

*Adam Cieślak**

WYBRANE CZYNNIKI WPLYWAJĄCE NA POZIOM RYZYKA W GRUPOWYCH UBEZPIECZENIACH NA ŻYCIE

1. WSTĘP

Ubezpieczenia na życie dzielimy (obok wielu innych podziałów) na ubezpieczenia indywidualne i grupowe. Kryterium tego podziału to przede wszystkim definicja ubezpieczającego, a w dalszej kolejności również (wynikająca z pierwszego kryterium) definicja ubezpieczonego oraz – jako kryterium trzecie – liczba ubezpieczonych objętych ubezpieczeniem w ramach jednej umowy ubezpieczenia.

W przypadku ubezpieczeń indywidualnych na życie ubezpieczającym (stroną umowy ubezpieczenia inną niż zakład ubezpieczeń) jest osoba fizyczna. Należy podkreślić, że funkcjonują na rynku indywidualne ubezpieczenia na życie, w których ubezpieczającym może być nawet osoba prawna. Są to zwykle ubezpieczenia o charakterze „vipowskim” wykupywane przez firmy swoim menedżerom, w których ubezpieczającym jest pracodawca mogący zaliczyć wpłacane składki w poczet kosztów uzyskania przychodu, ubezpieczonym jest zaś menedżer.

W przypadku ubezpieczenia grupowego ubezpieczającym jest zwykle (najogólniej) instytucja zrzeszająca ubezpieczonych – może nim być „osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, zatrudniająca ubezpieczonych [...]”¹ lub „podmiot będący pracodawcą w rozumieniu przepisów kodeksu pracy [...]”², przy czym dla potrzeb grupowego ubezpieczenia na życie „na równi z zatrudnieniem traktuje się istnienie

* Mgr, dyrektor Makroregionu Wielkopolskiego Towarzystwa Ubezpieczeń i Reasekuracji WARTA SA i Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie WARTA SA.

¹ Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie z Funduszem „XXI-GRUPA” WARTY VITA SA z 1 stycznia 2004 r., par. 1, ust. 2.

² Ogólne warunki grupowego pracowniczego ubezpieczenia na życie z udziałem w zysku „COMPENSA ŻYCIE SA” z 22 września 1999 r., par. 4.

między ubezpieczającym, a osobami obejmowanymi ubezpieczeniem każdego innego związku (przynależność ubezpieczonego do partii politycznej, stowarzyszenia, związku zawodowego itp.) uzasadniającego, zdaniem zakładu ubezpieczeń, możliwość objęcia tych osób ubezpieczeniem [...]”³.

Kolejnym kryterium, o którym była mowa, jest definicja ubezpieczonego wynikająca bezpośrednio ze sposobu rozumienia ubezpieczającego (skoro ubezpieczającym jest m. in. pracodawca, to ubezpieczonymi są zatrudnieni u tego pracodawcy).

Podobnie trzeci wspomniany wyróżnik (tj. liczba osób objętych ubezpieczeniem) jest konsekwencją kształtu definicji ubezpieczającego, niemniej zasługuje na oddzielne wymienienie ze względu na rodzące się wraz ze wzrostem liczby ubezpieczonych objętych jednym ubezpieczeniem możliwości kształtowania zakresu ubezpieczenia i wysokości świadczeń będące dalszymi wyróżnikami ubezpieczeń grupowych. Na rynku ubezpieczeń można napotkać umowy ubezpieczenia grupowego, w ramach których objęta ubezpieczeniem jest jedna osoba. Może to być oczywiście konsekwencja wystąpienia pozostałych pierwotnie ubezpieczonych osób z tej umowy ubezpieczenia, ale także przypadek ten dotyczy rzadkich umów ubezpieczenia zawartych na rzecz menedżerów przez ich pracodawców w okresie, w którym zakład ubezpieczeń nie posiadał jeszcze w swej ofercie ubezpieczeń o charakterze vipowskim i opierając się na pierwszym wyróżniku (tj. definicji ubezpieczającego) proponował zawarcie umowy ubezpieczenia „grupowego”, w ramach którego objęta ubezpieczeniem była tylko jedna osoba.

Grupowe ubezpieczenie na życie obejmuje zwykle 3 i więcej osób, podczas gdy ubezpieczenie indywidualne pojedyncze osoby⁴.

Jeszcze jednym ważnym kryterium odróżniającym w znacznym stopniu ubezpieczenia grupowe od indywidualnych są czynniki wpływające na poziom ryzyka ubezpieczeniowego. Nie ulega wątpliwości, że istotną determinantą jest wiek ubezpieczonego (ubezpieczonych), a także jego płeć. W dalszej kolejności znaczenie ma stan zdrowia osoby (osób) objętych ubezpieczeniem, wykonywany zawód oraz tryb życia. Są to zmienne mające bezpośredni istotny wpływ na poziom ryzyka ubezpieczeniowego w obu przypadkach – indywidualnych i grupowych ubezpieczeń. Przedmiotem dalszych rozważań będą jednak czynniki wpływające na poziom ryzyka występujące jedynie w przypadku ubezpieczeń grupowych. Poziom ryzyka w przypadku ubezpieczeń grupowych zależy od wielu innych jeszcze okoliczności, co wynika z szerszego zakresu ubezpieczenia

³ Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie z Funduszem „XXI-GRUPA”...

