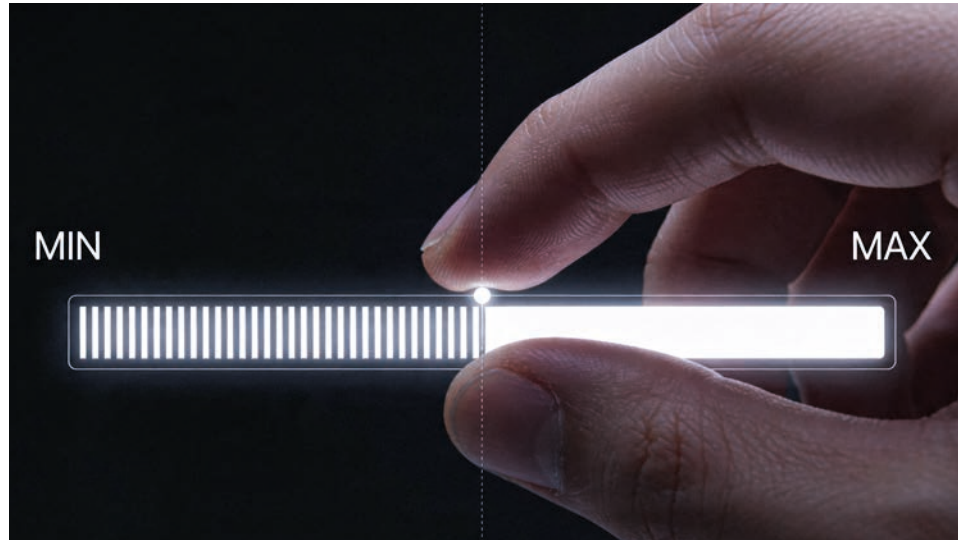
Najczęściej wskazywaną motywacją jest zabezpieczenie finansowe bliskich osób – deklaruje je 49% posiadaczy polis. Jest to wyraźny sygnał, że ubezpieczenie na życie pełni przede wszystkim funkcję ochrony rodziny przed skutkami nieprzewidywanych zdarzeń losowych i zapewnienia jej stabilności finansowej.



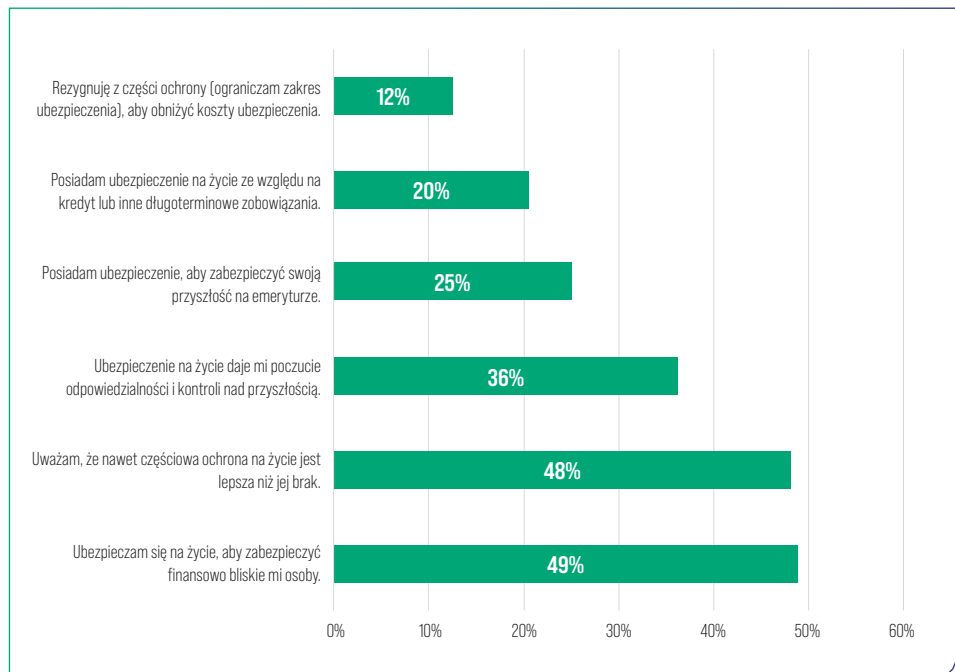
36% respondentów podaje, że zakup polisy daje im poczucie odpowiedzialności oraz kontrolę nad własną przyszłością. W tym przypadku motywacja ma charakter psychologiczny – polisa pozwala lepiej planować życie i ogranicza poczucie niepewności. 25% badanych wykupiło ubezpieczenie na życie w celu zabezpieczenia swojej przyszłości na emeryturze, co wskazuje na element planowania długoterminowego i traktowanie polisy także jako instrumentu oszczędnościowego.

20% posiadaczy polis przyznało, że decyzja była wymuszona formalnie przez kredytodawcę, np. w związku z warunkiem zabezpieczenia spłaty zobowiązania. To pokazuje, że część zakupów ubezpieczenia ma charakter obligatoryjny, a nie wynikający z własnej inicjatywy.

Co istotne, 48% posiadaczy uważa, że nawet częściowa ochrona na życie jest lepsza niż jej całkowity brak, co świadczy o pragmatycznym podejściu do ryzyka – lepiej zabezpieczyć się w ograniczonym zakresie niż nie mieć ochrony wcale. Jednocześnie 12% respondentów ogranicza zakres ubezpieczenia w celu obniżenia kosztów polisy, co pokazuje wysoką wrażliwość cenową i gotowość do kompromisu między poziomem ochrony a wysokością składki.



RYSUNEK 48
ZAZNACZ TE SPOŚRÓD
PONIŻSZYCH STWIERDZEŃ
ODNOSZĄCYCH SIĘ DO
UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE,
KTÓRE DOBRZE CIĘ OPISUJĄ



N=739, posiadających ubezpieczenie na życie

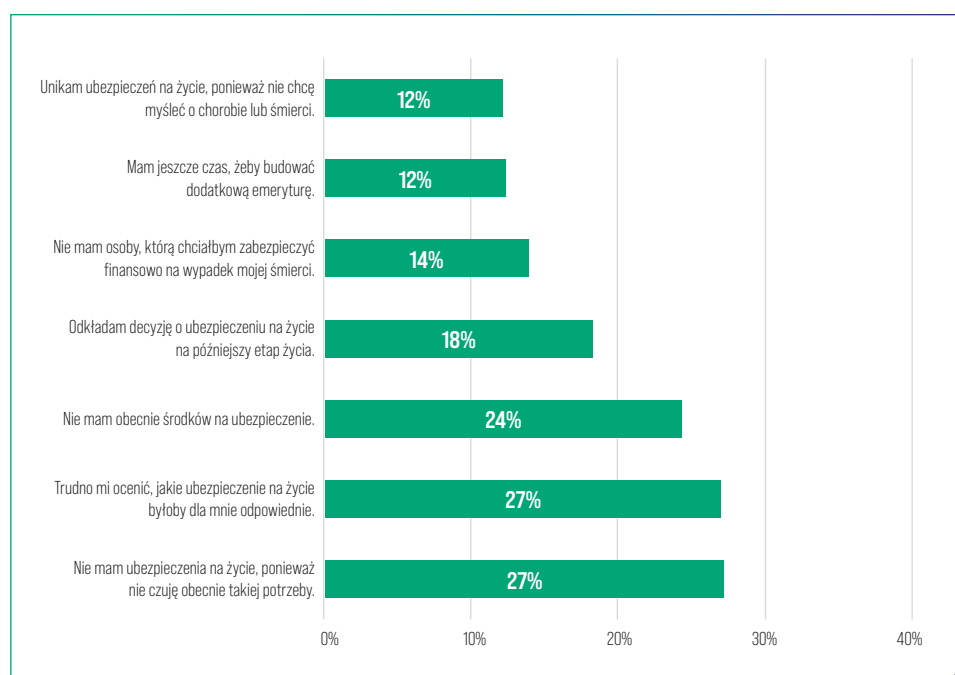
Powody rezygnacji z ubezpieczeń na życie w dużej mierze odzwierciedlają te obserwowane w przypadku ubezpieczeń majątkowych, choć pojawiają się też motywacje specyficzne dla tego rodzaju ochrony.



