TECHNOLOGIE W TRANSFORMACJI UBEZPIECZEŃ

EUROPEAN FINANCIAL CONGRESS

TECHNOLOGIE W TRANSFORMACJI UBEZPIECZEŃ

SOPOT 2026

© Copyright by Centrum Myśli Strategicznych

Centrum Myśli Strategicznych
ul. Powstańców Warszawy 19
81-718 Sopot

Redakcja: Kamila Bielawska

Korekta językowa: Gabriela Steliga

Skład: MAWITEL Marcin Węgrzynowicz

Projekt okładki: Centrum Myśli Strategicznych

Publikacja jest dostępna na licencji Creative Commons Uznanie Autorstwa 4.0 Międzynarodowe (CC BY 4.0).

Niniejsza publikacja miała swoją premierę na konferencji EKF Ubezpieczenia 2026.

ISBN ebook 978-83-66843-60-8

Sopot 2026

Spis treści

Przedmowa 5

ROBERT GOWIN

AI w ubezpieczeniach: transformacja firmy, nie projekt technologiczny 7

PAWEŁ JAKUBIK

Ubezpieczenia w epoce agentów AI: od projektów technologicznych do nowego modelu operacyjnego 13

WITOLD JAWORSKI

(R)ewolucja technologiczna w ubezpieczeniach 19

JAN KASTORY

„Na kolei wszystko po kolei...” 28

DOMINIKA KOZAKIEWICZ

Przyszłość brokera ubezpieczeniowego: człowiek, dane i technologia w jednym ekosystemie 34

MARCIN KULAWIK

Technologia nie zastąpi zaufania – ale pomoże zbudować je szybciej 40

MARCIN KURCZAB

Sektor ubezpieczeniowy – nowoczesny czy zacofany? 45

TOMASZ MASAJŁO

Od cyfryzacji do zmiany modelu ubezpieczeń 53

KAROL MAZUREK

Ubezpieczenia nowej ery. O przyszłości branży zdecyduje coś więcej niż sztuczna inteligencja **59**

RAFAŁ MOSIONEK

Udany prototyp może być złą decyzją biznesową. Jak przejść od pilotaży AI do transformacji zakładu ubezpieczeń **65**

JACEK SKWIERCZYŃSKI

Aktuariusze w służbie sprawiedliwego stosowania sztucznej inteligencji w ubezpieczeniach **72**

JAKUB ŚWINIARSKI
FILIP JAWORSKI

Cztery kierunki technologicznej zmiany, które definiują dziś rynek **76**

MARCIN WARSZEWSKI

Agent kontra agent. Kto sprzeda polisę, gdy kupować będzie maszyna? **82**

Przedmowa

Polski sektor finansowy uważany jest za jeden z bardziej zaawansowanych technologicznie w Europie. W największym stopniu ta ocena odzwierciedla rozwiązania stosowane w bankowości detalicznej i płatnościach. Jest to naturalną konsekwencją dominującej roli banków w naszym sektorze finansowym. Niemniej, od dwóch dekad zakłady ubezpieczeń intensywnie wdrażają różne rozwiązania technologiczne niemal w każdym obszarze działalności. Automatyzacja, cyfryzacja, IoT czy sztuczna inteligencja wpływają na cały łańcuch wartości – od underwritingu, przez pricing, sprzedaż i obsługę klienta, likwidację szkód i wykrywanie nadużyć. Te zmiany były przedmiotem debat i refleksji podczas naszych dorocznych wydarzeń, szczególnie podczas Europejskiego Kongresu Finansowego oraz EKF Ubezpieczenia. Debaty te skłoniły nas do podjęcia inicjatywy, aby liczne i inspirujące głosy zostały utrwalone. Dlatego też zwróciliśmy się do ekspertów rynku ubezpieczeniowego o podzielenie się swoimi refleksjami na temat roli technologii w transformacji ubezpieczeń.

Przedstawiamy Państwu publikację, która jest zbiorem trzynastu esejów bazujących na własnym doświadczeniu i refleksji strategicznej w zakresie wdrażania nowych rozwiązań technologicznych w ubezpieczeniach, ich efektywności, ograniczeniach i przyszłości.

Większość opinii koncentruje się na sztucznej inteligencji jako technologii, która nie tylko umożliwia wzrost efektywności działania, lecz ma potencjał do zmiany modelu biznesowego ubezpieczeń. Potencjał ten, lecz również ograniczenia, analizowane są przez autorów z różnych pespektyw: zarządzania zakładem ubezpieczeń, dystrybucji ubezpieczeń, insurtechów i doradztwa technologicznego w ubezpieczeniach.

Niezależnie od różnic w poglądach Autorów co do tempa i sposobu wdrażania nowych technologii, wspólnym mianownikiem pozostaje pożądany rezultat końcowy: wykorzystanie technologii do budowania zaufania i relacji z klientem. A to są kluczowe kwestie w działalności ubezpieczeniowej.

Życzymy Państwu miłej lektury!

Leszek Pawłowicz, Koordynator Europejskiego Kongresu Finansowego
Kamila Bielawska, Ekspertka EKF Research

Robert Gowin
COO, Unum Poland

Członek Zarządu i COO w Unum Poland, gdzie od ponad dekady odpowiada za operacje, technologię i transformację cyfrową organizacji. Posiada ponad 25-letnie doświadczenie w sektorze ubezpieczeń i usług finansowych – budował modele operacyjne od podstaw, skalował je w warunkach dynamicznego wzrostu i konsekwentnie dostarczał mierzalne efekty w obszarze produktywności operacyjnej, efektywności kosztowej i doświadczenia klienta.

Łączy doświadczenie operacyjne z praktycznym rozumieniem technologii i jej zastosowania w biznesie ubezpieczeniowym. Szczególnie interesuje go obszar sztucznej inteligencji – nie jako trend, ale jako praktyczne narzędzie zmiany sposobu działania organizacji finansowych.

Z wykształcenia matematyk a także absolwent studiów Executive MBA.

Robert Gowin

AI w ubezpieczeniach: transformacja firmy, nie projekt technologiczny

Sztuczna inteligencja jest dziś jedną z niewielu technologii, które są jednocześnie rewolucyjne i całkowicie praktyczne. Rewolucyjne – bo zmieniają nie tylko to, jak szybko wykonujemy zadania, ale z jakimi wyzwaniami w ogóle możemy się zmierzyć. Dają nam dostęp do nieograniczonych zasobów wiedzy. Praktyczne – bo każdy z nas może korzystać z tej technologii bez jej znajomości i przy minimalnym wysiłku. To rzadkie połączenie. Technologie rewolucyjne zwykle wymagają lat, zanim staną się użyteczne dla przeciętnego człowieka. AI przeskoczyła ten etap.

Jednocześnie jest to technologia, której do końca nie rozumiemy. Nie wiemy dokładnie, dlaczego model podejmuje taką, a nie inną decyzję. Nie potrafimy przewidzieć, gdzie się pomyli. Nie mamy dziesięcioleci doświadczeń, na których moglibyśmy oprzeć ocenę ryzyka. To budzi niepokój – i słusznie. Branża ubezpieczeniowa zarządza ryzykiem zawodowo i instynktownie nie ufa temu, czego nie potrafi zmierzyć.

Ten niepokój jest jednak złym doradcą, jeśli prowadzi do bezczynności. Bo pytanie nie brzmi już: czy wdrożyć AI; brzmi: kiedy zaczniemy i ile nas będzie kosztować to, że zaczęliśmy później niż konkurencja.

Technologia nie zmienia organizacji

Zacznijmy od tezy, która wydaje się oczywista, a w praktyce jest najczęściej ignorowana: technologia sama z siebie nie zmienia organizacji. Zmieniają ją ludzie, którzy potrafią ją zastosować.

Historia transformacji cyfrowej w polskich ubezpieczeniach jest pełna projektów, które technicznie się udały, a biznesowo nie przyniosły nic. System został wdrożony, ale procesy pozostały te same. Narzędzie działa, ale nikt z niego nie korzysta, bo nie zmieniono sposobu pracy. Platforma komunikacyjna jest dostępna, ale pracownicy nadal wysyłają maile, bo tak jest szybciej w ich starym modelu myślenia.

Z AI będzie identycznie – tylko w większej skali i z wyższą ceną błędu. Technologia tworzy możliwość. Organizacja tworzy z niej wartość – albo nie tworzy.

To jest transformacja operacyjna, nie technologiczna

I tu dochodzimy do sedna wyzwania, które nas czeka. Wdrożenie AI w firmie ubezpieczeniowej nie jest transformacją technologiczną. Jest transformacją modelu działania firmy.

Transformacja technologiczna ma właściciela – zwykle CIO – budżet, harmonogram i mierzalny punkt zakończenia. Transformacja modelu operacyjnego nie ma jednego właściciela, bo dotyka wszystkiego: sposobu, w jaki tworzymy produkty, w jaki oceniamy ryzyko, w jaki obsługujemy klienta, w jaki rozliczamy pracowników, w jaki zarządzamy ryzykiem operacyjnym.

Oznacza to, że odpowiedzialność za AI nie może spoczywać na jednej osobie z pionu technologii. Musi być wspólną agendą całego zarządu, który musi wyznaczyć kierunek i dać przyzwolenie na eksperymentowanie. Dyrektor operacyjny musi przebudować procesy. Dyrektor finansowy musi zrozumieć, że zwrot nie przyjdzie w pierwszym roku. Dyrektor ryzyka musi zbudować ramy, w których AI może działać bezpiecznie. Dyrektor HR musi przygotować ludzi na zmianę roli. Jeśli któregoś z tych elementów zabraknie, projekt AI stanie się kolejnym wdrożeniem, które technicznie się udało.

Pięć obszarów, w których rozstrzyga się powodzenie

Z doświadczenia – własnego i obserwowanego na rynku – wyciągam wniosek, powodzenie transformacji AI rozstrzyga się w pięciu obszarach jednocześnie. Zaniedbanie któregokolwiek z nich może utrudnić lub wręcz uniemożliwić końcowy sukces.

Przywództwo. Zarząd musi wyznaczyć kierunek i – co trudniejsze – dać organizacji przyzwolenie na naukę. To oznacza akceptację, że część eksperymentów się nie powiedzie, że pierwsze wdrożenia będą niedoskonałe, że zespoły będą potrzebowały czasu na oswojenie się z nową materią. To może być trudne wyzwanie w organizacji, która ma wysoką awersję do ryzyka, gdzie nie ma przyzwolenia na pomyłkę. Zrobienie pierwszego kroku będzie trudne – nikt nie zaryzykuje go bez wyraźnego sygnału z góry. Dlatego tak ważne jest przywództwo w tym procesie zmiany.

Model operacyjny. Procesy zaprojektowane pod pracę człowieka nie zadziałają z AI bez przebudowy. Role muszą zostać zredefiniowane. Systemy operacyjne muszą umożliwiać integrację z rozwiązaniami AI w czasie rzeczywistym. To jest praca fundamentalna – i najczęściej niedoszacowana w budżetach projektów AI.

Dane. To jest obszar, w którym większość firm ubezpieczeniowych odkryje nieprzyjemną prawdę. Przez dekady zbieraliśmy dane pod raportowanie ustawowe i zasilanie systemów centralnych. Do budowy i trenowania modeli AI potrzebne są dane innego rodzaju: ustrukturyzowane, spójnie opisane, historycznie głębokie, dostępne w czasie rzeczywistym. Wiele organizacji odkryje, że ma dużo danych, ale niewiele takich, na których da się uczyć. Budowa nowoczesnej architektury danych jest warunkiem koniecznym – i projektem samym w sobie.

Governance. AI wprowadza kategorie ryzyka, których dotąd nie mieliśmy. Jak audytować decyzję modelu? Jak zapewnić przejrzystość wobec klienta i regulatora? Jaki jest nasz apetyt na ryzyko związane z automatyczną decyzją? Jak spełnić wymogi *AI Act* i ochrony danych? I pytanie najważniejsze: kto odpowiada za błąd modelu? Odpowiedź musi być jednoznaczna – odpowiada człowiek, zawsze. Model nie ponosi odpowiedzialności i nie może jej ponosić. Ramy *governance* muszą powstawać równolegle z pierwszymi wdrożeniami, nie po nich.

Ludzie i kultura. To jest obszar, który zadecyduje najbardziej – i w którym branża ubezpieczeniowa ma trudną pozycję startową. Potrzebujemy kompetencji, których dziś w większości firm nie ma: inżynierów uczenia maszynowego, architektów danych, specjalistów od jakości modeli. W konkurencji o talenty przegrywamy z big-techem i fin-techem zarówno wynagrodzeniem, jak i wizerunkiem branży. Musimy także przekwalifikować pracowników operacyjnych do nowych ról nadzoru nad AI i przygotować organizację na kohabitację ludzi i agentów AI – pracowników wirtualnych wykonujących sekwencje zadań pod nadzorem człowieka. Najtrudniejszy do obsadzenia jest jednak profil, który nie istnieje jako gotowa kategoria na rynku pracy: pracownik łączący kompetencje *data scientist* i znajomość technologii AI ze zrozumieniem niuansów biznesu ubezpieczeniowego. To jest realne ograniczenie tempa transformacji i argument za tym, by budować te kompetencje wewnątrz organizacji, zanim staną się towarem deficytowym.

Jak zacząć, żeby nie utknąć

Doświadczenie pierwszych wdrożeń pozwala sformułować kilka praktycznych zasad, które oszczędzają czas i pieniądze.

Zacznijmy od konkretnego problemu biznesowego, nie od technologii. Jeden proces, jeden mierzalny cel, jedno rozwiązanie. Wokół tego budujemy zarówno

wdrożenie, jak i ramy *governance*. Firma, która zaczyna od pytania „które rozwiązanie lub model AI wybrać", zaczyna od złej strony.

Wybierajmy rozwiązania proste i dopasowane do problemu. Pokusa budowania elastycznej, uniwersalnej platformy jest duża i prawie zawsze kończy się projektem, który się nie kończy. Podobnie pokusa przeskakiwania na każdy nowszy model – technologia zmienia się szybciej, niż jesteśmy w stanie wdrażać. W pewnym momencie trzeba zamrozić wybór i dokończyć rozwiązanie.

Dajmy sobie czas na eksperymenty i błędy. Tuning rozwiązania AI wymaga wielu iteracji. To jest praca badawcza, nie wdrożeniowa – i harmonogram powinien to odzwierciedlać. Natkniemy się na różne niespodzianki i z pozoru błahe problemy, których rozwiązanie nie jest oczywiste. W pilotażu rozwiązania do analizy dokumentacji medycznej największą barierą nie okazał się wybór modelu ani regulacje – okazały się nią nasze własne dokumenty, choć prawnie spójne, to niejednoznaczne dla AI. Podobnie rzecz się ma z jakością dokumentów tworzonych przez samych lekarzy – te same zdarzenia opisane są w różny sposób.

Od początku projektujmy rozwiązanie z myślą o integracji, skalowalności, transparentności i audytowalności. Prototyp, który działa w izolacji, jest ciekawostką. Wartość powstaje dopiero wtedy, gdy rozwiązanie jest wpięte w proces i system – i gdy da się je wykorzystać na masową skalę.

Budujmy *governance* równolegle z rozwiązaniem, nie po nim. Pierwsze wdrożenie jest okazją do oswojenia organizacji z nową kategorią ryzyka – do wypracowania procedur, punktów kontroli, zasad odpowiedzialności. Jeśli odłożymy to na później, okaże się, że mamy działające narzędzie, którego nie wolno nam użyć.

I wreszcie: od pierwszego dnia zakładajmy, że ostateczną decyzję podejmuje człowiek. Nie jako zabezpieczenie tymczasowe, ale jako trwały element architektury.

Korzyści nie są tam, gdzie ich szukamy

Transformacja AI, jak każda inna transformacja, wymaga realnych pieniędzy – nie tylko na technologię, ale na dane, kompetencje i czas potrzebny na naukę. To jest inwestycja, która w pierwszych latach obciąża wynik, a zwraca się później i w miejscach, których nie widać w klasycznym *business case*.

Najczęstszy błąd w uzasadnianiu inwestycji w AI to sprowadzenie jej do redukcji zatrudnienia. To jest jednocześnie strategicznie błędne i finansowo nietrafione.

Strategicznie – bo demotywuje ludzi, których potrzebujemy do przeprowadzenia tej zmiany. Finansowo – bo pomija miejsca, w których wartość naprawdę powstaje: stabilność działania niezależna od rotacji i absencji, szybkość obsługi przekładająca się na doświadczenie klienta, jakość i spójność decyzji redukująca błąd systemowy, wreszcie skalowalność – zdolność do obsługi rosnących wolumenów bez proporcjonalnego wzrostu kosztów.

Ta ostatnia korzyść jest najbardziej niedoceniana i zarazem najbardziej wartościowa. Tradycyjny model operacyjny ubezpieczyciela skaluje się liniowo. AI zmienia tę proporcję fundamentalnie – a w branży, w której wzrost portfela jest podstawową miarą sukcesu, zmiana ekonomiki skalowania jest przewagą konkurencyjną trudną do nadrobienia.

Podróż, nie projekt

Transformacja AI nie jest projektem z datą zakończenia. Jest podróżą, w którą prędzej czy później wyruszy każda firma ubezpieczeniowa na tym rynku. Różnica będzie polegała na tym, kto wyruszył wcześniej, nauczył się i zaczął budować wartość.

To jest proces budowy nowych kompetencji w całej organizacji. Nie można nadrobić kilku lat nauki, eksperymentów, zatrudniając konsultanta. Nie można odtworzyć historii danych, których się nie zbierało. Nie można w rok zbudować kultury organizacyjnej, która potrafi pracować z nowym modelem.

Dlatego moment rozpoczęcia ma znaczenie większe niż wybór technologii. Za pięć lat liderami w tej branży nie będą firmy, które kupiły najlepsze narzędzia. Będą nimi te, które najwcześniej zaczęły budować fundament: dane, kompetencje, procesy i kulturę pozwalającą używać AI odpowiedzialnie i skutecznie.

To nie jest pytanie o technologię. To jest pytanie o gotowość organizacji i jej odwagę, żeby zacząć, zanim wszystko będzie jasne.

Paweł Jakubik
Technology Consulting, Alliances Leader, EY Polska

Uznany ekspert w obszarze technologii chmurowych i transformacji cyfrowej. Przez sześć lat pełnił funkcję Dyrektora ds. Transformacji Cyfrowej w Chmurze oraz członka zarządu Microsoft Polska, gdzie odpowiadał m.in. za rozwój programu Polska Dolina Cyfrowa o wartości 1 mld USD. Obecnie, jako Technology & Consulting Sales Leader w EY Polska, wspiera rozwój sprzedaży rozwiązań technologicznych oraz oferty doradztwa technologicznego, odpowiadając na bieżące i przyszłe potrzeby rynku.

Wspiera organizacje w transformacji cyfrowej, rozwoju innowacji i wykorzystaniu technologii do budowania przewagi konkurencyjnej. Łączy doświadczenie biznesowe, technologiczne i sprzedażowe, pomagając firmom skutecznie odpowiadać na wyzwania dynamicznie zmieniającego się rynku. Obecnie koncentruje się na rozwoju nowoczesnych rozwiązań technologicznych oraz wspieraniu klientów w realizacji strategicznych inicjatyw transformacyjnych.

Paweł Jakubik

Ubezpieczenia w epoce agentów AI: od projektów technologicznych do nowego modelu operacyjnego

Ubezpieczenia od zawsze były biznesem informacyjnym. Zakład ubezpieczeń nie produkuje dóbr – wycenia niepewność na podstawie danych, które potrafi zebrać, zrozumieć i przetworzyć szybciej i lepiej niż konkurencja. To, co dzieje się dziś – upowszechnienie chmury, dojrzewanie sztucznej inteligencji, a od kilkunastu miesięcy szybki rozwój systemów agentowych – nie jest kolejną falą narzędzi IT. To zmiana tego, czym jest praca w zakładzie ubezpieczeń.

W EY, pracując z zakładami ubezpieczeń i bankami w Polsce i w regionie, widzimy jedno wyraźne pęknięcie: między tym, co technologia już dziś potrafi, a tym, ile z tych możliwości realnie trafia do procesów, produktów i klientów. Ten tekst jest próbą nazwania, skąd bierze się to pęknięcie i co trzeba zrobić, aby je zamknąć.

Co zmieniło się już dziś

Warto oddzielić trzy warstwy zmiany, bo każda ma inną dynamikę.

Pierwsza – to dane. Telematyka w pojazdach, czujniki w budynkach i instalacjach przemysłowych, dane satelitarne i meteorologiczne o coraz wyższej rozdzielczości, otwarte rejestry publiczne, wreszcie ślad cyfrowy pozostawiany przez klientów w kanałach zdalnych – zakłady ubezpieczeń mają dostęp do informacji o ryzyku w skali, o której aktuariusze sprzed dekady mogli tylko marzyć. Problem w tym, że w większości organizacji dane te wciąż leżą obok procesów, a nie w nich.