⁴ W celu uproszczenia, w dalszych rozważaniach będziemy mówili o pracodawcy, pracowniku i zatrudnieniu, nie wymieniając wszystkich innych możliwych związków między ubezpieczonymi a ubezpieczającym.

grupowego, fakultatywności przystąpienia do ubezpieczenia⁵, możliwości objęcia niektórymi ubezpieczeniami grupowymi członków najbliższej rodziny pracowników, możliwości podziału na podgrupy ogółu ubezpieczonych, a także (i ta okoliczność może jawić się jako jedna z najistotniejszych i w pewnym sensie obejmująca wszystkie wcześniej wymienione) **uproszczonej procedury oceny ryzyka**.

2. RYZYKO ANTyseLEKCJI

W przeciwieństwie do ubezpieczeń działu II (według *Ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej*, DzU 2003, nr 124, poz. 1151 z późn. zm.), w których zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem nie jest przewidywalne, w ubezpieczeniach działu I (na życie) zajście niektórych zdarzeń objętych ubezpieczeniem da się przewidzieć. Dotyczy to zarówno indywidualnych, jak i grupowych ubezpieczeń na życie – choć w przypadku tych drugich w o wiele większym stopniu i w większej liczbie przypadków.

We wszystkich ubezpieczeniach na życie takimi (w pewnym stopniu) przewidywalnymi zdarzeniami są zgon ubezpieczonego lub wystąpienie poważnego zachorowania (jeśli np. stwierdzono u ubezpieczonego zaawansowany nowotwór złośliwy lub w przypadku poważnej wady wrodzonej albo choroby dziedzicznej nękającej rodzinę ubezpieczonego, a także w przypadku występowania skłonności samobójczych w rodzinie ubezpieczonego⁶). Jednakże w przypadku ubezpieczeń indywidualnych zakład ubezpieczeń może skutecznie eliminować lub znacznie zmniejszać negatywne działanie tych czynników (przewidywalność zdarzeń) poprzez zaawansowaną procedurę oceny ryzyka – tj. ankiety medyczne (stosowane praktycznie zawsze) oraz – w przypadku wysokich sum ubezpieczenia – badania lekarskie i laboratoryjne. W większości przypadków nie stosuje się ankiet medycznych ani badań przed zawarciem umowy ubezpieczenia grupowego⁷.

⁵ Oczywiście zawarcie umowy ubezpieczenia indywidualnego jest również fakultatywne, chodzi jednak o to, że w przypadku ubezpieczenia grupowego, do zawartej umowy ubezpieczenia (jednej dla całego zakładu pracy, stowarzyszenia itp.) może, ale nie musi przystąpić dany pracownik. Podejmując decyzję kieruje się on egoistycznym, subiektywnym rachunkiem zysków i strat płynących z przystąpienia do ubezpieczenia.

⁶ Zakłady ubezpieczeń wprowadzają 2-letnią karencję w ryzyku zgonu lub uszczerbku na zdrowiu w wyniku samobójstwa lub jego próby.

⁷ W przypadku małych grup lub/i wysokich sum ubezpieczenia stosowane są ankiety medyczne, a nawet (choć bardzo rzadko) również badania lekarskie i laboratoryjne. Należy pamiętać o tym, że ustawa o działalności ubezpieczeniowej jasno określa, że jeśli zakład ubezpieczeń przed zawarciem umowy ubezpieczenia nie spyta ubezpieczonego o okoliczności mające wpływ na poziom ryzyka, uznaje się, że nie mają one wpływu na ten poziom i nie mogą być podstawą do odmowy lub ograniczenia wypłaty świadczenia (odszkodowania).

Ze względu na zakres ubezpieczenia grupowego obejmujący najczęściej dodatkowo ryzyko zgonu rodziców i teściów ubezpieczonego, a także urodzenie się dziecka ubezpieczonemu – liczba przewidywalnych zdarzeń objętych ubezpieczeniem jest większa. Istnieje zatem realne niebezpieczeństwo, że do ubezpieczenia grupowego o określonym zakresie ochrony przystąpią te właśnie osoby, które przewidują zajście określonego zdarzenia, swą decyzję o przystąpieniu do ubezpieczenia opierając na tej wiedzy właśnie, a nie w poczuciu obiektywnej potrzeby bycia ubezpieczonym⁸. Ryzyko antyselekcji zwiększa się pod wpływem działania czynników i w sytuacjach, którymi zajmujemy się w późniejszych rozważaniach.

