



# RAPORT

# Srebrny Parasol 2026



**Wyróżnienie Srebrny Parasol przyznawane jest firmom ubezpieczeniowym, które w szczególny sposób odpowiadają na realne potrzeby klientów, łączęc skalę działania z wysoką jakością wsparcia. To nagroda dla instytucji, które nie tylko oferują produkty, ale przede wszystkim zapewniają poczucie bezpieczeństwa w kluczowych momentach życia. Kapituła docenia organizacje skuteczne, wiarygodne i konsekwentne w budowaniu wartości opartej na zaufaniu. Srebrny Parasol trafia do tych, którzy wyznaczają standardy odpowiedzialności i pokazują, że ubezpieczenia mogą być realnym wsparciem, a nie tylko formalnym zobowiązaniem.**

# NAGRODA

w kategorii **UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE**



## WARTA

### UZASADNIENIE

Za wyjątkową skalę działania oraz konsekwentne ukierunkowanie na realną ochronę zdrowia klientów. Każdego dnia firma wypłaca około 2 tysięcy świadczeń, co potwierdza nie tylko jej operacyjną sprawność, ale przede wszystkim zdolność do szybkiego i skutecznego reagowania w momentach, które dla klientów mają kluczowe znaczenie.

Warta nie ogranicza się do roli płatnika świadczeń, lecz aktywnie wspiera klientów w sytuacjach wymagających realnej pomocy, budując poczucie stabilności i zaufania.

### OPIS SPÓŁKI

W 2025 r. do klientów Warty trafiało średnio 2 tys. świadczeń dziennie z ubezpieczeń na życie. 90 proc. z nich dotyczyło zdrowia – leczenia, operacji i wsparcia w chorobie. Łącznie TUnŻ Warta wypłaciło blisko 1 mld zł.

Za tymi liczbami stoi oferta, która wychodzi poza finansowe zabezpieczenia po zdarzeniu. Ubezpieczyciel stawia na wsparcie klientów w trakcie leczenia – wtedy, kiedy jest najbardziej potrzebne. Warta rozwija ofertę w oparciu o postęp medycyny. Klienci zmagający się z poważnymi chorobami, takimi jak zaawansowane nowotwory czy schorzenia wymagające operacji

kardiochirurgicznych lub neurochirurgicznych, mogą skorzystać z leczenia w wyspecjalizowanych klinikach za granicą.

Ubezpieczyciel jako pierwszy na rynku wprowadził możliwość leczenia nowotworów z wykorzystaniem spersonalizowanej terapii onkologicznej. To podejście, które pozwala dobrać leczenie do konkretnego pacjenta i jego choroby, zwiększając szanse na skuteczną terapię. Warta oferuje ubezpieczenie, które nie kończy się na wypłacie świadczenia. Firma stawia na organizację leczenia i prowadzenie klienta przez jeden z najtrudniejszych momentów w życiu.

# Miliard wsparcia i 2 tys. historii dziennie. Jak Warta zmienia ubezpieczenia na życie

Efektywność w ubezpieczeniach na życie mierzy się głównie od tego, czy klient faktycznie otrzymuje pomoc, kiedy jej potrzebuje. Warta łączy wysoką jakość obsługi, nowoczesne produkty i niemal miliard złotych wypłaconych świadczeń w ciągu roku. Tym samym buduje swoją pozycję w obszarze ubezpieczeń na życie w oparciu o solidne fundamenty biznesowe i redefinicję roli ubezpieczyciela w życiu klienta.

W 2025 r. Warta wyraźnie przyspieszyła w segmencie ubezpieczeń na życie. Przepis składki przypisanej brutto zebranej przez ubezpieczyciela w tym obszarze urósł o ponad 14 proc. – co jest znacznie lepszym wynikiem niż średnia rynkowa. Co ważne, Warta rośnie w ubezpieczeniach na życie stabilnie od kilku lat. Ten sukces to zasługa z jednej strony konsekwentnie realizowanego modelu biznesowego, a z drugiej atrakcyjnej oferty, która nadąża za stylem życia Polaków. Warta udowadnia, że jako rynkowy lider rozumie potrzeby klientów i potrafi na nie szybko odpowiadać.

## Kapitał bezpieczeństwa polskich rodzin

O randze ubezpieczyciela świadczy moment, gdy klient mówi „sprawdzam”, czyli proces wypłaty świadczeń. Statystyki spółki mówią same za siebie.

W ubiegłym roku Warta w ramach ubezpieczeń na życie wypłaciła swoim klientom prawie miliard złotych, realizując średnio ok. 2 tys. świadczeń dziennie. To czyni ją jednym z gwarantów stabilności finansowej polskich rodzin. Dane Warty pokazują, że

blisko 90 proc. zdarzeń, za które Spółka wypłacała świadczenia, dotyczyły zdrowia klientów i ich bliskich. Każdego dnia, średnio co godzinę, pomoc trafiała do osób, które usłyszały diagnozę poważnej choroby.

Warta konsekwentnie rozwija swoją ofertę, tak aby odpowiadała na aktualne wyzwania zdrowotne i uwzględniała najnowsze osiągnięcia medycyny. Klienci Warty w razie zaawansowanego stadium choroby nowotworowej, konieczności przeprowadzenia operacji kardiochirurgicznej lub neurochirurgicznej czy przeszczepu mają m.in. możliwość leczenia w najlepszych klinikach za granicą, specjalizujących się w leczeniu konkretnych przypadków. Mogą też skorzystać z najnowocześniejszych metod leczenia, takich jak spersonalizowana terapia onkologiczna (medycyna precyzyjna).

## Od edukacji do prewencji

Nowoczesne ubezpieczenia na życie przestają być wyłącznie instrumentem finansowym „na wypadek śmierci”. Wciąż wielu Polaków nie zdaje sobie sprawy z praktycznego wsparcia w chorobie, jakie niesie ubezpieczenie na życie.



Warta konsekwentnie przesuwając akcent w stronę edukacji klientów i aktywnego dbania o swój dobrostan. Od lat prowadzi działania edukacyjne, łączące edukację zdrowotną z profilaktyką finansową. Głównym celem jest szerzenie praktycznej wiedzy jak żyć zdrowiej i bezpiecznie oraz podkreślanie roli ubezpieczeń, które pomagają wcześniej i bardziej świadomie przygotować się do nieprzewidywalnej przyszłości.

# NAGRODA

w kategorii **UBEZPIECZENIA MAJĄTKOWE**

## GENERALI POLSKA



### UZASADNIENIE

Za rozwój pakietu Agro Ekspert oraz rozszerzenie go o dobrowolne ubezpieczenie OC operatora maszyny rolniczej. To rozwiązanie wzmacnia ochronę finansową rolników i firm agro, obejmując swoim zakresem szkody osobowe i majątkowe powstałe podczas pracy maszyną. Generali odpowiada tym samym na realne potrzeby nowoczesnego rolnictwa, wykraczając poza standardowy zakres obowiązkowych polis OC komunikacyjnego i OC rolnika.

### OPIS SPÓŁKI

Generali Polska jest częścią Grupy Generali, jednej z największych na świecie grup ubezpieczeniowych i zarządzania aktywami. Globalnie Grupa odnotowuje 98,1 mld euro składki przypisanej brutto oraz zarządza aktywami o wartości 900 mld euro w 2025 r. Firma, założona w 1831 r., zatrudnia ponad 88 tys. pracowników i współpracuje ze 163 tys. doradców, obsługując 75 mln klientów.

W Polsce Generali działa od 1998 roku, konsekwentnie rozwijając ofertę dla klientów in-

dywidualnych, przedsiębiorców i sektora agro. Zapewnia ochronę na różnych etapach życia i działalności: od ubezpieczeń komunikacyjnych, mieszkaniowych, firmowych i rolnych, przez ubezpieczenia zdrowotne oraz życiowe, indywidualne i grupowe, po produkty emerytalne i inwestycyjne. Strukturę Grupy w Polsce tworzą m.in. Generali T.U. S.A., Generali Życie T.U. S.A., Generali PTE S.A. oraz Generali Investments TFI S.A. Dzięki temu Generali łączy doświadczenie międzynarodowej instytucji z lokalną znajomością potrzeb klientów.

# PODRÓŻUJ ZAWSZE Z ODPOWIEDNIĄ POLISĄ

Obecna sytuacja geopolityczna pokazuje, że zagrożenia mogą pojawić się nagle i bez ostrzeżenia. Dobrze przygotowana polisa nie eliminuje ryzyka, ale pozwala znacząco ograniczyć jego skutki. Zapewnia dostęp do leczenia, organizację transportu i wsparcie w powrocie do kraju.