Druga warstwa to przetwarzanie. Modele uczenia maszynowego w wykrywaniu nadużyć, klasyfikacji szkód czy segmentacji klientów są w polskich zakładach obecne od lat. Nowością ostatnich dwóch, trzech lat jest generatywna AI, która po raz pierwszy pozwala maszynie pracować na tym, z czego składa się większość pracy ubezpieczyciela: na nieustrukturyzowanym tekście, dokumentach, zdjęciach, rozmowach. Zgłoszenie szkody z załącznikami, kosztorys warsztatu, dokumentacja medyczna, umowa najmu w ubezpieczeniu korporacyjnym – to wszystko można dziś czytać, streszczać, weryfikować i porównywać

automatycznie, z jakością zbliżoną do pracy doświadczonego specjalisty. Kolejnym krokiem są agenty AI: systemy, które nie tylko odpowiadają, ale samodzielnie wykonują wieloetapowe zadania – pobierają dane z systemu polisowego, uzupełniają braki, uruchamiają kolejne kroki procesu i eskalują do człowieka tam, gdzie ich pewność spada.

Trzecia warstwa to interfejs z klientem i dystrybucja. Ubezpieczenie coraz częściej kupuje się nie u ubezpieczyciela, lecz przy okazji innej transakcji: zakupu samochodu, rezerwacji podróży, wynajmu mieszkania, podpisania umowy leasingu. Ubezpieczenia wbudowane przenoszą decyzję o zakupie do ekosystemów partnerów, a zakład ubezpieczeń staje się dostawcą produktu i kapitału dla cudzego kanału. Dla wielu podmiotów to zmiana trudniejsza niż jakikolwiek projekt IT, bo dotyka modelu biznesowego i relacji z siecią agencyjną.

Gdzie te trzy warstwy spotykają się dziś najwyraźniej? W likwidacji szkód, gdzie automatyczne przyjęcie zgłoszenia, analiza dokumentów i zdjęć, wykrywanie nadużyć i wypłata prostych szkód w kilka godzin zamiast kilku tygodni przestały być pilotażem. W underwritingu korporacyjnym, gdzie AI skraca analizę dokumentacji ryzyka z dni do godzin, pozwalając underwriterowi skupić się na ocenie, a nie na czytaniu. W obsłudze klienta, gdzie asystenci AI zamykają większość prostych spraw – ale, co ważniejsze, wspierają konsultanta w sprawach złożonych, podając mu w czasie rzeczywistym kontekst, historię i rekomendację.

Dlaczego więc jest tak trudno

Skoro technologia działa, dlaczego skala jej wykorzystania w polskich zakładach ubezpieczeń jest wciąż niewielka w stosunku do potencjału? Widzimy pięć barier – i żadna z nich nie jest w istocie technologiczna.

Pierwsza – to systemy dziedzinowe. Wiele zakładów pracuje na systemach polisowych i likwidacyjnych mających kilkanaście lub kilkadziesiąt lat. AI bez dostępu do wiarygodnych danych z tych systemów w czasie rzeczywistym jest jak analityk bez dostępu do ksiąg: może pisać eleganckie notatki, ale niczego nie zmieni. Modernizacja *core* jest nieunikniona, ale nie musi oznaczać wieloletniej wymiany „na raz". Coraz częściej sprawdza się strategia stopniowego wynoszenia logiki i danych na zewnątrz – produkt po produkcie, proces po procesie.

Druga bariera to jakość i własność danych. Dane są rozproszone między spółkami grupy, kanałami dystrybucji i systemami produktowymi. Nie mają jednego właściciela biznesowego, jednej definicji klienta, jednego standardu jakości. Bez tego każde wdrożenie AI kończy się na etapie „to działa na naszym pilotażowym zestawie danych".

Trzecia – to regulacja i zaufanie. Unijny akt o sztucznej inteligencji zalicza ocenę ryzyka i wycenę w ubezpieczeniach na życie i zdrowotnych do systemów wysokiego ryzyka, ze wszystkimi konsekwencjami w zakresie dokumentacji, testowania i nadzoru człowieka. DORA podniosła poprzeczkę dla odporności operacyjnej i zarządzania dostawcami ICT. Do tego dochodzą oczekiwania nadzoru krajowego i rosnąca wrażliwość klientów na to, jak wykorzystywane są ich dane. Nie traktujemy tego jako hamulca – dobrze zaprojektowana zgodność jest przewagą konkurencyjną, bo buduje zaufanie, na którym opiera się cały ten biznes. Wymaga jednak zaprojektowania ładu AI zanim, a nie po tym, jak rozwiązania trafią na produkcję.

Czwarta bariera to kompetencje i model organizacyjny. Zbyt mało zakładów ubezpieczeń traktuje technologię jako kompetencję zarządu, a nie działu IT. Tymczasem decyzje o tym, gdzie postawić granicę autonomii algorytmu, jak zmienić proces, jak przeszkolić i przeorganizować zespoły – to decyzje biznesowe. Największe sukcesy odnoszą organizacje, w których właścicielem wdrożenia AI jest szef likwidacji, underwritingu czy sprzedaży, a IT jest partnerem, nie wykonawcą.

Piąta – to ekonomika pilotaży. Wiele organizacji utknęło w „czyśćcu pilotaży": dziesiątki prób, z których każda działa, ale żadna nie przeszła do skali, bo zabrakło decyzji o zmianie procesu, budżetu na integrację lub odwagi, by zamknąć stary sposób działania. Nasza rekomendacja jest prosta: mniej pilotaży, więcej wdrożeń *end-to-end* w wybranych procesach, z mierzalnym celem biznesowym i datą wygaszenia dotychczasowego rozwiązania.

Co technologia może zmienić w ubezpieczeniach jutra

Jeśli spojrzeć dalej niż na najbliższy cykl budżetowy, widzimy cztery kierunki, w których technologia zmienia nie tyle działanie, ile istotę zakładu ubezpieczeń.

Od odszkodowania do zapobiegania. Jeśli ubezpieczyciel widzi ryzyko w czasie rzeczywistym – nieszczelną instalację, pogarszający się styl jazdy, nadchodzącą falę upałów czy podtopień – może działać, zanim szkoda powstanie.

To zmienia relację z klientem z corocznego kontaktu przy odnowieniu w stały, partnerski dialog, a produkt ubezpieczeniowy – w usługę zarządzania ryzykiem. W ubezpieczeniach majątkowych i korporacyjnych, wobec rosnących strat klimatycznych, to nie jest wizja – to warunek utrzymania ubezpieczalności wielu ryzyk.

Personalizacja i granice solidarności. Im lepiej potrafimy wycenić ryzyko indywidualne, tym bardziej kruszy się fundament ubezpieczeń – wspólnota ryzyka. Technologia da nam narzędzia, by wycenić każdego osobno; to rynek, regulator i społeczeństwo muszą zdecydować, gdzie tego nie chcemy. Ta debata dopiero się zaczyna i sektor powinien ją prowadzić aktywnie.

Agentowy model operacyjny. Wyobraźmy sobie likwidację szkody, w której zgłoszenie, weryfikację, wycenę, kontakt z warsztatem i wypłatę prowadzi zespół wyspecjalizowanych agentów AI, a człowiek nadzoruje wyjątki, decyduje w sprawach spornych i rozmawia z klientem tam, gdzie liczy się empatia. To samo dotyczy underwritingu, obsługi polis i raportowania regulacyjnego. Nie chodzi o redukcję ludzi, lecz o inną pracę: mniej przepisywania, więcej oceny; mniej obsługi systemów, więcej obsługi klienta. Zakłady, które w ciągu najbliższych trzech, pięciu lat przeprojektują swoje procesy pod ten model, będą działać przy strukturalnie niższych kosztach i szybciej odpowiadać na potrzeby rynku.

Nowe ryzyka jako nowe rynki. Odpowiedzialność za działanie systemów AI, cyberryzyko małych i średnich firm, ryzyka transformacji energetycznej, nowe formy pracy i mobilności to obszary, w których dane historyczne są skąpe, a potrzeba ochrony – ogromna. Właśnie tu technologia – modelowanie, dane alternatywne, dynamiczna wycena – pozwoli ubezpieczać to, czego wczoraj ubezpieczyć się nie dało. Dla polskiego rynku, w którym luka ochronna w ubezpieczeniach majątkowych i życiowych pozostaje wyraźnie większa niż w dojrzałych rynkach Unii Europejskiej, to nie tylko szansa biznesowa, ale i odpowiedzialność.

Pięć decyzji dla zarządów

Z naszych doświadczeń wynika, że różnica między liderami a resztą rynku rzadko wynika z dostępu do technologii – ta jest dziś dla wszystkich mniej więcej taka sama. Wynika z decyzji. Pięć z nich uważamy za kluczowe.

Po pierwsze: uczyńcie dane aktywem zarządzanym na poziomie zarządu, z jasną własnością biznesową i mierzoną jakością. Po drugie: wybierzcie dwa, trzy procesy *end-to-end* i przeprojektujcie je od nowa pod współpracę człowieka i agentów AI, zamiast automatyzować fragmenty starego procesu. Po trzecie: zbudujcie ład AI – zasady, role, mechanizmy kontroli, zanim regulator o to zapyta, i traktujcie go jako element marki, nie koszt zgodności. Po czwarte: traktujcie modernizację systemów dziedzinowych jako program biznesowy prowadzony przyrostowo, a nie projekt IT „do wykonania kiedyś". Po piąte: inwestujcie w ludzi – w kompetencje likwidatorów, underwriterów i sprzedawców do pracy z AI – co najmniej tak samo jak w samą technologię.

Technologia nie zmieni istoty ubezpieczeń: nadal będą one obietnicą, że ktoś stanie przy nas w trudnym momencie. Zmieni natomiast to, jak dobrze, jak szybko i za jaką cenę tę obietnicę potrafimy spełnić. Zakłady ubezpieczeń, które to zrozumieją, za kilka lat nie będą konkurować z insurtechami czy platformami – będą dla nich partnerem, którego trudno zastąpić.

Witold Jaworski

Doktor nauk ekonomicznych, wieloletni pracownik Katedry Ubezpieczeń UE w Poznaniu. Doradca strategiczny w McKinsey&Company. Później manager w instytucjach finansowych: Członek Zarządu PZU SA, Prezes PZU Życie SA i TU Allianz Polska. Założyciel i inwestor spółek technologicznych: YU! (ubezpieczenia uzależnione od stylu jazdy), carrot.pl (platforma likwidacji szkód całkowitych), vindicat.pl (windykacja online), mobilemed (platforma rehabilitacyjna i *corporate wellness*), datoria (dane i analityka rynku motoryzacyjnego).

Witold Jaworski

(R)ewolucja technologiczna w ubezpieczeniach

Od ponad 25 lat w branży ubezpieczeniowej pojawiają się zapowiedzi technologicznych rewolucji. Najpierw rynek ubezpieczeniowy miały kompletnie zmienić internet i sprzedaż online. Potem pojawiały się dyskusje o wpływie telematyki, *big data*, robotyzacji czy *embedded insurance*. Teraz mówi się o tym, jak sztuczna inteligencja zrewolucjonizuje świat i ubezpieczenia.

Rok 2018, kiedy powstał mój artykuł o trendach technologicznych w ubezpieczeniach, był czasem „rewolucji" *blockchain*, Internetu Rzeczy, dyskusji o rozwoju telematyki i czasem powstawania insurtechów z wielkimi planami, takich jak *Lemonade* czy *Trov*. Wtedy uważałem, że mimo rozwoju technologii nie możemy spodziewać się rewolucji, tylko ewolucji. Z dzisiejszej perspektywy można powiedzieć, że ta prognoza okazała się trafna.

Blockchain nie zmienił fundamentalnie sposobu funkcjonowania rynku ubezpieczeniowego; telematyka nadal pozostaje rozwiązaniem stosowanym przede wszystkim w wybranych segmentach. Sensory i urządzenia IoT znalazły zastosowanie, ale nie w skali zapowiadanej kilkanaście lat temu, a wiele insurtechów straciło znaczną część swoich wcześniejszych wycen. Nie oznacza to oczywiście, że technologia nie zmieniła ubezpieczeń. Zmieniła je – ale przede wszystkim krok po kroku.

Nie oznacza to, że ubezpieczyciele nie inwestowali w technologię – wręcz przeciwnie. Wydatki na IT, dane, automatyzację i cyfryzację procesów systematycznie rosły. Zmieniały się jednak przede wszystkim poszczególne elementy łańcucha wartości, a nie jego cała konstrukcja. Zmiany następowały stopniowo, ewolucyjnie.

Można powiedzieć, że mimo iż ubezpieczenia zmieniają się szybko technologicznie, nie zmieniają się tak szybko jako model biznesowy i organizacyjny. I właśnie ta różnica jest kluczowa. Technologia może rozwijać się bardzo szybko, ale organizacje, procesy, regulacje i modele biznesowe zmieniają się znacznie wolniej.

AI jako następna rewolucja?

Największą zmianą ostatnich dwóch lat jest oczywiście rozwój sztucznej inteligencji. Na samym początku, i to bardzo krótko, dyskusje dotyczyły tego, czy AI znajdzie zastosowanie w ubezpieczeniach. Dziś główne pytanie jest inne: gdzie zastosowanie AI przyniesie największą wartość, jak szybko to się stanie i jak bardzo zmieni się sposób prowadzenia biznesu.

Według badania EIOPA z 2026 roku, obejmującego 347 zakładów ubezpieczeń z 25 krajów, prawie dwie trzecie ankietowanych firm już korzysta z generatywnej AI. Jednocześnie większość projektów pozostaje na etapie *proof-of-concept*.

To bardzo charakterystyczne dla obecnej fazy rozwoju AI. Technologia jest już powszechnie testowana, ale jej masowe zastosowanie w krytycznych procesach biznesowych dopiero się rozpoczyna. Innymi słowy, prawie każdy ubezpieczyciel eksperymentuje z AI, ale znacznie mniej firm zdecydowało się jeszcze powierzyć jej odpowiedzialność za istotną część procesu.

Zastosowanie AI jest najszersze w miejscach, gdzie poprawa efektywności poprzez automatyzację jest największa oraz gdzie potrzebna jest duża moc przetwarzania danych. W zasadzie są to podstawowe obszary w ubezpieczeniach, dlatego szczególnie dużo zastosowań dotyczy likwidacji szkód, przetwarzania dokumentów, zwalczania oszustw ubezpieczeniowych i procesów *back-office*.

Co istotne, AI nie musi od razu zmieniać całego procesu. W wielu przypadkach największą wartość można uzyskać poprzez automatyzację pojedynczych, kosztownych lub czasochłonnych czynności. AI może najpierw przeczytać dokument, następnie wyciągnąć z niego najważniejsze informacje, porównać je z danymi z innych źródeł, zaproponować decyzję, a dopiero później – wraz ze wzrostem zaufania do technologii – przejąć większą część procesu.

Na razie ubezpieczyciele koncentrują się na automatyzowaniu kolejnych fragmentów istniejącego procesu, a nie na ich kompletnej zmianie. Nowe rozwiązania są wprowadzane również bardzo ostrożnie; pytanie – czy nie za ostrożnie. W końcu GenAI jest w wielu zastosowaniach bardziej dokładna niż ludzie. Ubezpieczyciele w wielu przypadkach koncentrują się na rozwiązaniach typu *assisted*, czyli działających pod nadzorem człowieka; pytanie – jak długo.

Moim zdaniem właśnie tutaj może nastąpić najważniejsza zmiana. Początkowo AI będzie przede wszystkim „copilotem" pracownika. Z czasem, gdy organizacje zgromadzą odpowiednie dane i doświadczenie, coraz więcej decyzji będzie mogło być podejmowanych automatycznie. Granica między „AI wspierającą człowieka" a „AI wykonującą proces" będzie więc stopniowo się przesuwać.

AI w likwidacji szkód

Wydaje się, że obszarem, do którego AI może wnieść najwięcej, jest likwidacja szkód. To właśnie tutaj ubezpieczyciel ma do czynienia z dużą liczbą powtarzalnych procesów, dokumentów, zdjęć, decyzji i interakcji z klientem. Jednocześnie koszty wypłacanych odszkodowań i koszty operacyjne są kluczowe dla rentowności ubezpieczycieli.

AI może analizować zdjęcia uszkodzeń, dokumenty i kosztorysy, klasyfikować szkody, wykrywać anomalie i potencjalne wyłudzenia, wspierać decyzje likwidatorów oraz automatyzować komunikację z klientem.

W przypadku szkód komunikacyjnych możliwości są jeszcze szersze. AI może połączyć zdjęcia pojazdu, dane o historii szkód (szczególnie z zewnętrznych baz danych), kosztorys naprawy, dane dotyczące części, informacje o pojeździe i właścicielu. W efekcie może nie tylko odpowiedzieć na pytanie „ile kosztuje szkoda?", ale również „czy sposób jej wyceny jest prawidłowy?", „czy szkoda jest zgodna z opisem zdarzenia?" oraz „jaki powinien być optymalny sposób jej obsługi?"

Już dziś około połowa europejskich konsumentów oraz połowa raportujących organów nadzoru wskazuje, że automatyzacja przyspieszyła i uprościła proces likwidacji szkód. Oczywiście to początek i większość rozwiązań, jak już wspomniano, ma charakter pilotażowy, ale coraz więcej rozwiązań wchodzi „do produkcji".

Właśnie likwidacja szkód może więc być jednym z pierwszych obszarów, w których AI realnie zmieni ekonomikę procesu. Nie oznacza to jednak, że cały proces zostanie nagle zautomatyzowany. Bardziej prawdopodobny jest scenariusz, w którym kolejne elementy procesu będą sukcesywnie przejmowane przez systemy AI.

Znaczenie danych

Nowe technologie powodują, że zwiększa się zdolność do zbierania i przetwarzania danych, a co jest jeszcze bardziej znaczące – możliwości wykorzystania ich w czasie rzeczywistym.

Dane były zawsze najwyższą wartością dla zakładów ubezpieczeń. Ubezpieczyciel, który wie więcej o ryzyku, może lepiej je wycenić. Na tym ubezpieczyciele budują swoją przewagę konkurencyjną od lat.

Widać to wyraźnie na polskim rynku, który jest dużo bardziej zaawansowany w tym obszarze niż wiele rynków europejskich. Narzędzia stają się coraz bardziej doskonałe, a ich wykorzystanie jest podstawą utrzymania się na rynku.

Wraz z rozwojem AI znaczenie danych jeszcze wzrośnie. Dobry model AI dostępny jest dziś w coraz większym stopniu jako technologia „z półki". Trudniej natomiast skopiować dane, historię transakcji, informacje o szkodach, zachowaniach klientów czy wiedzę zgromadzoną przez organizację przez kilkanaście lub kilkadziesiąt lat.

Technologia może dostarczyć dane i analitykę. Nie oznacza to automatycznie, że organizacja potrafi je wykorzystać. To może być jedna z najważniejszych różnic konkurencyjnych przyszłości. Sama technologia AI będzie coraz mniej unikalna. Unikalne będą natomiast dane, ich jakość, sposób połączenia z innymi źródłami oraz zdolność organizacji do wykorzystania ich w konkretnym procesie biznesowym.

Pytanie też, czy nowe technologie zwiększą znaczenie telematyki, danych z urządzeń IoT itp.? Ostatecznie decyduje wartość ekonomiczna. Kluczowe pytanie brzmi więc nie „czy możemy zbierać te dane?", ale „czy warto je zbierać i przetwarzać?" Na przykład czy dane z sensorów spowodują, że zakłady ubezpieczeń będą w sposób istotnie lepszy różnicować ryzyko, tak aby pokryć koszty fizycznych urządzeń i koszty analityki.

Dlatego w najbliższych latach przewagę będą miały niekoniecznie firmy posiadające najlepszy model AI, ale te, które mają najlepsze dane, potrafią je połączyć z procesami i mogą szybko przełożyć je na decyzję biznesową, rozumiejąc ekonomikę produktu czy procesu.

Można więc postawić tezę, że w ubezpieczeniach przewaga konkurencyjna będzie coraz mniej wynikała z samego dostępu do technologii (technologia jako *commodity*), a coraz bardziej z połączenia trzech elementów: danych, technologii i procesu biznesowego. I właśnie to połączenie będzie coraz trudniejsze do skopiowania przez konkurencję.

AI czy człowiek?

Nie wydaje się, aby najbliższe lata przyniosły całkowite zastąpienie ludzi w ubezpieczeniach.

Wraz ze wzrostem wykorzystania AI rośnie znaczenie kontroli, odpowiedzialności, *governance* i możliwości wyjaśnienia decyzji. EIOPA podkreśla, że europejscy ubezpieczyciele wdrażają AI ostrożnie, a przy zastosowaniach o większym wpływie nadal istotną rolę odgrywa nadzór człowieka.

W praktyce najbardziej prawdopodobny jest więc model: człowiek + AI, zamiast: człowiek albo AI. Chociaż niektórzy wizjonerzy AI wieszczą stuprocentową zastępowalność człowieka.

Warto jednak spojrzeć na ten proces nieco inaczej. Pytanie nie brzmi tylko, czy AI zastąpi człowieka, ale przede wszystkim – które zadania wykonywane dziś przez człowieka przestaną wymagać jego pracy. To znacznie bardziej prawdopodobny scenariusz. AI może zastępować pojedyncze czynności, całe fragmenty procesów, a w niektórych przypadkach – również określone role. Nie oznacza to jednak automatycznie zniknięcia całej funkcji czy departamentu.

AI będzie wykonywać coraz więcej pracy przygotowawczej, analitycznej i powtarzalnej. Człowiek będzie koncentrował się na wyjątkach, decyzjach wymagających odpowiedzialności, relacji z klientem oraz sytuacjach niestandardowych.