Najczęściej wymieniane powody mają charakter poznawczy i finansowy. 27% badanych deklaruje brak potrzeby ubezpieczenia, a taka sama część (27%) wskazuje na trudność w wyborze odpowiedniej polisy. Problemy te mogą wynikać z niejasności rynku, złożoności ofert oraz trudności w ocenie odpowiedniego zakresu ochrony. 24% respondentów podaje brak środków finansowych jako powód rezygnacji, co pokazuje, że koszt polisy pozostaje istotną barierą wejścia.

Część motywacji jest związana z etapem życia lub sytuacją osobistą. 18% badanych uważa, że temat ubezpieczenia na życie jest aktualny dopiero w późniejszym okresie życia, a 12% twierdzi, że ma jeszcze czas na budowanie dodatkowej emerytury. 14% respondentów odczuwa, że nie ma osoby, którą mogłoby uposażyć, a 12% unika polisy, aby nie myśleć o chorobie lub śmierci. Te odpowiedzi wskazują na czynnik psychologiczny – polisa życiowa wiąże się z konfrontacją z trudnymi tematami, których część osób woli unikać.

RYSUNEK 49
ZAZNACZ TE SPOŚRÓD
PONIŻSZYCH STWIERDZEŃ
ODNOSZĄCYCH SIĘ DO
KUPOWANIA UBEZPIECZENIA
NA ŻYCIE, KTÓRE DOBRZE CIĘ
OPISUJĄ



N=404, nieposiadających ubezpieczenia na życie

ŻYCIE I PRZYSZŁOŚĆ POD OCHRONĄ



Karina Rak
radca prawny, PIU

Ubezpieczenie na życie to jeden z najważniejszych instrumentów finansowych, którego nadrzędnym celem jest transfer ryzyka związanego z nieprzewidywanymi zdarzeniami losowymi na ubezpieczyciela. Kojarzone jest głównie z wypłatą świadczenia po śmierci ubezpieczającego (właściciela polisy), jednak w ofercie zakładów ubezpieczeń znajdziemy znacznie szerszy wachlarz ochrony, obejmujący zarówno bliskich ubezpieczającego, jak i jego samego.

Ubezpieczenie na życie o charakterze ochronnym to zabezpieczenie przed finansowymi skutkami określonych wypadków ubezpieczeniowych.

Tradycyjną funkcję ubezpieczenia na życie stanowi zabezpieczenie finansowe osób bliskich na wypadek śmierci osoby, która zawiera umowę ubezpieczenia zobowiązując się do opłacania składki, w zamian za co ubezpieczyciel gwarantuje wypłatę określonej sumy pieniężnej wskazanym osobom (uposażonym). Jego zadaniem jest ekonomiczne zabezpieczenie osób pozostających na utrzymaniu ubezpieczającego. Odpowiednio dopasowana suma ubezpieczenia pozwala uposażonym na utrzymanie dotychczasowego standardu życia po śmierci żywiciela rodziny.

Ubezpieczenie na życie często stanowi zabezpieczenie zobowiązań wobec banków (głównie kredytów hipotecznych) zwalniając spadkobierców z samodzielnej spłaty długu i eliminując ryzyko utraty nieruchomości przez bliskich.

Ochronę ubezpieczeniową można rozszerzyć o dodatkowe ryzyka m.in. następstwa nieszczęśliwego wypadku, poważne zachorowanie czy trwałą niezdolność do pracy – wówczas polisa staje się realnym wsparciem dla ubezpieczającego. Świadczenie otrzymane z umowy ubezpieczenia zapewni środki na nier refundowane procedury medyczne, specjalistyczną farmakoterapię, rehabilitację, przystosowanie mieszkania do potrzeb osoby niepełnosprawnej czy też skompensuje utracone dochody.

Ubezpieczenie na życie o charakterze oszczędnościowym to zabezpieczenie finansowe dla ubezpieczającego.

W ubezpieczeniach o charakterze oszczędnościowym dominuje element inwestycyjny. Ich głównym celem jest zapewnienie bezpieczeństwa finansowego po zakończeniu aktywności zawodowej. Tego rodzaju produkty oferowane są jako ubezpieczenia tradycyjne – zakład ubezpieczeń gwarantuje wypłatę określonej kwoty po osiągnięciu określonego wieku bądź jako ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym – ryzyko lokaty ponosi ubezpieczający, a wysokość świadczenia zależy od stopy zwrotu z zainwestowanych aktywów.

Odpowiadając na pytanie „Kogo chroni ubezpieczenie na życie?”, należy stwierdzić, że jest to tarcza finansowa dla całej rodziny.

UBEZPIECZENIA ZDROWOTNE

MOTYWACJE POLAKÓW DO ZAKUPU UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO KONCENTRUJĄ SIĘ PRZEDĘ WSZYSTKIM NA SZYBKIM I WYGODNYM DOSTĘPIE DO USŁUG MEDYCZNYCH, ALE OBEJMUJĄ TEŻ ASPEKTY PSYCHOLOGICZNE, FINANSOWE I ORGANIZACYJNE.



Najczęściej wskazywaną motywacją jest chęć szybszego dostępu do lekarzy i badań – deklaruje ją 42% ubezpieczonych. Wynika to prawdopodobnie z doświadczeń związanych z długim oczekiwaniem na świadczenia w ramach publicznej służby zdrowia, co potwierdza 34% respondentów. Ten czynnik pokazuje, że zakup polisy zdrowotnej traktowany jest jako sposób na obejście ograniczeń systemu publicznego i skrócenie czasu potrzebnego na diagnostykę czy leczenie.

Drugą co do częstości motywacją (37%) jest zwiększenie poczucia bezpieczeństwa i komfortu – polisa daje ubezpieczonym poczucie kontroli nad zdrowiem i ogranicza stres związany z możliwymi problemami medycznymi.

Znacząca część osób (36%) ma ubezpieczenie zdrowotne, ponieważ płaci za nie pracodawca, co pokazuje, że czynniki instytucjonalne i dostępność benefitów pracowniczych odgrywają ważną rolę w tym, czy Polacy posiadają ten rodzaj polisy.