Większość osób nie myśli o konflikcie zbrojnym podczas planowania urlopu. Zdarza się jednak, że sytuacja w danym regionie zmienia się nagle i podróżni znajdują się w miejscu, w którym dochodzi do działań wojennych.

– Właśnie w takich sytuacjach można liczyć na ochronę w ramach tzw. klauzuli niespodziewanych działań wojennych albo aktów terroru przez okres 7 dni. Ponadto każdy klient, który kupuje polisę turystyczną w Generali, ma możliwość dokupienia pasywnego udziału w wojnie, dzięki czemu zyskuje ochronę przez cały okres trwania polisy. Zachęcamy też do regularnego monitorowania komunikatów Ministerstwa Spraw Zagranicznych i aktualnych ostrzeżeń dla podróżnych – podkreśla Grażyna Bilik, menedżer ds. rozwoju ubezpieczeń osobowych w Generali Polska.

## Odpowiednio wysoka suma ubezpieczenia

Im dalej od Europy, tym bardziej zmienia się profil ryzyka i skala potencjalnych wydatków. Dane Generali pokazują, że w Europie klienci najczęściej wybierają sumę ubezpieczenia kosztów leczenia na poziomie 500 tys. zł, a w przypadku wyjazdów poza Europę rośnie

ona do 800 tys. zł, a nawet 1 mln zł. W przypadku podróży do Stanów Zjednoczonych klienci coraz częściej wybierają 2 a nawet 5 mln zł. Takie wysokie sumy bezpośrednio wynikają z wysokich kosztów leczenia, jakie musi ponieść pacjent w tych regionach. Za granicą, szczególnie poza Europą, koszty leczenia i hospitalizacji ponosi pacjent lub ubezpieczyciel – jeżeli posiadał on polisę. A co nam się może przydarzyć? Przykładowo w krajach egzotycznych częstsze są przypadki pogryzien przez zwierzęta z ryzykiem wścieklizny, choroby tropikalne przenoszone przez owady czy wypadki drogowe wynikające z lokalnych warunków.

Praktyka pokazuje, że nawet pozornie niegroźne sytuacje mogą szybko przekształcić się w poważne i kosztowne zdarzenia medyczne. W jednym z przypadków klient Generali przebywający w Wietnamie zgłosił objawy neurologiczne. Diagnostyka wykazała poważny problem wymagający dalszego leczenia w bardziej zaawansowanej placówce. Konieczny był transport medyczny do Bangkoku, hospitalizacja, a następnie repatriacja do Polski. Łączny koszt leczenia i transportu wyniósł około 345 tys. zł. Inny przypadek dotyczył klienta w Kambodży, u którego początkowo łagodne objawy żołądkowe



Grażyna Bilik, menedżer ds. rozwoju ubezpieczeń osobowych w Generali Polska

okazały się stanem wymagającym pilnej operacji. Leczenie, hospitalizacja oraz transport do kraju kosztowały łącznie około 160 tys. zł.

## Ważna jest też logistyka czy koszty transportu

– W Generali Polska sumy ubezpieczenia na koszty leczenia i na assistance są rozłączne, co oznacza, że korzystanie z lekarza nie zmniejszają limitów na usługi pomocowe. Dodatkowo transport medyczny jest u nas osobnym ryzykiem z limitem do 10 mln zł, abyśmy naszym klientom mogli zorganizować powrót do Polski, jeżeli jego stan zdrowia tego wymaga – zaznacza Grażyna Bilik.

Transport medyczny to przewóz chorego klienta do szpitala, między placówkami medycznymi, a w razie potrzeby także transport do kraju. W praktyce oznacza to wykorzystanie karettek, śmigłowców czy specjalistycznych samolotów medycznych.

Eksperti Generali Polska podkreślają, że kluczowe decyzje zapadają jeszcze przed rozpoczęciem podróży. Dobór odpowiedniej polisy powinien uwzględniać nie tylko kierunek wyjazdu, ale także charakter aktywności i potencjalne ryzyko.



➔ Rynek ubezpieczeń w Polsce 2025–2026

# Między spadającymi składkami a rosnącą świadomością ryzyka

Polski rynek ubezpieczeń wchodzi w nową fazę cyklu koniunkturalnego. Po latach wzrostów cen i zaostrzania warunków, obserwujemy wyraźne ochłodzenie stawek przy jednoczesnym utrzymaniu wysokiej rentowności sektora.

**JUSTYNA SZYMAŃSKA**

**D**ane publikowane przez Marsh, Polską Izbę Ubezpieczeń oraz Komisję Nadzoru Finansowego wskazują, że przedsię-

biorecy znaleźli się w wyjątkowo korzystnym momencie negocjacyjnym. Jednocześnie jednak rynek nadal zmagą się z fundamentalnymi wyzwaniami



– przede wszystkim niedoubezpieczeniem oraz luką edukacyjną wśród młodszych pokoleń.

### Miękki rynek i spadające stawki

Globalny rynek ubezpieczeń majątkowych dla firm wszedł w tzw. fazę miękką, czyli okres zwiększonej konkurencji i spadających cen. Po siedmiu latach systematycznych wzrostów stawek, rok 2025 przyniósł ich odwrócenie. Według Marsh Global Insurance Market Index ceny ubezpieczeń komercyjnych spadły przez sześć kolejnych kwartałów, a w Europie pod koniec 2025 r. odnotowano spadek na poziomie około 6 proc.

Dla polskich firm oznacza to realne korzyści. Przy niezmiennych budżetach przedsiębiorcy

mogą dziś negocjować znacznie szersze zakresy ochrony, wyższe sumy ubezpieczenia, a także dodatkowe rozszerzenia obejmujące wcześniej wyłączone ryzyka. Coraz częściej wybierane są również umowy wieloletnie – dwu- i trzyletnie – które pozwalają „zamrozić” korzystne warunki na dłużej.

– Polscy ubezpieczyciele mają dziś i pojemność, i apetyt na ryzyko korporacyjne. Warunki negocjacyjne są najlepsze od lat. Klienci korporacyjni coraz aktywniej korzystają z miękkiej fazy rynku. Najczęściej obserwowane działania to podnoszenie sum ubezpieczenia przy zachowaniu dotychczasowej składki, rozszerzanie zakresu ochrony o ryzyka wcześniej pomijane (m.in. ubezpieczenie od utraty zysku) oraz wykupowanie rozszerzeń znoszących wyłączenia odpowiedzialności. Rośnie też popularność umów dwu- i trzyletnich, które pozwalają zakotwiczyć korzystne warunki przed ewentualnym odwróceniem cyklu rynkowego – mówi Agata Kozieł, dyrektor Działu Ubezpieczeń Korporacyjnych w SALTUS Ubezpieczenia.

### Wysoka rentowność sektora

Paradoksalnie spadek cen nie oznacza pogorszenia kondycji branży. Wręcz przeciwnie – polski sektor ubezpieczeń majątkowych pozostaje bardzo rentowny. W 2025 r. składka przypisana brutto w polisach majątkowych wzrosła o 5,9 proc. rok do roku, osiągając poziom 64,75 mld zł. Segment ubezpieczeń mienia (grupy 8 i 9) wygenerował 13,59 mld zł składki. Szczegół-

## PO SIEDMIU LATACH SYSTEMATYCZNYCH WZROSTÓW STAWEK, ROK 2025 PRZYNIÓSŁ ICH ODWRÓCENIE.

nie dynamiczny wzrost odnotowano w grupie obejmującej ryzyka katastroficzne, takie jak pożary czy burze (+11,7 proc.). Jednocześnie spadek zanotowano w segmencie pozostałych szkód rzeczowych (-3,1 proc.). W sektorze przedsiębiorstw niefinansowych składki nieznacznie spadły, co oznacza, że firmy płacą mniej za ochronę mimo rosnącej ekspozycji na ryzyko. Dodatkowo poprawie uległa szkodowość – liczba szkód i zdarzeń w segmencie katastroficznym spadła odpowiednio o ponad 20 proc. i 24 proc.

Efekt? Ubezpieczyciele dysponują zarówno kapitałem, jak i większym apetytem na ryzyko, szczególnie w segmencie korporacyjnym.

– 2026 r. to optymalny moment na audyt posiadanej ochrony z uwagi na korzystne ceny. Należy go jednak przeprowadzić rozsądnie, żeby nie wpaść w pułapkę niedoubezpieczenia. Weryfikację i ewentualne zmiany warto przeprowadzić wspólnie z brokerem ubezpieczeniowym.