Na stopień nasilenia ryzyka antyselekcji istotny wpływ ma **moment przystąpienia do ubezpieczenia grupowego**. Gdy dochodzi do wdrożenia ubezpieczenia grupowego wszyscy zatrudnieni mają możliwość przystąpienia do niego⁹. Zdarza się czasem, że pracownik nie może przystąpić do ubezpieczenia wraz z całą grupą, ponieważ przebywa na urlopie czy zwolnieniu lekarskim i nie ma możliwości złożenia w odpowiednim czasie deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia. Ze względów praktycznych umożliwia się więc przystąpienie do ubezpieczenia przez kolejne 3 miesiące od chwili wdrożenia programu lub od chwili zatrudnienia pracownika w zakładzie pracy. Jeśli pracownik podejmie decyzję o przystąpieniu do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy, odnosząca się do niego ochrona ubezpieczeniowa w ryzyku zgonu współubezpieczonego oraz urodzenia się dziecka ubezpieczonego, zostanie na okres 6 miesięcy od chwili przystąpienia wyłączona. Ma to na celu przeciwdziałanie występującemu w takim przypadku ryzyku antyselekcji. Istnieje bowiem poważne domniemanie, że taki pracownik nie zamierzał w ogóle przystąpić do ubezpieczenia (skoro nie zrobił tego w ciągu 3 miesięcy), a ostatecznie przystąpił po otrzymaniu informacji, że wystąpi w niedalekiej przyszłości zdarzenie objęte ubezpieczeniem.

3. DEFINICJA UBEZPIECZONEGO

Jak już ustaliliśmy, ubezpieczonym może być osoba zatrudniona przez ubezpieczającego. Forma zatrudnienia może być jednak różna – najpewniejszą formą zatrudnienia akceptowaną przez wszystkich ubezpieczycieli jest zatrudnienie na podstawie umowy o pracę, ale w dalszej kolejności również powołania, wyboru, mianowania, umowy o pracę nakładczą, spółdzielczej umowy o pracę, a także umowy zlecenia lub agencyjnej (jeżeli zatrudniona osoba jest objęta z tego tytułu ubezpieczeniem społecznym).

⁸ Tj. gdyby nie wiedziały o mającym nastąpić zdarzeniu objętym ubezpieczeniem, to by się nie ubezpieczyły w ogóle.

⁹ Chyba, że z jakichś względów ograniczono to prawo i zapisano je w umowie ubezpieczenia.

W praktyce rynkowej pojawiają się ze strony ubezpieczających niekiedy głosy postulujące przyjęcie do ubezpieczenia grupowego również osób świadczących usługi czy pracę na podstawie umowy o współpracy lub w inny sposób związanych z ubezpieczającym. Takie rozszerzenie rozumienia ubezpieczonego rodzi dodatkowe ryzyko z punktu widzenia zakładu ubezpieczeń.

Po pierwsze, dopuszcza możliwość *de facto* nieograniczonego rozszerzenia ochrony ubezpieczeniowej na przypadkowe osoby, co grozi pojawieniem się ryzyka antyselekcji, a po drugie oznacza ograniczenie wiedzy ubezpieczyciela o takiej grupie ubezpieczonych. Osobą współpracującą może być każdy – również osoba włączona w krąg współpracujących tylko po to, by umożliwić jej skorzystanie z grupowego ubezpieczenia¹⁰.

Podobny charakter ma ryzyko związane z możliwością objęcia grupowym ubezpieczeniem osób sezonowo zatrudnionych przez ubezpieczającego. Nawet jeśli pracownik sezonowy zachowuje możliwość korzystania z ubezpieczenia przez czas zatrudnienia, a następnie wraz z jego ustaniem wygasa ochrona ubezpieczeniowa, poziom ryzyka ubezpieczeniowego wzrasta, co wynika z niższego zwykle standardu życia osób zatrudnionych sezonowo (niskie, nieregularne dochody, często również mniej higieniczny tryb życia), a także ogranicza wiedzę zakładu ubezpieczeń na temat takich ubezpieczonych. Zdarza się, że ubezpieczający wnioskuje o kontynuowanie w ramach ubezpieczenia grupowego ochrony wobec takich osób również w okresie niepozostawania w stosunku pracy z ubezpieczającym. Zakłady pracy wnioskuje o takie rozwiązanie w trosce o swoich sprawdzonych, wieloletnich pracowników sezonowych, którzy regularnie podejmują pracę u ubezpieczającego wraz z nastaniem sezonu i są dobrze znani i pozytywnie oceniani przez pracodawcę. Kontynuowanie ochrony wobec takich osób oznacza niższe, od opisywanego powyżej, ryzyko i jest czasem akceptowalne przez ubezpieczyciela. Zakład ubezpieczeń może wymagać od ubezpieczającego przed zawarciem ubezpieczenia listy takich rekomendowanych osób i udzielać im ochrony przez cały rok¹¹.

¹⁰ Niekiedy – zwłaszcza w przypadku dużych grup – ubezpieczyciele akceptują takie rozszerzenie grona ubezpieczonych, ale jednocześnie zabezpieczają się, wprowadzając np. wymóg 3-miesięcznego stażu we współpracy z ubezpieczającym przed przystąpieniem do ubezpieczenia. W takim wypadku odpowiedniej modyfikacji podlegają zapisy ogólnych warunków ubezpieczenia (OWU) co do 6-miesięcznych karencji, w przypadku osób przystępujących do grupowego ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od wdrożenia programu lub związania się z ubezpieczającym. Korekta polega na tym, że 3 miesiące liczone są od momentu nabycia prawa przez osobę współpracującą do przystąpienia do ubezpieczenia.

¹¹ W czasie, gdy ubezpieczony pracownik sezonowy nie świadczy pracy na rzecz ubezpieczającego (nie otrzymuje wynagrodzenia) zwykle wpłaca do kasy zakładu pracy wymagane składki, a ubezpieczający odprowadza je wraz ze wszystkimi innymi składkami należnymi za całą grupę ubezpieczonych.

4. DEFINICJA UBEZPIECZAJĄCEGO

Jak wspomnieliśmy już wcześniej, ubezpieczającym może być pracodawca, stowarzyszenie, związek zawodowy itp. instytucja zrzeszająca ubezpieczonych. Można sobie wyobrazić pośrednika ubezpieczeniowego lub inną osobę albo grupę osób, podejmujących decyzję o powołaniu i zarejestrowania stowarzyszenia, którego celem będzie umożliwienie jego członkom skorzystanie z grupowego ubezpieczenia na życie¹². Przyjęcie do ubezpieczenia tak skonstruowanej grupy byłoby dla zakładu ubezpieczeń niezwykle ryzykowne – występowałoby bowiem bardzo wysokie ryzyko antyselekcji – przystąpienia do ubezpieczenia takich i tylko takich osób, które spodziewałyby się zajścia określonych zdarzeń objętych ubezpieczeniem – osób spodziewających się w krótkim czasie dziecka lub osób, których najbliżsi członkowie rodziny (rodzice, teściowie, dzieci czy małżonkowie) są umierający, w skrajnym wypadku również tacy ubezpieczeni, którym grozi w krótkim czasie zgon, a którzy nie mają szans na zawarcie umowy ubezpieczenia indywidualnego (ponieważ musieliby wypełnić ankietę medyczną i ujawnić swoje schorzenie). Sytuacja wydaje się czysto teoretyczna, lecz trzeba stwierdzić, że ogólne warunki ubezpieczenia nie uniemożliwiają zawarcia umowy z takim stowarzyszeniem. Jeśliby zakład ubezpieczeń nie posiadał informacji na temat nieuczciwych intencji leżących u podstaw powołania takiego stowarzyszenia, z pewnością zawarłby stosowną umowę.

Drugim przypadkiem jest inicjatywa Polisy Życie SA umożliwiająca powołanie dowolnej grupy osób i objęcie jej ubezpieczeniem¹³. W tym przypadku zachodzą dokładnie te same zagrożenia, przy czym Polisa Życie SA zabezpiecza się w pewnym stopniu przed tak wysokim ryzykiem antyselekcji poprzez określenie bardzo długich karencji swojej odpowiedzialności niemal we wszystkich ryzykach objętych ubezpieczeniem¹⁴.

¹² Nie rozważamy tego, czy takie stowarzyszenie miałoby szansę rejestracji w sądzie. Zależy nam jedynie na teoretycznym modelu takiej sytuacji i analizie konsekwencji ubezpieczeniowych takiej sytuacji.

¹³ Chodzi o oferowane otwarte ubezpieczenie na życie z opcją Funduszy „Super Grupa”, które dopuszcza możliwość uznania za ubezpieczającego „agenta lub pracownika „Polisy Życie” SA, organizującego grupę osób, w których imieniu zawarł umowę ubezpieczenia”. Zagrożenia, jakie rodzi ze sobą tak skonstruowane ubezpieczenie grupowe, jest omawiane w niniejszej pracy.

¹⁴ Karencja nie dotyczy tylko ryzyk związanych z powstałymi wypadkami oraz ryzyka urodzenia się martwego dziecka ubezpieczonemu. W pozostałych ryzykach OWU przewidują karencje od 3 do 9 miesięcy.

5. STRUKTURA ZATRUDNIONYCH WEDŁUG PŁCI I WIEKU

Na poziom ryzyka ubezpieczeniowego ma wpływ struktura wiekowo-płciowa ubezpieczonych. W pewnym uproszczeniu¹⁵ można przyjąć, że im większy stopień feminizacji grupy oraz im niższa jest średnia wieku ubezpieczonych tym ryzyko ubezpieczeniowe jest niższe. Na wstępie naszych rozważań ustaliliśmy, że analizować będziemy jedynie te czynniki, które – w odróżnieniu od indywidualnych ubezpieczeń – determinują poziom ryzyka w ubezpieczeniach grupowych. Zarówno płeć, jak i wiek ubezpieczonego (ubezpieczonych) wpływa na poziom ryzyka we wszystkich ubezpieczeniach na życie. W przypadku ubezpieczeń grupowych pojawia się jednak dodatkowy czynnik związany z wiekiem ubezpieczonych, którym jest odchylenie standardowe wieku.

W zakresie ochrony przewidzianym w większości ubezpieczeń grupowych znajdują się następujące zdarzenia:

- a) urodzenie się dziecka ubezpieczonemu,
- b) zgon rodziców ubezpieczonego,
- c) zgon teściów ubezpieczonego,
- d) osierocenie dziecka przez ubezpieczonego,
- e) zgon ubezpieczonego.

Częstość zachodzenia powyższych zdarzeń w grupie ubezpieczonych jest ściśle zależny od wieku i płci ubezpieczonych – przy czym siła tej zależności wynika w większym stopniu z odchylenia standardowego wieku w grupie niż średniej wieku. Wyobraźmy sobie dwie grupy złożone (dla uproszczenia) z samych kobiet – obie charakteryzują się średnią wieku na poziomie 35 lat. W przypadku pierwszej odchylenie standardowe wynosi 0 lat, czyli wszystkie ubezpieczone mają 35 lat. W drugiej grupie odchylenie standardowe wynosi dokładnie 10 lat, czyli – w pewnym uproszczeniu – połowa kobiet ma lat 25, a druga połowa ma 45 lat.

W zakresie zdarzeń a)–e) druga grupa będzie reprezentowała o wiele większe ryzyko ubezpieczeniowe. Ubezpieczone w wieku 25 lat częściej niż w grupie o odchyleniu standardowym 0 lat będą korzystały ze świadczeń z tytułu urodzenia się dziecka, natomiast ubezpieczone w wieku 45 lat – ze świadczeń z tytułu

¹⁵ Nie można stwierdzić tego definitywnie, ponieważ są takie zdarzenia uwzględnione w zakresie ubezpieczenia, których prawdopodobieństwo wystąpienia wzrasta w przypadku grupy o wyższym udziale kobiet, a nawet w przypadku grup o niższej średniej wieku. Dotyczy to np. dziennego świadczenia szpitalnego wypłacanego w przypadku pobytu ubezpieczonej w szpitalu wskutek ciąży wysokiego ryzyka czy komplikacji porodu. W przypadku grup zmaskulinizowanych zasadne jest przypuszczenie, że duży odsetek młodych mężczyzn może oznaczać większą częstość zdarzeń wynikających z wypadków (zwłaszcza komunikacyjnych oraz podczas uprawiania sportów).

zgonu rodziców i teściów. Większe jest również ryzyko zgonu ubezpieczonego i – co za tym idzie – osierocenia dziecka przez ubezpieczonego¹⁶.

6. LICZBA UBEZPIECZONYCH

Im większa liczba ubezpieczonych, tym większy wolumen przypisanej składki – to oczywiste, ale wzrasta także stopień rozproszenia i wyrównania ryzyka ubezpieczeniowego, co korzystnie wpływa na przebieg szkodowy takiego kontraktu. W grupie ubezpieczonych są osoby młode i stare, są osoby zarówno w pełni zdrowe, jak i poważnie chore, są kobiety i mężczyźni. Z samej istoty ubezpieczenia wypływa zasada, że składki wnoszą wszyscy ubezpieczeni, a korzystają ze świadczeń tylko niektórzy. W przypadku dużej grupy większa jest możliwość skutecznego finansowania przez wszystkich ubezpieczonych¹⁷ wypłacanych świadczeń na rzecz tylko niektórych. Znaczenie ma jednak nie tylko bezwzględna liczba ubezpieczonych, ale także ich udział w ogólnej liczbie osób uprawnionych do przystąpienia do ubezpieczenia. Im ten udział jest większy, tym program jest bardziej rentowny. Zmniejsza się bowiem niebezpieczeństwo antyselekcji – w tym przypadku przejawiające się tym, że do proponowanego w zakładzie pracy ubezpieczenia przystępują tylko ci, którzy spodziewają się zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem, a pozostali nie decydują się na przystąpienie. Zakłady ubezpieczeń uniemożliwiają taką sytuację poprzez określanie minimalnej liczby osób przystępujących do ubezpieczenia – zarówno liczbowo, jak i procentowo. Na przykład Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie WARTA SA w ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie „XXI-RODZINA” przewiduje następujące limity osób przystępujących:

- a) w przypadku ubezpieczającego zatrudniającego od 8 do 25 pracowników – 85% pracowników;
- b) w przypadku ubezpieczającego zatrudniającego od 26 do 100 pracowników – 70% pracowników, nie mniej niż 21 osób;
- c) w przypadku ubezpieczającego zatrudniającego od 101 do 500 pracowników – 60% pracowników, nie mniej niż 70 osób;

¹⁶ Znajduje to bardzo wyraźne odzwierciedlenie w poziomie skalkulowanych składek, które zgodnie z obecnie obowiązującymi przepisami zakłady ubezpieczeń muszą ujawniać z podziałem na poszczególne ryzyka. Na przykład w grupie pierwszej składka z tytułu włączenia do zakresu ubezpieczenia urodzenia się dziecka ubezpieczonemu jest 2-krotnie niższa niż składka za to samo ryzyko i ten sam przewidziany poziom świadczenia w grupie drugiej. W przypadku zgonu rodziców i teściów składki w grupie pierwszej również są niższe niż dla grupy drugiej, choć różnice nie są tak drastyczne. Wyraźne różnice dają się także zauważyć w odniesieniu do ryzyk zgonu ubezpieczonego (również składki w grupie pierwszej są niższe niż w drugiej).

¹⁷ Chodzi oczywiście o pośrednie (tj. za pośrednictwem zakładu ubezpieczeń) finansowanie.

d) w przypadku ubezpieczającego zatrudniającego powyżej 500 pracowników – 50% pracowników, nie mniej niż 300 osób¹⁸.

Należy także wspomnieć o często, w obecnej sytuacji rynkowej, obserwowanym funkcjonowaniu w jednym zakładzie pracy dwóch, a niekiedy nawet trzech i większej liczby programów ubezpieczenia prowadzonych przez różnych ubezpieczycieli. Wówczas (zwłaszcza jeśli dotyczy to dużych podmiotów) ubezpieczyciele akceptują niższy udział przystępujących do swojego programu w ogóle zatrudnionych, gdyż ryzyko antyselekcji jest niskie. Pozostający poza programem danego zakładu ubezpieczeń korzystają bowiem w dużej części z alternatywnego programu¹⁹.

7. PODZIAŁ UBEZPIECZONYCH WEDŁUG WARIANTÓW UBEZPIECZENIA

W dużych zakładach pracy przygotowywane programy grupowego ubezpieczenia przewidują niekiedy możliwość podziału ubezpieczonych na grupy (warianty ubezpieczenia). Wraz z podziałem na grupy wzrasta ryzyko ubezpieczeniowe, przy czym zależy ono zwłaszcza od następujących czynników:

- a) kryterium podziału na grupy,
- b) od tego, czym różnią się warianty ubezpieczenia między sobą,
- c) liczby przystępujących do poszczególnych wariantów,
- d) tego, czy istnieje możliwość zmiany wariantu, a jeśli tak – to na jakich zasadach.

Ad a) Kryterium podziału może mieć charakter obiektywny, niezależny od woli ubezpieczonego (np.: szczebel kierowniczy ma inne ubezpieczenie, szeregowi pracownicy inne albo pracownicy zarabiający do 3 tys. mają określony program ubezpieczenia, a lepiej uposażeni inny). W takim wypadku wzrost ryzyka jest nieznaczny, nie zachodzi bowiem antyselekcja. W przypadku swobodnego wyboru wariantu ryzyko antyselekcji jest bardzo wysokie (zwłaszcza gdy warianty różnią się między sobą zakresem ubezpieczenia, o czym mówimy poniżej). Należy zaznaczyć, że zakłady ubezpieczeń zabezpieczają swoje interesy, ustanawiając wymogi w zakresie liczebności poszczególnych grup. Wymogi te są bardziej restrykcyjne w przypadku braku obiektywnego kryterium podziału – powiemy o tym poniżej.

¹⁸ Niekiedy dodatkowo zakłady ubezpieczeń określają minimalny poziom składki rocznej, która musi być generowana przez grupę obejmowaną ubezpieczeniem. Dotyczy to zwykle mało licznych grup.

¹⁹ Ryzyko antyselekcji jest istotnie ograniczone tylko wówczas, gdy funkcjonujące programy ubezpieczenia różnych ubezpieczycieli mają podobne zakresy ubezpieczenia – zwłaszcza jeśli chodzi o ryzyko szczególnie podatne na antyselekcję.