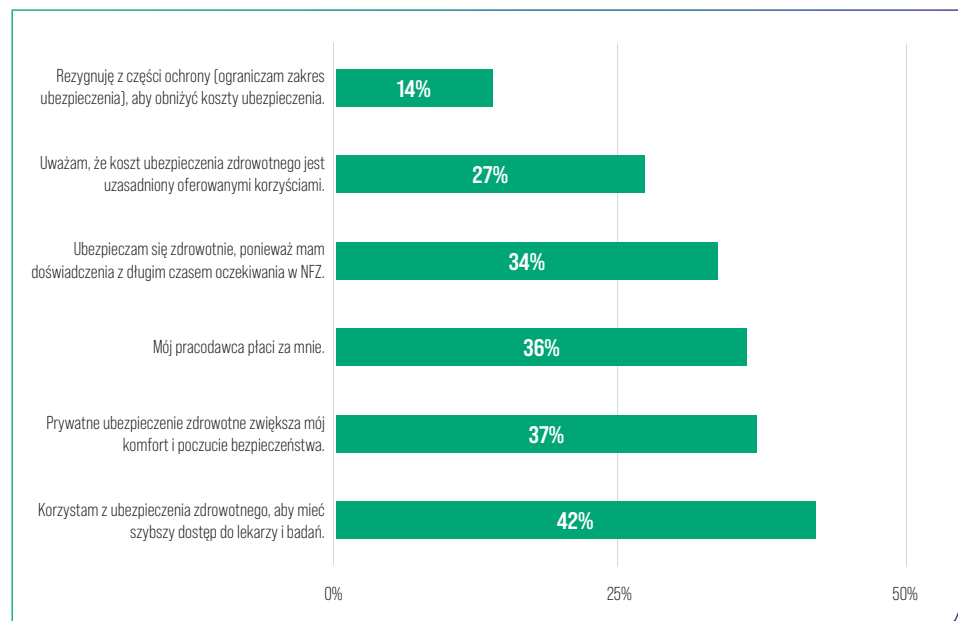




W kontekście kosztów i ich zasadności, 27% respondentów uważa, że składka jest uzasadniona oferowanymi korzyściami, co wskazuje na świadomość relacji między ceną a dostępem do usług. Jednocześnie 14% badanych ogranicza zakres polisy, aby obniżyć koszty, co świadczy o wrażliwości cenowej i gotowości do kompromisu między zakresem ochrony a wysokością składki.

Ubezpieczenia zdrowotne są postrzegane głównie jako narzędzie poprawiające dostęp do usług medycznych i zwiększające poczucie bezpieczeństwa, a decyzje zakupowe często wynikają z praktycznych doświadczeń związanych z ograniczeniami systemu publicznego. Jednocześnie część osób dopasowuje zakres ochrony do swoich możliwości finansowych, co wskazuje na potrzebę równoważenia kosztów i oczekiwanej ochrony.

RYSUNEK 50
KTÓRE STWIERDZENIA
ODNOSZĄCE SIĘ
DO UBEZPIECZENIA
ZDROWOTNEGO DOBRZE CIĘ
OPISUJĄ?



N=512, posiadających ubezpieczenie zdrowotne



Powody rezygnacji z zakupu ubezpieczenia zdrowotnego wśród Polaków są zróżnicowane i łączą aspekty systemowe, finansowe oraz braki wiedzy.

Najczęściej wskazywaną przyczyną jest przekonanie, że skoro odprowadzane są składki na NFZ, należy się odpowiednia publiczna opieka zdrowotna – deklaruje to 41% respondentów.

Na drugim miejscu znajduje się bariera finansowa – 33% badanych uważa, że cena ubezpieczenia jest zbyt wysoka, co wskazuje na wrażliwość cenową i ograniczone możliwości budżetowe w podejmowaniu decyzji o zakupie dodatkowej ochrony. Trzecią pod względem częstości wskazań przyczyną jest ograniczone zaufanie do ubezpieczycieli (30%).

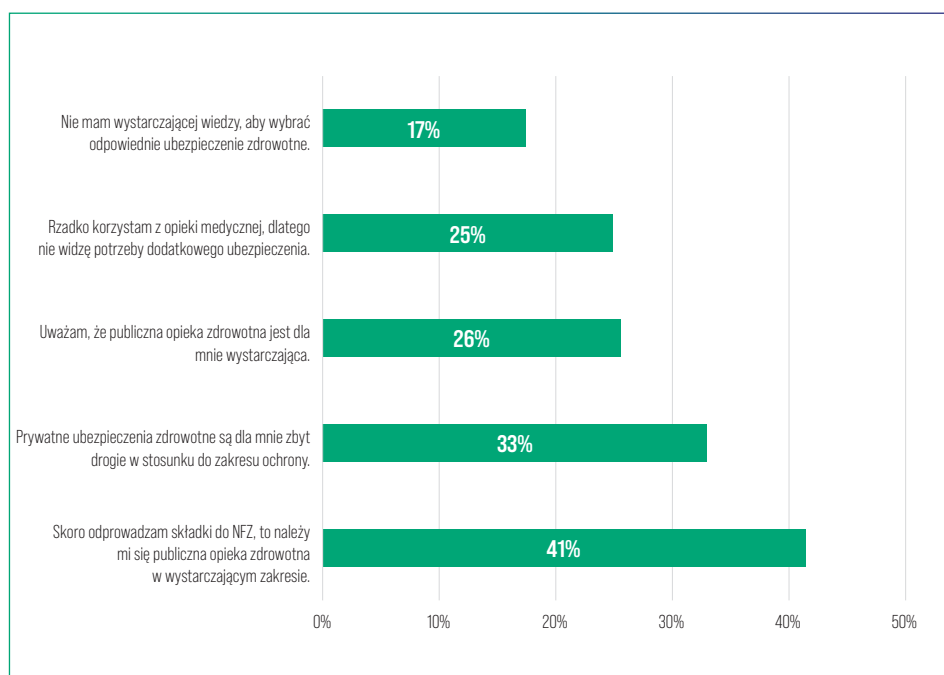
Część respondentów argumentuje rezygnację z ubezpieczenia zdrowotnego względami praktycznymi – 25% uważa, że rzadko korzysta z usług medycznych, a 26% deklaruje, że wystarcza im opieka publiczna. Wskazuje to na przekonanie, że prywatna polisa nie przynosi realnej korzyści w codziennym funkcjonowaniu.

Co istotne, 17% badanych deklaruje brak wiedzy potrzebnej do właściwego wyboru ubezpieczenia zdrowotnego, co pokazuje barierę poznawczą i wskazuje na potrzebę edukacji w zakresie porównania ofert, zakresu ochrony i warunków polis.

Wnioskiem jest to, że niechęć do wykupienia ubezpieczenia zdrowotnego wynika zarówno z przekonania o wystarczalności publicznej ochrony, ograniczeń finansowych, jak i z barier poznawczych związanych z trudnością wyboru odpowiedniej polisy. Efektywna komunikacja powinna zatem podkreślać korzyści z prywatnej ochrony, upraszczać proces wyboru oraz wzmacniać zaufanie do ubezpieczycieli.

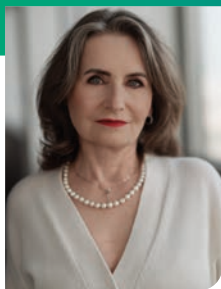


RYSUNEK 51
ZAZNACZ TE SPOŚRÓD
PONIŻSZYCH STWIERDZEŃ
ODNOSZĄCYCH SIĘ
DO UBEZPIECZENIA
ZDROWOTNEGO, KTÓRE
DOBRZE CIĘ OPISUJĄ



N=512, posiadających ubezpieczenie zdrowotne

PRZYSZŁOŚĆ W PRYWATNEJ OPIECE ZDROWOTNEJ



Dorota Fal
doradca zarządu, PIU

Publiczna opieka zdrowotna w Polsce od lat zmagają się z problemami, które pacjenci odczuwają na co dzień. Najbardziej dokuczliwe są kolejki, które – mimo rosnących nakładów – wcale się nie skracają. Według Barometru Fundacji Watch Health Care średni czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne w 2025 roku wyniósł 4,2 miesiąca i wciąż rośnie.