Co więcej, wraz ze wzrostem automatyzacji zmieni się również rola pracownika. Likwidator przyszłości może obsługiwać mniej spraw, ale każda z nich może być bardziej złożona. *Underwriter* może analizować mniej ryzyk ręcznie, ale podejmować decyzje dotyczące wyjątków i nietypowych przypadków. W ten sposób AI nie tyle usuwa człowieka z procesu, ile przesuwa go na wyższy poziom decyzyjności.

Nowe ryzyka

Transformacja technologiczna nie tylko zmienia sposób działania ubezpieczycieli. Zmienia również to, co trzeba ubezpieczać.

Cyber risk jest już dojrzałą kategorią, ale pojawiają się nowe problemy związane z AI: odpowiedzialność za autonomiczne decyzje systemów, błędy modeli, halucynacje, naruszenia własności intelektualnej czy ryzyko systemowe wynikające z korzystania przez wiele firm z tych samych modeli AI.

Rynek dopiero tworzy język, definicje i modele wyceny tych ryzyk. W sierpniu 2026 roku obserwujemy już konkretne zmiany w produktach cyber, ponieważ rozwój autonomicznych agentów AI utrudnia zastosowanie tradycyjnych definicji cyberataku i odpowiedzialności.

To szczególnie interesujące w przypadku tzw. *agentic* AI, czyli systemów, które nie tylko generują odpowiedzi, ale mogą samodzielnie wykonywać działania, podejmować kolejne kroki i korzystać z innych systemów. W takim świecie trudniej jednoznacznie określić, gdzie kończy się odpowiedzialność człowieka, a zaczyna odpowiedzialność technologii.

To pokazuje szerszą prawidłowość: ubezpieczenia zawsze podążają za powstaniem nowych i zmianami istniejącego ryzyka.

Otwarte modele

Jednym z najbardziej interesujących trendów jest stopniowe, częściowe przechodzenie od modelu, w którym ubezpieczyciel sam wykonuje większość procesów, do modelu bardziej otwartego.

Ubezpieczyciel może być właścicielem relacji z klientem, produktu i ryzyka, ale poszczególne elementy łańcucha wartości mogą być realizowane przez wyspecjalizowane firmy technologiczne, operatorów procesów czy *marketplace*, często bardziej efektywnie niż w dużej organizacji.

Dotyczy to szczególnie likwidacji szkód, *assistance*, napraw, zarządzania pojazdami, wykrywania oszustw, komunikacji z klientem czy obsługi dokumentów.

To podejście może być szczególnie atrakcyjne w świecie szybko rozwijającej się technologii. Budowanie wszystkich kompetencji wewnątrz organizacji

jest kosztowne i czasochłonne, a jednocześnie może prowadzić do sytuacji, gdzie ubezpieczyciel posiada własne rozwiązanie, które za kilka lat będzie technologicznie przestarzałe.

Otwarty model pozwala natomiast kupować kompetencje i technologie tam, gdzie powstają one najszybciej. Ubezpieczyciel zachowuje kontrolę nad relacją z klientem, produktem i ryzykiem, a część pozostałych procesów może powierzyć wyspecjalizowanym partnerom.

Dodatkowo trendem wspierającym tę zmianę jest rozwój „lekkich" rozwiązań, np. typu MGA, gdzie dużo bardziej efektywnie jest złożyć ofertę bez budowania własnej „ciężkiej" organizacji, tylko korzystając z usług zewnętrznych.

W przyszłości możemy więc obserwować coraz większe rozdzielenie tego, co jest *core* ubezpieczyciela, od tego, co jest procesem możliwym do wykonania przez wyspecjalizowanego partnera. Granica ta będzie się jednak przesuwać wraz z rozwojem technologii i zmianą ekonomiki poszczególnych procesów.

W dalszym ciągu ewolucja zamiast rewolucji

Ubezpieczenia są jedną z branż, w których zmiana strukturalna zawsze zajmuje dużo czasu. Być może największym błędem w ocenie przyszłości ubezpieczeń jest oczekiwanie jednego przełomowego momentu. Przyszłość ubezpieczeń prawdopodobnie nie będzie historią jednej wielkiej rewolucji. Będzie historią ciągłej, konsekwentnej, ale też coraz szybszej ewolucji.

Oczywiście zmiany już następują i przyspieszają: najpierw automatyzacja dokumentów, potem automatyzacja części likwidacji szkód. Równolegle powstają bardziej precyzyjne modele wykrywania oszustw i AI wspierające underwriterów. Następnie możemy oczekiwać coraz bardziej automatycznych decyzji; w końcu – przebudowy całych procesów biznesowych.

To właśnie kolejność tych zmian jest kluczowa. Technologia najpierw poprawia istniejący proces, później przejmuje jego fragmenty, a dopiero na końcu może doprowadzić do jego całkowitego przeprojektowania. Chociaż chciałoby się zaprojektować proces kompletnie od nowa, w praktyce jest to znacznie trudniejsze. Pamiętam, jak wiele lat temu, po miesiącach pracy nad funkcjonalnością nowego systemu IT, bazującym na nowoczesnych narzędziach dających możliwość zaprojektowania kompletnie nowych procesów, nowo zaprojektowany

system wyglądał jak… stary system. Największe efekty nie powstaną więc prawdopodobnie wtedy, gdy ubezpieczyciel doda AI do istniejącego procesu, ale wtedy, gdy wykorzysta AI jako pretekst do zaprojektowania procesu od nowa.

Dodatkowo zmiany w ubezpieczeniach są wolniejsze ze względu na ich niezmienne cechy: jest to biznes oparty na zaufaniu, o znaczącym wpływie regulacji, kapitałochłonności i efektach skali, znaczeniu danych historycznych i odpowiedzialności za decyzje, których konsekwencje mogą pojawić się dopiero po wielu latach.

Dlatego nie należy oczekiwać, że AI, *blockchain* czy IoT w ciągu kilku lat całkowicie zmienią sposób funkcjonowania ubezpieczycieli.

Nie oznacza to jednak, że tempo zmian pozostanie takie samo jak wcześniej. Możliwy jest scenariusz „szybszej ewolucji": poszczególne elementy organizacji będą zmieniały się znacznie szybciej, ale cała organizacja będzie nadal ewoluowała stopniowo.

Technologia przyspiesza. Dane stają się coraz ważniejsze. AI wchodzi do kolejnych procesów. Granice pomiędzy ubezpieczycielem a dostawcami usług zaczynają się przesuwać. Klient oczekuje coraz szybszej i prostszej obsługi. A presja na efektywność rośnie.

I być może właśnie to jest najważniejsza zmiana – nie pojawienie się jednej technologii, która nagle „zrewolucjonizuje" ubezpieczenia, ale stopniowe połączenie wielu technologii, danych i nowych modeli współpracy, które rok po roku będą zmieniać ekonomikę całej branży.

Dlatego nadal skłaniałbym się do tezy postawionej 8 lat temu: w ubezpieczeniach bardziej prawdopodobna jest ewolucja niż rewolucja. Z tą różnicą, że dziś ta ewolucja może być znacznie szybsza niż kiedykolwiek wcześniej.

Jan Kastory
Partner Zarządzający 4growth VC I astorya.vc

Partner Zarządzający w funduszach 4growth VC i astorya.vc, poprzez które inwestuje w polskie i europejskie spółki z sektora *insurtech*, *fintech* i *healthtech* na wczesnym etapie rozwoju. Wśród jego inwestycji znajdują się m. in. takie spółki jak Zelros we Francji, kupiony następnie przez Earnix, czy Weecover, wiodąca spółkę *embedded insurance* w Hiszpanii. Fundusz astorya.vc jest autorem raportu *"The Insurtech & Resilience in Europe" Report*.

Jan Kastory

„Na kolei wszystko po kolei…”

To zdanie usłyszałem od właścicielki dużej firmy z branży kolejowej, opisujące sektor poruszający się bardzo powoli. Wczytując się w najnowszy raport McKinsey *The state of AI in 2026*, z przykrością muszę stwierdzić, że sektor ubezpieczeniowy buduje najnowsze rozwiązania sztucznej inteligencji jeszcze wolniej niż kolejarski – wolniej niż niemal wszystkie inne branże, poza sektorem publicznym, niebędącym przecież pod presją komercyjnych wyników[1].

A dziwi to tym bardziej, że historia nauczyła nas przeciwnie. W 1693 roku Edmond Halley opublikował pierwsze naukowe tablice śmiertelności, oparte na danych z Wrocławia, i jako jeden z pierwszych zastosował je do wyceny rent dożywotnich. W 1713 roku, w dziele *Ars Conjectandi*, Jakob Bernoulli sformułował wczesną wersję prawa wielkich liczb, dzięki któremu nieprzewidywalne z perspektywy jednostki zdarzenie staje się przewidywalne na poziomie populacji czy portfela.

Ówcześni statystycy i matematycy byli pierwszymi aktuariuszami. Nasza branża od zawsze była nierozerwalnie związana z nauką o danych. Dlaczego więc to nie ubezpieczenia najszybciej adaptują AI?

Status quo jest wygodne

Klasyczna teoria *disruptive innovation* Claytona Christensena, opisana w książce *The Innovator's Dilemma*, tłumaczy to zjawisko dość dobrze. Nowe, pozornie gorsze i tańsze technologie wchodzą na rynek od dołu. Docierają najpierw do drobnych, niewymagających klientów, po czym stopniowo się udoskonalają i wypierają liderów rynku – skupionych na obsłudze najbardziej dochodowych segmentów.

Christensen ilustrował to przykładem dysków twardych. Kolejne generacje – od 14-calowych, przez 8-calowe, 5,25-calowe, aż po 3,5-calowe – za każdym razem miały gorsze parametry niż poprzednia technologia i nie spełniały wymagań najbardziej dochodowych klientów, więc liderzy rynku je ignorowali.

1 McKinsey, *The state of AI*

Tymczasem nowe, mniejsze dyski trafiały do innych, początkowo mniej wymagających zastosowań – komputerów osobistych, laptopów. Z czasem przewyższyły starsze technologie, wypierając dotychczasowych liderów, którzy nie zdążyli się przestawić.

Ten sam schemat dotknął linie lotnicze po wejściu tanich przewoźników jak Ryanair. Dotknął Blockbuster, gdy rynek przejął Netflix. Doprowadził do upadku Kodaka wraz z rozwojem fotografii cyfrowej. Zmiótł Nokię, gdy ta nie doceniła smartfonów z ekranem dotykowym i systemami iOS czy Android.

Liderzy rynku mają tendencję, by spoglądać na startupy z politowaniem. Przecież na polskim rynku PZU, Warta czy Uniqa mają niezachwianą pozycję, a przynajmniej nie do podważenia przez graczy z zewnątrz. Przecież „Trasti to tylko mały MGA”, a „Ominimo skończy jak Wefox”.

…do czasu

Tylko że witalne zagrożenie nadchodzi właśnie z zewnątrz. Przekonuje się o tym rynek francuski. Dziesięć lat temu dwóch młodych przedsiębiorców założyło spółkę Alan i otrzymało pierwszą od 30 lat we Francji licencję dla zakładu ubezpieczeń zdrowotnych. Alan zaczynał od segmentu, który był ignorowany przez dużych graczy skupionych na walce o największych francuskich pracodawców: małych startupów technologicznych, jednoosobowych działalności, drobnych firm. Oferował rozwiązania, które radykalnie upraszczają relację klienta z zakładem: prosty wgląd w wypłaty świadczeń, żeby klienci nie musieli co miesiąc ślęczeć nad rachunkami od lekarza, czy intuicyjny panel administracyjny dla zespołów HR do obsługi polis i dokumentacji pracowniczej. Tradycyjni gracze nie wysilili się; zignorowali Alana. Po prostu ten segment im się nie opłacał – do czasu.

Po dekadzie działalności Alan wdrożył wiele dodatkowych serwisów poprawiających doświadczenie klienta: Alan Mental (zdrowie psychiczne), Alan Dos (ćwiczenia na ból pleców), Alan Bébé (aplikacja rodzicielska), Alan Nutrition, Alan Femme (zdrowie kobiet) i wiele innych. Część zamknął, gdy nie przynosiły rezultatów[2].

2 https://alan.com/

I zaczął skutecznie wygrywać kluczowe przetargi publiczne: dla Kancelarii Premiera (ok. 15 tys. osób), Ministerstwa Transformacji Ekologicznej (ok. 140 tys. osób), Ministerstwa Gospodarki (ok. 135 tys. pracowników). W 2026 roku spółka ogłosiła przekroczenie 1 miliona klientów i ponad 800 mln euro składki[3].

Ta ekspansja spotkała się z bardzo negatywnym przyjęciem przez tradycyjnych graczy i ich środowiska. Historyczne *mutuelle* (odpowiedniki polskich TUW), takie jak Mgéfi, MGEN czy MGAS, aktywnie próbowały blokować ekspansję Alana na rynku. Mgéfi formalnie zakwestionowała procedurę przyznania kontraktu w Ministerstwie Gospodarki. Krytycy wielokrotnie wskazywali na wyższe koszty ofert Alana względem dotychczasowych dostawców, np. dodatkowe 6 mln euro rocznie w przypadku Ministerstwa Transformacji Ekologicznej, czy wyższe składki w przetargu Dyrekcji Generalnej Lotnictwa Cywilnego (DGAC) w porównaniu z ofertą MGAS. Pojawił się też silny sprzeciw ideowy: związki zawodowe publicznie nazywały Alana „start-upem odległym od wartości mutualistycznych i solidarnościowych". To pokazuje, że opór wobec firmy wykraczał daleko poza kwestię ceny czy procedur przetargowych. Był fundamentalnym starciem między nowym, insurtechowym modelem biznesowym a tradycyjnym, spółdzielczym etosem francuskiego rynku ubezpieczeń zdrowotnych.

Okazuje się, że wdrożenie technologii budującej realną wartość dla klienta potrafi przełamać nawet wojnę cenową i postępującą komodytyzację oferty ubezpieczeniowej.

Zwrot z innowacji

Innowacje technologiczne mają jednak przynosić realne zwroty. I to da się osiągnąć również wewnątrz istniejącego *status quo*, nie tylko poprzez jego przewrócenie. Świetnym przykładem, inspirującym na skalę europejską, podzielił się zespół innowacji PZU, ogłaszając, że w ciągu 7 lat przyniósł ponad 200 mln zł zysku z działalności innowacyjnej. PZU zbudowało jeden z najprężniejszych zespołów innowacji w europejskiej branży ubezpieczeniowej. Przez 7 lat przeanalizowało ponad 7 tys. pomysłów od startupów, doprowadziło do 90 pilotaży i ponad 50 wdrożeń. Najwięcej projektów (ok. 33%) usprawniło obszar obsługi szkód

3 https://www.linkedin.com/posts/jcsamuelian_im-incredibly-proud-to-share-that-alan-is-ugcPost-7475770338442686464-uDio/

i świadczeń, kolejne dotyczyły sprzedaży i marketingu (22%) oraz underwritingu i oceny ryzyka[4].

Zespół innowacji PZU celowo szuka rozwiązań poza spółką, zamiast budować je wewnętrznie. I to przynosi korzyści na kilku frontach. Po pierwsze, zyskuje miesiące czasu, bo zazwyczaj wybiera rozwiązania już gotowe i przetestowane. Po drugie, wybiera najlepsze na rynku spośród bardzo szerokiego wachlarza opcji. Po trzecie, współpracując ze startupami, *de facto* zatrudnia zespół przedsiębiorczych talentów technologicznych, które prawdopodobnie nigdy nie zdecydowałyby się na pracę w korporacji ubezpieczeniowej. Warto też zwrócić uwagę na samą skalę: żeby systematycznie przeanalizować 7 tysięcy rozwiązań, trzeba działać z dużą strukturą i konsekwencją. W Polsce prawdopodobnie nikt inny nie robi tego w ten sposób.

Różnica między Alanem a PZU jest jednak fundamentalna. Alan zmienia zasady gry. Zamiast typowego zakładu ubezpieczeń zaczyna pełnić rolę opiekuna zdrowia, wychodząc poza ramy klasycznego ubezpieczyciela. PZU zmienia i usprawnia istniejące procesy, ale nie zmienia *status quo*. Oba podejścia przynoszą wymierne rezultaty, ale tylko jedno z nich niesie ryzyko, i potencjał, prawdziwego *disruption*.

Wygodna peryferyjność

W branży ubezpieczeniowej wszystko po kolei. Uwaga klienta zwrócona jest gdzie indziej, więc presja ze strony potencjalnych disruptorów jest niewielka. A peryferyjność polskiego sektora tylko to ułatwia. Po pierwsze, słaba presja na lokalnych zakładach wynika z tego, że zagraniczne innowacje rzadko trafiają do nas same z siebie. Nie wywołują poczucia, że konkurencja lada moment coś wdroży. Po drugie, większość zakładów ma wygodną wymówkę zewnętrznego autorytetu, czyli zagranicznej centrali, bez której akceptacji niewiele dzieje się w polskim biurze.

Z perspektywy inwestora w *insurtech* taka sytuacja nie zachęca do inwestowania na polskim rynku w startupy budujące rozwiązania dla zakładów ubezpieczeń. Niska aktywność rodzimych firm sprawia, że startupy te muszą od samego początku budować rozwiązania globalne – jak sprzedany do Guidewire polski

4 https://media.pzu.pl/pl/informacje-prasowe/szczegoly/pzu-wdrozyl-juz-49-innowacyjnych-projektow-w-ramach-swojego-programu-wspolpracy-ze-start-upami-i-planuje-kolejne

insurtech Quantee, czy Skyblu, który w Polsce ma jednego klienta, a zdecydowaną większość biznesu – za granicą.

Znacznie bardziej interesujące jest inwestowanie w spółki, które mogą wygryźć kawałek rynku od środka. Część rynku wygryzł już polski MGA Trasti, w który zainwestował m.in. słoweński Triglav i dzięki któremu wchodzi do Polski. Obserwujemy też Ominimo – tak, to samo Ominimo, o którym mówi się, że „skończy jak Wefox", które od niedawna sprzedaje polisy w Polsce, a w naszym raporcie o stanie insurtechu w Europie (astorya.vc) określiliśmy je najszybciej rosnącym insurtechem na kontynencie[5].

Odwróćmy pytanie

Transformacja technologiczna nie leży jedynie w rękach startupów. Leży też po stronie kapitału, który powinien je finansować. Może więc powinniśmy odwrócić role – nie pytać o rolę technologii w transformacji zakładu ubezpieczeń, ale o rolę zakładów ubezpieczeń w rozwoju technologii.

Obecnie większość innowacji technologicznych finansowana jest przez fundusze *venture capital*. Skoro niosą duże ryzyko, niosą też potencjalnie bardzo wysokie zwroty. I są to fundusze z natury długoterminowe. Najważniejszymi inwestorami w fundusze VC są zatem ci zarządzający aktywami, którzy mają cele długoterminowe, m.in. fundusze ubezpieczeń na życie czy fundusze emerytalne, często zarządzane właśnie przez zakłady ubezpieczeniowe.

Gdyby europejskie zakłady ubezpieczeń, na wzór amerykańskich, zaczęły szerzej inwestować w fundusze *venture capital*, zyskalibyśmy nie tylko znacznie bardziej konkurencyjny sektor technologiczny, ale również sektor ubezpieczeniowy, który z peryferyjnego stałby się jednym z najważniejszych sektorów finansujących innowacyjną gospodarkę.

Na kolei wszystko po kolei. W ubezpieczeniach czas wrzucić wyższy bieg.

---

5 https://astorya.vc/report

Dominika Kozakiewicz
CEO Aon Polska

Od 1991 roku związana z polskim rynkiem ubezpieczeniowym, specjalizuje się w zarządzaniu ryzykiem, underwritingu, reasekuracji i sprzedaży ubezpieczeń dla klientów korporacyjnych, w tym dla branży energetycznej.

Piastowała szereg kluczowych stanowisk związanych z zarządzaniem obszarem klienta korporacyjnego w polskich i międzynarodowych firmach ubezpieczeniowych (między innymi w PZU SA, Generali TU SA, Zurich TU SA, Amplico SA).

W latach 2010-2016 związana z Marsh Sp. z.o.o., gdzie pełniła funkcję Wiceprezes Zarządu, a następnie od 2015 roku stanowisko Head of European Business Support Center (EBSC).

Od 2016 roku Dominika Kozakiewicz pełni funkcję Prezesa Zarządu Aon Polska Sp. z o.o.

Absolwentka Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, University of Illinois, gdzie uzyskała tytuł Master of Business Administration oraz Advanced Management Programme w IESE Business School w Barcelonie. Ukończyła też podyplomowe studium Prawa Unii Europejskiej na Uniwersytecie Warszawskim.

Dominika Kozakiewicz

Przyszłość brokera ubezpieczeniowego: człowiek, dane i technologia w jednym ekosystemie

Technologie cyfrowe, w tym sztuczna inteligencja, coraz mocniej zmieniają sposób funkcjonowania rynku ubezpieczeń. Dla części osób jest to źródło obaw. Ubezpieczenia od zawsze opierały się przecież na danych, algorytmach, analizie ryzyka, stawkach i modelach matematycznych. Można więc zrozumieć pytanie, czy rozwój technologii nie doprowadzi do sytuacji, w której oferta będzie po prostu generowana przez system, klient kliknięciem wybierze polisę, zapłaci składkę i na tym skończy się rola człowieka.