Ad b) Ryzyko antyselekcji wzrasta bardzo, gdy warianty różnią się między sobą zakresem objętych ryzyk (zwłaszcza tych podatnych na antyselekcję) – tym bardziej jeśli ubezpieczeni swobodnie mogą wybrać wariant (patrz pkt a)). Gdy różnica między wariantami polega jedynie na różnych wysokościach świadczeń (szczególnie, gdy świadczenia z tytułu wszystkich ryzyk są w jednym wariantcie proporcjonalnie wyższe niż w drugim) wzrost ryzyka nie jest znaczny (jeśli funkcjonuje jednak swoboda wyboru wariantu, wzrost ryzyka nadal jest duży – np. ten kto spodziewa się dziecka, wybierze wariant przewidujący wyższe świadczenia). Gdy grupy różnią się wysokościami tylko niektórych świadczeń – ryzyko jest większe.

Ad c) Funkcjonowanie grupy o bardzo małej liczebności może oznaczać bardzo wysokie ryzyko. W ramach tej grupy nie ma bowiem wystarczająco wysokiego przypisu składki. Jak wspomnieliśmy w punkcie a), ubezpieczyciele ustanawiają limity dotyczące liczebności poszczególnych grup²⁰.

Na przykład: w przypadku, gdy kryterium podziału na grupy jest obiektywne, minimalna liczebność grupy wynosi 8 osób, nie mniej jednak niż 25% ubezpieczonych w całym zakładzie. Gdy zakres ubezpieczenia i wysokości świadczeń wyrażone jako określony procent sumy ubezpieczenia są we wszystkich grupach jednakowe, dopuszcza się możliwość swobodnego wyboru wariantu, przy czym liczba osób przystępujących do ubezpieczenia w ramach całego zakładu wynosić musi co najmniej 120 osób, liczba osób przystępujących do jednej grupy musi wynosić minimum 40 osób oraz mogą istnieć maksymalnie 3 grupy. Gdy nie ma obiektywnego (tj. niezależnego od woli ubezpieczonego) kryterium podziału na grupy i zakres ubezpieczenia w grupach jest różny, możliwy jest podział pod warunkiem, że: liczba osób przystępujących do ubezpieczenia w ramach całego zakładu wynosi co najmniej 120 osób, liczba osób przystępujących do jednej grupy wynosi minimum 40 osób, jednak nie mniej niż 30% zatrudnionych²¹.

Ad d) Niezwykle ważny wpływ na poziom ryzyka ma również ewentualne dopuszczenie do zmiany wariantu ubezpieczenia (grupy), a także zasady tej zmiany. Funkcjonowanie każdego wariantu jest zwykle potwierdzone odrębną umową ubezpieczenia (polisą). Zmiana wariantu oznacza zatem wystąpienie z jednej umowy i przystąpienie do drugiej. W przypadku gdy ma to miejsce po upływie 3 miesięcy od wdrożenia programu grupowego w danym zakładzie lub po zatrudnieniu danego ubezpieczonego, zastosowanie na ogólnych zasadach mają 6-miesięczne karencje w tzw. „ryzykach rodzinnych” (o czym była już

²⁰ Niektórzy ubezpieczyciele umożliwiają tworzenie nawet bardzo małych grup, jeśli są one złożone tylko z członków zarządu ubezpieczającego.

²¹ Regulacje, które obowiązywały np. w WARTA VITA SA.

mowa). Zmiana wariantu na takich zasadach jest oczywiście możliwa zawsze. Nikt bowiem nie zabroni ubezpieczonym wystąpienia z jednej polisy i przystąpienia do drugiej. Programy ubezpieczenia zakładające funkcjonowanie dwóch czy większej liczby wariantów przewidują zwykle bardziej liberalne zasady zmiany grup. Na przykład w okresie karencji przewidzianych na ogólnych zasadach wypłata ewentualnego świadczenia odbywa się na zasadzie porównania świadczeń między wariantem, z którego ubezpieczony wystąpił i tym, do którego przystąpił, przy czym następuje wypłata niższego ze świadczeń. W ten sposób eliminuje się wystąpienie antyselekcji (przejawiające się tym, że ubezpieczony zmienia wariant po powzięciu informacji, że w niedalekiej przyszłości zajdzie określone zdarzenie – zmiana wariantu na opisanych zasadach czyni bowiem ten ruch niezasadnym, nie bowiem ubezpieczony nie zyska – otrzyma i tak niższe świadczenie). Gdy dochodzi do zmiany zakresu z takiego, w którym dane ryzyko nie występuje, na taki, w którym ono występuje, opisana zasada oznacza brak wypłaty świadczenia w okresie 6-miesięcznej karencji (niższym świadczeniem jest bowiem 0 zł – ponieważ ryzyko nie występuje w jednym z wariantów). Niektóre programy umożliwiają zmianę wariantów bez żadnych konsekwencji w postaci karencji czy ograniczenia wysokości wypłat w rocznicę wdrożenia programu w zakładzie pracy. Zabezpiecza to – choć nie w pełni – przed ryzykiem antyselekcji. Ubezpieczeni mają możliwość zmiany wariantu, ale nie wtedy, gdy dowiedzieli się o mającym nastąpić zdarzeniu objętym ubezpieczeniem, a jedynie w rocznicę zawarcia umowy ubezpieczenia.

8. OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM MAŁŻONKÓW PRACOWNIKÓW

Ogólny poziom ryzyka wzrasta również w przypadku objęcia małżonków pracowników ubezpieczeniem na takich samych warunkach, co samych pracowników. W takim przypadku – jeśli wcześniej w kalkulacji składki nie uwzględniono tego faktu – rentowność programu ubezpieczenia obniża się. Pogląd, że fakt ten nie powinien mieć znaczenia, ponieważ małżonkowie płacą taką samą składkę, jest tylko z pozoru zasadny. Wynika to bowiem z faktu, że składka w programie grupowym kalkulowana jest z uwzględnieniem orientacyjnego (statystycznie znanego) udziału w ogólnej liczbie ubezpieczonych osób, które posiadają małżonków. Wszyscy płacą taką samą składkę (za zakres ubezpieczenia przewidujący ryzyka dotyczące rodziny ubezpieczonego – również innej niż rodzice), ale ryzyka dotyczące zgonu teściów, małżonka, dziecka, urodzenia się dziecka, osierocenia dziecka dotyczą tylko ubezpieczonych posiadających małżonka. Gdy możliwe jest objęcie na takich samych warunkach również małżonków, zwiększa się w grupie udział ubezpieczonych, których dotyczą ryzyka związane z rodziną, a więc rośnie szkodowość. Należy przy tym zazna-

czyć, że wielu ubezpieczycieli dopuszcza możliwość zawierania odrębnych umów ubezpieczenia obejmujących małżonków, a nawet dzieci pracowników, ale zakres takich ubezpieczeń i wysokości świadczeń są konstruowane tak, by minimalizować negatywne z punktu widzenia zakładu ubezpieczeń konsekwencje²².

9. PODSUMOWANIE

Niniejsze rozważania koncentrują się na tych czynnikach wpływających na poziom ryzyka w ubezpieczeniach grupowych na życie, które są charakterystyczne wyłącznie dla tych ubezpieczeń. Można zauważyć, że występują dlatego właśnie, że w przypadku grupowych ubezpieczeń zwykle nie ma zastosowania indywidualna ocena ryzyka (każdego ubezpieczonego), a jeśli nawet jest ona przeprowadzana, to w węższym zakresie niż w przypadku ubezpieczeń indywidualnych. Należy zwrócić również uwagę, że w ramach grupowych ubezpieczeń objęte ochroną są ryzyka, w ogóle indywidualnie nie badane – tj. wszystkie ryzyka związane z rodziną ubezpieczonego. To powoduje wydatne zwiększenie podatności ubezpieczeń grupowych na ryzyko antyselekcji. Wszystkie czynniki, o których była mowa powyżej (poza odchyleniem standardowym wieku), są ściśle związane z ryzykiem antyselekcji. Wypływa stąd dość nieoczekiwany wniosek o „nieubezpieczeniowym” charakterze ubezpieczeń grupowych. Ubezpieczenie bowiem to ochrona przed zdarzeniem:

- a) negatywnym²³,
- b) grożącym wszystkim, a dotyczącym tylko niektórych,
- c) niezależnym od woli ubezpieczonego²⁴,
- d) nieprzewidywalnym.

Niespełniony warunek nieprzewidywalności zdarzenia stanowi przesłankę do uznania „nieubezpieczeniowego” charakteru ubezpieczeń grupowych.

²² Np. ogranicza się wysokości świadczeń z tytułu zgonu rodziców i teściów czy urodzenia się dziecka.

²³ Poza urodzeniem się dziecka wszystkie pozostałe zdarzenia objęte ubezpieczeniem grupowym mają taki charakter.

²⁴ Tu również wyjątek stanowi ryzyko urodzenia się dziecka.

Adam Cieślak

SELECTED RISK LEVEL FACTORS IN GROUP LIFE INSURANCE

The problem discussed in this paper is the risk level factors existing in group life insurance that do not influence the risk level in individual life insurance.

The number of factors is remarkable, which results from:

- a) wider scope of cover;
- b) no obligation for employees to enter the group programme;
- c) possibility for members of the employees' families to enter the programme;
- d) possibility to divide employees into groups;
- e) simplified risk evaluation procedures.

The factors that are discussed in this paper are:

- a) antiselection risk (which is the main factor and – to some extent – the result of points b–g listed underneath);
- b) moment of entering the programme;
- c) definition of the insured that can be changed and cover not only employees (who can enter the programme);
- d) definition of the second part of the insurance contract (other than insurer – who can form the group of the insured);
- e) number of the insured and their share in total number of employees;
- f) division into groups and the division criterium;
- g) number of insured members of the employees' family;
- h) structure of the employees (standard deviation of ageing).