Najdłużej pacjenci czekali na świadczenie chirurgii plastycznej, np. związane z rekonstrukcją piersi po ich amputacji lub na zmniejszenie piersi (11,1 miesiąca), stomatologii (10,2 mies.), ortopedii i traumatologii narządu ruchu (9,7 mies.), neurochirurgii (9,4 mies.), otolaryngologii (9,2 mies.) oraz otolaryngologii dziecięcej (8,8 mies.). Bardzo długo czeka się również w poradniach okulistycznych, fizjoterapii ambulatoryjnej oraz do kardiologów. W niektórych poradniach, np. genetycznej czy neurochirurgicznej, czas oczekiwania przekracza nawet 500 dni. Z ogromnymi kłopotami mierzy się też psychiatria i psychiatria dziecięca.

Same liczby to nie wszystko. System jest skomplikowany, trudny w nawigacji, a rejestracja bywa uciążliwa. Dodzwonienie się do placówki często wymaga wielu prób, a pacjenci nierzadko przerywają się między poradniami. Nawet jeśli w teorii dostępność świadczeń jest monitorowana, to praktyka rejestracji – szczególnie telefonicznej – jest dla wielu najbardziej frustrująca.

Problemy pogłębia sytuacja finansowa NFZ. W 2026 roku Fundusz ma zakończyć rok z deficytem sięgającym co najmniej 23 mld zł. Mimo że budżet na zdrowie rośnie i w 2026 roku ma wynieść prawie 248 mld zł, to nadal będzie o około 23 mld zł za mały, aby pokryć rosnące potrzeby systemu. Deficyt oznacza realne ryzyko powrotu do twardych limitów na diagnostykę i wizyty specjalistyczne – przykładowo NFZ planuje płacić tylko 40% kosztów za badania wykonane ponad kontrakt, co według ekspertów wydłuży kolejki jeszcze bardziej.

Wobliczu tych wyzwań pacjenci coraz częściej szukają pomocy poza systemem publicznym. Prywatna opieka zdrowotna oferuje krótsze czasy oczekiwania, szybkie zapisy – zwykle online – oraz wygodne centra medyczne, w których większość usług i dokumentacji jest dostępna w jednym miejscu. Pakiety medyczne zawierają szeroki dostęp do specjalistów, badań, a coraz częściej także usługi dodatkowe: programy profilaktyczne, konsultacje dietetyczne, materiały edukacyjne czy elementy wellbeing, w tym karnety sportowe.

Dla wielu osób prywatna opieka nie jest luksusem, lecz sposobem na uniknięcie długiego czekania i chaosu organizacyjnego. Rynek ubezpieczeń oferuje jeszcze wartość dodaną – poprzez polisę przejmuje odpowiedzialność finansową za koszty leczenia prywatnego. Składka ubezpieczeniowa oznacza, że nawet jeśli choroba zmusi nas do częstszego odwiedzania lekarza, drogich badań specjalistycznych itp., to koszty pokryje ubezpieczyciel.

UBEZPIECZENIA TURYSTYCZNE

Motywacje Polaków do zakupu ubezpieczenia turystycznego koncentrują się głównie na poczuciu bezpieczeństwa i ograniczeniu ryzyka finansowego podczas wyjazdów.

Najczęściej wskazywaną motywacją jest zapewnienie sobie komfortu i spokoju podczas podróży – deklaruje to 51% posiadaczy polis. Blisko 49% kupuje ubezpieczenie ze względu na obawę wysokich kosztów leczenia za granicą, co podkreśla funkcję ochrony przed nieprzewidzianymi wydatkami medycznymi i finansowymi w sytuacjach nagłych.



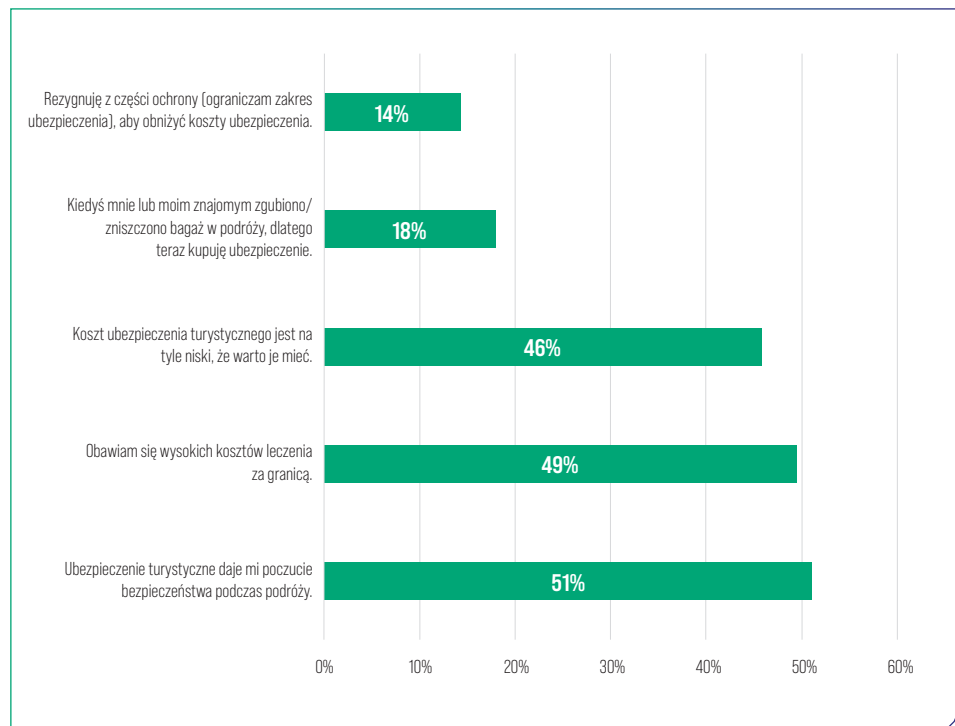
46% respondentów wskazuje, że koszt polisy turystycznej jest relatywnie niski w stosunku do oferowanej ochrony, co stanowi istotny czynnik zachęcający do zakupu i pokazuje pragmatyczne podejście do relacji koszt–korzyść.

Mniej liczna grupa, 18% badanych, wykupiła ubezpieczenie w odpowiedzi na negatywne doświadczenia własne lub znajomych, np. utratę lub zniszczenie bagażu. Pokazuje to znaczenie wcześniejszych doświadczeń w kształtowaniu decyzji zakupowych.

14% posiadaczy polis deklaruje ograniczanie zakresu ochrony w celu obniżenia kosztów, co wskazuje na wrażliwość cenową i gotowość do kompromisu między poziomem ochrony a wysokością składki.

Decyzje o zakupie ubezpieczenia są więc kształtowane zarówno przez praktyczne kalkulacje kosztów i doświadczenia z przeszłości, jak i przez chęć minimalizacji stresu i niepewności podczas wyjazdów.

RYSUNEK 52
SPOŚRÓD PONIŻSZYCH
STWIERDZEŃ ODNOSZĄCYCH
SIĘ DO UBEZPIECZENIA
TURYSTYCZNEGO ZAZNACZ TE,
KTÓRE DOBRZE CIĘ OPISUJĄ



N=762, kupujących ubezpieczenie turystyczne

**POWODY REZYGNACJI Z ZAKUPU UBEZPIECZENIA
TURYSTYCZNEGO WŚRÓD POLAKÓW SĄ ZRÓŻNICOWANE
I OBEJMUJĄ ZARÓWNO CZYNNIKI POZNAWCZE, ZWIĄZANE
Z OCENĄ RYZYKA, JAK I FINANSOWE.**

Najczęściej wymienianym powodem rezygnacji z zakupu ubezpieczenia jest brak refleksji nad potrzebą polisy. 26% badanych przyznaje, że po prostu nie pomyślało o zakupie. 21% respondentów nie kupuje ubezpieczenia w przypadku krótkich wyjazdów, niedoszacowując ryzyka, a 18% uważa, że podczas podróży nic złego im się nie przydarzy. Dodatkowo 13% zakłada na podstawie wcześniejszych doświadczeń, że nigdy nie spotka ich nieprzyjemna sytuacja. Wszystkie te odpowiedzi odzwierciedlają typowe błędy poznawcze, takie jak niedoszacowanie ryzyka i nadmierne poleganie na doświadczeniach z przeszłości.