### Rynek w liczbach

- 64,75 mld zł — składka przypisana brutto w polisach majątkowych w 2025 r.
- 30 proc. — szacowany odsetek nieruchomości ubezpieczonych na zbyt niskie wartości
- 31 proc. — przeciętna skala niedoszacowania
- 924 mld zł — wartość obrotów objętych ochroną w ubezpieczeniach należności
- 47/100 pkt — indeks wiedzy ubezpieczeniowej młodych Polaków

Wiedza i doświadczenie, a także znajomość konkretnych branż i firm, pozwalają mu najlepiej zidentyfikować miejsca wrażliwe na kryzys oraz wynegocjować korzystne warunki, które zabezpieczą firmę kompleksowo. Przy odnawianiu polisy nie można też pominąć aktualizacji wartości odtworzeniowej mienia i klauzul inflacyjnych czy leeway, które minimalizują ryzyko niedoszacowania wartości mienia. To ryzyko, na które odpowiedzialny biznes nie może sobie dziś pozwolić – dodaje Agata Kozieł z SALTUS Ubezpieczenia.

### Nowe podejście firm do ubezpieczeń

W obecnych warunkach przedsiębiorstwa coraz bardziej świadomie podchodzą do zarządzania ryzykiem. Zamiast koncentrować się wyłącznie na redukcji kosztów, wiele firm wykorzystuje sytuację do budowy kompleksowych programów ochrony.

Najczęstsze działania obejmują:

- podnoszenie sum ubezpieczenia bez zwiększania składki,
- rozszerzanie zakresu ochrony (np. o utratę zysku),

- znoszenie wyłączeń odpowiedzialności,
- zabezpieczanie warunków w dłuższym horyzoncie czasowym.

Eksperci podkreślają jednak, że faza miękka nie jest trwała. Wystarczy większe zdarzenie katastroficzne, zmiana regulacji lub wzrost szkodowości, aby rynek ponownie się zaostrzył. Dlatego obecny moment traktowany jest jako strategiczne „okno możliwości”.

### Niedoubezpieczenie

#### – największe wyzwanie rynku

Pomimo korzystnych warunków cenowych jednym z najpoważniejszych problemów pozostaje niedoubezpieczenie. Szacunki PIU wskazują, że

**NAJWIĘKSZYM RYZYKIEM  
NIE JEST DZIŚ CENA  
POLISY, LECZ SKALA  
NIEDOUBEZPIECZENIA.**

nawet 30 proc. nieruchomości w Polsce może być ubezpieczonych na zbyt niskie wartości, a średnia skala niedoszacowania sięga około 31 proc.

Skala ryzyka jest znacząca. W 2024 r. wartość szkód katastroficznych wyniosła 3,84 mld zł (wzrost o 272 proc. rok do roku), a same powodzie na południu Polski wygenerowały straty rzędu 13 mld zł. Jednocześnie ubezpieczenia pokryły jedynie około 30 proc. szkód, co oznacza lukę ochronną sięgającą aż 70 proc.

To pokazuje, że mimo dostępności tańszych polis wiele firm i gospodarstw domowych nadal nie jest odpowiednio zabezpieczonych. Kluczowe znaczenie ma tu regularna aktualizacja wartości majątku oraz stosowanie mechanizmów chroniących przed inflacją.

### Rynek ubezpieczeń należności

Istotnym segmentem pozostają także ubezpieczenia należności handlowych, które odgrywają coraz większą rolę w stabilności finansowej firm. W 2025 r. ubezpieczyciele objęli ochroną obroty o wartości ponad 924 mld zł, co odpowiada blisko jednej czwartej polskiego PKB. Składka w tym segmencie wyniosła 949,2 mln zł, pozostając na poziomie zbliżonym do roku poprzedniego. Wyłacone odszkodowania spadły o 4 proc., jednak jednocześnie wzrosła wartość należności kierowanych do windykacji – aż o 7 proc. rok do roku.

W kontekście niestabilności gospodarczej, wynikającej m.in. z sytuacji geopolitycznej czy

WARUNKI  
NEGOCJACYJNE  
DLA KLIENTÓW  
KORPORACYJNYCH SĄ  
DZIŚ NAJLEPSZE OD LAT.

spowolnienia w Niemczech, ubezpieczenia należności stają się kluczowym narzędziem zarządzania płynnością i ryzykiem kontrahenta.

**Luka edukacyjna i młode pokolenie**  
Drugim – obok niedoubezpieczenia – strukturalnym proble-

mem rynku jest niski poziom praktycznej wiedzy ubezpieczeniowej, szczególnie wśród młodych ludzi. Badania pokazują, że choć pokolenie Z posiada podstawową wiedzę teoretyczną, to ma duże trudności z jej zastosowaniem w praktyce.

Indeks wiedzy ubezpieczeniowej młodych Polaków wynosi 47 na 100 punktów. Co istotne, umiejętności praktyczne oceniane są znacznie niżej niż wiedza teoretyczna (25 vs 66 punktów). Tylko niewielka część młodych osób czuje się na siłach samodzielnie wybrać odpowiednią polisę.

Problem ten ma charakter systemowy. Edukacja finansowa i ubezpieczeniowa pozostaje marginalna zarówno w szkołach, jak i w przestrzeni publicznej. Jednocześnie młodzi

ludzie deklarują zainteresowanie tym tematem – niemal połowa chciałaby poszerzać swoją wiedzę w przyszłości.

– Młodzi ludzie wiedzą o ubezpieczeniach więcej, niż mogłoby się wydawać – jednak to wciąż za mało. Największym wyzwaniem nie jest dziś sam brak wiedzy, lecz umiejętność przełożenia jej na działanie. To właśnie w tym obszarze jako ubezpieczyciel dostrzegamy istotną lukę, która w przyszłości może przełożyć się na realne problemy finansowe – zarówno dla młodych ludzi, jak i całego społeczeństwa – mówi Beata Grott, dyrektor Balcia Insurance w Polsce. – Młodzi ludzie znają podstawy, ale nie czują się pewnie w realnych sytuacjach. Niepokojący jest również fakt, że poziom wie-





dzy nie rośnie wraz z wiekiem. W grupie 18–21 lat wynik jest nawet niższy (65) niż w młodszej grupie 13–17 lat (67), co sugeruje, że wiedza nie rozwija się konsekwentnie wraz z doświadczeniem. Potwierdzają to także inne dane: niewiele ponad jedna trzecia młodych osób czuje się na siłach, by wybrać najlepszą ofertę ubezpieczeniową. Jednocześnie aż 36 proc. uważa, że życie bez ubezpieczenia wiąże się z wysokim ryzykiem, a 26 proc. nie ma w tej kwestii wyrobionej opinii – dodaje ekspertka.

#### Wspólna odpowiedzialność za rozwój rynku

Eksperci są zgodni, że rozwój rynku ubezpieczeń wymaga współpracy wielu środowisk. Kluczową rolę odgrywają:

- rodzice – poprzez budowanie świadomości u dzieci,
- system edukacji – poprzez wprowadzenie praktycznej wiedzy finansowej,
- branża ubezpieczeniowa – poprzez prostą i przejrzystą komunikację.

### NIŻSZE SKŁADKI NIE OZNACZAJĄ SŁABSZEGO SEKTORA — RENTOWNOŚĆ RYNKU POZOSTAJE WYSOKA.

Zmiana podejścia do ubezpieczeń jest również elementem szerszej transformacji społecznej. W Polsce nadal dominujące jest postrzeganie wartości przez pryzmat dóbr materialnych, podczas gdy bezpieczeństwo finansowe i zarządzanie ryzykiem pozostają niedoceniane.

– Moim zdaniem wyzwaniem nie jest wyłącznie brak jasno komunikowanych informacji, lecz przede wszystkim poziom zrozumienia i zdolność ich praktycznego zastosowania. Luka między wiedzą a działaniem ma charakter systemowy. Podobnie jak w biznesie, sama wiedza nie wystarcza – konieczne jest rozwijanie myślenia krytycznego:

umiejętności przewidywania ryzyk, podejmowania świadomych decyzji i brania odpowiedzialności – podkreśla dyrektor Balcia Insurance w Polsce.

Polski rynek ubezpieczeń znajduje się obecnie w fazie sprzyjającej klientom – z niższymi cenami, większą konkurencją i rosnącą dostępnością ochrony. Jednocześnie jego fundamenty pozostają silne dzięki wysokiej rentowności i stabilnemu wzrostowi składek.

Najbliższe lata będą jednak kluczowe dla rozwiązania dwóch podstawowych problemów: niedoubezpieczenia oraz luki edukacyjnej. To właśnie od nich zależy, czy rynek będzie w stanie nie tylko rosnąć, ale także realnie zwiększać odporność polskiej gospodarki na przyszłe kryzysy.

Obecna koniunktura daje wyjątkową szansę – zarówno firmom, jak i klientom indywidualnym – aby zbudować solidne fundamenty ochrony. Pytanie brzmi, kto ją wykorzysta, a kto ograniczy się jedynie do krótkoterminowych oszczędności.

# Rynek ubezpieczeniowy rośnie w siłę

Z danych szczegółowych opublikowanych przez Polską Izbę Ubezpieczeń (PIU) wynika, że w 2025 r. ubezpieczyciele wypłacili poszkodowanym niemal 53,8 mld zł – o 7 proc. więcej niż rok wcześniej. Skala robi wrażenie, ale jeszcze ważniejsza jest postępująca zmiana po stronie klientów.



**DR JOANNA SCHUBEL**

radca prawny,  
partner w kancelarii White Owl

**P**raktyka i badania pokazują, że klient oczekuje dziś prostych produktów, natychmiastowej obsługi i intuicyjnych procesów. Rynek i regulatorzy próbują za tymi oczekiwaniami nadążyć. Jednocześnie, w tle pozostaje kluczowy problem: relatywnie niski poziom wiedzy ubezpieczeniowej w społeczeństwie.

**Filary oczekiwań: prostota, szybkość i przejrzystość**  
Czego dziś oczekują klienci? Przede wszystkim: łatwości zawarcia umowy (69 proc.), szybkiego uzyskania oferty (54 proc.) i możliwości jej personalizacji (52 proc.) (Raport PIU 2024 „Cyfryzacja sektora ubezpieczeń w Polsce”). Branża wykonała w ostatnich latach



duży krok naprzód – procesy są szybsze, a komunikacja z klientem coraz częściej uproszczona. To konieczność w obliczu alarmujących danych: jeszcze w 2018 r. tylko 10 proc. klientów czytało umowy ubezpieczenia (co można powiązać ze stopniem ich skomplikowania – patrz: W. Ronka-Chmielowiec, Czytelność Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – teoria i zastosowanie w praktyce ubezpieczeniowej, s. 184).

W odpowiedzi na to pojawiają się kolejne inicjatywy – program prostej komunikacji Allianz czy „Encyklopedia prostej polszczyzny” PZU.

Drugim filarem oczekiwań klienta jest przebieg likwidacji szkód. Klient chce załatwiać sprawy online, szybko i bez komplikacji. I tu wyniki są dobre: 84 proc. klientów po zgłoszeniu szkody online pozytywnie ocenia czas reakcji ubezpieczycieli (Raport PIU 2024). Sama szybkość to

jednak nie wszystko. Kluczowe pozostaje, czy wypłata nastąpiła, w jakiej wysokości oraz czy decyzja – zwłaszcza odmowna – jest dla klienta zrozumiała.

Z praktyki wynika, że oczekiwania klientów często różnią się z rzeczywistym zakresem ochrony ubezpieczeniowej. Powiązać to można z zasygnalizowanym już problemem – większość klientów nie czyta (ze zrozumieniem) umów przed ich zawarciem. To z kolei prowadzi wprost do pytania o świadomość ubezpieczeniową klientów.

#### **Bariery: niska świadomość i problem niedoubezpieczenia**

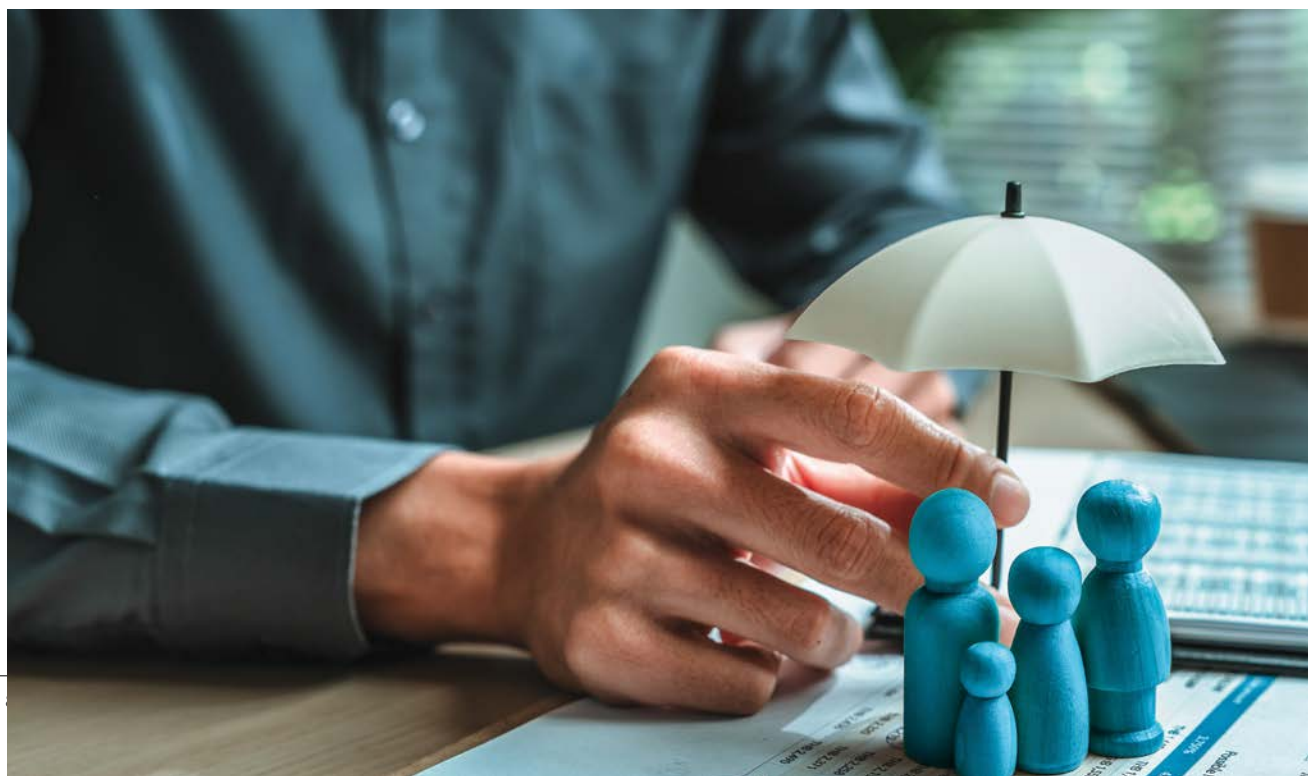
Deklaracje Polaków są jasne – chcą chronić swój majątek. Problem zaczyna się przy konkretnych: w Polsce ubezpieczonych jest tylko ok. 50 proc. mieszkań i domów, co samo oznacza już ok. 2 bln zł nieubezpieczonego majątku (Raport PIU 2024 „Polacy i ryzyko

### **KLIENT CHCE ZAŁATWIAĆ SPRAWY ONLINE, SZYBKO I BEZ KOMPLIKACJI.**

– jak się ubezpieczamy? Luka ubezpieczeniowa w Polsce”).

Zjawisko luki ubezpieczeniowej nie ogranicza się do nieruchomości. Coraz częściej wskazuje się np. na sektor IT – programiści działają bez adekwatnej ochrony, mimo że choćby jeden błąd w kodzie może generować ogromne straty. Pojawiają się nawet postulaty obowiązkowego OC zawodowego dla tej grupy.

W tym kontekście ważne są inicjatywy rynkowe wycelowa-



ne w edukację klientów. Warto przywołać np. powstałe w zeszłym roku Centrum Ubezpieczeń Gospodarczych przy Akademii Leona Koźmińskiego, w które zaangażowani są m.in. Marcin Janicki z Crawford Polska czy znana na rynku ekspertka dr. hab. Katarzyna Malinowska.

### **Odpowiedź regulatora: Projekt Rekomendacji dystrybucyjnych KNF**

Dla ochrony interesów klientów kluczowe jest, by produkty rzeczywiście odpowiadały ich potrzebom i miały dla nich realną wartość. Na tym koncentruje się Komisja Nadzoru Finansowego (KNF), pracując nad nowymi rekomendacjami dotyczącymi dystrybucji ubezpieczeń.

Jednym z głównych założeń jest eliminacja produktów niedopasowanych lub o niskiej wartości. KNF zamierza wprowadzić ogólną zasadę, że oczekiwane odszkodowania powinny wyno-

sić co najmniej 30 proc. składki brutto. Równolegle regulator stawia na większą transparentność: lepsze dopasowanie produktów i czytelne ograniczenia ochrony.

Proces konsultacji rekomendacji nie jest jednak łatwy – propozycje budzą opór rynku, a konsultacje trwają już kolejny rok. Finalny kształt rekomendacji pozostaje otwarty.

### **Odpowiedź ustawodawcy: ochrona klienta i proces reklamacyjny**

Równolegle ustawodawca pracuje nad dalszym wzmocnieniem pozycji klienta (projekt ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego, o Rzeczniku Finansowym i o Funduszu Edukacji Finansowej z 12 lutego 2026 r.). Kluczowa zmiana to rozszerzenie ochrony już na etap przed zawarciem umowy. To odpowiedź na realny problem – osoby, które nie podpisały umowy, nie mogą korzystać z ochrony Rzecznika Finansowego (RF), mimo sporów z instytucjami finansowymi. Projekt rozszerza ochronę także na osoby korzystające odpłatnie z cudzej rze-

czy (np. leasingobiorców), które – nie będąc ubezpieczonymi – do tej pory nie mogły korzystać z instrumentów ochrony przewidzianych w ustawie.

Istotne są też zmiany w procesie reklamacyjnym – brak odpowiedzi ubezpieczyciela na reklamację w ustawowym terminie ma skutkować zasadniczo automatyczną utratą możliwości kwestionowania roszczenia w sądzie. Ta ostatnia zmiana to odpowiedź na uchwałę Sądu Najwyższego z 13 czerwca 2018 r., zgodnie z którą brak takiej odpowiedzi w terminie nie wyłącza możliwości kwestionowania przez ubezpieczyciela zasadności dochodzonego roszczenia.

### **Podsumowanie i wnioski: przyszłość relacji z klientem**

Rynek mierzy się dziś z dwoma podstawowymi wyzwaniem: z jednej strony rosną oczekiwania klientów, z drugiej strony nadal niska pozostaje świadomość ubezpieczeniowa społeczeństwa. W tym kontekście kluczowe są trzy obszary.

Po pierwsze – samoregulacja. To branża najszybciej może poprawić jakość produktów i obsługi – zarówno na etapie zawierania umowy z klientami, jak i likwidacji szkód.

Po drugie – edukacja. Bez systemowych działań wymierzonych w edukowanie klientów, luka ubezpieczeniowa będzie się pogłębiać.

Po trzecie – ograniczona praktyczna rola regulatora i ustawodawcy. Formalne wymogi i sankcje mają znaczenie, ale nie zastąpią realnych usprawnień procesów przez ubezpieczycieli.

**DLA OCHRONY  
INTERESÓW KLIENTÓW  
KLUCZOWE JEST, BY  
PRODUKTY RZECZYWIŚCIE  
ODPOWIADAŁY ICH  
POTRZEBOM I MIAŁY DLA  
NICH REALNĄ WARTOŚĆ.**

# Gdy B2B zderza się z L4, ZUS nie zabezpiecza utraconego dochodu

Siedemnaście procent Polaków nie ma żadnych oszczędności, a co trzeci oszczędzający utrzyma się bez pensji najwyżej miesiąc. Dla osób na B2 B i samozatrudnionych utrata dochodu jest szczególnie dotkliwa – ZUS wypłaci im bardzo niskie świadczenie. Rynek ubezpieczeniowy odpowiada na to m.in. polisą od utraty dochodu.

## ŁUKASZ BRADŁO

dyrektor ds. kluczowych partnerów  
w Leadenhall Insurance

**D**ane BIG InfoMonitor rysują alarmujący obraz. Aż 28 proc. Polaków ma odłożone nie więcej niż 5 tys. zł, a kolejnym 26 proc. oszczędności wystarczą na maksymalnie pół roku. Choroba lub wypadek i związana z tym przerwa w zarabianiu to zatem ryzyko bankructwa domowego budżetu dla blisko połowy polskich gospodarstw. Osoby na umowie o pracę mają przynajmniej bufor w postaci zasiłku chorobowego zbliżonego wysokością do pensji. Samozatrudnieni tego „komfortu” nie mają.

### Świadczenia z ZUS-u – minimalnie urosły, ale nie zasympują luki

Od 2026 r. obowiązują nowe wysokości składek dla przedsiębiorców. Na małym ZUS-ie minimalna podstawa wymiaru składek to 1441,80 zł, na dużym ZUS-ie – 5652 zł. Przekłada się to na 30-dniowy za-

silek chorobowy w wysokości odpowiednio około 995 zł brutto (mały ZUS) i 3901 zł brutto (duży ZUS). W porównaniu z 2025 r. mówimy o wzroście rzędu 32 i 210 zł – różnice prawie żadne i nie naprawiają problemu. Kwota zasiłku to tylko jedno z ograniczeń.

Składka chorobowa dla przedsiębiorcy jest dobrowolna, a samo zgłoszenie do ubezpieczenia chorobowego nie daje natychmiastowego prawa do świadczenia – obowiązuje 90-dniowy okres karencji. Maksymalny okres pobierania zasiłku to 182 dni w roku kalendarzowym. Po jego wyczerpaniu zostaje renta z tytułu niezdolności do pracy. Minimalna renta całkowita wynosi 1970,60 zł brutto. Dorabianie grozi ograniczeniem lub utratą świadczenia, jeśli dodatkowe przychody przekroczą 130 proc. przeciętnego wynagrodzenia.

Krótko mówiąc: przedsiębiorca z miesięcznymi przychodami 15–20 tys. zł, który trafi do szpitala, w optymistycznym scenariuszu otrzyma z ZUS-u około 3 tys. zł miesięcznie. Kredyt,

czynsz, leasing samochodu, opłaty za szkołę dzieci – wszystko to musi dalej opłacać.

### Jak rynek ubezpieczeniowy odpowiada na utracony dochód?

W kontekście ubezpieczeniowym śmierć i długotrwałe problemy ze zdrowiem kojarzą się przeważnie z polisami na życie. One zapewniają wsparcie finansowe w trudnych momentach, ale co do zasady nie działają jako bezpośrednia rekompensata straconych zarobków.

To domena ubezpieczenia od utraty dochodu. Szacuje się, że globalny rynek tego segmentu wart jest 43 mld dolarów i według prognoz Market Data Forecast ma wzrosnąć do 56 mld dolarów do 2033 r. Dane sprzedażowe Leadenhall Insurance pokazują, że ta kategoria rośnie w dwucyfrowym tempie. W naszym portfelu liczba sprzedanych polis w 2025 r. zwiększyła się o 13 proc. r/r, a przypis składki o 27 proc. r/r.

Ochrona działa tak: po wypadku lub w chorobie, które prowadzą do całkowitej okresowej niezdolności do pracy w swoim za-



wodzie, ubezpieczony otrzymuje co miesiąc do 80 proc. przychodów. Świadczenie trafia do niego przez maksymalnie 24 miesiące. Jeżeli poszkodowany lub chory jest w stanie wrócić do zawodowej sprawności, zazwyczaj dzieje się to właśnie w ciągu dwóch lat od zdarzenia. Gdy jest to niemożliwe, poszkodowany może liczyć na jednorazowe świadczenie w modelu zbliżonym do polisy na życie. Składka roczna to około 1,5 proc. przychodów – w praktyce kilkadziesiąt do kilkaset złotych miesięcznie, w zależności od wieku, wysokości dochodów i klasy ryzyka zawodowego.

Ubezpieczenie odnosi się do konkretnego, wpisanego w polisie zawodu, a nie dowolnej pracy. Chirurg, który po wypadku nie może operować, ale podejmuje pracę dydaktyczną, nie traci świadczenia. To główna różnica wobec systemu rentowego ZUS, w którym wpada się w tzw. pułapkę dorabiania.

### Tak tracimy dochód

#### – przykłady z likwidacji szkód

Działanie ubezpieczenia najlepiej obrazują konkretne zgłoszenia i wypłacone świadczenia. Poniżej kilka przykładów z różnych branż.

- Programista poddany operacji onkologicznej i kilkumiesięcznej rekonwalescencji po zabiegu otrzymał 35,5 tys. zł. W IT praca w modelu B2 B jest powszechna. Bez etatowego bufora bezpieczeństwa polisa zastąpiła w tej sytuacji zasiłek chorobowy ze zwykłej umowy o pracę.
- Kierownik budowy ze złamaniem podudzia, po dwóch operacjach i długim okresie dochodzenia do zdrowia, pobierał 6,5 tys. zł miesięcznie przez cały czas niezdolności do pracy. Branża budowlana to dobry przykład profesji, w której nawet pozornie banalny uraz wyłącza specjalistę z aktywności zawodowej na wiele tygodni.
- Anestezjolog z nowotworem śluzowym otrzewnej otrzymał

z polisy łącznie 360 tys. zł. Przez wiele miesięcy nie mógł wykonywać zawodu wymagającego pełnej sprawności fizycznej i koncentracji – świadczenie pokryło stałe koszty życia jego rodziny w okresie leczenia i rekonwalescencji.

Różne profile zawodowe, różne kwoty, ale jeden mechanizm. W każdym przypadku świadczenie zastąpiło utracone przychody na poziomie pozwalającym normalnie funkcjonować rodzinie i regulować zobowiązania finansowe.

### Stabilizator gospodarczy, którego nie widać

Na ubezpieczenia patrzemy często przez pryzmat indywidualnej ochrony, ale z makroekonomicznego punktu widzenia są mechanizmem stabilizującym. Wypłata świadczenia po wypadku samozatrudnionego oznacza, że jego firma nie zniknie z rynku, kredyt zostanie spłacony, a rodzina zachowa zdolność konsumpcyjną. Przy kilkuset tysiącach jednoosobowych działalności gospodarczych w Polsce skala potencjalnych „zakłóceń” płynności finansowej jest bardzo duża.

Polski rynek dopiero buduje świadomość tej luki. Wielu przedsiębiorców wciąż wierzy, że dobrowolna składka chorobowa do ZUS-u to wystarczająca ochrona – co przy zasiłku poniżej 4 tys. zł brutto jest złudzeniem. Edukacja w tym zakresie pozostaje zadaniem dla branży ubezpieczeniowej i przedsiębiorców. Bo zdolność do zarabiania to dla samozatrudnionego najcenniejsze aktywo. I dlatego wymaga ubezpieczenia.



# Transformacja technologiczna i digitalizacja

Transformacja technologiczna w ubezpieczeniach to już nie kierunek rozwoju – to jego warunek. Istotną zmianą jest nie tylko wdrażanie nowych narzędzi, lecz redefinicja ich roli. Technologia przestaje być wsparciem, a staje się fundamentem.



**TOMASZ KASPRZAK**

Chief Digital Commerce & Experience  
Officer z firmy Trasti

**N**asze rozmowy z agentami oraz obserwacje zachowań klientów jednoznacznie wskazują na rosnące oczekiwania dotyczące szybkości, prostoty i transparentności obsługi. To daje digitalizacja.

Priorytetowe obszary digitalizacji w branży ubezpieczeniowej skupiają się dziś wokół kilku

kluczowych procesów. Pierwszym z nich są zgłoszenia szkód i rozwój rozwiązań self-service. Klienci chcą samodzielnie inicjować proces, bez konieczności kontaktu z infolinią. Jednocześnie oczekują intuicyjnych narzędzi, które przeprowadzą ich przez całą ścieżkę. Zgłaszający szkodę chce wiedzieć, na jakim etapie znajduje się jego sprawa – i chce tę informację otrzymać w czasie rzeczywistym.

Drugim obszarem jest triage i routing spraw oraz automatyczna analiza dokumentów. To zdolność systemu do rozpoznania rodzaju szkody, przypisania jej do odpowiedniej ścieżki i ograniczenia udziału człowieka tylko do skomplikowanych przypadków

wymagających interpretacji. Równolegle rozwija się obszar zarządzania dokumentami, ich obiegu i analizy. To bezpośrednio wpływa na efektywność operacyjną organizacji.

Coraz większe znaczenie mają także rozwiązania związane z wykrywaniem nadużyć (fraud detection) oraz automatyczną wyceną szkód.

## Technologiczna moda kontra „to naprawdę się opłaca”

Jednym z kluczowych pytań, jakie należy sobie dziś zadać, jest to, które z wdrożeń rzeczywiście przynoszą wartość, a które pozostają jedynie elementem technologicznej mody. Efektywność procesów nie zawsze wyini-

ka z poziomu ich automatyzacji. Z mojego doświadczenia wynika, że największe sukcesy osiągają te organizacje, które potrafią dobrać model wdrożenia do swojej skali, etapu rozwoju i dojrzałości operacyjnej. Modeli może być kilka, od prostych narzędzi wspierających pojedyncze etapy procesu, po kompleksowe systemy end-to-end.

### **Przykłady wdrożeń, które już ułatwiają życie**

Dobrym przykładem skutecznego wdrożenia funkcjonującego w obszarze ubezpieczeń jest mStłuczka. Została uruchomiona 1 września 2025 r. jako wspólna inicjatywa m.in. administracji publicznej i Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego. Wpisuje się w szerszy proces cyfryzacji obsługi szkód komunikacyjnych. Już w pierwszych tygodniach funkcjonowania rozwiązanie zaczęło szybko zdobywać popularność wśród kierowców. Potwierdza to rosnąca liczba zgłoszeń realizowanych w pełni cyfrowo. Aplikacja mObywatel jest wykorzystywana jako kanał kontaktu z ubezpieczycielem.

My też idziemy tym torem. Bianka – nasz wirtualny agent opierający się na konwersacyjnym modelu obsługi szkód, zastępuje tradycyjny formularz rozmową. Zgłaszający szkodę odpowiada na proste pytania zadawane w naturalny sposób, a system na bieżąco zbiera i porządkuje dane. Dzięki temu, po stronie zgłaszającego szkodę wymagane jest minimum informacji, a ryzyko błędów i braków formalnych zostaje ograniczone. Model konwersa-

## **TECHNOLOGIA POWINNA DZIAŁAĆ W TLE, ELIMINUJĄC ZBĘDNE KROKI I SKRACAJĄC ŚCIEŻKI DECYZYJNE.**

cyjny pozwala przejść przez cały proces — od zgłoszenia szkody, przez zebranie danych i ich weryfikację, aż po przygotowanie kosztorysu i decyzję o wypłacie. Miarą sukcesu transformacji technologicznej może być zmniejszenie kosztu obsługi szkody, ale przede wszystkim skrócenie czasu likwidacji szkody i szybsza wypłata odszkodowania. W naszym przypadku w wyniku wdrożenia kilku narzędzi udział zgłoszeń cyfrowych wzrósł z 31 proc. na początku 2025 r. do blisko 90 proc. obecnie. Odsetek spraw rozliczanych w czasie maksymalnie 14 dni zwiększył się z 11 proc., aż do 86 proc.

### **Technologia osadzona w całym ekosystemie**

Takie dane pokazują, że nawet stosunkowo proste narzędzia, jeśli są dobrze zaprojektowane, mogą znacząco skrócić czas obsługi i poprawić doświadczenie klienta. Kluczowe jest jednak ich osadzenie w całym ekosystemie procesowym – tak, aby dane z jednego etapu były natychmiast wykorzystywane w kolejnych.

Wdrożenia technologiczne bardzo często mają charakter ewolucyjny, a modele AI uczą się na przykładach. Nasze doświadcze-

nia pokazują, że rozwiązania, które początkowo pełnią funkcję wspierającą, np. w zakresie analizy dokumentów – z czasem stają się centralnym elementem procesu. Z czasem rozszerzają swoje funkcjonalności o kolejne obszary, takie jak klasyfikacja szkód czy rekomendacje decyzyjne. Tego typu rozwój wymaga jednak ciągłego testowania, iteracji i dostosowywania do zmieniających się potrzeb i oczekiwań ubezpieczonych.

Człowiek pozostanie w procesach wymagających kontekstu, empatii i odpowiedzialności. Patrząc w przyszłość, jestem przekonany, że rozwój sztucznej inteligencji w ubezpieczeniach będzie szedł w kierunku upraszczania rozwiązań, a nie ich komplikowania. Technologia powinna działać w tle, eliminując zbędne kroki i skracając ścieżki decyzyjne. Nie należy się tego bać. W użyciu pozostanie podejście „human in the loop”, czyli utrzymanie człowieka jako ostatecznego decydenta w procesach wymagających kontekstu, empatii i odpowiedzialności.

Transformacja technologiczna w ubezpieczeniach nie polega na zastępowaniu ludzi, lecz na mądrym podziale ról między człowiekiem a technologią. Automatyzacja nie wyklucza agenta, lecz go wzmacnia. Digitalizacja zdejmuje z jego barków ciężar administracyjny, pozwalając, by technologia zajęła się procesem, a on sam – relacją z klientem. To właśnie w tym obszarze – na styku automatyzacji i doświadczenia – będzie się rozstrzygać konkurencyjność firm w najbliższych latach.

# Hakerzy i AI – to największe zmartwienia firm

Cyberincydenty i AI są na czele listy najważniejszych ryzyk, z którymi mierzą się firmy – wynika z ostatniego badania Allianz Risk Barometer. Polskie firmy nie są jednak przygotowane. 50 proc. nie ma planu ciągłości działania po ataku, 51 proc. opiera swoje bezpieczeństwo na antywirusach, a budżet większości firm na zabezpieczenia nie przekracza 50 tys. zł rocznie, wynika z raportu „Cyberbezpieczeństwo: Trendy 2026”



**SZYMON BĄK**

specjalista ds. ubezpieczeń  
ryzyk cybernetycznych, broker  
ubezpieczeniowy w EIB

**W**obec ograniczonych budżetów na znaczeniu zyskują cyberpolisycy. Zapewniają one pokrycie kosztów zatrudnienia dodatkowych ekspertów, usunięcia skutków ataku, odzyskania danych i dostępu do urządzeń oraz akcji informacyjnych i wizerunkowych w razie wycieku danych. Ataki hakerskie, wycieki danych czy awarie krytycznej infrastruktury IT już 5. rok z rzędu są głównym zmartwieniem firm, wynika z najnowszej edycji Allianz Risk Barometer. Co więcej, wskazała je rekordowa liczba uczestników badania (ekspertów od zarządzania ryzykiem) – 42 proc. To, jak istotną rolę

w utrzymaniu ciągłości działania firm zajmują dziś zagrożenia cyfrowe, podkreśla kolejne miejsce rankingu, na które wskoczyło AI (skok z 10. miejsca rok temu, a w 2024 r. było w ogóle poza pierwszą 10.). Jako jedno z głównych ryzyk wskazało je 32 proc. odpytanych ekspertów. Rodzi to podstawowe pytanie, czy firmy są przygotowane, żeby stawić czoła tym zagrożeniom?

Tak wysoka obecność sztucznej inteligencji w tegorocznym rankingu najważniejszych ryzyk nie dziwi. Z kilku powodów. Po pierwsze, większość firm korzysta obecnie ze sztucznej inteligencji w codziennej działalności, chociażby z ogólnodostępnych modeli, żeby ułatwić codzienne prace biurowe. Po drugie, żeby AI działało poprawnie i spełniało nasze oczekiwania, musimy zasilić je odpowiednią ilością danych, co może prowadzić do wycieku wrażliwych informacji. Po trzecie, coraz częściej hakerzy „angażują” AI do przeprowadzenia złośliwych działań, zwłaszcza tych masowych jak Denial-of-Service

(DoS), które są jest jednym z głównych wektorów ataków. Dlatego bardziej niż kiedykolwiek wcześniej cyberbezpieczeństwo jest dziś jednym z głównych filarów zarządzania ryzykiem operacyjnym w firmach i musi mieć odzwierciedlenie w ubezpieczeniu.

## Czy polskie firmy są gotowe na ataki?

Raport „Cyberbezpieczeństwo: Trendy 2026” przeprowadzony przez Xopero wśród administratorów IT, specjalistów ds. bezpieczeństwa i prezesów firm z ponad 20 branż daje niestety jednoznaczną odpowiedź: nie. Połowa zbadanych organizacji nie posiada planu ciągłości działania na wypadek ataku, a 16 proc. w ogóle nie ma wprowadzonych żadnych procedur i planów reagowania na cyberincydenty. Ponadto 51 proc. broni się przed atakami przede wszystkim za pomocą tradycyjnego oprogramowania antywirusowego. W efekcie tylko 29 proc. organizacji ocenia swoją odporność

na cyberzagrożenia jako wysoką lub bardzo wysoką.

Od lat wszyscy eksperci od cyberbezpieczeństwa powtarzają, że ryzyko ataku sprowadza się już nie do pytania „czy?”, ale „kiedy?”. Mimo to, jak widać wiele organizacji niestety nie jest przygotowanych na typowe incydenty bezpieczeństwa danych czy spersonalizowane ataki. Zdają sobie sprawę, że wprowadzenie odpowiednich rozwiązań hardware czy SaaS jest kosztowne, a także nie każdą organizację stać na zatrudnienie na stałe odpowiednich specjalistów od bezpieczeństwa IT. Jednak trzeba pamiętać, że koszty likwidacji szkód z ewentualnego ataku zawsze są wyższe od prewencji. W skrajnych przypadkach, jak kradzież danych klientów, skuteczny atak może zepsuć rynkową reputację i zaufanie klientów do firmy.

### Jak działa cyberpolisa?

Wspomniane badanie „Cyberbezpieczeństwo: Trendy 2026” pokazuje też jakim budżetem na cyberbezpieczeństwo dysponuje większość firm, szczególnie z sektora MSP. Według raportu aż 77 proc. firm przeznaczają na

ten cel nie więcej niż 50 tys. zł (37 proc. nie przekracza nawet pułapu 10 tys.). Co więcej, 52 proc. nie zamierza zwiększyć budżetu w najbliższym czasie. Pozostaje więc zastanowić się jak zoptymalizować posiadane środki. Jednym z rozwiązań może być cyberpolisa.

Ubezpieczenie ma jedno zasadnicze zadanie: chronić firmę przed finansowymi konsekwencjami ataku, pomóc zlikwidować szkody i przywrócić ciągłość działania. Podstawowym elementem polisy jest pokrycie kosztów pracy informatyków śledczych i specjalistów bezpieczeństwa IT, odpowiedzialnych za przywrócenie sprawności systemów. Ich zadaniem jest zlokalizowanie źródła naruszenia, usunięcia złośliwego oprogramowania oraz odzyskanie dostępu do zainfekowanych urządzeń. Ubezpieczenie często umożliwia wsparcie zewnętrznego eksperta, do koordynacji zarządzania incydem, którego rola jest szczególnie istotna w pierwszych godzinach po wykryciu ataku, gdy każda decyzja ma bezpośrednie przełożenie na skalę strat.

Często atak ma też wymiar widerunkowy i może uruchomić

lawinę skutków prawnych. Polisa obejmuje więc refundację kosztów obsługi PR, a także wymaganej przez RODO, akcji informacyjnej wobec poszkodowanych klientów. W zakresie ochrony mieszczą się również koszty obsługi prawnej, wsparcie w postępowaniach administracyjnych i sądowych, a w przypadku stwierdzenia naruszenia, odszkodowania dla poszkodowanych oraz kary administracyjne. Trzeba jednak pamiętać, że towarzystwa ubezpieczeniowe mają konkretne wymagania wobec firm ubiegających się o cyberubezpieczenie. Przykładowo, standardem, który trzeba spełnić, jest wieloskładnikowe uwierzytelnianie dla wszystkich systemów firmowych, w szczególności tych dostępnych zdalnie. Ubezpieczyciele wymagają ponadto szyfrowania wrażliwych danych, rygorystycznej kontroli dostępu i tworzenia ich regularnych kopii zapasowych. Część towarzystw wymaga też cyklicznych szkoleń pracowników. Im słabsze zabezpieczenia techniczne i organizacyjne, tym mniejsza szansa na uzyskanie dobrej ochrony ubezpieczeniowej.



# Bezpieczeństwo przede wszystkim

Nowe regulacje wpłyną na rynek nieruchomości. Eksperci wskazują, że nowe projekty kształtują nie tylko przepisy, a realne oczekiwania kupujących. Bezpieczeństwo staje się dla nich coraz ważniejsze.



URSZULA OŻAROWSKA

Z początkiem roku weszły w życie nowe przepisy związane z tzw. ustawą schronową, która nakłada na deweloperów obowiązek uwzględnienia schronów i miejsc doraźnego schronienia w powstających inwestycjach. Jednocześnie schrony o powierzchni do 35 m<sup>2</sup> nie wymagają już pozwolenia na budowę, co ma uprościć wymogi biurokracyjne i w praktyce ułatwić powstawanie przydomowych schronów. Jak nowe przepisy wyglądają z perspektywy deweloperów i jak wpłyną na tworzone przez nich nowe projekty? O zdanie zapytaliśmy przedstawicieli spółek, które mają w swojej ofercie rozwiązania dla bezpieczeństwa ludności: Annę Anger, dyrektor Atlas Ward oraz Dawida Rybickiego, prezesa spółki European Shelters.

kiego, prezesa spółki European Shelters.

## Zmiany już na etapie planowania

Nowe wymogi wpływają na proces powstawania nowych inwestycji już na początkowym ich etapie: w procesie rozwoju koncepcji projektowej. – W praktyce oznacza to, że kwestii bezpieczeństwa nie można już zostawiać na koniec procesu projektowego. Funkcja ochronna musi być uwzględniana już na etapie koncepcji architektonicznej, układu części podziemnych, komunikacji, wejść, dróg ewakuacji, szynów instalacyjnych, odwodnienia i zasilania – zaznacza Anna Anger, dyrektor Atlas Ward, wykonawcy, który pod koniec ubiegłego roku powołał we współpracy z fińskim Temet Oy spółkę Atlas Ward Polskie Schrony. Celem spółki jest tworzenie w Polsce i Europie Środkowo-Wschodniej schronów opartych o fińskie zasady bezpieczeństwa i nowe technologie dual-use. Potrzebę zmian na wczesnych etapach dostrzega także spółka European Shelters, której działalność skupia się wo-

kół rozwiązań schronów przydomowych. – Rośnie znaczenie współpracy między architektem, konstruktorem i instalatorem już na wczesnym etapie projektu – podkreśla Dawid Rybicki, prezes spółki.

## Klarowne rozróżnienia

Nowe regulacje porządkują dotychczasową klasyfikację obiektów ochronnych, wprowadzając konkretne wymagania projektowe. Precyzyjne wymagania techniczne, wyróżnione w rozporządzeniu z listopada 2025 dzielą rozwiązania tworzone przez deweloperów na kategorie odporności, wskazując na ich potencjał w zapewnieniu bezpieczeństwa. W praktyce, oznacza to, że nie każda budowla będzie mogła być nazwana schronem, tworząc iluzoryczne poczucie bezpieczeństwa. – To bardzo ważna zmiana, bo wreszcie porządkuje rynek. Dzięki temu łatwiej będzie oddzielić rozwiązania doraźne od rzeczywistych schronów. [...] Z perspektywy inwestora, samorządu i państwa kluczowe jest dziś budowanie obiektów, które mają potwierdzalne parametry

ochronne, a nie tylko formalną etykietę – zaznacza Anna Anger. Projekty będą musiały zapewnić szereg wymogów technicznych i funkcjonalnych, skupiających się wokół odpowiedniej wytrzymałości konstrukcyjnej, systemów wentylacji i filtracji powietrza, umożliwiających funkcjonowanie w warunkach skażenia, dostępu do zapasowego źródła zasilania, zapewnienia minimalnej powierzchni użytkowej na osobę, dostępu do wody oraz rozwiązań sanitarnych czy odpowiednich dróg ewakuacyjnych i zabezpieczeń wejść – wymienia Dawid Rybicki

Nowe przepisy nie są jednak ściśle w zakresie nakładania na deweloperów bezpośrednich wymagań tworzenia w nowo powstających budynkach określonych, gwarantujących bezpieczeństwo rozwiązań do schronienia ludności. Choć nowe

regulacje zawierają wymogi charakteryzujące poszczególne typy obiektów ochronnych, nie ma wymogu budowy rzeczywistego schronu. Możliwe jest również zagospodarowanie przestrzeni pod miejsca doraźnego schronienia. Jednak te,

**MDS NIE SĄ  
ODPOWIEDNIKIEM  
SCHRONU. TO  
ROZWIĄZANIE AWARYJNE,  
PRZYDATNE JAKO  
ELEMENT SYSTEMU,  
ALE NIE POWINNO BYĆ  
TRAKTOWANE JAKO  
DOCELOWA ODPOWIEDŹ  
NA POTRZEBĘ OCHRONY  
LUDNOŚCI**

z perspektywy bezpieczeństwa pozostają wątpliwe.

– Z punktu widzenia odpowiedzialnego planowania, trzeba jasno powiedzieć: MDS nie są odpowiednikiem schronu. To rozwiązanie awaryjne, przydatne jako element systemu, ale nie powinno być traktowane jako docelowa odpowiedź na potrzebę ochrony ludności – podkreśla Anna Anger.

#### **Większe koszty nowych projektów**

Zawarcie w powstających projektach przestrzeni schronów może wpłynąć na koszty nowych inwestycji i w rezultacie ich finalną cenę. Dodatkowe wymogi techniczne i projektowe niosą za sobą większe potrzeby finansowe, a wpływ na nie mają poszczególne rozwiązania projektowe.

– Budowa schronów zwiększa koszt inwestycji, ale skala tego



wplywu zależy przede wszystkim od tego, czy funkcję ochronną uwzględnia się od początku. Jeżeli robi się to na etapie koncepcji, można zoptymalizować konstrukcję, układ wejść, stref technicznych i instalacji. Najdroższe jest zawsze późne „dopisywanie” bezpieczeństwa do gotowego projektu – zaznacza Anna Anger.

W tym miejscu powstaje również pytanie o priorytety – realne zapewnienie bezpieczeństwa czy wyłącznie spełnienie wymogu. Z perspektywy finansowania nowych inwestycji tańsze mogą okazać się rozwiązania nie gwarantujące pełnego bezpieczeństwa, takie jak miejsca doraźnego schronienia, które są akceptowane przez ustawodawcę. Wybór doraźnych rozwiązań, to jednak mniejsza realna szansa na ich skuteczność. Decyzja leży po stronie deweloperów, którzy będą musieli określić główne założenia już na wczesnym etapie projektowym.

– Problem polega na tym, że z perspektywy bezpieczeństwa narodowego i ochrony ludności niskokosztowe rozwiązanie nie zawsze jest rozwiązaniem właściwym. Taniej nie znaczy bezpieczniej. Jeżeli chcemy budować odporność państwa i miast, trzeba inwestować w schrony i ukrycia o rzeczywistych parametrach technicznych, a nie ograniczać się do rozwiązań minimalnych. Rozporządzenie techniczne wyraźnie rozróżnia kategorie ukryć i schronów, a wraz z nimi rosną wymagania odpornościowe – zaznacza Anna Anger.

– Naszym zdaniem rynek powinien dziś odejść od pytania „jak

**W POLSCE ZNAJDUJE SIĘ PONAD 70 TYS. PUNKTÓW SCHRONIENIA. SPOŚRÓD NICH DO KATEGORII SCHRONY ZALICZA SIĘ NIECAŁE 2 TYS. OBIEKTÓW, KTÓRE SĄ W STANIE POMIEŚCIĆ OKOŁO 300 TYS. LUDZI. WIĘKSZOŚĆ NIE JEST JEDNAK DOSTOSOWANA DO OBECNYCH WYMAGAŃ.**

zrobić to najtaniej”, a przejść do pytania „jak zrobić to mądrze, trwale i odpowiedzialnie”. W obszarze ochrony ludności koszt trzeba oceniać przez pryzmat skuteczności ochrony życia, nie wyłącznie przez koszt metra kwadratowego – dodaje. Gdy bezpieczeństwo ma być priorytetem, nie ma miejsca na półśrodki. Potrzebna jest jednak społeczna świadomość istotności takich inwestycji. A ta – jak wskazują firmy tworzące rozwiązania dla klientów prywatnych – rośnie.

#### **Nie tylko instytucje**

Zainteresowani budową schronów w nowych inwestycjach nie są wyłącznie deweloperzy. Choć ustawa nie nakłada na osoby prywatne obowiązku tworzenia miejsc do ochrony ludności, wzrasta popyt na budowę schronów przydomowych. – Liczba zapytań ofertowych wzrosła kilkukrotnie w porównaniu do

lat ubiegłych, przy czym coraz częściej są to inwestorzy indywidualni budujący domy jednorodzinne, a nie tylko klienci instytucjonalni – zaznacza Dawid Rybicki, prezes European Shelters. – Co istotne, zmienił się również charakter tych zapytań – inwestorzy są lepiej przygotowani, częściej pytają o konkretne rozwiązania techniczne (np. systemy filtracji powietrza, odporność konstrukcji czy autonomię schronu), co świadczy o rosnącej świadomości w tym zakresie – dodaje. Wzrost zainteresowania może również wskazywać, że nowe przepisy w zakresie budowy schronów przydomowych realnie ułatwiły inwestorom kwestie biurokracyjne w tym zakresie, przyspieszając powstawanie nowych inwestycji. Przypomnijmy, że od początku 2026 r. schrony do 35 m<sup>2</sup> nie wymagają uzyskania pozwolenia na budowę i można je tworzyć na zgłoszenie, dostarczając do urzędu dokumentację techniczną. – Nowa ustawa w pewnym stopniu porządkuje kwestie formalne i definiuje standardy, co jest pozytywnie odbierane przez branżę. Ułatwia to projektowanie i ogranicza niepewność interpretacyjną przepisów – podkreśla Dawid Rybicki. Potrzeby są ogromne, a system miejsc do ochrony ludności powinien być zmodernizowany jak najszybciej. Niezbędna jest jednak świadomość w zakresie zapewnienia realnego bezpieczeństwa. W branży deweloperskiej mówi się o nim coraz więcej, a w przyszłości może być ono wymogiem stawianym przez samych klientów.