Trudno mi się jednak z takim założeniem zgodzić. W moim przekonaniu sztuczna inteligencja w ubezpieczeniach nie pełni funkcji autopilota. Jest copilotem. Ma pomagać człowiekowi, a nie zastępować go. To bardzo ważne rozróżnienie, bo technologia sama w sobie nie jest strategią, tylko narzędziem do realizacji strategii wzrostu, poprawy jakości pracy, lepszego wykorzystania danych i sprawniejszej obsługi klienta.

Technologia może zrehumanizować pracę brokera

Paradoksalnie uważam, że technologia może zrehumanizować naszą pracę. Dziś bardzo duża część zadań brokera czy ubezpieczyciela polega na analizie danych, przygotowywaniu zestawień, poszukiwaniu informacji i porządkowaniu dokumentów. Na realną rozmowę z klientem, doradztwo i prawdziwy *human touch* zostaje znacznie mniej czasu, niż powinno.

Dlatego zaryzykowałabym tezę, że dziś jesteśmy bardziej „zrobotyzowani", niż będziemy dzięki technologii. Jeśli sztuczna inteligencja przejmie część najbardziej żmudnych i powtarzalnych czynności, ludzie odzyskają czas na to, co jest w tej pracy najważniejsze: doradzanie, rozmowę z klientem, kreowanie rozwiązań i budowanie relacji.

Technologia może przygotować draft, zebrać dane, uporządkować odpowiedź, wskazać potencjalne luki. Ale walidacja, rekomendacja, ostateczna decyzja

i odpowiedzialność nadal pozostają po stronie człowieka. To my mamy licencję brokerską, a nie najlepszy nawet agent AI.

Od odpowiedzi na RFP po przygotowanie do rozmowy z klientem

Jednym z bardzo praktycznych przykładów zastosowania sztucznej inteligencji jest przygotowywanie odpowiedzi na RFP. Narzędzie może na podstawie danych klienta, informacji o branży, zakresie zapytania i liniach ubezpieczeniowych wygenerować draft odpowiedzi – nie gotowy dokument do wysłania, ale właśnie draft, który oszczędza wiele dni pracy zespołom sprzedaży, prawnym, marketingowym czy analitycznym.

Taki dokument nadal musi zostać sprawdzony przez ludzi. Zespół czyta, poprawia, waliduje, uzupełnia i decyduje, co może trafić do klienta. Ostateczny kształt odpowiedzi jest więc efektem ludzkiej wiedzy, doświadczenia i odpowiedzialności. Sztuczna inteligencja przyspiesza proces, ale nie zastępuje profesjonalnego osądu.

Bardzo ciekawym kierunkiem jest też wykorzystywanie technologii do przygotowania się na pytania klienta. Ostatnio na spotkaniu dla liderów Aonu testowaliśmy sytuację, w której na podstawie odpowiedzi na RFP można przećwiczyć rozmowę z awatarem wcielającym się w klienta, sprawdzić, jakie trudne pytania mogą się pojawić, gdzie klient może mieć wątpliwości i co warto lepiej wyjaśnić. To pomaga zespołowi przygotować się nie tylko merytorycznie, ale też mentalnie.

Takie podejście jest szczególnie cenne, bo klienci również korzystają z nowych technologii. Coraz częściej analizują oferty, porównują je, szukają luk, zadają więcej pytań i przychodzą do rozmowy lepiej przygotowani. Dla brokera to wyzwanie, ale też szansa. Skoro klient może używać narzędzi do sprawdzania oferty, my również powinniśmy wcześniej sprawdzić, gdzie w naszej propozycji mogą pojawić się niejasności, braki albo potencjalne punkty sporne.

Klienci oczekują danych, benchmarków i konkretnych odpowiedzi

Zmieniają się także oczekiwania klientów. Coraz częściej podejmują decyzje biznesowe na podstawie danych. Klient chce wiedzieć, dlaczego rekomendujemy właśnie takie rozwiązanie, na jakiej podstawie, jak wygląda sytuacja podobnych firm, jakie są doświadczenia z innych rynków czy branż.

Widać to na przykład w ubezpieczeniach flotowych. Klientowi można pokazać nie tylko stawkę, ale także z czego ona wynika: jak wygląda historia szkodowa, jakość jazdy kierowców, liczba kradzieży czy inne parametry wpływające na ocenę ryzyka. Dzięki temu klient lepiej rozumie, za co płaci, a broker zyskuje silniejsze argumenty w rozmowie z ubezpieczycielem, szczególnie jeśli dane pokazują poprawę tendencji.

Do tej pory wiele takich analiz wykonywano ręcznie. Dziś technologia może znacząco przyspieszyć zbieranie i porządkowanie danych. To szczególnie ważne, gdy klient oczekuje odpowiedzi osadzonej w realiach swojej branży. Dobre doradztwo wymaga więc danych, kontekstu i umiejętności przełożenia ich na konkretną rekomendację.

Technologia pomaga szybciej zebrać materiał, ale to człowiek musi ocenić, co z niego wynika, jak rezonuje z potrzebami klienta i jakie rozwiązanie rzeczywiście ma sens.

Lepsza obsługa, mniej papierologii

Technologie zmieniają również codzienną obsługę klienta. Proste czynności, które kiedyś wymagały wielu maili, dokumentów i ręcznej pracy, dziś mogą być wykonane szybciej. Klient może łatwiej przekazać dane, nawet jeśli nie są idealnie uporządkowane, a zespół może je szybciej przetworzyć, ułożyć i wykorzystać.

Dużą zmianą jest także możliwość pracy z dokumentami w różnych językach. Kiedyś tłumaczenie materiałów z polskiego na angielski zabierało dużo czasu albo generowało dodatkowe koszty. Dziś można ten proces znacząco skrócić, oczywiście przy założeniu, że tłumaczenie jest następnie sprawdzane przez człowieka. To ułatwia pracę szczególnie przy projektach międzynarodowych.

Technologia pomaga również w prostych, ale bardzo czasochłonnych elementach pracy, takich jak notatki ze spotkań. Samo spotkanie z klientem jest wartościowe. Trudniejsza bywa późniejsza część: spisanie ustaleń, uporządkowanie wniosków, przygotowanie dokumentu. Jeśli za zgodą klienta można nagrać rozmowę, przygotować transkrypcję, a potem na jej podstawie stworzyć elegancką notatkę, to broker może bardziej skupić się na temacie rozmowy i samym rozmówcy.

To ważne, bo klienci nadal oczekują obecności. Chcą rozmawiać, spotykać się. W czasach ciągłej zmiany i niepewności potrzebują poczucia, że są zaopiekowani. Technologia może pomóc odzyskać czas właśnie na ten kontakt.

Szybsza likwidacja szkód i lepsze doświadczenie klienta

Jednym z obszarów, w których technologia już przynosi widoczne korzyści, jest likwidacja szkód. Jeszcze niedawno każda szkoda musiała przejść przez ludzkie ręce, niezależnie od tego, czy chodziło o drobną szkodę, czy o duży pożar w fabryce. Ktoś musiał zebrać dokumenty, przejrzeć je, wydać opinię i podjąć decyzję.

Dziś wiele prostych szkód może przechodzić szybszą ścieżkę. Jeśli wartość szkody jest niewielka, a system nie widzi podejrzenia nadużycia, część procesu może zostać zautomatyzowana. Dla klienta oznacza to krótszy czas oczekiwania, mniej papierologii i szybszą wypłatę świadczenia.

Szansa dla ludzi i dla młodych talentów

Właściwie wykorzystana technologia może być dużą szansą dla rynku ubezpieczeń także z perspektywy pracowników. Dla młodych ludzi, którzy wchodzą na rynek pracy, ubezpieczenia mogą być atrakcyjne wtedy, gdy ci widzą sens swojej pracy. Trudno przyciągać i zatrzymywać talenty samą obietnicą wypełniania kolejnych arkuszy. Dużo łatwiej pokazać, że jest to branża, w której można analizować złożone problemy, doradzać klientom, tworzyć rozwiązania i uczestniczyć w decyzjach ważnych dla biznesu.

Jeśli technologia przejmie część żmudnej pracy, ludzie będą mogli rozwijać kompetencje związane z kreatywnością, relacyjnością, zdolnością łączenia faktów i budowaniem rekomendacji. Maszyna pracuje na danych, które ma. Człowiek potrafi skojarzyć fakty, których nie ma w jednym zbiorze danych, wymyślić nowe podejście albo zadać pytanie, którego system sam z siebie nie postawi.

Największym ryzykiem nie jest technologia, lecz utrata kompetencji

Nie oznacza to, że nie ma ryzyk. Największe widzę nie w samej technologii, ale w pokusie, aby zbyt łatwo oddać jej własne kompetencje. Jeśli ludzie przestaną się uczyć, bo uznają, że wszystko zrobi za nich maszyna, pojawi się realny problem.

Korzystając ze sztucznej inteligencji, powinniśmy nadal umieć wyobrazić sobie, że jej nie ma. Jeśli narzędzie pomaga przygotować odpowiedź, człowiek musi umieć ją sprawdzić, poprawić i samodzielnie napisać, gdyby było to konieczne.

Drugim kluczowym obszarem jest etyka i bezpieczeństwo. Z nowych narzędzi trzeba korzystać z głową. Nie można przenosić danych biznesowych do otwartych narzędzi, narażać firmy ani klientów na naruszenie poufności, tajemnicy przedsiębiorstwa czy zasad bezpieczeństwa. Każda organizacja powinna jasno określić, jak korzystać ze sztucznej inteligencji, czego nie wolno robić i jakie standardy muszą być zachowane.

Transformacji nie da się odwrócić

Nie wrócimy do świata sprzed sztucznej inteligencji i nowych technologii. Byłoby to równie absurdalne, jak bunt przeciwko telefonom komórkowym czy internetowi. To transformacja, której nie da się cofnąć.

Lepiej zobaczyć w niej szansę. Sztuczna inteligencja i technologie cyfrowe mogą uwolnić ogromne zasoby ludzkiego intelektu. Dlatego patrzę na tę zmianę z dużą nadzieją. Jeśli będziemy korzystać z technologii odpowiedzialnie, etycznie i świadomie, może ona stać się jednym z największych pozytywnych przełomów w ubezpieczeniach.

Marcin Kulawik
Prezes Zarządu, Allianz Polska

Od 1 września 2023 r. Marcin Kulawik kieruje pracami zarządów towarzystw ubezpieczeniowych Allianz Polska. 1 grudnia 2023 r. otrzymał zgodę KNF na objęcie stanowiska prezesa zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A. oraz Towarzystwa Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A.

Od 2023 r. wchodzi w skład Komisji Rewizyjnej Polskiej Izby Ubezpieczeń. W lipcu 2026 r. wybrany na przewodniczącego tego gremium.

Od 2024 r. członek Rady Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego, od 2025 r. wiceprzewodniczący tego gremium.

Związany z sektorem finansowym od 2005 r. Do Avivy dołączył w 2014 r. Przez ponad 4 lata, w roli dyrektora transformacji, odpowiadał za zarządzanie portfelem projektów oraz PMO. W 2019 dołączył do Departamentu Operacji rozszerzając zakres odpowiedzialności o obszar robotyzacji i doskonalenia procesów operacyjnych.

W 2020 r. został członkiem zarządu Aviva Sp. z o. o. Nadzorował Departament Operacji i IT. Odpowiadał m. in. za likwidację szkód życiowych oraz majątkowych, centrum kontaktów z klientem, obsługę procesów operacyjnych, obsługę płatności klientów i agentów, zarządzanie projektami, automatyzację i robotyzację procesów oraz dział zakupów. W listopadzie 2021 r. został powołany na członka zarządu towarzystw ubezpieczeniowych Avivy w Polsce.

W związku z połączeniem spółek ubezpieczeniowych Allianz oraz Aviva w Polsce, od 1 lipca 2022 r. Marcin Kulawik pełnił funkcję członka zarządu odpowiedzialnego za operacje w spółkach TUiR Allianz Polska S.A oraz TU Allianz Życie Polska S.A.

Pierwsze doświadczenia w branży finansowej zdobywał w Bank of New York w USA, gdzie w latach 2005 -2010 odpowiadał za wdrażanie międzynarodowych biur maklerskich na Wall Street. Po powrocie do kraju, w latach 2010-2014 związany był z Bankiem Raiffeisen, dla którego zrealizował szereg projektów między innymi uruchomienie Biura Maklerskiego R-Brokers.

Z wykształcenia inżynier informatyki, absolwent Politechniki Częstochowskiej. Ukończył również studia Executive MBA na Tiffin University w Stanach Zjednoczonych. Studiował również na uniwersytecie w Norymberdze.

Marcin Kulawik

Technologia nie zastąpi zaufania – ale pomoże zbudować je szybciej

Ubezpieczenia są biznesem zbudowanym na zaufaniu – i jednocześnie jednym z tych sektorów gospodarki, w których kontakt z klientem jest najrzadszy. Bank czy operator telekomunikacyjny „widzi" swojego klienta dziesiątki razy w miesiącu. Ubezpieczyciel – często raz w roku, przy odnowieniu polisy, a realnie – najczęściej dopiero w chwili szkody, czyli w emocjonalnie najtrudniejszym momencie relacji. To paradoks, z którym branża żyje od dekad, ale który dziś, dzięki technologii, po raz pierwszy można naprawdę zaadresować.

Śledząc transformację cyfrową innych sektorów, widzę powtarzający się wzorzec: technologia nie zmieniła w nich fundamentalnie produktu; zmieniła częstotliwość i charakter kontaktu z klientem. Bankowość przeszła drogę od kanału transakcyjnego do platformy zarządzania finansami – dzięki otwartym danym i analityce klient dostaje nie tylko historię przelewów, ale wgląd w swoje finanse i podpowiedzi, zanim jeszcze zapyta. Telekomunikacja zbudowała lojalność nie na najniższej cenie, a na przewidywaniu potrzeb – proaktywnej komunikacji, personalizacji ofert, reagowaniu, zanim klient zgłosi problem. Sektor opieki zdrowotnej i *wellness* przechodzi z modelu leczenia do modelu profilaktyki, wykorzystując dane z urządzeń noszonych przez pacjentów. We wszystkich tych przypadkach ważny wniosek jest ten sam: cyfryzacja nie zredukowała roli człowieka w relacji z klientem – przesunęła moment i sposób, w jaki ta relacja się realizuje.

W polskich warunkach ten wzorzec ma dodatkowy wymiar. Polski klient jest cyfrowo bardzo zaawansowany – powszechność bankowości mobilnej, płatności natychmiastowych czy cyfrowych usług publicznych jest u nas wyższa niż w wielu krajach Europy Zachodniej. Barierą wdrożeń nie jest więc gotowość klienta, ale nasza umiejętność jej wykorzystania. Jednocześnie poziom penetracji ubezpieczeń – mierzony składką w relacji do PKB czy składką na mieszkańca – pozostaje w Polsce wyraźnie niższy od średniej europejskiej. Mamy realną lukę ochrony: obszary życia i majątku Polaków ubezpieczone niewystarczająco albo wcale. I to jest, w moim przekonaniu, najmocniejszy argument za technologią w polskich ubezpieczeniach – nie oszczędność w kosztach operacyjnych, ale

możliwość dotarcia z sensowną ochroną tam, gdzie tradycyjny model dystrybucji i obsługi jest po prostu zbyt drogi. Ubezpieczenie o niskiej składce, sprzedane i obsłużone w sposób tradycyjny, nie ma uzasadnienia ekonomicznego; obsłużone cyfrowo – już tak. Technologia przesuwa zatem granicę tego, co w ogóle da się ubezpieczyć, a to jest zmiana o znaczeniu społecznym, nie tylko biznesowym.

Co to znaczy dla ubezpieczeń? Uważam, że odpowiedź nie leży w jednym obszarze działalności firmy ubezpieczeniowej, ale w spójnym podejściu obejmującym cały cykl relacji z klientem.

W underwritingu i pricingu przechodzimy od modeli opartych na danych historycznych i statycznych formularzach do modeli wykorzystujących dane dynamiczne, aktualizowane w czasie rzeczywistym. To realna szansa na bardziej sprawiedliwą, spersonalizowaną ochronę ubezpieczeniową – klient płaci bliżej swojego rzeczywistego profilu ryzyka, nie profilu grupy statystycznej, do której go przypisano. Bariera jest jednak wyraźna: jakość i dostępność danych, a także rosnące wymogi wyjaśnialności decyzji algorytmicznych, które wynikają z unijnego *AI Act*. To nie jest wyłącznie obciążenie – to również szansa na zbudowanie zaufania do modeli, które w innych branżach, jak sektor kredytowy, już dawno musiały nauczyć się tłumaczyć swoje decyzje klientowi.

W dystrybucji obserwujemy narastanie modelu hybrydowego – cyfrowego i agencyjnego jednocześnie. *Embedded insurance*, czyli ubezpieczenie dostępne w momencie i miejscu, w którym powstaje potrzeba – przy zakupie samochodu, mieszkania, biletu podróżnego – to naturalna konsekwencja doświadczeń *e-commerce*. Szansa jest oczywista: bliskość momentu decyzji zwiększa adekwatność oferty. Bariera również: produkt ubezpieczeniowy jest złożony i wymaga zrozumienia, a nadmierna automatyzacja dystrybucji może prowadzić do depersonalizacji tam, gdzie klient najbardziej potrzebuje wyjaśnienia, a nie tylko transakcji.

W obsłudze klienta sztuczna inteligencja może dziś skutecznie przejąć pierwszy kontakt – odpowiadać na proste pytania, prowadzić przez proces, przyspieszać reakcję. Człowiek powinien natomiast pozostać obecny w momentach, które są dla klienta emocjonalnie ważne – i to jest właśnie ta granica, którą branża musi umieć rozpoznawać i respektować. Szansa to skrócenie czasu reakcji i dostępność dwadzieścia cztery godziny na dobę. Bariera to akceptacja społeczna automatyzacji w chwilach kryzysowych – nikt nie chce rozmawiać z botem, zgłaszając szkodę po wypadku.

Najwięcej potencjału widzę jednak w likwidacji szkód, a właściwie w przesunięciu logiki działania z kompensacji na prewencję. Dane z urządzeń – telematyka, czujniki w domach, systemy wspomagania kierowcy w pojazdach – pozwalają dziś przewidywać zdarzenia, zanim do nich dojdzie, tak jak przemysł od lat stosuje *predictive maintenance* zamiast reagowania na awarię. To realna redukcja częstotliwości i skali szkód, a nie tylko szybsza ich obsługa. Bariera jest równie realna: prywatność i świadoma zgoda klienta na monitorowanie. Klient musi rozumieć i chcieć, żeby jego dane były wykorzystywane w ten sposób – a to wymaga zaufania, które trzeba zbudować, zanim się o taką zgodę poprosi.

Tu dochodzimy do kwestii, którą uważam za kluczową, a która rzadko jest przedstawiana w tym świetle: regulacje europejskie – DORA, *AI Act*, RODO – są powszechnie postrzegane jako koszt i ograniczenie. W sektorze zaufania publicznego, jakim są ubezpieczenia, mogą być czymś więcej – przewagą konkurencyjną. Klient coraz częściej pyta nie tylko, czy firma korzysta z algorytmów i sztucznej inteligencji, ale czy robi to w sposób odpowiedzialny, przejrzysty i podlegający kontroli. Europejski model regulacyjny, choć wymagający, buduje standard, który w dłuższej perspektywie może stać się elementem przewagi rynkowej – nie tylko w relacji z klientem, ale też z inwestorem i regulatorem.

Warto przy tym zauważyć, że technologia zmienia nie tylko to, jak działamy – zmienia również to, co ubezpieczamy. Ryzyko cybernetyczne, przerwy w działalności wynikające z zależności od infrastruktury cyfrowej, odpowiedzialność za decyzje podejmowane przez algorytmy – to kategorie, których dwie dekady temu praktycznie nie było w portfelach ubezpieczycieli, a dziś rosną szybciej niż rynek jako całość. Dochodzi do tego ryzyko katastrof naturalnych, którego skala i częstotliwość w naszej części Europy zmieniły się w sposób, jakiego historyczne szeregi danych nie opisują. Część tych ryzyk jest trudna do ubezpieczenia klasycznymi metodami: brakuje długiej historii szkodowej, a ekspozycje są silnie skorelowane – przy ataku na powszechnie używane oprogramowanie albo przy powodzi poszkodowani są jednocześnie niemal wszyscy klienci z danego obszaru, co jest przeciwieństwem założenia o niezależności ryzyk, na którym opiera się klasyczna kalkulacja aktuarialna. Jest w tym pewien paradoks: technologia jest źródłem nowych ryzyk, a jednocześnie – jedynym narzędziem, które pozwala je modelować i, tym samym, w ogóle uczynić ubezpieczalnymi. Rola ubezpieczyciela przesuwa się przy tym z dostawcy kapitału na wypadek szkody w stronę partnera, który pomaga ryzykiem zarządzać, zanim się ono zmaterializuje.

Z perspektywy zarządzania dużą, regulowaną instytucją finansową widzę to bardzo konkretnie: najtrudniejszym elementem transformacji technologicznej nie są algorytmy, infrastruktura czy dane. Najtrudniejsze jest zbudowanie w organizacji kultury, w której technologia jest traktowana jako narzędzie wzmacniające relację z klientem, a nie jako cel sam w sobie. Widziałem to wielokrotnie – projekty technologiczne, które zaczynały się od pytania „co możemy zautomatyzować", przynosiły znacznie mniejszą wartość niż te, które zaczynały się od pytania „w którym momencie relacji z klientem możemy być bardziej obecni i użyteczni".

Technologia jest akceleratorem, nie substytutem zaufania. Firmy ubezpieczeniowe, które zrozumieją to rozróżnienie, będą wygrywać nie dzięki najlepszym algorytmom, ale dzięki najlepiej zaprojektowanej relacji z klientem – takiej, w której algorytm jest niewidocznym, ale kompetentnym wsparciem, a nie zastępstwem dla ludzkiej uwagi w momentach naprawdę mających znaczenie. To jest, w moim przekonaniu, prawdziwa transformacja, przed którą stoi nasza branża w najbliższych latach – nie technologiczna, ale relacyjna, wspierana technologią.

Marcin Kurczab
Dyrektor ds. Innowacji i AI, Grupa PZU

Od 13 lat związany z Grupą PZU, gdzie zaczynał od koordynacji projektów w ramach Biura Strategii i Projektów, a od ponad 8 lat kieruje pracami Biura Innowacji i AI. Opracował i wdrożył podejście do testowania i wdrażania innowacji w PZU wraz ze startupami – Program PZU Ready for Startups. W ramach programu jego zespół współpracuje z najlepszymi startupami w Polsce i na świecie wspierając jednostki biznesowe PZU w testowaniu oraz wdrażaniu innowacji technologicznych i rozwiązań AI. W ciągu 8 lat funkcjonowania programu PZU zrealizowało ponad 90 projektów pilotażowych i wdrożyło ponad 50 najlepszych rozwiązań, które wygenerowały łącznie ponad 200 milionów PLN skumulowanego wyniku finansowego netto. Przykładowe innowacje obejmują takie rozwiązania jak wykorzystanie sztucznej inteligencji do analizy szkód komunikacyjnych czy też wykorzystanie zobrazowań satelitarnych w celu usprawnienia obsługi szkód rolnych. Marcin jest absolwentem Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie i Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, ukończył ponadto program „Cloud and DevOps" na Massachusetts Institute of Technology Professional Education. Posiada licencję maklera papierów wartościowych i interesuje się inwestycjami giełdowymi. Prywatnie pasjonat muzyki rockowej, tenisa, koszykówki i włoskiego espresso.

Marcin Kurczab

Sektor ubezpieczeniowy – nowoczesny czy zacofany?

Branża ubezpieczeniowa jest często krytykowana za swój konserwatyzm i brak drastycznych, skokowych zmian swojego modelu biznesowego. Czy jest to sektor nieinnowacyjny? Czy funkcjonuje on jako „odizolowana wyspa" względem innych obszarów naszego życia, które są naszpikowane nowymi technologiami? Nic bardziej mylnego. Sektor ubezpieczeniowy z 2026 roku i ten sprzed kilkunastu lat dzieli technologiczna przepaść. Często nie jest to jednak widoczne dla klienta końcowego i sektor jest postrzegany jako mało nowoczesny. Wiele zmian występuje w warstwie *back-office* i *middle-office*, czyli obszarów, które nie mają bezpośredniego kontaktu z klientem. Wpływają one na poprawę konkurencyjności kosztowej i produktywności ubezpieczyciela; nie zawsze przekładają się na wzrost satysfakcji klientów. Największa transformacja ubezpieczeń dzieje się poza wzrokiem klienta.

Od cyfryzacji do organizacji opartej na danych

Transformacja technologiczna zakładów ubezpieczeń nie rozpoczęła się wraz z generatywną AI. Fundamenty obecnej zmiany budowaliśmy znacznie wcześniej. Ostatnie lata przyniosły rozwój rozwiązań mobilnych, zaawansowanej analityki danych i *big data*, automatyzacji procesów przy wykorzystaniu takich technologii jak RPA czy też wizji komputerowej i OCR. To właśnie te technologie stopniowo zmieniały sposób sprzedaży ubezpieczeń, obsługi klienta, underwritingu i obsługi szkód.

Skalę tej transformacji dobrze pokazuje rozwój kanałów mobilnych. Jeszcze kilkanaście lat temu dyskutowaliśmy, czy ubezpieczyciel powinien posiadać własną aplikację na telefon. Dziś cyfrowe kanały obsługi są oczywiste, a benchmarkiem z perspektywy klienta niekoniecznie są inni ubezpieczyciele, lecz inne dojrzałe usługi cyfrowe, z których korzysta. W PZU stworzyliśmy ekosystem, którego używa już ponad 6 milionów użytkowników. Co kilkadziesiąt sekund za pośrednictwem mojePZU sprzedawana jest polisa, a równie regularnie nasi klienci umawiają wizyty medyczne.

Równocześnie jeszcze większą rolę zaczęły odgrywać dane, bo ubezpieczenia od stuleci opierały się na nich i statystyce. Rewolucja nie polega jednak tylko na większej liczbie danych, lecz zdolności ich wykorzystywania w czasie rzeczywistym. Dane przestały być wyłącznie paliwem dla modeli aktuarialnych. Zaawansowana analityka i platformy *big data* pozwoliły przejść od analizowania przeszłości do reagowania na to, co dzieje się tu i teraz. W PZU wykorzystujemy m.in. rozwiązanie CRM interakcyjny. Umożliwia ono analizę zdarzeń i zachowań klientów w kanale *digital* w czasie rzeczywistym oraz natychmiastowe podejmowanie działań. Dzięki niemu coraz lepiej rozumiemy intencje naszych klientów, a nasza komunikacja jest bardziej spersonalizowana.

Wiele zmieniło się także w obszarze szkód. Przez dekady proces ten opierał się przede wszystkim na wiedzy eksperckiej i fizycznych oględzinach. Wyzwaniem była rozproszona wiedza i relatywnie niski poziom standaryzacji niektórych elementów procesu. Rozwój wizji komputerowej sprawił, że komputer nauczył się „widzieć" i interpretować obrazy na poziomie, który jeszcze kilka lat temu wydawał się nieosiągalny dla maszyny. Jest to technologia szeroko stosowana w branży, o czym świadczy chociażby to, że w samym PZU przez ostatnie lata technologie te pomogły nam przeprocesować szkody komunikacyjne o łącznej wartości przekraczającej 10 mld zł. Dla pewnych typów szkód komunikacyjnych klient jest w stanie otrzymać wycenę szkody w ciągu kilku minut od zgłoszenia i zakończyć cały proces w mniej niż kwadrans. Nasza branża przechodzi od modelu opartego na ręcznej ocenie zdarzeń do modelu, w którym technologia staje się ogniwem w procesie podejmowania decyzji, przy zachowaniu kontroli człowieka nad procesem decyzyjnym (model *human-in-the-loop*).

W innowacjach najważniejszy jest biznes, nie technologia

Wraz ze wzrostem liczby dostępnych technologii rośnie również ryzyko chaosu. Nie każde rozwiązanie przynosi wartość biznesową. Wiedza o tym, czego „nie robić" i z których technologii nie korzystać jest równie ważna jak wiedza odnośnie tego, które technologie mają potencjał rozwojowy. Dlatego jednym z najważniejszych wyzwań ubezpieczyciela jest umiejętność szybkiej identyfikacji technologii z potencjałem oraz oddzielania technologicznego szumu od rzeczywistej wartości.

W PZU rolą obszaru odpowiedzialnego za innowacje jest łączenie perspektyw biznesu i technologii. W praktyce oznacza to drobiazgową identyfikację

problemów i potrzeb biznesowych, analizowanie dostępnych produktów, usług i technologii rynkowych oraz ocenę, czy dane rozwiązanie można bezpiecznie i efektywnie wdrożyć w organizacji o skali PZU.

Testowanie innowacji z definicji oznacza pracę z niepewnością: nie zawsze gotowa jest technologia, nie zawsze dojrzały jest rynek, a część przyjętych hipotez okazuje się błędna. Gdy rozpoczynaliśmy budowę programu innowacji, zakładaliśmy, że nawet 60% testowanych projektów może zakończyć się niepowodzeniem. W praktyce proporcje okazały się odwrotne i dziś około 60% testowanych rozwiązań przechodzi do wdrożenia. To efekt konsekwentnego koncentrowania się na rzeczywistych wyzwaniach biznesowych, a nie na technologii jako takiej.

Dlatego w słowniku zarządzania innowacjami ważne są dwa słowa: selektywność i egzekucja. Selektywność oznacza umiejętność wyboru tych kilku inicjatyw spośród setek pomysłów, które mają szansę wygenerować zauważalną wartość dla klientów i organizacji. Egzekucja to umiejętność prowadzenia projektu od hipotezy do zweryfikowanego rezultatu, pomimo niepewności, ograniczeń organizacyjnych i braku sprawdzonych wzorców postępowania.

Startupy jako źródło przewagi konkurencyjnej

Współczesne ubezpieczenia funkcjonują na styku dziesiątek specjalizacji: od danych i sztucznej inteligencji, przez cyberbezpieczeństwo, po technologie medyczne, kosmiczne czy przemysłowe. Dodatkowo nasze otoczenie biznesowo-technologiczne zmienia się znacznie szybciej niż 10 lat temu. Cykle adopcyjne ulegają skróceniu. Nawet największe organizacje nie powinny więc zakładać, że są w stanie samodzielnie rozwijać wszystkie rozwiązania technologiczne. Coraz większego znaczenia nabiera model otwartych innowacji (*open innovation*), w którym potencjał organizacji uzupełniany jest kompetencjami rynku. Startupy pełnią w tym modelu rolę dodatkowego „silnika innowacji". Są to zespoły w pełni skoncentrowane na rozwijaniu konkretnych technologii i ich praktycznych zastosowań.

Współpraca korporacji ze startupami może być relacją wzajemnych korzyści. Duży ubezpieczyciel zyskuje dostęp do nowych kompetencji, skraca czas eksperymentowania i może szybciej testować technologie pojawiające się na rynku oraz wdrażać najlepsze rozwiązania. Startup otrzymuje możliwość

rozwoju produktu w rzeczywistym środowisku biznesowym oraz szansę na skalowanie swojego produktu lub usługi.

W PZU od lat budujemy relacje ze startupami w oparciu o partnerstwo, wykorzystując ich kompetencje do uzupełniania naszych własnych zasobów. Każdorazowo podejmujemy świadomą decyzję typu *build or buy*, oceniając, czy większą wartość przyniesie tworzenie rozwiązania własnymi siłami, czy wykorzystanie gotowych produktów lub usług dostępnych na rynku. Z naszych doświadczeń wynika, że najskuteczniejsze organizacje nie wybierają jednego z tych modeli, tylko potrafią elastycznie łączyć oba podejścia w zależności od charakteru wyzwania biznesowego.

Czego nauczyliśmy się dzięki programowi PZU *Ready for Startups*

Program PZU *Ready for Startups* działa od blisko dziewięciu lat i stał się jednym z filarów budowania kompetencji innowacyjnych w PZU. Każdego roku analizujemy około tysiąca pomysłów i rozwiązań oferowanych przez startupy i testujemy najlepsze 12–15 z nich. Łącznie przetestowaliśmy już ponad sto rozwiązań. Współpraca z młodymi firmami technologicznymi wymaga dedykowanego podejścia i innego sposobu myślenia. W PZU kierujemy się naszą autorską zasadą „5xF".

Jej fundamentem jest przekonanie, że innowacje powinny zaczynać się od prawdziwych potrzeb biznesowych (dzięki byciu *Friends with business*), koncentrować się na wybranych priorytetach (*Focus on specific area*), a nie na wszystkich pojawiających się trendach, oraz być weryfikowane szybko i możliwie niskim kosztem (*Fast testing*). Równie ważna jest akceptacja faktu, że nie każdy eksperyment zakończy się sukcesem (*Failure acceptance*), bo w innowacjach równie cenną informacją jest wiedza o tym, czego nie warto wdrażać. Ostatni element, czasem niedoceniany, bo może wydawać się „zbyt oczywisty", to ciekawość i energia do poszukiwania nowych rozwiązań oraz frajda z tego, co robimy na co dzień (*having Fun*). Z naszej perspektywy to właśnie połączenie pragmatyzmu, szybkości działania i otwartości na naukę pozwala skutecznie przekładać innowacje na zauważalną wartość dla klientów i biznesu. Łączne skumulowane korzyści (poprawa wyniku netto) z programu PZU *Ready for Startups* to już ponad 250 mln zł, co – nawet jak na skalę PZU – jest wartością zauważalną.

Jakie technologie będą kształtować ubezpieczenia przyszłości?

Pewne jest jedno – przy tak dynamicznie zmieniającym się świecie, nikt z nas nie ma wiedzy i pewności, jak będzie on wyglądał za 10 lat. Najbardziej prawdopodobny wydaje się scenariusz, w którym dalszy rozwój sztucznej inteligencji, dostępności danych, mocy obliczeniowej oraz zdolności integracyjnych organizacji będzie stopniowo zmieniał sposób funkcjonowania całego łańcucha wartości ubezpieczyciela.

Jednym z najciekawszych obszarów będzie przyszłość dystrybucji. Coraz więcej produktów ubezpieczeniowych będzie sprzedawanych w sposób niewidoczny dla klienta, jako element innych usług i procesów zakupowych. To właśnie model *embedded insurance*, w którym moment zakupu ochrony przesuwa się bliżej momentu powstania potrzeby, a sama polisa staje się częścią szerszego doświadczenia klienta. Wiele wskazuje też na to, że duże modele językowe oraz agenty AI staną się nowym sposobem interakcji klientów z usługami finansowymi, szczególnie na początkowym etapie procesu sprzedażowego. Klienci będą coraz częściej poszukiwać informacji, porównywać oferty i podejmować część decyzji zakupowych za pośrednictwem inteligentnych asystentów. Nie oznacza to jednak końca roli agentów ubezpieczeniowych z krwi i kości. Wręcz przeciwnie: w obszarach wymagających zaufania, zrozumienia indywidualnej sytuacji klienta czy złożonego doradztwa człowiek nadal będzie odgrywał kluczową rolę. Przyszłość sprzedaży ubezpieczeń widzimy jako świat hybrydowy, w którym kompetencje ludzi będą wzmacniane przez możliwości sztucznej inteligencji, a nie zastępowane przez nią.

Jeszcze większy wpływ generatywna sztuczna inteligencja może mieć na *underwriting* i obsługę szkód. To właśnie te obszary należą do największych beneficjentów obecnej rewolucji technologicznej. Paradoksalnie wiele z tych zmian pozostanie niewidocznych dla klienta. Coraz większa część analizy dokumentów, interpretacji danych czy przygotowywania rekomendacji będzie realizowana przy wsparciu AI. Automatyzacja nie musi odbywać się tu kosztem jakości. Wręcz przeciwnie, w wielu przypadkach może prowadzić do bardziej spójnych, powtarzalnych i zgodnych z przyjętymi regułami biznesowymi decyzji, ponieważ interpretacja danych będzie w mniejszym stopniu zależna od indywidualnych różnic pomiędzy ekspertami i bardziej konsekwentnie oparta na ustalonych zasadach oceny. Efektem będzie szybsza obsługa klientów oraz większa jednolitość procesu decyzyjnego.

Trzecim istotnym trendem będzie dalszy rozwój zaawansowanej analityki i pricingu. Ubezpieczenia komunikacyjne pozostają jednym z najbardziej konkurencyjnych segmentów rynku, dlatego właśnie tam obserwujemy inwestycje w dane, modele analityczne i sztuczną inteligencję. Po raz pierwszy w historii branża dysponuje tak ogromnymi zbiorami danych, rozwiniętymi narzędziami oraz możliwością wykorzystywania danych nieustrukturyzowanych. Wszystko wskazuje na to, że precyzja oceny ryzyka i kalkulacji cen będzie stopniowo zbliżać się do poziomu, który jeszcze kilka lat temu wydawał się nieosiągalny – w PZU określamy to mianem *pricing excellence*.

AI jako katalizator zmian, a nie cel sam w sobie

Sama technologia rzadko jest źródłem trwałej przewagi konkurencyjnej. Z perspektywy organizacji takiej jak PZU kluczowe znaczenie ma zdolność do jej skutecznego wdrażania, skalowania i integrowania z codziennym funkcjonowaniem firmy.

Temu właśnie służy realizowany obecnie projekt Transformacja AI, który obejmuje wszystkie kluczowe obszary działalności Grupy PZU. Jego celem jest stworzenie „podwozia" dla całej organizacji: standardów, architektury, wspólnych narzędzi oraz sposobu projektowania, utrzymania i skalowania rozwiązań AI. Dzięki temu przechodzimy od rozproszonych eksperymentów do trwałej zdolności organizacyjnej pozwalającej wdrażać kolejne rozwiązania szybciej, bezpieczniej i na większą skalę. Inicjując ten projekt, zebraliśmy ok. 450 pomysłów, z czego blisko 40 wykazało atrakcyjny potencjał biznesowy. Ostatecznie do pierwszej fazy realizacji projektu zakwalifikowało się 10 projektów.

Technologia odpowiada jedynie za część sukcesu transformacji. Równie istotne są kompetencje ludzi. Dlatego równolegle rozwijamy Akademię AI, jeden z największych programów edukacyjnych tego typu w polskim sektorze ubezpieczeniowym. W pierwszej połowie 2026 roku pracownicy PZU spędzili ponad 20 tys. godzin na nauce praktycznego wykorzystania AI, a całą organizację wspiera sieć ponad 100 Ambasadorów AI – pracowników, którzy pomagają przekładać możliwości technologii na konkretne zastosowania w swoich obszarach.

Skalę tej zmiany dobrze pokazuje fakt, że pracownicy PZU wygenerowali już ponad 4,4 mln promptów w wewnętrznym asystencie AI. Sztuczna inteligencja

coraz częściej wspiera analizę informacji, tworzenie treści, wyszukiwanie wiedzy i podejmowanie decyzji w codziennych procesach biznesowych.

W Grupie PZU działa kilkaset modeli ML i AI, które na co dzień wspierają pracę tysięcy pracowników – od obsługi szkód, przez *pricing* i *underwriting*, po sprzedaż oraz zarządzanie relacjami z klientami.

Przyszłość będzie należeć do organizacji uczących się

Przyszłość sektora ubezpieczeniowego nie zostanie jednak zdefiniowana przez jedną technologię. Historia branży pokazuje, że część głośnych trendów nie spełniła pokładanych w nich nadziei (np. *blockchain*, niektóre modele wykorzystania telematyki), podczas gdy inne zmieniły sposób funkcjonowania rynku bardziej niż pierwotnie zakładano (rozwiązania mobilne, wizja komputerowa).

Technologii nie brakuje i nie będzie ich przybywać wolniej niż dziś. Dlatego o sukcesie ubezpieczycieli nie zdecyduje dostęp do innowacji, lecz zdolność ich selekcji, testowania i skutecznego wdrażania. Wygrywać będą organizacje, które potrafią szybko się uczyć i przekładać postęp technologiczny na wartość dla klientów i biznesu.

W świecie, w którym większość insurtechów powstaje w modelu *AI-first*, sama technologia przestaje być wyróżnikiem. O przewadze nie będzie decydować odpowiedź na pytanie „czy korzystacie ze sztucznej inteligencji?", ale „jakie problemy dzięki niej rozwiązujecie?" Klienci nie kupują algorytmów, tylko szybszą obsługę szkody, trafniejszą ocenę ryzyka, lepszą ochronę zdrowia czy bardziej spersonalizowane doświadczenia.

Dlatego wierzę, że w kolejnych latach będziemy coraz rzadziej mówić o projektach „AI-owych", a coraz częściej po prostu o dobrych produktach (prostych, zrozumiałych i dających realną ochronę), skutecznych procesach i mądrze zaprojektowanych usługach. A wtedy okaże się, że prawdziwym zwycięzcą nie będzie ten, kto najgłośniej mówi o AI, lecz ten, kto potrafi wykorzystać ją w sposób praktyczny, odpowiedzialny i przynoszący wartość. AI jest dziś potężnym narzędziem. Jak każde dojrzałe narzędzie, jest najcenniejsze wtedy, gdy przestajemy zwracać uwagę na jego obecność, a zaczynamy dostrzegać efekty.

Tomasz Masajło
Członek Zarządu, CUK Ubezpieczenia

Menedżer i przedsiębiorca od blisko 20 lat związany z branżą ubezpieczeniową i rozwojem biznesu cyfrowego. Doświadczenie zdobywał m.in. w AXA, gdzie odpowiadał za rozwój sprzedaży i marketingu w kanałach zdalnych, a jako członek międzynarodowego zespołu AXA Global Direct uczestniczył w rozwoju działalności direct Grupy. Związany był również z PZU, gdzie odpowiadał m.in. za rozwój oferty, narzędzi i kanałów sprzedaży. Przez sześć lat kierował Rankomat.pl, rozwijając jedną z największych porównywarek ubezpieczeniowych w Polsce i budując jej pozycję najbardziej rozpoznawalnej marki w segmencie dystrybucji ubezpieczeń. W kolejnych latach realizował projekty doradcze m.in. dla Grupy PZU oraz na międzynarodowych rynkach ubezpieczeniowych, w tym w Azji i na Bliskim Wschodzie. Obecnie pełni funkcję Członka Zarządu CUK Ubezpieczenia. Aktywnie inwestuje i angażuje się w rozwój przedsięwzięć technologicznych.

Tomasz Masajło

Od cyfryzacji do zmiany modelu ubezpieczeń

Ostatnie dekady były dla rynku ubezpieczeniowego okresem intensywnej transformacji technologicznej. Cyfryzacja objęła praktycznie każdy obszar działalności – od dystrybucji i obsługi klienta, przez *underwriting* i *pricing*, po likwidację szkód. Automatyzacja, analityka danych czy sztuczna inteligencja pozwoliły działać szybciej, taniej i trafniej podejmować decyzje. Istotna część tej transformacji służyła jednak zwiększaniu efektywności istniejącego modelu, a nie zmianie jego fundamentalnej logiki.

Z perspektywy ubezpieczyciela w centrum nadal znajduje się ocena i wycena ryzyka oraz przejęcie jego finansowych konsekwencji. Z perspektywy klienta trwałą cechą pozostaje incydentalny charakter relacji: zakup polisy, odnowienie i ewentualna szkoda. To właśnie szkoda jest często najważniejszym momentem doświadczenia klienta z marką – a jednocześnie zdarzeniem, którego obie strony wolałyby uniknąć. Cyfryzacja dokonała więc dużej zmiany w tym, jak ubezpieczyciele działają, ale znacznie mniejszej w ich modelu działania i sposobie, w jaki są postrzegani.

Ten proces się nie kończy. Generatywna AI, agenty AI, Internet Rzeczy czy nowe możliwości wykorzystania danych będą nadal automatyzować procesy i wspierać ocenę ryzyka. Technologie pozwalają jednak również tworzyć nowe punkty kontaktu z klientem, rozwijać usługi wykraczające poza polisę i aktywnie wpływać na ryzyko. **Kluczowe pytanie brzmi więc: czy pozostaną narzędziami dalszej cyfryzacji, czy staną się katalizatorem zmiany samego modelu ubezpieczeń?**

Punkt zwrotny

Nowe technologie tworzą możliwość wyjścia poza ten schemat. Aplikacje, AI, IoT i dane w czasie rzeczywistym pozwalają ubezpieczycielowi być obecnym również pomiędzy zakupem polisy, odnowieniem i szkodą.

Sama możliwość częstszego kontaktu nie oznacza jednak relacji. Klient nie potrzebuje kolejnych komunikatów ani aplikacji, z której nie ma powodu korzystać. Technologia ma znaczenie, gdy pozwala dostarczać realną wartość – zapobiegać problemom, ułatwiać codzienne funkcjonowanie lub zapewniać dostęp do potrzebnych usług.

Kluczowym pytaniem nie jest więc, jak zwiększyć liczbę punktów kontaktu, lecz jak stworzyć powody, dla których klient będzie chciał z nich korzystać.

Od polisy do usługi

Naturalnym kierunkiem może być rozszerzanie polisy o usługi związane z obszarem życia, którego dotyczy ochrona. Potencjał nie jest jednak jednakowy w każdej linii biznesowej. W zdrowiu może to oznaczać uzupełnienie finansowania leczenia o profilaktykę, *wellbeing*, rehabilitację czy dostęp do aktywności sportowej; w podróży – integrację *assistance*, telemedycyny, lokalnej sieci medycznej czy awaryjnych środków finansowych w jednej aplikacji.

W ubezpieczeniach mieszkaniowych połączenie ochrony z monitoringiem nieruchomości czy czujnikami zagrożeń mogłoby jednocześnie dostarczać wartość klientowi i ograniczać ryzyko; wymaga jednak nowych kompetencji i partnerstw. W komunikacji kierunkiem może być zapewnienie mobilności po szkodzie zamiast tradycyjnie rozumianej likwidacji.

Nie chodzi więc o dodawanie funkcji do polisy, ale o usługi rzeczywiście użyteczne i pozwalające ubezpieczycielowi odgrywać większą rolę niż finansowanie skutków zdarzenia. Często wystarczy przy tym integracja istniejących świadczeń i dostarczenie ich w inny sposób. W jednych liniach może to prowadzić do regularnej relacji, w innych – intensywnej obecności w konkretnych momentach życia klienta.

Relacja nie powinna być budowana przez częstszą komunikację, lecz przez dostarczanie realnej wartości wtedy, kiedy jest potrzebna. Większa wartość dostarczana klientowi może mieć przy tym znaczenie nie tylko dla relacji i retencji, ale również dla zwiększania penetracji ubezpieczeń i ograniczania luki ubezpieczeniowej – problemów, których sama cyfryzacja dotąd nie rozwiązała.

Od wyceny do zarządzania ryzykiem

Znaczenie trwałej relacji wykracza poza sprzedaż, personalizację czy retencję. W połączeniu z dostępem do danych i możliwością interwencji pozwala nie tylko trafniej oceniać i wyceniać ryzyko, ale również aktywnie na nie wpływać – ograniczać częstotliwość szkód (*frequency*) i ich wartość (*severity*).

W obszarze *severity* jest to możliwe już dziś. Integracja *assistance*, telemedycyny czy sieci naprawczych pozwala szybciej reagować, lepiej organizować pomoc i ograniczać koszt szkody. Trudniejszy, ale potencjalnie bardziej fundamentalny jest wpływ na *frequency*. W ryzykach przemysłowych monitoring temperatury czy parametrów instalacji pozwala wykryć nieprawidłowości, zanim dojdzie do pożaru. W zdrowiu podobną rolę mogą odgrywać działania profilaktyczne.

Powstaje nowy mechanizm tworzenia wartości: dane pozwalają wcześniej identyfikować ryzyko, a relacja i możliwość interwencji – ograniczać prawdopodobieństwo zdarzenia lub jego konsekwencje. Korzysta klient, który może uniknąć szkody lub ograniczyć jej skutki, oraz ubezpieczyciel, który może poprawiać wynik techniczny.

Może to również przesuwać perspektywę underwritingu – od koncentracji na ocenie i selekcji ryzyka w kierunku współtworzenia mechanizmów pozwalających wpływać na nie przez cały okres ochrony.

Przejęcie finansowych konsekwencji ryzyka pozostanie fundamentem ubezpieczeń. Technologia pozwala jednak rozszerzyć rolę ubezpieczyciela: od oceny, wyceny i finansowania skutków ryzyka do aktywnego uczestnictwa w zarządzaniu nim.

Konkurencja o relację

Możliwość budowania trwałej relacji jest dla ubezpieczycieli szansą, ale również strategicznym zagrożeniem. Nie ma gwarancji, że to właśnie oni staną się jej właścicielami. O tę pozycję konkurują dystrybutorzy, banki, producenci samochodów, operatorzy medyczni, platformy technologiczne czy firmy z obszaru podróży i mobilności – często mające częstszy kontakt z klientem.

Dobrym przykładem jest motoryzacja. Cyfrowy samochód pozwala producentowi integrować finansowanie, serwis, *assistance* i ubezpieczenie w jednym doświadczeniu. Ochrona może stać się dla klienta jednym z elementów usługi związanej z mobilnością. Podobne mechanizmy mogą rozwijać się wokół zdrowia, domu czy podróży.

Stawką jest więc nie tylko sprzedaż polisy, ale własność relacji, danych i doświadczenia, w którym ubezpieczenie zostanie osadzone. Podmiot posiadający tę relację zyskuje większy wpływ na sposób prezentacji produktu, moment jego zakupu i podział wartości w ekosystemie.

W jednym z możliwych modeli ubezpieczyciel pozostanie niezbędny, ale dla klienta niemal niewidoczny – będzie zapewniał *capacity* i ponosił ryzyko, podczas gdy relacja, marka i doświadczenie będą należały do innego podmiotu.

Nowa rola ubezpieczyciela

Technologia może więc wpływać również na miejsce ubezpieczyciela w łańcuchu wartości. Jeden model zakłada rozwijanie relacji z klientem, integrowanie usług i wykorzystywanie danych do zarządzania ryzykiem; inny – specjalizację w ocenie i przejmowaniu ryzyka oraz dostarczaniu *capacity* podmiotom posiadającym tę relację. Pomiędzy nimi istnieje wiele wariantów pośrednich.

Rola risk carriera nie musi być scenariuszem negatywnym. Może być świadomie wybraną specjalizacją opartą na przewadze w underwritingu, pricingu, zarządzaniu kapitałem czy efektywności operacyjnej. Podobnie posiadanie relacji nie jest wartością samą w sobie – wymaga kompetencji i zdolności do dostarczania doświadczenia, z którego klient chce korzystać.

Kluczowe jest więc określenie swojej roli i zbudowanie kompetencji potrzebnych do jej utrzymania. Nie zawsze będzie to jednak w pełni swobodny wybór – pozycja ubezpieczyciela będzie również konsekwencją tego, kto skuteczniej zbuduje relację z klientem i dostarczy mu wartość. Technologia staje się jednym z czynników decydujących o tym, jaką pozycję ubezpieczyciel będzie w stanie zająć.

Konsekwencje organizacyjne

Różne role w łańcuchu wartości wymagają różnych kompetencji i sposobów działania. Inaczej powinna być zorganizowana firma koncentrująca się na doskonałości w ocenie i przejmowaniu ryzyka, inaczej – ubezpieczyciel, który chce posiadać relację z klientem, integrować usługi i aktywnie zarządzać ryzykiem.

Szczególnie w drugim modelu tradycyjne granice funkcjonalne zaczynają się zacierać. Ta sama usługa może być elementem doświadczenia klienta, źródłem danych dla underwritingu, narzędziem prewencji i sposobem ograniczania kosztu szkód. Technologia, produkt, marketing, *underwriting*, *assistance* i likwidacja współtworzą wówczas jeden mechanizm tworzenia wartości.

Transformacja technologiczna nabiera więc również wymiaru organizacyjnego i zarządczego. Wraz ze zmianą modelu biznesowego zmieniają się potrzebne

kompetencje, zakresy odpowiedzialności i sposób współpracy pomiędzy funkcjami, coraz częściej przekraczający tradycyjne silosy organizacyjne.

Technologie będą coraz szerzej dostępne dla całego rynku. Przewagi trudniej będzie szukać w samym dostępie do AI, danych czy narzędzi. Może nią być zdolność do przełożenia technologii na model biznesowy i dostosowania do niego organizacji oraz sposobu zarządzania.

Dotychczas technologia zmieniała przede wszystkim sposób realizacji procesów. Kolejna fala transformacji może zmienić sposób, w jaki ubezpieczyciele tworzą wartość, zarządzają ryzykiem i określają swoje miejsce w łańcuchu wartości. Ostatecznie może więc zmienić nie tylko model ubezpieczeń i samych ubezpieczycieli, ale również zwiększyć znaczenie ubezpieczeń w gospodarce i ograniczyć lukę ubezpieczeniową.

Karol Mazurek

Enterprise Commercial Lead, Microsoft Polska

Karol Mazurek ma ponad 29 lat doświadczenia w branży IT. Od 1998 roku związany był z Accenture, gdzie jako Dyrektor Zarządzający odpowiadał za współpracę z klientami z sektora finansowego.

W trakcie swojej kariery kierował dużymi i złożonymi programami transformacji biznesowej, obejmującymi transformację cyfrową, integrację i architekturę systemów, strategię IT oraz outsourcing. Doradzał zarządom wiodących instytucji finansowych w Polsce i regionie CEE w redefinicji modeli operacyjnych, optymalizacji procesów oraz wdrażaniu nowych technologii – od bankowości cyfrowej po platformy danych i rozwiązania chmurowe. Specjalizuje się we wdrażaniu, rozwoju i utrzymaniu kluczowych systemów dla instytucji finansowych, wspierając je w budowaniu nowoczesnych i skalowalnych środowisk technologicznych.

Jest laureatem Nagrody Lidera Cyfryzacji Sektora Bankowego (2022), Medalu Mikołaja Kopernika (2022) oraz Nagrody im. Profesora Remigiusza Kaszubskiego (2023).

Ukończył Wydział Fizyki Technicznej i Matematyki Stosowanej na Politechnice Warszawskiej.

Karol Mazurek

Ubezpieczenia nowej ery. O przyszłości branży zdecyduje coś więcej niż sztuczna inteligencja

Przez dziesięciolecia przewaga konkurencyjna w ubezpieczeniach opierała się na skali działalności, sile marki, jakości sieci sprzedaży i umiejętności efektywnego zarządzania ryzykiem. Te czynniki pozostają ważne również dziś, jednak coraz wyraźniej widać, że nie będą już wystarczające.

Świat, który ubezpieczyciele mają chronić, wyceniać ryzyko szkód i umieć je sprawnie likwidować, staje się coraz bardziej złożony. Zmienia się charakter ryzyk, rośnie znaczenie zagrożeń cybernetycznych, a zjawiska klimatyczne wpływają na częstotliwość i skalę szkód majątkowych. Jednocześnie klienci oczekują doświadczeń porównywalnych z tymi, które oferują banki, platformy cyfrowe czy globalne marki konsumenckie. Chcą szybkiej obsługi, spersonalizowanej komunikacji i łatwego dostępu do informacji, ale jednocześnie oczekują kontaktu z człowiekiem, szczególnie gdy stawką jest bezpieczeństwo ich majątku, zdrowia lub firmy.

To właśnie w tym momencie na scenę wkracza generatywna sztuczna inteligencja. Jej znaczenie nie wynika jednak z technologicznej atrakcyjności ani medialnego rozgłosu. Istotniejsze jest to, że pojawia się w chwili, gdy dotychczasowy model operacyjny branży zbliża się do swoich naturalnych ograniczeń.

Rosnąca złożoność wymusza zmianę

Przez ostatnie dwie dekady sektor ubezpieczeniowy konsekwentnie inwestował w cyfryzację. Powstawały nowe kanały sprzedaży, platformy samoobsługowe, systemy analityczne i rozwiązania automatyzujące procesy. Dzięki temu wiele organizacji osiągnęło znaczącą poprawę efektywności.

Dziś problem wygląda jednak inaczej. Liczba dokumentów, danych, interakcji i decyzji rośnie szybciej niż zdolność organizacji do ich przetwarzania. Ubezpieczyciele każdego dnia analizują dokumentację medyczną, zdjęcia szkód, korespondencję e-mailową, nagrania rozmów, dane telematyczne czy informacje pochodzące z urządzeń IoT. Coraz większa część działalności

opiera się na materiałach, które trudno opisać przy pomocy tradycyjnych reguł automatyzacji.

Jednocześnie polski klient pozostaje klientem wielokanałowym. Według danych Polskiej Izby Ubezpieczeń około 40% klientów preferuje kontakt w placówce, 31% wybiera rozmowę telefoniczną z agentem, a 39% korzysta z kanałów cyfrowych w obsłudze posprzedażowej[1]. Oznacza to, że przyszłość branży nie będzie ani całkowicie cyfrowa, ani całkowicie tradycyjna. Będzie hybrydowa.

To właśnie dlatego dyskusja o przyszłości ubezpieczeń powinna zaczynać się nie od technologii, ale od pytania o zdolność organizacji do radzenia sobie ze złożonością.

Nie chodzi o technologię. Chodzi o nowy model działania

W debacie publicznej sztuczna inteligencja często sprowadzana jest do chatbotów lub narzędzi zwiększających produktywność pracowników. To jednak jedynie najbardziej widoczna część zmiany.

Znaczenie nowych technologii wynika z ich zdolności do pracy w oparciu o wiedzę organizacyjną. W sektorze ubezpieczeniowym ogromna część wartości powstaje dzięki interpretacji informacji: warunków ubezpieczenia, dokumentacji szkód, ekspertyz, raportów medycznych czy regulacji. Dotychczas większość tych działań wymagała dużego zaangażowania specjalistów.

Powstają narzędzia, które potrafią analizować duże zbiory informacji, porządkować je i przedstawiać w formie wspierającej podejmowanie decyzji. Nie oznacza to zastąpienia ekspertów; wręcz przeciwnie. Największa wartość pojawia się tam, gdzie doświadczenie człowieka zostaje wzmocnione przez szybki dostęp do wiedzy i lepszy kontekst.

Potwierdzają to obserwacje rynku europejskiego. Badanie EIOPA pokazuje, że znaczna część europejskich ubezpieczycieli prowadzi już inicjatywy związane z generatywną AI, jednak większość organizacji nadal pozostaje na etapie pilotaży i ograniczonych wdrożeń[2]. Powód jest prosty: prawdziwym wyzwaniem nie jest uruchomienie technologii, lecz jej skuteczne osadzenie w modelu biznesowym.

1 Polska Izba Ubezpieczeń, „Cyfryzacja sektora ubezpieczeń w Polsce".

2 EIOPA, „Survey on Generative AI Adoption among European Insurers" oraz „Regulatory Framework Applicable to AI Systems in the Insurance Sector".

Gdzie powstanie największa wartość

Pierwszy obszar transformacji dotyczy właśnie pracowników wykorzystujących dane i wiedzę. W każdej organizacji tysiące godzin poświęcane są na wyszukiwanie informacji, analizowanie dokumentów, przygotowywanie raportów i porównywanie danych pochodzących z różnych systemów. Skrócenie tego czasu przekłada się bezpośrednio na produktywność i jakość pracy.

Drugim obszarem jest obsługa klienta. Ubezpieczenia pozostają biznesem opartym na zaufaniu, dlatego kluczowe znaczenie ma jakość interakcji. Konsultanci i agenci zyskują możliwość szybszego dotarcia do informacji, bardziej spójnego odpowiadania na pytania klientów oraz lepszego dopasowania oferty do ich potrzeb.

Duże możliwości pojawiają się także w underwritingu. Zurich na przykład informuje o wykorzystaniu rozwiązań opartych na sztucznej inteligencji do analizy i porządkowania nieustrukturyzowanych danych pochodzących z wielu źródeł i w różnych językach. Firma wskazuje również na szerokie wykorzystanie AI w różnych obszarach działalności[3].

Najbardziej widoczne efekty odczuwa jednak klient. To właśnie proces likwidacji szkód decyduje o tym, czy obietnica marki znajduje potwierdzenie w rzeczywistości. PZU wdrożyło rozwiązanie wspierające obsługę prostych szkód mieszkaniowych, którego celem jest umożliwienie wypłaty odszkodowania w czasie krótszym niż 24 godziny przy zachowaniu nadzoru człowieka nad bardziej złożonymi przypadkami[4].

Takie wdrożenia wyznaczają kierunek rozwoju całej branży. Klienci bardzo szybko przyzwyczajają się do nowego standardu obsługi.

Prawdziwa przewaga powstaje pod powierzchnią

Największym błędem byłoby założenie, że o sukcesie przesądzi sam dostęp do nowych technologii.

3 Zurich Insurance Group, „Azure OpenAI Service Customer Story" oraz materiały dotyczące wykorzystania AI w underwritingu.

4 PZU, „Dzięki wsparciu GenAI klienci PZU szybciej otrzymają odszkodowania".

Modele sztucznej inteligencji stają się coraz bardziej powszechne. Trudniej skopiować dane, procesy, doświadczenia underwritingowe, wiedzę organizacyjną i relacje z klientami budowane przez lata. To właśnie te zasoby będą decydować o przewadze konkurencyjnej.

Doświadczenia rynku pokazują, że największe bariery pojawiają się nie w momencie uruchomienia nowego narzędzia, ale podczas jego integracji z codziennym funkcjonowaniem firmy. UNIQA wskazywała, że jednym z najtrudniejszych elementów transformacji było połączenie nowych rozwiązań z istniejącym środowiskiem systemów biznesowych[5].

Kluczowego znaczenia nabierają więc jakość danych, zdolność ich wykorzystania, nowoczesna architektura technologiczna i odpowiedzialne zarządzanie ryzykiem. W europejskim sektorze finansowym dodatkowym impulsem stają się wymagania regulacyjne związane z odpornością operacyjną, bezpieczeństwem informacji i nadzorem nad dostawcami usług technologicznych[6].

Dlatego dyskusja o przyszłości ubezpieczeń nie jest w rzeczywistości dyskusją o sztucznej inteligencji. Jest dyskusją o zdolności organizacji do budowania nowoczesnych fundamentów działania.

Lekcje z Europy i Azji

Patrząc na najbardziej zaawansowane organizacje, trudno nie zauważyć pewnej prawidłowości.

Aviva raportuje korzyści wynikające z szerokiego wykorzystania AI w procesach likwidacji szkód, obejmujące poprawę efektywności operacyjnej i jakości obsługi klientów[7]. Groupama rozwija portfel inicjatyw skupionych wokół wspólnej strategii wykorzystania sztucznej inteligencji[8].

5 UNIQA Insurance Group, materiały dotyczące transformacji z wykorzystaniem Azure AI.

6 EIOPA, „Digital Operational Resilience Act (DORA)" oraz materiały dotyczące regulacji AI w sektorze ubezpieczeniowym.

7 McKinsey & Company, „Aviva: Rewiring the Insurance Claims Journey with AI".

8 Groupama, materiały programu AI Factory i wykorzystania Azure OpenAI.

Jeszcze dalej poszły organizacje azjatyckie. Ping An i FWD budowały swoje kompetencje przez lata, traktując technologie jako element szerszej transformacji obejmującej dane, procesy, kompetencje i kulturę organizacyjną[9] [10].

Żaden z tych przykładów nie pokazuje sukcesu pojedynczego projektu technologicznego. Wszystkie pokazują sukces konsekwentnie realizowanej strategii.

Kto wygra następną dekadę

Historia sektora finansowego zna wiele przełomowych momentów. Internet zmienił sposób sprzedaży. Smartfony zmieniły sposób kontaktu z klientami. Chmura obliczeniowa zmieniła sposób budowania systemów.

Obecna fala zmian może przekształcić samo przedsiębiorstwo ubezpieczeniowe.

Nie oznacza to świata, w którym decyzje podejmowane są wyłącznie przez algorytmy. Bardziej prawdopodobny jest scenariusz, w którym najlepsze organizacje połączą doświadczenie ekspertów z możliwościami technologii, aby szybciej rozumieć klientów, sprawniej zarządzać ryzykiem i skuteczniej reagować na zmieniające się warunki rynkowe.

Podział na liderów i obserwatorów nie przebiegnie między firmami, które mają dostęp do nowych technologii, a tymi, które go nie mają. Przebiegnie między organizacjami, które potrafią przełożyć technologię na nowy model działania, a tymi, które pozostaną na etapie eksperymentów.

Za kilka lat klienci prawdopodobnie nie będą pamiętać, który ubezpieczyciel jako pierwszy wdrożył kolejne rozwiązanie oparte na sztucznej inteligencji. Będą pamiętać, kto pomógł im uniknąć problemu, ograniczyć ryzyko i odzyskać poczucie bezpieczeństwa wtedy, gdy było najbardziej potrzebne.

9 Ping An Group, „Driving Innovation with Generative AI".

10 FWD Group, „Partners with Microsoft to Shape the Future of AI-Driven Insurance Experiences".

Rafał Mosionek
Członek Zarządu, Grupa ERGO Hestia

Od 1 stycznia 2026 r. członek zarządu Grupy ERGO Hestia, odpowiedzialny za obszary technologii, zarządzania zmianą, procesów, danych, windykacji, ESG i inwestycji.

Menedżer z wieloletnim doświadczeniem w zarządach i radach nadzorczych spółek Vienna Insurance Group, który z powodzeniem odpowiadał za obszar technologii, zarządzanie zmianą oraz obsługę klienta. Stworzył Beesafe – *insurtech* wspierający cyfrową transformację VIG, a od 2023 roku kierował Customer Experience Competence Center Grupy. Wcześniej pracował w strukturach firm ubezpieczeniowych, m.in. w Aviva i Generali. Jest absolwentem programów MBA Vienna University of Economics and Business oraz Carlson School of Management, University of Minnesota.

Rafał Mosionek

Udany prototyp może być złą decyzją biznesową. Jak przejść od pilotaży AI do transformacji zakładu ubezpieczeń

Jeden z naszych pierwszych poważnych pilotaży AI zakończył się sukcesem. Rozwiązanie działało, wyniki były obiecujące, zespół widział potencjał. Dalsza inwestycja wydawała się naturalna.

Sam zakładałem wtedy, że jeśli technologia się obroni, kolejne decyzje będą już łatwiejsze. Dzisiaj patrzę na to inaczej. Działający model nie kończy dyskusji. Dopiero ją otwiera.

W naszym przypadku technologia nie była głównym problemem. Jej sukces zbyt szybko uznaliśmy za argument biznesowy.

Na początku skupialiśmy się na usprawnianiu wybranych czynności. W jednym z obszarów równolegle rozwijaliśmy elementy AI i aplikacji biznesowej, zanim ustaliliśmy ich docelowe granice oraz odpowiedzialność zespołów. Nie wyliczyliśmy osobno finansowego skutku tego błędu. Zapłaciliśmy jednak czasem specjalistów, rozproszeniem uwagi i koniecznością ponownego uporządkowania priorytetów i zakresu prac.

Dla zarządu była to niewygodna lekcja: prototyp może być technicznie udany, a mimo to nie zasługiwać na kolejną inwestycję.

Aby uniknąć takich sytuacji w przyszłości, powołaliśmy program transformacji AI o nazwie Neptun, stworzyliśmy wspólną mapę inicjatyw i określiliśmy zasady przechodzenia między fazami. Równolegle budujemy wspólne elementy platformy technologicznej. Konflikty o priorytety, zasoby i odpowiedzialność nie zniknęły. Widzimy je jednak w jednym miejscu i możemy rozstrzygać na poziomie całego portfela. Taką dyscyplinę powinniśmy byli wprowadzić wcześniej.

Po pilotażu potrzebna jest kolejna decyzja

Prototyp daje nam ograniczoną wiedzę: pokazuje, czy technologia potrafi wykonać zadanie w warunkach testowych. Nie rozstrzyga, czy firma powinna ją wdrożyć, czy rozwiązanie będzie opłacalne ani czy da się je bezpiecznie włączyć do rzeczywistego procesu i architektury IT.

Projektując na nowo proces likwidacji szkód, najpierw chcieliśmy sprawdzić, czy jego uproszczona wersja może technicznie przejść od początku do końca. Rozwiązanie mogło działać na ograniczonej próbce danych, bez pełnych integracji i bez skuteczności wymaganej od systemu produkcyjnego. To wystarczało do sprawdzenia hipotezy technicznej, ale nie do podjęcia decyzji o dużej inwestycji.

Przed kolejną fazą musimy wiedzieć, jaki mierzalny rezultat chcemy osiągnąć, kto za niego odpowiada, jakie wyniki uzasadnią dalsze finansowanie i co spowoduje zatrzymanie projektu.

Nie stosujemy jeszcze tej dyscypliny bez wyjątków. Widzę jednak, że najtrudniejsza nie jest zgoda na pilotaż. Trudniej odmówić kontynuacji projektu, który wygląda atrakcyjnie i ma zaangażowany zespół, ale nie ma wystarczającego uzasadnienia biznesowego albo realnej drogi do produkcji.

Kiedy eksperyment już trwa, pojawia się naturalna presja, aby go kontynuować. Zespół poświęcił mu czas, sponsor oczekuje rezultatu, a dobre wyniki techniczne zachęcają do następnego kroku. Dlatego warunki zatrzymania inicjatywy trzeba ustalać przed pilotażem, a nie wtedy, gdy pojawiają się pierwsze wątpliwości.

Nie automatyzujemy czynności, lecz zmieniamy proces

W projektach AI łatwo skupić się na pojedynczym zadaniu, bo rezultat można szybko pokazać. Automatyczny odczyt dokumentu robi wrażenie podczas demonstracji. Nie tworzy jednak dużej wartości, jeżeli dane trzeba później ręcznie przepisać do innego systemu.

Podobnie jest z automatycznym przygotowaniem opisu sprawy. Nawet jeśli powstaje szybciej, proces nie przyspieszy, gdy sprawa nadal czeka na akceptację w kolejnej jednostce. Rekomendacja AI może wręcz wydłużyć obsługę, jeżeli dołożymy do niej nowe kontrole, nie zmieniając odpowiedzialności ani sposobu podejmowania decyzji.

Z tego powodu w likwidacji szkód zaczęliśmy od zaprojektowania uproszczonego procesu docelowego. Dopiero później analizowaliśmy, gdzie AI może rzeczywiście coś zmienić.

W ocenie ryzyka dzielimy przypadki według złożoności. Proste mogą być kandydatami do automatyzacji, w pośrednich AI może wspierać pracownika, a złożone nadal wymagają eksperta. Najtrudniejsze jest określenie warunków, w których sprawa musi wrócić do człowieka, oraz wskazanie osoby odpowiedzialnej za ostateczną decyzję.

Zmienia się też rola pracownika. *Underwriter* nadal poświęca część czasu na przenoszenie danych między systemami i obchodzenie ich ograniczeń. Chcemy przesunąć ten czas na ocenę ryzyka, nietypowe przypadki i relacje biznesowe. Nie wiemy jeszcze, w jakim stopniu będzie to możliwe w każdym obszarze, ale w tym kierunku projektujemy przyszły proces.

Człowiek w procesie musi mieć realny wpływ

W ubezpieczeniach łatwo uznać, że pozostawienie pracownika w procesie wystarczy do ograniczenia ryzyka. Taka kontrola może jednak istnieć wyłącznie na diagramie.

Nadzór jest rzeczywisty tylko wtedy, gdy pracownik rozumie podstawy rekomendacji, ma informacje potrzebne do jej oceny, czas na decyzję i faktyczne prawo do odrzucenia wyniku AI. Jeżeli zatwierdza setki rekomendacji pod presją czasu, staje się formalnym ogniwem procedury, a nie mechanizmem kontroli.

Trzeba więc obserwować nie tylko liczbę spraw skierowanych do człowieka, lecz także odsetek poprawionych rekomendacji, jakość decyzji i błędy niewychwycone podczas kontroli.

Priorytet wymaga odpowiedzialności i rezygnacji

Biznes odpowiada za wynik procesu, IT – za rozwiązanie produkcyjne, a funkcje kontrolne – za niezależną ocenę ryzyka. Problem pojawia się na ich styku: kto odpowiada za całość, kiedy cele poszczególnych obszarów zaczynają się ze sobą zderzać?

Zespół AI nie dostarczy rezultatu bez zmian w aplikacjach i procesie. IT ma inne zobowiązania, a udział biznesu w warsztatach nie oznacza jeszcze

odpowiedzialności za adopcję i wynik. Każda ze stron może racjonalnie wykonać swój zakres, a cała inicjatywa nadal nie dotrzeć do produkcji.

Projektujemy więc model, w którym jeden lider prowadzi inicjatywę od pomysłu do skali. Nie zastępuje biznesu, IT ani funkcji kontrolnych, ale powinien móc szybko eskalować problemy i uzyskać wiążącą decyzję. Model nie jest jeszcze w pełni wdrożony. Wyzwaniem pozostaje przypisanie odpowiedzialności za wynik bez tworzenia równoległego IT.

Równie ważna jest koncentracja portfela. Dodatkowi deweloperzy nie zastąpią niedostępnego właściciela biznesowego. Zewnętrzny analityk nie zdecyduje za firmę o usunięciu kontroli, zmianie odpowiedzialności czy przyszłej roli pracownika.

Za rzeczywisty priorytet uznaję dopiero inicjatywę, dla której wskazaliśmy budżet, konkretne osoby, ich realną alokację oraz prace, które zostaną w zamian przesunięte. Jeżeli nic nie wypada z portfela, nowy priorytet jest najczęściej kolejnym zadaniem dołożonym do przeciążonej organizacji.

Wartość powstaje po zmianie sposobu pracy

Narzędzie AI może skrócić czas wykonywania zadań. Dla firmy nie jest to jeszcze korzyść. O wyniku decyduje to, co stanie się z zaoszczędzonym czasem: czy zespół obsłuży większy wolumen, ograniczy zaległości, poprawi jakość albo zmniejszy koszty zewnętrznego outsourcingu.

W prowadzonej przez nas inicjatywie wykorzystania AI w wytwarzaniu oprogramowania nie chcemy liczyć jedynie wydanych licencji. Planujemy mierzyć regularność korzystania z narzędzi, zmianę czasu realizacji i defekty wykrywane po wdrożeniu. Jeżeli praca powstaje szybciej, ale jej jakość spada, nie uzyskujemy poprawy produktywności.

Większą barierą niż opanowanie narzędzia bywa gotowość menedżera do usunięcia dotychczasowych obowiązków, zmiany celów zespołu i wykorzystania odzyskanego czasu. Jeżeli AI staje się kolejnym narzędziem, ale nie eliminuje żadnej czynności, dokładamy nową warstwę do starego modelu pracy.

Szkolenie jest początkiem zmiany

Program szkoleń nie rozwiązuje problemu przyszłego modelu pracy. W programie „Złap Falę AI" rozwijamy wiedzę podstawową, zasady bezpiecznego korzystania z AI oraz kompetencje wykorzystania AI w kontekście biznesowym, menedżerskim i technicznym. To potrzebny fundament, ale jeszcze nie program przekwalifikowania.

Szkolenie odpowiada na pytanie: czego możemy nauczyć pracownika. Program zmian kwalifikacji wymaga określenia, jaką pracę będzie wykonywał później. Nie znamy jeszcze docelowego kształtu wszystkich ról, dlatego nie możemy uczciwie obiecywać, że ich zakres pozostanie bez zmian ani przedstawiać obecnych hipotez jako zatwierdzonego modelu zatrudnienia.

Technologia nie podejmie za nas najtrudniejszych decyzji

Nie mamy jeszcze podstaw, by ogłosić pełny finansowy sukces transformacji. Nadal weryfikujemy procesy, rozwiązania techniczne i uzasadnienia biznesowe. Nauczyliśmy się jednak wyraźniej oddzielać możliwość technologiczną od decyzji inwestycyjnej.

Jako członek zarządu zbyt długo zakładałem, że udana technologia uprości kolejne decyzje. Dzisiaj wyraźnie oddzielam zgodę na eksperyment od zgody na dużą inwestycję. Pilotaż powinien być stosunkowo łatwy do uruchomienia. Wdrożenie w pełnej skali wymaga dowodu wartości, właściciela wyniku oraz decyzji, czego firma nie zrobi w zamian.

Pięć pytań, zanim pilotaż otrzyma kolejne finansowanie:

1. Jaki wynik całego procesu chcemy zmienić i kto będzie z niego rozliczony?
2. Jakie wyniki pozwolą przejść do kolejnej fazy, a jakie spowodują zakończenie inicjatywy?
3. Które prace przesuniemy lub zatrzymamy, aby zapewnić inicjatywie potrzebnych ludzi?
4. Kto przejmie rozwiązanie po wdrożeniu i gdzie zostaną rozstrzygnięte konflikty priorytetów?
5. Jak zmienią się zadania pracowników i w jaki sposób menedżerowie wykorzystają odzyskany czas?

O dojrzałości organizacji nie świadczy liczba uruchomionych pilotaży, lecz zdolność do zatrzymania części z nich, skoncentrowania zasobów na pozostałych i doprowadzenia ich do mierzalnego wyniku.

dr Jacek Skwierczyński
Open Life TUŻ S.A.

Z Open Life związany od 2011 roku, obecnie nadzoruje obszary działalności Spółki z zakresu aktuariatu i zarządzania ryzykiem.

Ukończył matematykę stosowaną na Wydziale Fizyki Technicznej i Matematyki Stosowanej Politechniki Warszawskiej. W latach 1979–1999 był pracownikiem Instytutu Matematyki PW, posiada tytuł doktora nauk matematycznych. Jest licencjonowanym aktuariuszem.

Jego kariera zawodowa bogata jest w doświadczenia w sektorze ubezpieczeniowym w towarzystwach ubezpieczeń na życie i towarzystwach ubezpieczeń majątkowych i osobowych. Zajmował stanowisko aktuariusza m.in. w towarzystwach: TUK, Atu Life, Gerling Życie, Gerling Polska, Vienna Life, Heros, Compensa, Compensa Życie. Pracował za granicą w PZU Ukraina Życie jako aktuariusz i w Russian Standard Insurance jako Zastępca Prezesa. Posiada doświadczenie w audycie w BDO sp. z o.o. sp.k. W Open Life początkowo pracował na stanowiskach aktuariusza, by następnie zająć stanowisko osoby nadzorującej funkcję zarządzania ryzykiem. Obecnie jest członkiem zarządu odpowiedzialnym za ryzyko.

Jacek Skwierczyński

Aktuariusze w służbie sprawiedliwego stosowania sztucznej inteligencji w ubezpieczeniach

Zgodnie z unijnym rozporządzeniem *AI Act* systemy sztucznej inteligencji wykorzystywane w ubezpieczeniach do oceny ryzyka i taryfikacji w odniesieniu do konsumentów – osób fizycznych są co do zasady klasyfikowane jako systemy wysokiego ryzyka, zwłaszcza gdy dokonują profilowania.

Część ubezpieczycieli stosowało metody matematyczne do ustalania składek dla konsumentów nie tylko z uwzględnieniem ryzyka, ale także elastyczności cenowej, w szczególności milczącej zgody na podniesienie składek przez klientów odnawiających umowę u tego samego ubezpieczyciela. Takie świadome działanie spotkało się z negatywną reakcją instytucji nadzorujących ubezpieczenia w wielu krajach, a w niektórych doszło do sporów przed sądami w związku ze stosowaniem przez zakłady ubezpieczeń przy ustalaniu składek czynników szeroko określanych jako behawioralne. Pozwanymi były zakłady ubezpieczeń, a nie dostawcy narzędzi IT wykorzystywanych do takich działań.

Przykłady ryzyk związanych ze stosowaniem narzędzi matematycznych w wielu zastosowaniach znajdujemy np. w wielokrotnie nagradzanej książce Cathy O'Neil – „Broń matematycznej zagłady" opublikowanej po raz pierwszy w roku 2016.

Minęło 10 lat, a problem właściwego i zgodnego z interesem konsumentów narzędzi matematycznych potęguje rosnące stosowanie narzędzi sztucznej inteligencji w usługach finansowych, w tym w ubezpieczeniach. Nie zakładam celowego nadużywania narzędzi matematycznych przeciw konsumentom. Jednak musimy bardzo uważnie kontrolować wyniki stosowania narzędzi AI w taryfikacji, likwidacji szkód czy wykrywaniu przestępczości ubezpieczeniowej.

Tu, moim zdaniem, kluczowa jest rola aktuariuszy, którzy mogą działom zgodności zakładów ubezpieczeń dostarczyć matematycznych dowodów dla wydania opinii/rekomendacji dotyczącej tego, czy stosowane przez zakład ubezpieczeń narzędzie AI nie narusza interesów konsumentów.

Aktuariusze – łączący umiejętności techniczne, standardy etyczne oraz profesjonalizm – są przygotowani, by wnosić wkład w rozwój systemów sztucznej inteligencji oraz monitorowanie wyników jej „pracy" dla zapewnienia spełniania wymagań wypracowanych we współpracy z departamentem zgodności i akceptowanych przez Zarząd zakładu ubezpieczeń.

Musimy pamiętać, że w przypadku gdy zakład ubezpieczeń stosuje wytworzone przez zewnętrznego dostawcę narzędzie AI, to ponosi pełną odpowiedzialność wobec konsumentów za skutki stosowania tego narzędzia. Ponadto musimy pamiętać, że niekiedy dostajemy narzędzie AI będące częściowo „czarną skrzynką", którą możemy (stosując żargon wojskowy) rozpoznawać bojem.

Zagadnienie to zostało podjęte przez Światowe Stowarzyszenie Aktuariuszy (IAA), które utworzyło grupę roboczą *AI Task Force*. W listopadzie 2025 roku opublikowała ona na swojej stronie internetowej 3 dokumenty:

- *Artificial Intelligence Governance Framework;*
- *Documentation of Artificial Intelligence Models or Systems;*
- *Testing of Artificial Intelligence Models or Systems.*

Jak deklaruje IAA, dokumenty te są próbą systematyzacji pojęć oraz zaproszeniem do dyskusji – nie stanowią standardu pracy aktuariuszy i nie ustanawiają również standardów ani wymogów, które jakakolwiek osoba lub organizacja miałaby uwzględniać, przestrzegać bądź spełniać. Niemniej podjęcie tego tematu przez Światowe Stowarzyszenie Aktuariuszy nie jest przypadkowe i wskazuje, że grupa zawodowa aktuariuszy jest gotowa podjąć się zadań związanych z odpowiedzialnym stosowaniem AI.

Aktuariusze w swojej pracy już stosują zasady częściowo odnoszące się do zadań związanych z AI, w szczególności (jak wskazuje IAA) – standard pracy aktuariuszy: *International Standard of Actuarial Practice 1 General Actuarial Practice* (Ogólna praktyka aktuarialna) (2018). W tym w szczególności zagadnienia takie jak: podjęcie się zadania, znajomość okoliczności, poleganie na innych, jakość danych, założenia i metodologia, zarządzanie modelami i procesami, komunikowanie.

IAA wskazuje, że nie chodzi o replikowanie istniejących już międzynarodowych standardów (np. ISO 42001, NIST AI RMF, OECD AI *Principles*) lecz wskazanie, gdzie specyfika zawodu aktuariusza wymaga dodatkowych lub odmiennych rozwiązań.

Nie zamierzam omawiać szczegółowo każdego z tych dokumentów – odsyłam do aktuariuszy zatrudnianych przez zakład ubezpieczeń lub inną instytucję.

Szczególnie chciałbym podkreślić wartość dodaną wnoszoną przez aktuariuszy – członków rzeczywistych Polskiego Stowarzyszenia Aktuariuszy. Jest to jedyne polskie stowarzyszenie aktuariuszy, które jest członkiem Światowego Stowarzyszenia Aktuariuszy i Europejskiego Stowarzyszenia Aktuariuszy. Członkowie rzeczywiści musieli wysłuchać szkolenia z profesjonalizmu; obowiązują ich w pracy Standardy Pracy Aktuariusza; mają (monitorowany przez Stowarzyszenie) obowiązek stałego podnoszenia kwalifikacji oraz podlegają Komisji Dyscyplinarnej, która bada sprawy dotyczące naruszeń zasad etyki zawodowej przez członków organizacji.

Jakub Świniarski
Partner w PwC

Licencjonowany aktuariusz (nr 270), od ponad 20 lat związany z branżą ubezpieczeniową i analizą aktuarialną. Specjalizuje się w wycenach aktuarialnych według różnych reżimów (MCEV, IFRS 17, Solvency II) oraz modelowaniu aktuarialnym, wspierając zakłady ubezpieczeń w obszarze raportowania finansowego, zarządzania ryzykiem i optymalizacji kapitału.

Absolwent Wydziału Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Warszawskiego. Doświadczenie zdobywał w instytucjach finansowych Nordea oraz AEGON, gdzie uczestniczył w projektach dotyczących wyceny portfeli ubezpieczeniowych oraz rozwoju modeli aktuarialnych. W PwC odpowiada za realizację złożonych projektów doradczych dla sektora ubezpieczeniowego, łącząc znajomość regulacji, zaawansowane modelowanie aktuarialne oraz perspektywę biznesową.

Filip Jaworski
Senior Associate w PwC

Ekspert transformacji sektora ubezpieczeniowego z blisko 20-letnim doświadczeniem w obszarze, likwidacji szkód oraz modernizacji procesów biznesowych. Specjalizuje się w projektowaniu i wdrażaniu rozwiązań wykorzystujących sztuczną inteligencję, automatyzację oraz nowoczesne modele operacyjne, wspierających poprawę efektywności, jakości decyzji oraz skalowalności organizacji.

Doświadczenie zdobywał zarówno w międzynarodowych grupach ubezpieczeniowych, jak i w doradztwie technologicznym. Realizował inicjatywy obejmujące transformację procesów ubezpieczeniowych, wdrożenia systemów core insurance, rozwój strategii AI oraz budowę innowacyjnych modeli biznesowych. W PwC koncentruje się na wspieraniu klientów w definiowaniu strategii wykorzystania AI, projektowaniu rozwiązań agentowych i Generative AI oraz realizacji kompleksowych programów transformacyjnych, łącząc perspektywę biznesową, operacyjną i technologiczną.

Jakub Świniarski
Filip Jaworski

Cztery kierunki technologicznej zmiany, które definiują dziś rynek

Dyskusja o technologii w ubezpieczeniach zbyt często zatrzymuje się na hasłach o cyfryzacji, sztucznej inteligencji czy chmurze. Z perspektywy praktyki projektowej liczy się jednak nie sama technologia, lecz konkretny problem biznesowy, który ma ona rozwiązać, oraz moment, w którym rynek zmusza do działania. A ten moment właśnie nadszedł.

Rok 2026 to koniec kilkuletniego „twardego rynku". Składki rosną wolniej, a presja na rentowność wraca. Analizy pokazują, że wskaźnik *combined ratio* w globalnym segmencie majątkowym pogorszy się do ok. 99% na koniec 2026 roku, wobec 98,5% w 2025 roku i 97,2% w 2024 roku; bardziej optymistyczny scenariusz zakłada 96,9%, co i tak oznacza zawężające się marże. Swiss Re szacuje z kolei spowolnienie wzrostu składki P&C do ok. 4% w 2026 roku. To technologia, a nie kolejne podwyżki taryf, staje się głównym narzędziem obrony wyniku.

W tym otoczeniu nie tylko istotne jest, która technologia jest „nowa", lecz także to, jak szybko przekłada się ona na szybkość, koszt i doświadczenie klienta. Poniżej opisujemy cztery kierunki, w których – w naszej ocenie – technologia przestaje być dodatkiem, a staje się warunkiem konkurencyjności. Trzy z nich dotyczą tego, co dzieje się „na froncie" rynku: automatyzacji decyzji, nowych produktów i nowych kanałów dystrybucji. Czwarty – to fundament, bez którego pozostałe nie zadziałają.

1. Od GenAI do *agentic* AI – automatyzacja, która daje mierzalny efekt

Najsilniejszy dziś kierunek to przejście od rozmów o AI – i od pierwszej fali generatywnych „copilotów" – do rozwiązań agentowych, które samodzielnie prowadzą sprawę przez kolejne kroki procesu. W underwritingu i likwidacji szkód oznacza to realne skrócenie ścieżki: agent pobiera dane ze zgłoszenia,

wzbogaca je o źródła zewnętrzne, sprawdza pod kątem reguł i apetytu na ryzyko, a do człowieka kieruje wyłącznie przypadki złożone.

Z badania *PwC Global CEO Survey* wynika, że 54% prezesów dostrzega już efektywnościowe oszczędności czasu pracowników dzięki GenAI, a 27% – wzrost przychodów; jednocześnie 47% wskazuje technologie jako największy czynnik wpływający na przyszłą rentowność. Zaufanie pozostaje jednak barierą – tylko co trzeci CEO w pełni ufa włączeniu AI w kluczowe procesy.

Jednocześnie między intencją a realizacją nadal pozostaje wyraźna luka: wiele organizacji uruchamia pilotaże, ale znacznie mniej potrafi skalować AI i trwale osadzić ją w procesach biznesowych.

W naszej praktyce widzimy, że wartość pojawia się tam, gdzie AI jest osadzona w procesie, a nie traktowana jako pilotaż. Dla wiodącego ubezpieczyciela w Polsce zbudowaliśmy asystenta AI dla underwriterów, który porządkuje wiedzę underwritingową w jednej aplikacji (obsługa do 1500 zapytań dziennie, ok. 300 użytkowników, 4 źródła wiedzy). W innym – prowadzimy agentową transformację underwritingu (linie korporacyjne) i likwidacji szkód (komunikacja) dla jednego z trzech największych zakładów na rynku.

Kluczowa zmiana jest prosta: celem nie jest pełna autonomia systemu, lecz przesunięcie granicy tego, co dzieje się bez udziału człowieka – przy zachowaniu kontroli nad przypadkami trudnymi i wysokiego ryzyka.

2. Od *Protect* do *Predict & Prevent* – nowe produkty i nowe kanały

Drugi kierunek zmienia sam model biznesowy. Ubezpieczyciel przestaje być wyłącznie płatnikiem szkód, a staje się partnerem, który pomaga zapobiegać ryzyku – dzięki połączeniu danych z urządzeń (telematyka, IoT, dane pogodowe) z modelami predykcyjnymi. To przesunięcie od „ochrony" do „przewidywania i prewencji" bezpośrednio obniża koszt szkód i zmienia relację z klientem z transakcyjnej na ciągłą.

Równolegle zmienia się dystrybucja. Ubezpieczenie coraz częściej sprzedawane jest *embedded* – w punkcie potrzeby klienta, wewnątrz innego produktu lub usługi (mobilność, podróże, *e-commerce*). To dziś jeden z najszybciej rosnących segmentów rynku.

Dla polskiego rynku to sygnał, którego nie widać w rozmowie o samym raportowaniu: ryzyko klimatyczne to nie tylko wyzwanie modelowe i sprawozdawcze, ale przede wszystkim szansa produktowa. Produkty parametryczne, dzięki natychmiastowej wypłacie, eliminują koszt likwidacji (LAE) i – wg analiz PwC – potrafią poprawić *combined ratio* nawet o 10–13 p.p. Telematyka, produkty *usage-based* i rozwiązania parametryczne pozwalają wejść tam, gdzie klasyczny model odszkodowawczy, w którym wypłata wymaga zgłoszenia, wyceny i likwidacji szkody, jest zbyt wolny lub zbyt kosztowny. Ten wątek – nowych produktów, ekosystemów i dystrybucji – jest dziś w centrum debaty rynkowej i to on najmocniej odróżnia liderów zmiany od reszty stawki.

3. Modernizacja *core cloud-native* i optymalizacja obliczeń – fundament, który to umożliwia

Żadnej z powyższych zmian nie da się zrealizować na przestarzałej architekturze. Wiele zakładów wciąż opiera kluczowe procesy na systemach projektowanych kilkanaście lub kilkadziesiąt lat temu – dla innej skali biznesu, innej struktury produktów i innych wymogów. Część firm przeszła już modernizację, ale była ona połowiczna: problemy nie zniknęły, a organizacje zatrzymały się „w połowie drogi". Jedną z głównych barier skalowania AI są właśnie *legacy* i słabe fundamenty danych, a nie brak budżetu.

Nowe wymogi finansowe i nadzorcze IFRS 17, zmiany w *Solvency II* czy obowiązki CSRD są istotnym driverem tej modernizacji, ale nie jej celem samym w sobie. Celem jest środowisko, które pozwala sprawnie zarządzać danymi, automatyzować procesy i szybko uruchamiać nowe produkty bez ciągłego obchodzenia ograniczeń historycznej architektury. Kierunek jest wyraźny: rozwiązania *cloud-native*, oparte na API i mikrousługach, z wbudowaną warstwą AI i *compliance*, w tym nowoczesne systemy *core* wspierane platformami danych i dystrybucji.

Drugi, mniej widoczny wymiar to wydajność obliczeń. Wraz ze wzrostem złożoności raportowania problemem staje się nie tylko poprawność kalkulacji, ale i czas ich wykonania – a CFO nie może czekać dwóch tygodni, by ocenić wpływ zmiany założeń na wynik czy wypłacalność. Właściwa orkiestracja przepływu danych, wersjonowanie założeń i optymalizacja techniczna potrafią dać efekt bardzo wymierny. W jednym z projektów, bez zmiany logiki biznesowej,

a jedynie warstwy implementacyjnej, skróciliśmy czas przeliczenia z ok. 2 godzin do ok. 2 minut. To nie jest wyłącznie „unowocześnienie IT" – to warunek, by front-endowa zmiana z punktów 1 i 2 miała na czym się oprzeć.

4. Wyspecjalizowane silniki i *governance* AI – zaufanie jako przewaga, nie tylko obowiązek

Czwarty kierunek to rosnące wykorzystanie wąskospecjalistycznych narzędzi tam, gdzie system *core* czy standardowy silnik raportowy nie wystarcza. Dobrym przykładem jest modelowanie ryzyk klimatycznych, łączące dane geoprzestrzenne, scenariusze i modele ekspozycji – od wyspecjalizowanych rozwiązań *open source* po komercyjne platformy modelowania katastroficznego. Wartość pojawia się jednak dopiero wtedy, gdy wyniki takiego narzędzia trafiają realnie do pricingu, underwritingu czy oceny kapitałowej.

Nad tym wszystkim stoi dziś regulacja – i to ona coraz częściej decyduje o tempie wdrożeń. Duet *AI Act* + DORA wyznacza nowe ramy: *AI Act* klasyfikuje systemy używane do oceny ryzyka i pricingu w ubezpieczeniach na życie i zdrowotnych jako wysokiego ryzyka, a DORA wzmacnia wymogi odporności cyfrowej i nadzoru nad dostawcami ICT. Nie jest to margines: aż 59% CEO w badaniu PwC wskazuje zmiany regulacyjne jako czynnik o największym wpływie na przyszłą rentowność. Dla organizacji, która wdraża AI w sposób kontrolowany – z walidacją, monitoringiem modeli, jakością danych i jasnym przypisaniem odpowiedzialności, *governance* przestaje być kosztem zgodności, a staje się przewagą: buduje zaufanie klienta, regulatora i własnej organizacji.

Wnioski

Najważniejsze trendy technologiczne w ubezpieczeniach nie sprowadzają się do „cyfryzacji" rozumianej ogólnie. Rynek 2026 roku przesuwa się w cztery konkretne strony: agentowa automatyzacja decyzji, przejście od ochrony do prewencji wraz z produktami *embedded* i parametrycznymi, modernizacja *core* w architekturze *cloud-native* oraz dojrzałe, oparte na zaufaniu wykorzystanie AI. Wspólnym mianownikiem jest presja na szybkość, jakość danych i zdolność do decydowania w oparciu o aktualną informację – w otoczeniu zawężających się marż.

Jako zespół łączący kompetencje technologiczne, aktuarialne i procesowe towarzyszymy ubezpieczycielom w Polsce i w regionie EMEA na każdym z tych czterech kierunków – od strategii i wyboru rozwiązań, przez projekt docelowego procesu, po wdrożenie i skalowanie. Nasze podejście potwierdzają niezależne analizy: PwC jest liderem w *The Forrester Wave: AI Consulting Services*, Q2 2026 oraz zajmuje 1. miejsce w *Everest Group Guidewire Services PEAK Matrix® 2026*, a globalnie inwestujemy 2 mld dolarów w kompetencje AI. Nie chodzi o to, by wdrażać technologię dla niej samej, lecz o to, by wybrać te zmiany, które realnie przekładają się na wynik. To właśnie tam – na styku technologii, procesu i regulacji – powstaje dziś w ubezpieczeniach najbardziej mierzalna wartość.

Marcin Warszewski
Partner, lider usług dla sektora ubezpieczeniowego, Deloitte

Posiada 25-letnie doświadczenie zawodowe w pracy dla wiodących polskich, europejskich i globalnych instytucji finansowych. Specjalizuje się w definiowaniu i realizacji strategii, transformacji cyfrowej, zarządzaniu relacjami z klientami, rozwoju i wdrażaniu nowych produktów.

Marcin Warszewski

Agent kontra agent. Kto sprzeda polisę, gdy kupować będzie maszyna?

Przez dekady ubezpieczyciele budowali procesy z myślą o kliencie, który odwiedza stronę internetową, dzwoni albo przychodzi porozmawiać z człowiekiem. Dzięki temu obsługa jest dziś szybsza, a likwidacja szkód sprawniejsza niż kiedykolwiek. Coraz częściej jednak pierwszym kontaktem klienta staje się już nie agent, ale agent AI.

Przez dwadzieścia lat cyfryzacja zmieniła w ubezpieczeniach niemal wszystko poza samym modelem sprzedaży. Porównywarki i aplikacje przesunęły część ruchu do internetu, ale struktura dystrybucji okazała się zadziwiająco odporna. W Stanach Zjednoczonych około 85% składki majątkowej nadal przechodzi przez agentów, brokerów i MGA. Polska nie jest wyjątkiem, bo mimo wieloletnich inwestycji w kanały zdalne o wynikach sprzedaży wciąż decyduje sieć pośredników.

Jest jednak powód, by sądzić, że tym razem będzie inaczej. Internet zmienił sposób, w jaki klient dociera do oferty. Sztuczna inteligencja zmienia coś więcej, czyli to, kto o tę ofertę pyta. Słowo „agent" zaczyna w branży ubezpieczeniowej oznaczać zarówno człowieka, jak i algorytm. To właśnie te dwa rodzaje agentów coraz częściej stają naprzeciw siebie.

Pierwszy kontakt przejmuje maszyna

Zmiana przebiega w trzech falach. Pierwsza, którą już znamy, to copiloty wspierające sprzedawców i likwidatorów szkód. Na wielu rynkach agenci korzystają z chatbotów przy doradzaniu klientom, a w polskich multiagencjach podobne narzędzia zaczynają przygotowywać porównania ofert i pilnować odnowień. To ewolucja istniejącego modelu: szybciej i taniej, ale bez zmiany układu sił.

Druga fala to sprzedaż bez udziału człowieka. *Lemonade* potrafi wystawić polisę po półtorej minuty rozmowy z botem, a prostą szkodę obsłużyć w kilka sekund i ma około miliona dolarów przypisu przypadającego na pracownika.

Prawdziwa rewolucja nadchodzi jednak z fazą trzecią, czyli zakupem, w którym człowieka nie ma po żadnej stronie transakcji. Klient mówi swojemu asystentowi: „odnów mi OC jak w zeszłym roku, ale taniej", a resztą zajmują się algorytmy. Aplikacja *Insurify* zintegrowana z ChatGPT potrafi już dziś przedstawić rzeczywiste, spersonalizowane oferty ubezpieczenia komunikacyjnego w 11 amerykańskich stanach. Zakup nie jest jeszcze jednak w pełni finalizowany przez ChatGPT. W zależności od ubezpieczyciela klient przechodzi do serwisu albo kończy proces przez licencjonowaną agencję *Insurify*. Technologicznie ten model już działa, ale hamują go regulacje i brak integracji po stronie ubezpieczycieli.

Kto będzie właścicielem klienta

Wszystko wskazuje na to, że pośrednictwo nie zniknie, ale zmieni się pośrednik. Funkcja, za którą rynek płaci pośrednikowi, czyli dotarcie do klienta, porównanie i dopasowanie oferty, będzie coraz częściej realizowana przez algorytm. „Właścicielem" klienta stanie się ten, kto kontroluje algorytm rekomendacji. O tę pozycję rywalizują już dziś platformy AI, producenci samochodów i serwisy *e-commerce* z ochroną wbudowaną w zakup (*embedded insurance*), a także porównywarki, o ile zdążą się otworzyć na agentów AI.

Jednym z możliwych, choć nieprzesądzonym, scenariuszy rozwoju rynku jest jego podział na dwa segmenty. Produkty proste, jak komunikacja, podróże czy majątek masowy, czeka pełna porównywalność i zmniejszanie marży dystrybucyjnej, której rosnącą część może przejąć właściciel interfejsu. Hotelarstwo przerobiło już ten scenariusz wraz z rozwojem platform rezerwacyjnych. Inaczej będzie w produktach bardziej złożonych, od ubezpieczeń na życie po ryzyka korporacyjne. Tutaj AI prawdopodobnie wzmocni produktywność doradcy, ale nie stanie się jego następcą. Tam, gdzie klient kupuje odpowiedzialność za poradę i zaufanie do eksperta, człowiek będzie ważnym elementem relacji.

Zmienić się może również źródło przewagi informacyjnej. Dotąd budowano ją na danych szkodowych ubezpieczyciela. Platformy dysponują danymi behawioralnymi z wielu rynków i mogą przewidywać skłonność do zakupu, a z czasem – także poziom ryzyka, lepiej niż pojedynczy ubezpieczyciel. W takiej konfiguracji zakład, który nie zadba o własny dostęp do danych klienta, może zostać sprowadzony do roli dostawcy pojemności, z bilansem i licencją, ale bez relacji z klientem. Broker obsługujący kilkunastu ubezpieczycieli już dziś wie o cenach więcej niż każdy z nich z osobna.

Gdy klientem staje się maszyna

W tym kryje się jeszcze jeden wniosek. Branża przez dekady inwestowała w doświadczenie klienta zaprojektowane dla człowieka: aplikacje, uproszczone ścieżki zakupu, badania satysfakcji i szybszą likwidację szkód. Tymczasem nowym „klientem" może okazać się maszyna. Nie ocenia estetyki serwisu, ścieżek klienta ani tonu komunikacji. Sprawdza z kolei, czy taryfę można odpytać przez API. O pozycji w tym nowym kanale zdecydują inne aktywa: jakość danych, możliwość integracji i zdolność do bezpiecznego wykonania transakcji.

Nowe ryzyka

Prawo częściowo odpowiada już na wyzwania związane z analizą potrzeb klienta. Artykuł 8. polskiej ustawy o dystrybucji ubezpieczeń nakłada na dystrybutora obowiązek określenia wymagań i potrzeb klienta przed zawarciem umowy. Otwarte pozostają natomiast pytania o status autonomicznego agenta działającego po stronie kupującego, podział ról między uczestnikami procesu i odpowiedzialność za błędną rekomendację. Błąd pojedynczego sprzedawcy bywa incydentem, natomiast błąd systemu rekomendacji może objąć cały portfel klientów.

Pojawia się również ryzyko wojny cenowej i antyselekcji, jeśli algorytmy będą optymalizować wyłącznie wysokość składki. Do tego dochodzi ryzyko koncentracji, bo kilku właścicieli interfejsów może zyskać wobec ubezpieczycieli znaczną siłę. Najgroźniejsza może okazać się jednak niewidzialność: produkt, którego nie da się znaleźć i obsłużyć maszynowo, w nowym kanale po prostu nie istnieje.

Od czego zacząć

Pierwszym krokiem powinien być audyt widoczności, czyli sprawdzenie, jak popularni asystenci AI opisują i rekomendują nasze produkty. To dzisiejszy odpowiednik zabiegania o pozycję w wyszukiwarce sprzed dziesięciu lat.

Drugi krok to transakcyjność: udostępnienie taryf i procesu zawarcia umowy przez API w czasie rzeczywistym oraz przygotowanie dokumentacji produktowej czytelnej dla maszyn.

Krok trzeci to porządek w danych i zgodach. Gdy kupującym jest program działający z upoważnienia klienta, ubezpieczyciel musi automatycznie sprawdzić, czy to upoważnienie istnieje i udokumentować zgody, które dziś zbiera od człowieka.

Działa to też w drugą stronę, bo agent AI kupi tylko u tych, których sam potrafi zweryfikować, a resztę pominie.

Równolegle warto inwestować w narzędzia dla własnej sieci sprzedaży. Copiloty dla agentów już dziś zwiększają ich produktywność: przygotowują porównania ofert i dokumenty przed spotkaniem, pilnują odnowień, identyfikują luki w ochronie klienta i wyręczają agenta w pracy administracyjnej, od APK po korespondencję posprzedażową. Agent odzyskuje ten czas na to, co pozostaje jego najważniejszą kompetencją, czyli rozmowy z klientami. Jest jeszcze drugi, mniej oczywisty efekt. Ubezpieczyciel, który dostarczy pośrednikom najlepsze narzędzia, zyska nie tylko ich lojalność, ale też dostęp do bezcennej wiedzy o kliencie. Jeśli tego nie zrobi, pośrednicy skorzystają z ogólnodostępnych narzędzi lub aplikacji multiagencji, co doprowadzi do powstania przewagi informacyjnej poza organizacją.

W dystrybucji ubezpieczeń zawsze wygrywał ten, kto był najbliżej klienta. AI zmienia jednak definicję bliskości. Najbliżej będzie ten, komu zaufa jego agent AI, a czasu na zbudowanie tej pozycji może być mniej niż się dzisiaj wydaje.