Niektórzy badani uznają standardowe świadczenia publiczne za wystarczające zabezpieczenie – 21% wskazuje, że karta EKUZ zapewnia odpowiednią ochronę, a 16% postrzega ubezpieczenie turystyczne jako zbędny dodatkowy koszt wyjazdu. Kolejne 10% deklaruje, że w razie problemów może polegać na własnych oszczędnościach, co pokazuje przekonanie o możliwości samodzielnego radzenia sobie w nagłych sytuacjach.

NIEPRZEWIDZIANE ZDARZENIA PODCZAS PODRÓŻY



Monika Olszewska
radca prawny, PIU

W ubezpieczeniach turystycznych kluczowe znaczenie ma nie tylko samo zawarcie umowy ubezpieczenia, lecz zrozumienie, jakie zdarzenia ona obejmuje i w jaki sposób przekłada się na realną pomoc w podróży. Wielu respondentów deklaruje posiadanie ochrony, ale nie zawsze potrafi wskazać, jakie zdarzenia są objęte i w jakim zakresie. W efekcie powstaje luka między oczekiwaniami a rzeczywistym działaniem ubezpieczenia.

Punktem wyjścia są potencjalne szkody – czyli nieprzewidziane sytuacje powodujące koszty lub straty – oraz odpowiadające im świadczenia, czyli konkretne wsparcie finansowe lub organizacyjne ze strony ubezpieczyciela. To właśnie dopasowanie jednego do drugiego decyduje o jakości ochrony.

Najważniejszym elementem dobrze dobranej polisy turystycznej są koszty leczenia. W praktyce to one generują najwyższe wydatki. Wystarczy prosta sytuacja: skręcona kostka na stoku narciarskim we Włoszech czy nagłe zapalenie wyrostka podczas wakacji poza Europą. Bez odpowiedniego ubezpieczenia rachunek za hospitalizację, diagnostykę czy transport medyczny do kraju może sięgać dziesiątek tysięcy złotych. Dlatego suma ubezpieczenia powinna być wysoka i dostosowana do kierunku wyjazdu – inaczej świadczenie nie pokryje pełnej skali szkody.

W przypadku aktywnego wypoczynku szczególnego znaczenia nabierają koszty ratownictwa. Akcja poszukiwawcza w górach, transport śmigłowcem po wypadku narciarskim czy akcja ratownicza na morzu to przykłady zdarzeń bardzo kosztownych i wcale nie takich rzadkich. Co istotne, w wielu krajach nie są one pokrywane z publicznych środków, a ich koszt może przewyższyć cenę całego wyjazdu.

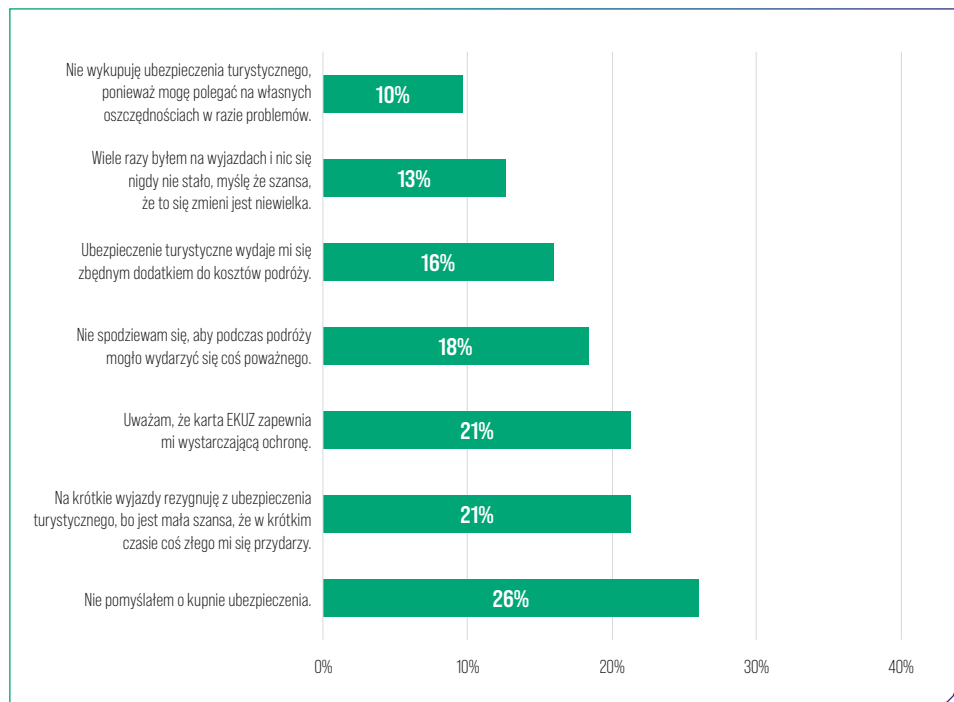
Kolejnym elementem jest ubezpieczenie bagażu, które – wbrew potocznym wyobrażeniom – nie dotyczy wyłącznie jego kradzieży. W praktyce częste są opóźnienia dostarczenia walizki, zmuszające do zakupu podstawowych rzeczy na miejscu, czy uszkodzenia sprzętu elektronicznego w transporcie. W takich sytuacjach dobrze skonstruowane świadczenie pozwala ograniczyć finansowe skutki niedogodności, które – choć nie są dramatyczne – realnie wpływają na komfort podróży.

Istotnym elementem ubezpieczenia turystycznego są koszty rezygnacji z podróży. Nagła choroba, zdarzenie losowe w rodzinie czy nieprzewidziane zmiany sytuacji zawodowej mogą uniemożliwić wyjazd. W efekcie powstaje szkoda finansowa związana z opłaconymi wcześniej usługami. Odpowiednie ubezpieczenie pozwala ją zminimalizować, co z perspektywy gospodarstwa domowego ma wymiar stabilizujący.

Uzupełniająco warto uwzględnić OC w życiu prywatnym (np. przypadkowe uszkodzenie cudzego sprzętu w hotelu czy kolizja na stoku) oraz assistance, które zapewnia organizację pomocy – od wizyty lekarskiej po wsparcie tłumacza. To właśnie te elementy często decydują o szybkości reakcji w sytuacji problemowej.

Dobrze dobrana polisa turystyczna nie eliminuje ryzyka, ale sprawia, że nawet najbardziej pechowy epizod nie zamienia urlopu w problem finansowy.

RYSUNEK 53
ZAZNACZ TE SPOŚRÓD
PONIŻSZYCH STWIERDZEŃ
ODNOSZĄCYCH SIĘ DO
KUPOWANIA UBEZPIECZENIA
TURYSTYCZNEGO, KTÓRE
DOBRZE CIĘ OPISUJĄ



N=381, niekupujących ubezpieczenia turystycznego

Podsumowując, motywacje Polaków do wykupywania ubezpieczeń – majątkowych, na życie, zdrowotnych i turystycznych – łączą przesłanki racjonalne, emocjonalne i formalne.

W każdym typie ubezpieczeń kluczową rolę odgrywa potrzeba bezpieczeństwa finansowego lub psychicznego: zabezpieczenie bliskich i własnego budżetu, poczucie kontroli nad przyszłością oraz komfort i spokój w codziennym życiu lub podczas podróży.

Równocześnie decyzje często zależą od wymogów formalnych, dostępności benefitów pracowniczych czy kosztów polisy, a wiele osób decyduje się na częściowy zakres ochrony ze względu na wrażliwość cenową.

Z drugiej strony, rezygnacja z ubezpieczeń jest konsekwencją kombinacji braku zaufania do ubezpieczycieli, niedoszacowania ryzyka, ograniczeń finansowych oraz barier poznawczych i psychologicznych, takich jak brak wiedzy, niska percepcja potrzeby czy unikanie konfrontacji z ryzykiem. W przypadku ubezpieczeń zdrowotnych i turystycznych dodatkowo istotny jest wpływ doświadczeń z systemu publicznego (NFZ, karta EKUZ) oraz subiektywne poczucie bezpieczeństwa w krótkich czy rutynowych sytuacjach.

Skuteczna promocja ubezpieczeń powinna równocześnie zwiększać świadomość ryzyk, odbudowywać zaufanie do rynku, upraszczać proces wyboru polisy oraz komunikować realne korzyści ekonomiczne i psychologiczne wynikające z posiadania ubezpieczenia.

ROZDZIAŁ **5**



**PODSUMOWANIE WYNIKÓW
I REKOMENDACJE**

KONTEKST UBEZPIECZENIOWY I STRUKTURA POSIADANYCH POLIS

PODSUMOWANIE WYNIKÓW:

Deklarowany poziom posiadania ubezpieczeń w badanej próbie jest wysoki, jednak jego interpretacja wymaga ostrożności. Najczęściej wskazywane są ubezpieczenia majątkowe i komunikacyjne, w tym AC oraz ubezpieczenie mieszkania. Wysoki odsetek deklaracji dotyczących AC (wyższy niż OC) sugeruje możliwe nieporozumienia pojęciowe i mylenie produktów.

Ubezpieczenia na życie deklaruje, że posiada 65% badanych (zarówno indywidualne, jak i grupowe), a 45% deklaruje posiadanie ubezpieczenia zdrowotnego – częściej w ramach benefitów pracowniczych niż indywidualnie. W przypadku ubezpieczeń turystycznych widoczna jest relatywnie wysoka świadomość potrzeby ochrony – większość osób podróżujących wykupuje je przynajmniej okazjonalnie.

STRUKTURA ODPOWIEDZI WSKAZUJE, ŻE DEKLAROWANE „POSIADANIE UBEZPIECZEŃ” JEST WYPADKOWĄ RZECZYWISTYCH POTRZEB, WYMOGÓW UMOWNYCH (NP. KREDYT HIPOTECZNY) ORAZ NIEPEŁNEGO ROZUMIENIA KATEGORII PRODUKTÓW.

WNIOSKI:

Wysoki poziom deklaracji nie oznacza wysokiej świadomości ubezpieczeniowej.

Część produktów jest kupowana z przymusu, a nie z przekonania o ich funkcji ochronnej.

Istnieje potrzeba wyraźniejszego rozróżniania podstawowych typów ubezpieczeń (np. OC vs AC).

Wskaźniki penetracji rynku powinny być interpretowane łącznie z poziomem wiedzy operacyjnej.

DOŚWIADCZENIA WYNIESIONE Z DOMU RODZINNEGO

PODSUMOWANIE WYNIKÓW:

Większość badanych deklaruje kontakt z dobrowolnymi ubezpieczeniami w domu rodzinnym, jednak ponad jedna trzecia takich doświadczeń nie posiada. Najczęściej w rodzinach ubezpieczano majątek – mieszkania i samochody, rzadziej życie, a jeszcze rzadziej zdrowie czy podróże.

Wzorce socjalizacyjne koncentrują się więc przede wszystkim na ochronie majątku, w mniejszym stopniu na zabezpieczeniu zdrowia i życia.

WNIOSKI:

Postawy wobec ubezpieczeń są częściowo kształtowane przez doświadczenia rodzinne.

Ograniczony zakres ubezpieczeń w domu rodzinnym może zawęzać późniejsze postrzeganie potrzeb ochronnych.

Edukacja finansowa powinna kompensować brak wzorców wyniesionych z domu.

DOŚWIADCZENIA LIKWIDACJI SZKÓD I KORZYSTANIA ZE ŚWIADCZEŃ

PODSUMOWANIE WYNIKÓW:

Doświadczenia związane z wypłatą świadczeń są zróżnicowane w zależności od produktu. Najwyższy poziom satysfakcji odnotowano w przypadku ubezpieczeń na życie. W ubezpieczeniach turystycznych dominują doświadczenia pozytywne, choć nie w każdej kategorii szkody. Segment mieszkaniowy i komunikacyjny

cechuje się silną polaryzacją – niemal równy odsetek badanych deklaruje wyłącznie pozytywne i wyłącznie negatywne doświadczenia. W przypadku ubezpieczeń zdrowotnych przeważają oceny mieszane, co może wynikać z emocjonalnego kontekstu korzystania ze świadczeń.

WNIOSKI:

Pozytywne doświadczenia w ubezpieczeniach na życie pokazują, że sprawnie prowadzony proces wzmacnia wiarygodność ubezpieczyciela.

Proces likwidacji szkody jest kluczowym momentem budowania lub utraty zaufania.

Transparentność i jakość komunikacji w trakcie rozpatrywania roszczenia mają znaczenie strategiczne.

ŚWIADOMOŚĆ RYZYKA I POSTAWY WOBEC ZAGROŻEŃ

PODSUMOWANIE WYNIKÓW:

Respondenci wykazują tendencję do przypisywania wyższego prawdopodobieństwa negatywnych zdarzeń innym niż sobie (efekt nierealistycznego optymizmu). Najwyżej oceniane są ryzyka zdrowotne, najniżej – zdarzenia turystyczne.

Poczucie kontroli nad ryzykiem jest umiarkowane i wyższe w obszarach zależnych od własnego zachowania. Deklarowany poziom działań prewencyjnych jest stosunkowo wysoki, choć może być częściowo zawyżony przez efekt społecznej aprobaty.

WNIOSKI:

Efekt optymizmu poznawczego może ograniczać motywację do zakupu ubezpieczeń.

Postrzegane ryzyko wystąpienia niepożądanych zdarzeń często nie odpowiada obiektywnie szacowanemu prawdopodobieństwu.

Komunikacja powinna odnosić się do realnych scenariuszy, a nie wyłącznie do statystyk.

Wzmacnianie świadomości ryzyka wymaga działań edukacyjnych opartych na przykładach z życia.

ROZUMIENIE MECHANIZMU UBEZPIECZENIA I BŁĘDNE PRZEKONANIA

PODSUMOWANIE WYNIKÓW:

Mniej niż połowa badanych rozumie podstawowe mechanizmy ubezpieczeniowe. Ograniczona jest świadomość zależności między składką a sumą ubezpieczenia i kwotą odszkodowania oraz

między ceną a poziomem ryzyka. Część badanych przypisuje ubezpieczeniu funkcje, których ono nie pełni (np. zmniejszanie prawdopodobieństwa zdarzenia).

WNIOSKI:

Wiedza o ubezpieczeniach ma często charakter intuicyjny, a nie systemowy.

Błędne przekonania mogą prowadzić do nierealistycznych oczekiwań wobec wypłaty świadczeń.

Edukacja powinna koncentrować się na wyjaśnianiu podstawowych zasad działania mechanizmu ubezpieczenia.

Prostota i klarowność komunikacji są kluczowe dla ograniczenia nieporozumień.

ROZUMIENIE ZAKRESU POSZCZEGÓLNYCH PRODUKTÓW

PODSUMOWANIE WYNIKÓW:

Największym wyzwaniem jest prawidłowe przypisanie zdarzenia do właściwego rodzaju polisy. Pojawiają się powtarzalne błędy: mylenie OC z AC, traktowanie ubezpieczenia zdrowotnego jako rozwiązania uniwersalnego czy zawężanie ubezpieczenia na życie wyłącznie do sytuacji śmierci.

Wiedza ogólna o istnieniu ochrony jest wyższa niż wiedza operacyjna dotycząca konkretnych produktów ubezpieczeniowych.

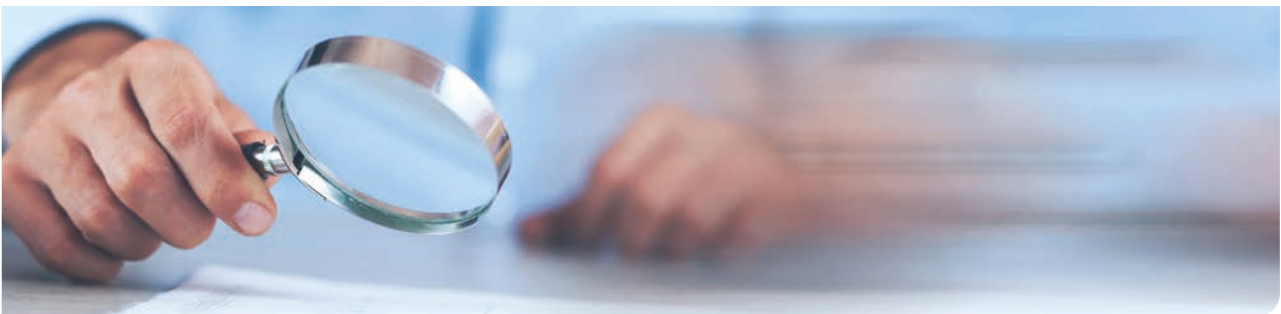
WNIOSKI:

Nieprecyzyjne rozumienie zakresu ochrony zwiększa ryzyko rozczarowania w momencie szkody.

Kluczowe jest komunikowanie „co obejmuje, a czego nie obejmuje” dana polisa.

Porównania między produktami powinny uwzględniać realne scenariusze zdarzeń.

Niezrozumienie zasad działania konkretnych produktów ubezpieczeniowych i zakresów poszczególnych polis, stanowi jedno z głównych źródeł późniejszych sporów.



WIEDZA – SAMOCENA, POJĘCIA I SPOSOBY ZDOBYWANIA INFORMACJI

PODSUMOWANIE WYNIKÓW:

Dominuje deklaracja wiedzy umiarkowanej. Najwyższe poczucie kompetencji dotyczy OC komunikacyjnego, najniższe – ubezpieczenia turystycznego. Istnieje wyraźna rozbieżność między deklarowaną wiedzą a faktycznym rozumieniem zakresów ochrony.

Znajomość pojęć intuicyjnych jest wyższa niż terminologii formalnej. Wiedza wspomagana przewyższa deklarowaną, co wskazuje na jej bierny charakter. Jedynie niewielki odsetek badanych aktywnie poszukuje informacji.

WNIOSKI:

Samoocena wiedzy nie jest wiarygodnym wskaźnikiem realnych kompetencji.

Wiedza o ubezpieczeniach ma w dużej mierze charakter reaktywny.

Klienci rzadko podejmują systematyczne działania edukacyjne.

Wzrost świadomości wymaga proaktywnych działań informacyjnych ze strony rynku.

KRYTERIA WYBORU I PROCES DECYZYJNY

PODSUMOWANIE WYNIKÓW:

Najważniejszymi kryteriami wyboru są zakres ochrony, cena oraz suma ubezpieczenia. Czynniki jakościowe, takie jak wyłączenia, karencja czy udział własny, mają drugorzędne znaczenie.

Część respondentów porównuje oferty różnych ubezpieczycieli, jednak istotny odsetek podejmuje decyzję bez pogłębionej analizy. Proces decyzyjny ma często charakter uproszczony i heurystyczny.

WNIOSKI:

Cena pozostaje silnym czynnikiem konkurencyjnym, nawet w produktach ochronnych.

Szczegółowe warunki umowy są rzadko analizowane przed zakupem.

Proces decyzyjny wymaga wsparcia narzędziami upraszczającymi porównanie ofert.

Wzmocnienie roli jakości i przejrzystości może ograniczyć decyzje oparte wyłącznie na cenie.

PREFEROWANE FORMATY KOMUNIKACJI DOTYCZĄCEJ UBEZPIECZEŃ

PODSUMOWANIE WYNIKÓW:

Respondenci jednoznacznie preferują treści pisane jako podstawową formę komunikacji o ubezpieczeniach. Tekst – w szczególności artykuł – został uznany za najbardziej atrakcyjny format, zarówno w ujęciu ogólnym, jak i wśród konkretnych form przekazu. Relatywnie dobrze

oceniane są również krótkie, wizualne formy wspierające przekaz (infografiki, karuzele w mediach społecznościowych). Najmniej atrakcyjne okazały się formaty wymagające większego zaangażowania czasowego i poznawczego, takie jak webinar czy podcast.

WNIOSKI:

Komunikacja ubezpieczeniowa powinna opierać się przede wszystkim na dobrze opracowanych, przystępnych treściach pisanych.

Formy wizualne powinny pełnić funkcję wspierającą i porządkującą, a nie zastępować treść merytoryczną.

Formatów długich (webinar, podcast) nie należy traktować jako narzędzia masowego – lepiej wykorzystywać je w komunikacji do węższych, bardziej zaangażowanych grup.

Kluczowe znaczenie ma prostota języka i przejrzysta struktura treści.

BARIERY ZDOBYWANIA WIEDZY O UBEZPIECZENIACH

PODSUMOWANIE WYNIKÓW:

Najczęściej wskazywane bariery mają charakter jakościowy: temat postrzegany jest jako nudny, język jako zbyt trudny, a materiały jako zbyt obszerne i przeładowane informacjami. Problemem

nie jest brak treści, lecz ich nadmiar, złożoność i sposób prezentacji. Występują również bariery poznawcze (postrzeganie tematu jako trudnego) oraz motywacyjne (brak potrzeby zdobywania wiedzy).

WNIOSKI:

Konieczne jest upraszczanie języka i skracanie przekazu bez utraty jego merytorycznej wartości.

Edukacja powinna być modularna i oparta na krótkich, konkretnych odpowiedziach na realne pytania klientów.

Warto zwiększać praktyczny wymiar komunikacji – pokazywać realne sytuacje i konsekwencje finansowe decyzji.

Należy budować motywację do zdobywania wiedzy poprzez wskazywanie jej bezpośredniego związku z codziennym życiem.

ŚWIADOMOŚĆ CZYNNIKÓW WPŁYWAJĄCYCH NA WYSOKOŚĆ ODSZKODOWANIA

PODSUMOWANIE WYNIKÓW:

Ponad połowa badanych rozumie podstawową zasadę powiązania odszkodowania z rozmiarem szkody. Jednocześnie wiedza dotycząca szczegółowych mechanizmów – takich jak udział własny, limity odpowiedzialności czy

znaczenie działań prewencyjnych i poszkodowych – jest ograniczona. Utrzymują się również błędne przekonania o uznaniowości decyzji lub wpływie „lojalności” klienta na wysokość świadczenia.

WNIOSKI:

Edukacja powinna koncentrować się na wyjaśnianiu praktycznych mechanizmów likwidacji szkód.

Należy oddzielać w komunikacji kwestie wpływające na cenę polisy od czynników determinujących wysokość odszkodowania.

Warto wzmacniać świadomość odpowiedzialności klienta (udział własny, obowiązki po szkodzie, działania prewencyjne).

Transparentność procesu likwidacji szkód może ograniczyć przekonanie o uznaniowości decyzji.

PRZEKONANIE O SENSOWNOŚCI KUPOWANIA UBEZPIECZEŃ

PODSUMOWANIE WYNIKÓW:

Większość Polaków dostrzega zasadność zakupu ubezpieczeń, szczególnie tych dotyczących trwałego majątku (dom, mieszkanie) oraz bezpieczeństwa życiowego (życie, zdrowie). Niższy poziom akceptacji dotyczy produktów postrzeganych jako dodatkowe lub okazjonalne (AC, ubezpieczenia turystyczne).

WNIOSKI:

Postrzegana potrzeba ubezpieczenia rośnie wraz z wartością chronionego dobra i skalą potencjalnej straty.

Komunikacja powinna podkreślać realne koszty braku ochrony oraz długofalowe konsekwencje finansowe.

Warto budować narrację pokazującą ubezpieczenie jako element odpowiedzialnego planowania finansowego.

PRZEKONANIA O TYM, DLA KOGO SĄ UBEZPIECZENIA

PODSUMOWANIE WYNIKÓW:

W świadomości społecznej funkcjonują silne stereotypy – ubezpieczenia postrzegane są jako produkt dla określonych grup: osób mniej zamożnych, bogatszych, starszych, posiadających rodzinę lub „ostrożnych”. Nie są traktowane jako uniwersalne narzędzie zarządzania ryzykiem.

WNIOSKI:

Komunikacja powinna przełamywać stereotypy i pokazywać ubezpieczenia jako rozwiązanie dopasowane do różnych etapów życia.

Warto eksponować indywidualny charakter decyzji ubezpieczeniowych zamiast odwoływać się do sztywnych segmentów społecznych.

Należy pokazywać ubezpieczenie jako przejaw racjonalności, a nie nadmiernej ostrożności.

PRZEKONANIA O OPŁACALNOŚCI UBEZPIECZEŃ

PODSUMOWANIE WYNIKÓW:

Znaczna część respondentów ocenia ubezpieczenie w kategoriach inwestycji, oczekując, że suma wypłat przewyższy wartość składek. Powszechne jest również przekonanie, że brak polisy oznacza „zaoszczędzone pieniądze”.

WNIOSKI:

Kluczowe jest wyjaśnianie istoty ubezpieczenia jako mechanizmu transferu ryzyka, a nie narzędzia generowania zysku.

Warto komunikować różnicę między częstotliwością zdarzeń a ich potencjalną skalą finansową.

Edukacja powinna uwzględniać podstawowe zasady ekonomii ryzyka i niepewności.

PRZEKONANIA O ZAKRESIE OCHRONY I LUCE UBEZPIECZENIOWEJ

PODSUMOWANIE WYNIKÓW:

Większość badanych rozumie ryzyko niedoubezpieczenia i akceptuje wartość częściowej ochrony. Jednocześnie część respondentów nie ma świadomości ograniczeń zakresu polisy (wyłączenia odpowiedzialności, limity).

WNIOSKI:

Należy wzmocnić wiedzę o konsekwencjach wyboru zbyt niskiej sumy ubezpieczenia.

Komunikacja powinna jasno wskazywać zarówno korzyści, jak i ograniczenia częściowej ochrony.

Warto rozwijać narzędzia ułatwiające klientom ocenę adekwatności zakresu polisy.

WPŁYW UBEZPIECZENIA NA CODZIENNE FUNKCJONOWANIE

PODSUMOWANIE WYNIKÓW:

Większość badanych deklaruje, że ubezpieczenie nie wpływa na bieżące decyzje finansowe. Jednocześnie część respondentów postrzega je jako przerzucenie odpowiedzialności na ubezpieczyciela.

WNIOSKI:

Należy komunikować ubezpieczenie jako element strategicznego planowania finansowego.

Warto podkreślać, że polisa nie zwalnia z odpowiedzialności, lecz wspiera zarządzanie ryzykiem.

Ubezpieczenia powinny być przedstawiane jako narzędzie stabilizacji budżetu domowego.

CZYNNIKI SKŁANIAJĄCE DO ZAKUPU I ZNIECHĘCAJĄCE DO ZAKUPU (UBEZPIECZENIA MAJĄTKOWE, NA ŻYCIE, ZDROWOTNE, TURYSTYCZNE)

PODSUMOWANIE WYNIKÓW:

Motywacje zakupowe łączą elementy racjonalne (ochrona przed wysoką stratą), emocjonalne (poczucie bezpieczeństwa) oraz formalne (wymogi prawne, kredytowe, benefity pracownicze).

Istotnymi barierami dla kupowania ubezpieczeń są: niedoszacowanie ryzyka, ograniczenia finansowe, ograniczone zaufanie do ubezpieczycieli, brak wiedzy oraz przekonanie o wystarczalności ochrony publicznej (NFZ, EKUZ).



WNIOSKI:

Warto dbać o budowanie relacji z klientem pozwalającej mu w pełni ufać ubezpieczycielowi.

Komunikacja powinna jasno wyjaśniać proces likwidacji szkód i warunki wypłaty świadczeń.

Warto przeciwdziałać błędom poznawczym poprzez pokazywanie realnych scenariuszy zdarzeń i ich kosztów.

Istotne jest podkreślanie komplementarności ochrony prywatnej i publicznej, a nie ich wzajemnego wykluczania.

WNIOSKI OGÓLNE



Deklarowana powszechność ubezpieczeń nie oznacza wysokiej świadomości ubezpieczeniowej. Wysokie wskaźniki posiadania polis współistnieją z niejasnościami pojęciowymi i błędnym rozumieniem zakresów ochrony.

Największym problemem nie jest brak przekonania o sensie ubezpieczeń, lecz fragmentaryczna wiedza operacyjna. Polacy zakładają możliwość uzyskania świadczenia, ale często nie wiedzą, z jakiej polisy i na jakich warunkach.

Efekt optymizmu poznawczego i umiarkowane poczucie kontroli mogą ograniczać motywację do zabezpieczania się przed skutkami zdarzeniami postrzeganymi jako „mało prawdopodobne w moim przypadku”.

Subiektywne poczucie wiedzy nie przekłada się wprost na poprawne decyzje. Wiedza ma często charakter intuicyjny i bierny.

Proces wyboru opiera się głównie na cenie i ogólnym zakresie, przy ograniczonej analizie szczegółowych zapisów umownych.

Zaufanie i doświadczenie są kluczowymi czynnikami długofalowymi. Wysoki poziom satysfakcji w ubezpieczeniach na życie pokazuje, że dobrze prowadzony proces może wzmacniać pozytywne postawy wobec rynku.

Caościowo badanie wskazuje, że polski rynek ubezpieczeniowy funkcjonuje w warunkach relatywnie wysokiej deklarowanej partycypacji, lecz ograniczonej i niesystemowej wiedzy klientów. Budowa dojrzałej kultury zarządzania ryzykiem wymaga nie tylko dalszej edukacji, ale także uproszczenia konstrukcji i komunikacji produktów oraz wzmacniania pozytywnych doświadczeń klientów w momentach kluczowych – zwłaszcza w procesie likwidacji szkód.

Badanie pokazuje, że Polacy w dużej mierze akceptują ideę ubezpieczeń i dostrzegają ich sens, jednak ich wiedza ma charakter fragmentaryczny i często intuicyjny.

NOTATKI: