

Miesięcznik

Ubezpieczeniowy

ISSN 1732-2413 • WSZYSTKO, CO TRZEBA WIEDZIEĆ O RYNKU UBEZPIECZEŃ • TOM 20 I NUMER 9 I WRZESIEŃ 2023 • 1 WRZEŚNIA 2023



© Midjourney

NUMER SPECJALNY:

Najlepsze w ubezpieczeniach
Technologia, sztuczna inteligencja, roboty

<reklama/>

Co powinien zrobić agent i OFWCA,
aby ograniczyć ryzyko niezgodności
z przepisami i wytycznymi?

Zdobyć Checklistę Compliance

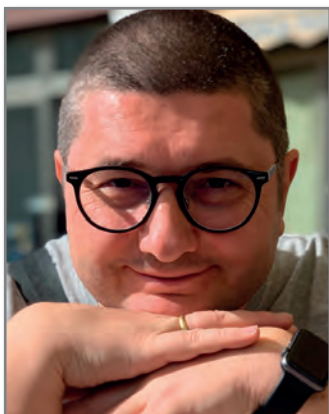


<zeskanuj kod QR aparatem w swoim telefonie>



K O A L I C J A
NA RZECZ ZGODNOŚCI

www.insly.pl/koalicja



MARCIN Z. BRODA
redaktor naczelny

Rewolucje

Nie widzimy tego wciąż pewnie dość mocno, ale właśnie jesteśmy świadkami gwałtownego przyspieszenia kolejnej rewolucji technologicznej na miarę pary, a później silnika spalinowego, elektryczności i wreszcie komputerów. – MARCIN Z. BRODA

Podobnie jak wcześniejsze rewolucje tak również i sztucznej inteligencji zajmie zapewne dekady wciśnięcie się w każdy skrawek ludzkiej działalności. Nikt nie ma chyba jednak wątpliwości, że tak właśnie będzie. A ludzie do sztucznej inteligencji się przyzwyczajają, jak przyzwyczaili się do silników zastępujących pracę ludzi i zwierząt, elektryczności rozświetlającej najpierw tylko ciemność nocy, ale zaraz przynoszącej energię pozwalającą na uruchomienie setek różnorodnych urządzeń w gospodarstwach domowych, biurach i fabrykach, czy wreszcie komputerów stających się sercem olbrzymiej części ludzkiej działalności od nadzorowania maszyn, przez obróbkę i przekazywanie informacji po obliczenia, bazy danych, wiedzę...

PIERWSZA REWOLUCJA PRZEMYSŁOWA

Pierwsza rewolucja przemysłowa, która miała miejsce między połową XVIII a połową XIX wieku, była okresem znaczących zmian i rozwoju w Europie i Stanach Zjednoczonych. Oznaczała ona początek przejścia od pracy fizycznej i społeczeństw agrarnych do produkcji opartej na maszynach i urbanizacji.

Proces rozpoczął się w Wielkiej Brytanii w połowie XVIII wieku i stopniowo rozprzestrzenił się na inne części Europy i Stanów Zjednoczonych. Kluczowe wydarzenia obejmowały mechanizację przemysłu tekstylnego, rozwój energii parowej i rozbudowę sieci kolejowej. Nowe wynalazki, takie jak przędzarka, rama wodna i silnik parowy, znacznie zwiększyły produktywność i wydajność. Fabryki stały się centralnymi ośrodkami produkcji, a ludzie migrowali z obszarów wiejskich do ośrodków miejskich w poszukiwaniu pracy. Do wybuchu rewolucji przemysłowej akurat w tym czasie przyczyniło się kilka czynników. Przede wszystkim postępy w rolnictwie, takie jak ruch zagrodowy i nowe techniki rolnicze, zwiększyły produkcję żywności i uwolniły siłę roboczą do pracy w fabrykach. Rosnąca populacja zapewniała przy tym nie tylko dużą siłę roboczą, ale i zwiększała popyt na towary. Nowe wynalazki i technologie, takie jak silnik parowy i krosno, zwiększyły produktywność i wydajność. Stabilna (na

Zachodzie i w USA) gospodarka wraz z rosnącą klasą średnią zapewniły kapitał i popyt niezbędny do rozwoju przemysłu.

Skutkiem była m.in. gwałtowna urbanizacja i związane z nią zmiany społeczne – pojawienie się nowej klasy robotniczej i wzrost klasy średniej doprowadziły do zmian w dynamice społecznej i rozwoju nowych ideologii politycznych. Nowym elementem był też bardzo szybki wzrost gospodarczy, a w efekcie także rozwój gospodarki kapitalistycznej. Efektem była również globalizacja - rozwój handlu i nowych sieci transportowych ułatwił wymianę towarów i idei na całym świecie.

Rewolucja przemysłowa przyniosła też niebezpieczeństwa i negatywne zwłaszcza dla ludzi skutki. Najtragiczniejszym były straszne – zwłaszcza z dzisiejszego punktu widzenia – warunki pracy: długie godziny pracy przy niskich płacach i niebezpiecznych warunkach samej pracy. Korzyści płynące z uprzemysłowienia nie były także równomiernie rozłożone, co doprowadziło do zwiększenia różnic w zamożności i warunkach życia. Zapotrzebowanie na surowce i rynki gotowych produktów doprowadziło do kolonizacji i eksploatacji innych części świata. Jednocześnie zwiększone zużycie drewna, węgla i innych zasobów naturalnych doprowadziło szybko do wylesiania, zanieczyszczenia powietrza i innych problemów środowiskowych.

NOWOŻYTNE UBEZPIECZENIA

Dla ubezpieczeń czas pierwszej rewolucji przemysłowej był okresem wzmożonego rozwoju i właściwie impulsem do powstania współczesnych ubezpieczeń. Zawążyły:

1. **Zwiększone ryzyko:** Szybka industrializacja przyniosła nowe rodzaje ryzyka. Fabryki i maszyny były podatne na wypadki i uszkodzenia. Statki przewożące towary przez oceany były narażone na piractwo, sztormy i katastrofy. Miejska siła robocza była narażona na wypadki, choroby i śmierć. Wszystko to zwiększyło popyt na różne rodzaje ubezpieczeń, takie jak ubezpieczenia majątkowe, morskie i na życie.

2. **Rozwój przedsiębiorstw:** Rewolucja przemysłowa doprowadziła do rozwoju przedsiębiorstw, zarówno pod względem liczby, jak i wielkości. Firmy te musiały chronić swoje aktywa, pracowników i przed potencjalnymi zobowiązaniami, co doprowadziło do gwałtownego wzrostu popytu na produkty ubezpieczeniowe.
3. **Wzrost zamożności:** Rewolucja przemysłowa doprowadziła do wzrostu zamożności i rozrostu klasy średniej. Oznaczało to, że więcej osób posiadało aktywa, które warto było ubezpieczyć, co doprowadziło do wzrostu popytu na ubezpieczenia osobowe, takie jak ubezpieczenia na życie i ubezpieczenia majątkowe.
4. **Postęp technologiczny:** Rozwój nowych technologii ułatwił ocenę ryzyka i zarządzanie polisami ubezpieczeniowymi. Na przykład rozwój telegrafu ułatwił komunikację z odległymi klientami i ocenę ryzyka w czasie rzeczywistym.
5. **Urbanizacja:** Masowe przemieszczanie się ludności z obszarów wiejskich do miast doprowadziło do wzrostu gęstości zaludnienia w miastach. Zwiększyło to ryzyko związane z pożarami, wypadkami i chorobami, prowadząc do większego popytu na ubezpieczenia.

Efektom był rozwój działalności ubezpieczeniowej w kilku kluczowych obszarach:

1. **Ubezpieczenia morskie:** Rewolucja przemysłowa doprowadziła do znacznego wzrostu handlu międzynarodowego, co zwiększyło popyt na ubezpieczenia morskie. **Lloyd's of London**, który został założony w XVII wieku jako kawiarnia, w której właściciele statków i kupcy zbierali się, aby prowadzić interesy, znacznie się rozwinął w tym okresie, stając się wiodącym na świecie rynkiem ubezpieczeń na świecie.
2. **Ubezpieczenia od pożarów:** Zwiększone wykorzystanie maszyn i rozwój fabryk doprowadziły do większego ryzyka pożarów. Doprowadziło to do rozwoju firm ubezpieczeniowych. Pierwsza firma ubezpieczeniowa od ognia, „**Fire Office**”, została założona w Londynie w 1667 roku, ale wiele innych powstało w trakcie i po rewolucji przemysłowej. W Polsce pierwsze były **Towarzystwo Ogniove dla Miast w Prusach Południowych** i **Towarzystwo Ogniove dla Wsiów w Prusach Południowych** zatwierdzone ustawą przez Fryderyka Wilhelma odpowiednio w 1803 i 1804 roku.
3. **Ubezpieczenie na życie:** Rewolucja przemysłowa doprowadziła do wzrostu standardu życia i średniej długości życia wielu ludzi. To, w połączeniu ze zwiększonym ryzykiem związanym z życiem w mieście, doprowadziło do wzrostu popytu na ubezpieczenia na życie. **Equitable Life Assurance Society**, założone w Londynie w 1762 roku, było jedną z pierwszych firm oferujących polisy na życie.

W rezultacie pierwsza rewolucja przemysłowa doprowadziła do znacznego wzrostu i rozwoju działalności ubezpieczeniowej, ponieważ pojawiły się nowe rodzaje ryzyka i wzrosło zapotrzebowanie na produkty ubezpieczeniowe.

DRUGA REWOLUCJA PRZEMYSŁOWA

Druga rewolucja przemysłowa, znana również jako rewolucja technologiczna, była fazą szybkiego uprzemysłowienia począwszy od połowy XIX wieku. Charakteryzowała się szeregiem innowacji w różnych gałęziach przemysłu, w tym w przemyśle stalowym, naftowym, elektrycznym i chemicznym. Innowacje doprowadziły do rozwoju nowych technologii i produktów, takich jak telefon, żarówka elektryczna, silnik spalinowy i linia montażowa. Rewolucja trwała do początku XX wieku, a jej efektem było powszechne wykorzystanie

energii parowej, rozwój sieci kolejowej, rozbudowa systemu telegraficznego oraz budowa fabryk i rozwój masowej produkcji.

Podobnie jak przy pierwszej rewolucji przemysłowej i drugą napędzały innowacje technologiczne (proces Bessemera do produkcji stali, silnik spalinowy i żarówka), dostęp do zasobów naturalnych takich jak węgiel, żelazo i ropa naftowa, rozbudowa sieci transportowych, inwestycje kapitałowe oraz wreszcie globalizacja. W szczególności zwiększony handel międzynarodowy i wymiana pomysłów ułatwiły rozprzestrzenianie się nowych technologii i praktyk przemysłowych. Również zagrożenia były podobne: warunki pracy, szkody dla środowiska, nierówności społeczne, wyzysk i problemy miast na czele z ich przełudnieniem. Niemniej i druga rewolucja przemysłowa stanowiła ważny punkt zwrotny w historii ludzkości, kształtując rozwój współczesnego świata.

NOWOCZESNE UBEZPIECZENIA

Również branża ubezpieczeniowa rozwijała się i dostosowywała, aby sprostać zmieniającym się potrzebom i ryzyku społeczeństwa i gospodarki. Mieliśmy:

1. **Nowe rodzaje ubezpieczeń:** Wraz z rozwojem nowych technologii i branż pojawiły się nowe rodzaje ryzyka, co doprowadziło do powstania nowych rodzajów ubezpieczeń. Na przykład, rozwój przemysłu samochodowego doprowadził do rozwoju ubezpieczeń samochodowych. Podobnie, ekspansja sieci kolejowej i rozwój żeglugi doprowadziły do rozwoju nowych rodzajów ubezpieczeń transportowych.
2. **Rozwój ubezpieczeń na życie:** Wzrost klasy średniej i rosnąca świadomość korzyści płynących z ubezpieczeń na życie doprowadziły do znacznej ekspansji rynku ubezpieczeń na życie. Firmy ubezpieczeniowe opracowały nowe produkty i strategie marketingowe, aby przyciągnąć klientów.
3. **Rozwój ubezpieczeń zdrowotnych:** Rozwój obszarów miejskich i rosnąca świadomość w zakresie zdrowia publicznego doprowadziły do rozwoju ubezpieczeń zdrowotnych. Pracodawcy zaczęli oferować ubezpieczenie zdrowotne jako benefit mający na celu przyciągnięcie i zatrzymanie pracowników.
4. **Rozwój ubezpieczeń majątkowych:** Rozwój miast i rosnąca wartość nieruchomości doprowadziły do znacznej ekspansji ubezpieczeń majątkowych i wypadkowych. Firmy ubezpieczeniowe opracowały nowe produkty w celu pokrycia ryzyka związanego z życiem w mieście, takiego jak pożar, kradzież i odpowiedzialność cywilna.
5. **Znaczenie reasekuracji:** Rosnąca złożoność i rozmiar ryzyk doprowadziły do rozwoju rynku reasekuracji, pomagając rozłożyć ryzyko i pozwalając bezpośrednim ubezpieczycielom na podejmowanie większych i bardziej złożonych ryzyk.
6. **Globalizacja rynku ubezpieczeń:** Ekspansja handlu międzynarodowego i rozwój międzynarodowych korporacji doprowadziły do globalizacji rynku ubezpieczeń. Firmy ubezpieczeniowe rozszerzyły swoją działalność na skalę międzynarodową, aby zaspokoić potrzeby swoich klientów i zdywersyfikować ryzyko.
7. **Regulacja i standaryzacja:** Wzrost i złożoność branży ubezpieczeniowej doprowadziły do zwiększenia regulacji i standaryzacji. Rządy i stowarzyszenia branżowe opracowały regulacje i standardy w celu zapewnienia wypłacalności i stabilności firm ubezpieczeniowych oraz ochrony interesów ubezpieczających.

REWOLUCJA KOMPUTEROWA

Wreszcie najnowszą rewolucją – rewolucją komputerową, rozwijającą się później w rewolucję cyfrową i rewolucję informacyjną. Rozwój komputera elektronicznego w połowie XX wieku był kluczowym

kamieniem milowym w rewolucji komputerowej. Wczesne komputery były duże i drogie, ale postęp w technologii półprzewodnikowej doprowadził do opracowania mniejszych, mocniejszych i tańszych komputerów. Wynalezienie mikroprocesora w latach 70. było znaczącym wydarzeniem, które umożliwiło produkcję komputerów osobistych. Rozwój Internetu i sieci World Wide Web pod koniec XX wieku znacznie zwiększył dostępność informacji i możliwość globalnej komunikacji.

Sukces rewolucji komputerowej napędzany był oczywiście przede wszystkim przez postępy w technologiach: półprzewodnikowej, mikroprocesorowej, sieciowej. Nie mniej ważnym czynnikiem było jednak samo zapotrzebowanie na szybsze i bardziej wydajne sposoby przetwarzania i analizowania danych, co wraz z malejącymi kosztami mocy obliczeniowej, przyczyniło się do szybkiego przyjęcia technologii cyfrowej. Firmy różnych branż przyjęły technologie cyfrowe, aby uzyskać przewagę konkurencyjną poprzez poprawę wydajności, redukcję kosztów i zwiększenie zdolności do innowacji. Co wcześniej niespotykane istotnym elementem były również inwestycje rządowe w badania i rozwój (także przez technologie kosmiczne i wojskowe), a także w infrastrukturę, przede wszystkim sieciową.

Tradycyjnie i rewolucja komputerowa przyniosła daleko idące skutki dla społeczeństwa i gospodarki. Z jednej strony mamy pozytywne: radykalnie zwiększenie produktywności od produkcji po usługi, ułatwienie wymiany informacji i pomysłów na całym świecie, zmiana sposobu, w jaki ludzie żyją, pracują i komunikują się, co przyczyniło się do rozwoju globalnej kultury i demokracji informacji. Rewolucja komputerowa umożliwiła też powstanie gospodarki opartej na wiedzy, w której tworzenie i wykorzystywanie wiedzy przyczynia się do wzrostu gospodarczego, tworzenia bogactwa i zatrudnienia.

Jednocześnie powstały oczywiście nowe zagrożenia i wyzwania. Najpoważniejszą wydaje się przepaść cyfrowa, bo dostęp do technologii cyfrowej nie jest równomiernie rozłożony, co prowadzi do powstania wielkich różnic między tymi, którzy mają dostęp do technologii cyfrowej, a tymi, którzy go nie mają. W samych rozwiniętych, nie-wykluczonych państwach zagrożeniem jest z kolei rosnąca zależność od technologii cyfrowej. Mamy nowe podatności na cyberataki, prowadząc do obaw o cyberbezpieczeństwo i prywatność danych. Rosnące wykorzystanie technologii cyfrowych do komunikacji i interakcji społecznych doprowadziło także do obaw o izolację społeczną i zanik interakcji twarzą w twarz. Wreszcie coraz bardziej widoczne i coraz bardziej powszechne jest przeciążenie informacyjne, czego szczególnym przypadkiem jest coraz bardziej problematyczna zdolność ludzi do rozróżniania dokładnych i wiarygodnych informacji.

WSPÓŁCZESNE UBEZPIECZENIA

Tak jak rewolucja komputerowa, cyfrowa, informacyjna miała ogromny wpływ na społeczeństwo i gospodarkę, przyczyniając się do zwiększenia produktywności, globalizacji i postępu technologicznego tak miała też oczywiście wpływ na biznes ubezpieczeniowy. Kluczowe obszary w tym przypadku:

1. Automatyzacja procesów: Komputery umożliwiły ubezpieczycielom i pośrednikom automatyzację wielu procesów, zwiększając ich wydajność i obniżając koszty. Zadania takie jak

zawieranie umów ubezpieczeniowych, rozpatrywanie roszczeń i administrowanie polisami, które wcześniej były wykonywane ręcznie i były czasochłonne, można było teraz zautomatyzować, co prowadziło do skrócenia czasu realizacji i obniżenia kosztów operacyjnych.

- 2. Ocena ryzyka i ustalanie cen:** Zaawansowane możliwości obliczeniowe pozwoliły aktuariuszom firm ubezpieczeniowych na przetwarzanie ogromnych ilości danych w celu dokładniejszej oceny ryzyka i ustalenia cen. Można było opracować zaawansowane modele przewidywania potencjalnych strat i określania odpowiednich składek.
- 3. Obsługa klienta:** Komputery i Internet umożliwiły lepszą obsługę klienta. Klienci mogą teraz kupować polisy, zgłaszać roszczenia i uzyskiwać dostęp do informacji o swoich kontaktach błyskawicznie (online lub u agenta), dzięki czemu cały proces jest wygodniejszy.
- 4. Rozwój produktów:** Komputery ułatwiły rozwój i zarządzanie nowymi produktami ubezpieczeniowymi. Ubezpieczyciele mogli szybko modyfikować istniejące produkty, tworzyć nowe i dostosowywać polisy do konkretnych potrzeb swoich klientów.
- 5. Marketing i dystrybucja:** Internet zapewnił nowy kanał marketingu i dystrybucji produktów ubezpieczeniowych. Firmy ubezpieczeniowe mogły teraz dotrzeć do globalnej publiczności i oferować swoje produkty bezpośrednio konsumentom za pośrednictwem swoich stron internetowych, zmniejszając potrzebę pośredników lub mając z kolei do pośredników łatwiejszy dostęp.
- 6. Analiza danych:** Zdolność do przetwarzania i analizowania dużych ilości danych umożliwiła firmom ubezpieczeniowym uzyskanie lepszego wglądu w zachowania i potrzeby ich klientów. To z kolei pozwoliło im opracować bardziej ukierunkowane strategie marketingowe, stworzyć bardziej dopasowane produkty i poprawić zarządzanie ryzykiem.
- 7. Wykrywanie oszustw:** Komputery i zaawansowana analityka pomogły ubezpieczycielom w skuteczniejszym wykrywaniu oszustw i zapobieganiu im. Można było opracować zaawansowane algorytmy w celu identyfikacji wzorców i anomalii w danych dotyczących roszczeń, które mogą wskazywać na nieuczciwą działalność.
- 8. Zgodność z przepisami:** Komputery ułatwiły przestrzeganie rosnących wymogów regulacyjnych w ubezpieczeniach. Mogły one łatwiej monitorować i raportować swoje działania oraz zapewnić zgodność ze wszystkimi odpowiednimi przepisami i regulacjami.

Rewolucja komputerowa doprowadziła do znacznego postępu w branży ubezpieczeniowej, czyniąc ją bardziej wydajną, opłacalną i przyjazną dla klienta. Przyniosła również wyzwania, szczególnie w obszarach prywatności danych i cyberbezpieczeństwa, z którymi branża musiała się zmierzyć, aby chronić swoich klientów i własne operacje.

No właśnie... Teraz czas na sztuczną inteligencję. □

Technologia wspiera dobrą współpracę z brokerami i klientami

Od zarania dziejów postęp technologiczny wspomaga rozwój wielu obszarów ludzkiego życia i prowadzonej przez człowieka działalności. Nie inaczej jest w ubezpieczeniach. W biznesie korporacyjnym PZU z dużą uwagą obserwujemy dokonujący się na naszych oczach, szczególnie w ostatnich latach, błyskawiczny rozwój nowych technologii i wykorzystujemy go do jeszcze lepszej współpracy z brokerami oraz klientami.


JAKUB SAJKOWSKI

*Dyrektor Zarządzający
ds. Klienta Korporacyjnego PZU*

Nie możemy jednak zapominać o specyfice biznesu korporacyjnego. Wiemy, jak ogromne znaczenie mają w nim relacje, dyskusje, wsłuchiwanie się w potrzeby drugiej strony. Nie chcemy tego zastąpić technologią, rozmową pomiędzy maszynami albo między człowiekiem i maszyną. Chcemy natomiast, aby technologia efektywnie wspierała pracę człowieka, naszą pracę. Już dziś bardzo intensywnie wspiera nas ona w obszarach zarządzania ryzykiem, automatyzacji procesów, ocenie i wycenie ryzyka, a także do zapewnienia efektywnej komunikacji.

Zarządzanie ryzykiem – 100 zakładów przemysłowych w RyzykoPRO, 400 fleet managerów aktywnie zarządza ryzykiem we flotach z wykorzystaniem PZU iFlota

Zacniemy od obszaru, który wyróżnia ofertę PZU dla biznesu korporacyjnego od konkurentów na rynku. Kilka lat temu jako biznes PZU postawiliśmy sobie za cel, aby nasze ubezpieczenie nie ograniczało się do obietnicy wypłaty odszkodowania po szkodzie, ale obejmowało także wsparcie klientów w przeciwdziałaniu szkodom, dzielenie się wiedzą o tym jak do nich dochodzi. Dziś to wsparcie ma bardzo praktyczny wymiar.

W ubezpieczeniach majątkowych w ramach programu prewencyjnego RyzykoPRO wspieramy blisko 100 dużych klientów korporacyjnych, u których na co dzień monitorujemy niemal 1900 punktów – miejsc wrażliwych na powstanie szkody. W pełnej wersji systemu Ryzyko PRO funkcjonują dwie ścieżki: z jednej strony kontrola może być wykonywana przez człowieka wyposażonego w tablet, kamerę termowizyjną i odpowiednio przygotowaną checklistę, a także przez czujniki. Wykorzystujemy czujniki monitorujące całodobowo:

temperaturę, ciśnienie, drgania i inne parametry, które komunikują się z systemem dzięki technologii internetu rzeczy (IoT – Internet of Things) i alarmują o ewentualnym zagrożeniu.

Nasz system efektywnie wspiera budowanie kultury bezpieczeństwa i przez kilka lat od momentu wdrożenia pierwszych instalacji RyzykoPRO sprawdził się już wielokrotnie w boju. Zidentyfikowane w ramach badania termowizyjnego ryzyko pożaru czy alarm o wycieku substancji wybuchowych poza godzinami pracy zakładu to tylko niektóre przykłady, w jaki sposób pomogliśmy klientom uniknąć szkód. Po udanych wdrożeniach w większych zakładach produkcyjnych, od niedawna rozszerzyliśmy możliwości systemu, wprowadzając jego nową wersję bazującą wyłącznie na czujnikach IoT. Dzięki temu obniżyliśmy próg wejścia do poziomu 60 tys. zł składki rocznej, tak by nawet mniejsi klienci przemysłowi mogli korzystać z rozwiązania i chronić się przed szkodami.

Aktywnie działamy także w obszarze prewencji dla ryzyk flotowych – mowa tutaj o systemie PZU iFlota, który łączy w sobie funkcjonalności zarządzania flotą, jej bezpieczeństwem i ubezpieczeniami. W ubezpieczeniach komunikacyjnych praca nad ryzykiem ma zupełnie inny wymiar niż w ubezpieczeniach majątkowych, ze względu na charakterystykę i częstotliwość szkód. Dlatego też zbudowaliśmy autorskie rozwiązanie, które wspiera klientów na wielu płaszczyznach – edukacja, raportowanie szkód, zalecenia mające na celu mitygację ryzyka. PZU iFlota to między innymi raporty szkodowe, dostęp do polis, a także bogata baza wiedzy on-line. Podczas wdrożenia tego rozwiązania również nie zapomnieliśmy o naszych najważniejszych partnerach – system posiada moduł dla

brokerów i agentów, którzy mogą na bieżąco monitorować sytuację szkodową w danej flocie i doraźnie wspierać klienta w zarządzaniu ryzykiem, co przekłada się na realne korzyści dla każdej ze stron. Niejednokrotnie już, po szybkiej interwencji brokera i klienta na bazie informacji dostępnych w PZU iFlota możliwe było ograniczenie roszczenia szkodowego, co miało swoje pozytywne skutki podczas wznowienia ubezpieczenia floty.

Po wdrożeniu w tym roku kalkulatora elektromobilności (PZU iFlota EV – rozwiązanie wspierające proces elektromobilności flot) czas na kolejne nowości. Teraz klienci i brokerzy jeszcze szybciej będą mogli reagować na szkody, na bazie informacji o rezerwach szkodowych, które będą udostępnione w systemie. Jest to niezwykle ważne między innymi w przypadku szkód z OC, gdzie skuteczność ograniczenia roszczenia może zależeć właśnie od czasu reakcji. Jako jedyni na rynku mamy tak szeroką ofertę dla klientów korporacyjnych w zakresie przeciwdziałania szkodom. W przyszłości planujemy jej dalszą rozbudowę właśnie przy wykorzystaniu technologii.

Dane i coraz lepsza wycena ryzyka

Rozwiązania technologiczne to nie tylko urządzenia i systemy. Z naszej perspektywy to również kwestia podejścia do danych, pozyskiwania ich i zarządzania nimi. Coraz mocniej wykorzystujemy dane z zewnętrznych rejestrów – przykładowo, w ubezpieczeniach komunikacyjnych z danych UFG, Centralnej Ewidencji Pojazdów i innych dostępnych baz. To przyspiesza procesy kwotacyjne i sprawia, że oferowana składka ubezpieczeniowa, bazując na większej liczbie parametrów, jest jeszcze lepiej dostosowana do ryzyka.

Takie podejście umożliwiło nam optymalizację procesu wyceny ryzyk flotowych. Aktualnie jesteśmy na etapie testowania nowego narzędzia kwotacyjnego dla małych i średniej wielkości flot. Zakładamy, że rozwiązanie istotnie wpłynie na skrócenie czasu przygotowania oferty i odpowiedzi klientowi. Narzędzie bazuje na nowym modelu taryfikacyjnym wykorzystującym zarówno uogólniony model liniowy (GLM), jak również specyfikę szkodową danej floty. To swoiste połączenie zaawansowanej siły danych statystycznych największego na polskim rynku portfela ubezpieczeń komunikacyjnych, wykorzystania zewnętrznych rejestrów danych oraz ugruntowanej wiedzy eksperckiej i analizy underwritingowej precyzyjnie dopasowanej do konkretnego

ryzyka. Wdrożenie pilotażowe tego rozwiązania planujemy jeszcze w 2023 r.

Optymalizacje procesowe wspierają dobrą współpracę

Płynnie przechodzimy do obszaru efektywności procesów, która dla rozwoju biznesu jest również bardzo istotna. Kluczowe procesy ubezpieczeniowe w biznesie korporacyjnym realizowane są przeważnie z udziałem brokerów. Dlatego też, we wszystkich naszych autorskich rozwiązaniach zakładamy możliwość czynnego udziału brokera. Pierwszym wdrożonym w tym modelu projektem w obszarze ubezpieczeń korporacyjnych PZU SA był Everest Dla Brokera, czyli dedykowany dla brokerów moduł naszego systemu

produktowego, który pozwala m.in. na łatwy dostęp do polis zawartych przy udziale brokera, generowanie dokumentów, obsługę zestawień prowizyjnych oraz zaległości składkowych. O popularności narzędzia niech świadczy fakt, że z dostępu na bieżąco aktywnie korzysta ponad 2 tys. użytkowników kancelarii, którzy rocznie generują z systemu ponad 500 tys. dokumentów (polis, certyfikatów, potwierdzeń). Kolejnym wsparciem w efektywnej realizacji procesów ubezpieczeniowych będzie niebawem platforma typu self service dla ubezpieczeń transportowych (CARGO). Narzędzie umożliwi obsługę zgłaszania transportów i polisowania 24/7. Pierwsi o nowym rozwiązaniu dowiedzą się oczywiście brokerzy, których zaprosimy do konsultacji. Mamy nadzieję, że ta nowa platforma self-service spotka się z zainteresowaniem zarówno klientów, jak i brokerów i będziemy mogli ją wspólnie rozwijać o kolejne funkcjonalności. Wdrożenie tego rozwiązania planujemy na początku 2024 r.

Efektywna komunikacja i przekazywanie wiedzy

Technologia umożliwia nam częstsze i łatwiejsze spotkania, warsztaty, szkolenia. Narzędzia wspierające spotkania online na stałe weszły do codziennego użytku w biznesie ubezpieczeniowym. Cyklicznie, od 2021 roku, za pomocą platform elearningowych online realizujemy dla brokerów szkolenia w trybie IDD. To okazja, aby jako pierwsi poznali naszą ofertę i wszelkie nowinki – w naszych szkoleniach rocznie bierze udział blisko 3 tys. uczestników z kancelarii brokerskich, a pozytywnie ocenia ją 9 na 10 brokerów biorących udział w corocznym badaniu satysfakcji ze współpracy z Pionem Klienta Korporacyjnego.

Finalnie liczy się efekt biznesowy...

Wszystkie rozwiązania wprowadzane w Pionie Klienta Korporacyjnego w oparciu o nowoczesne technologie polepszają podejście do zarządzania ryzykiem, automatyzacji procesów, wyceny ryzyka, a także efektywną komunikację. Zdajemy sobie sprawę, że dziś bez technologii nie ma rozwoju biznesu. Cieszymy się, że w tym roku baza naszych klientów korporacyjnych w ubezpieczeniach pozakomunikacyjnych powiększyła się aż o 10%, w ubezpieczeniach komunikacyjnych flotowych o 6%. Kluczowym czynnikiem tego sukcesu jest bezdyskusyjnie człowiek, ale odpowiednie wsparcie technologiczne dla naszego pracownika, klienta czy partnera na wielu płaszczyznach działania, jest w dzisiejszym świecie nieodzowne. □



MATERIAŁ
MARKETINGOWY

Współpraca na najwyższych obrotach

Dzięki sprawdzonej formule współpracy oferujemy klientom korporacyjnym rozwiązania, które pozwolą osiągnąć najlepsze wyniki: nowoczesne ubezpieczenia, wsparcie w zarządzaniu ryzykiem i sprawną likwidację szkód.

Dowiedz się więcej na pzu.pl/korpo.

PZU DLA BIZNESU KORPORACYJNEGO





PATRYCJA SIKORSKA-TUŹCU

prawnik w CMS Cameron McKenna
Nabarro Olswang Pośniak i Bejm sp.k.

Otoczenie prawne sztucznej inteligencji

Sztuczna inteligencja stała się częścią naszego życia, a w kolejnych latach możemy spodziewać się, że jej wpływ na naszą codzienność tylko się zwiększy. Nie inaczej jest w przypadku sektora ubezpieczeniowego, który zauważa ogromny potencjał SI i aktywnie eksploruje potencjalne sposoby jej wykorzystania w swojej działalności. – PATRYCJA SIKORSKA-TUŹCU

Powszechnie wskazuje się, że SI wykorzystywana może być do analizy danych (np. oceny ryzyka), automatyzacji procesów (np. wyceny ubezpieczeń), spersonalizowania obsługi klienta (np. asystenci wirtualni), tworzenia dopasowanych do danego klienta produktów ubezpieczeniowych (np. ubezpieczenia na minuty) czy wykrywania oszustw. Należy mieć jednak na uwadze, że SI to nie tylko ogromne szanse, ale również zagrożenia. Dostrzegają to także państwa i organizacje międzynarodowe, które w ostatnich latach podejmują pierwsze kroki w celu tworzenia dla SI ram prawnych, które umożliwią jej rozwój, ale też będą eliminować bądź ograniczać potencjalne zagrożenia związane z wykorzystywaniem SI. W tym aspekcie najistotniejsze kroki poczyniła Unia Europejska, dlatego też biorąc pod uwagę ograniczone ramy niniejszego artykułu, w jego dalszej części odniosę się tylko do działań podejmowanych przez UE¹.

SI PRIORYTETEM DLA UE

Technologie cyfrowe, w tym oparte o SI, stanowią jeden z sześciu priorytetów Komisji Europejskiej na lata 2019-2024². Choć już przed 2019 r. organy UE i grupy ekspertów powołane przez te organy publikowały pierwsze dokumenty dotyczące SI, wydaje się, że to rok 2018 można uznać za rok, w którym rozpoczęto szersze działania w tym zakresie. Wtedy bowiem został opublikowany Komunikat Komisji – „Sztuczna inteligencja dla Europy”³, w którym padła deklaracja podjęcia działań, które umożliwią jak najlepsze wykorzystanie możliwości, które oferuje SI, ale też będą odpowiedzią na wyzwania, jakie ze sobą niesie. W tym samym roku Komisja Europejska uzgodniła z państwami członkowskimi UE „Skoordynowany plan w sprawie sztucznej inteligencji”⁴, w którym określono m.in. wspólne dalsze działania w celu zapewnienia, aby UE jako całość mogła sprostać światowej konkurencji. Kierunki

1 Niemniej jednak warto wskazać, że w Polsce zagadnienie SI dostrzegane jest przez władze publiczne. Istotnym w tym aspekcie dokumentem jest *Polityka dla rozwoju sztucznej inteligencji w Polsce od roku 2020* uchwalona przez Radę Ministrów w dniu 28 grudnia 2020 r., która wskazuje na ambitne założenia państwa polskiego w odniesieniu do SI (więcej o polskiej drodze do Strategii AI: <https://www.gov.pl/web/cyfryzacja/ai>). Aktywnie działa również Grupa Robocza ds. Sztucznej Inteligencji przy Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, która opublikowała m.in. *Rekomendacje w zakresie sztucznej inteligencji w sektorze finansowym* (24 października 2022 r.).

2 Wytoczne polityczne na następną kadencję Komisji Europejskiej (2019-2024); zobacz: https://commission.europa.eu/system/files/2020-04/political-guidelines-next-commission_pl.pdf.

3 Komunikat Komisji – *Sztuczna inteligencja dla Europy* z dnia 25 kwietnia 2018 r. (COM(2018) 237 final).

4 Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady Europejskiej, Rady Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów – *Skoordynowany plan w sprawie sztucznej inteligencji* z dnia 7 grudnia 2018 r. (COM(2018) 795 final); zaktualizowany został w dniu 21 kwietnia 2021 r. (COM(2021) 205 final).

przyszłych działań w zakresie SI szerzej traktuje *Biała Księga w sprawie sztucznej inteligencji* – „Europejskie podejście do doskonałości i zaufania”⁵ opublikowana 19 lutego 2020 r. W dokumencie tym wskazano, że nowe ramy SI zostaną oparte na dwóch filarach – ekosystemie doskonałości (tj. działaniach mających na celu wsparcie rozwoju i stosowania sztucznej inteligencji w całej gospodarce UE oraz w administracji publicznej) oraz ekosystemie zaufania (tj. działaniach mających na celu tworzenie SI, która budzić będzie zaufanie obywateli). Pierwszy „poważniejszy” krok został poczyniony 21 kwietnia 2021 r., kiedy to Komisja Europejska opublikowała pakiet: komunikat – „Promowanie europejskiego podejścia do sztucznej inteligencji”⁶, aktualizację komunikatu – „Skoordynowanego planu w sprawie sztucznej inteligencji” oraz, co najważniejsze, pierwszy projekt „Aktu w sprawie sztucznej inteligencji”⁷.

AKT W SPRAWIE SI

Na wstępie warto zaznaczyć, że prace nad projektem „Aktu w sprawie sztucznej inteligencji” wciąż trwają, choć zbliżają się już ku końcowi. Parlament Europejski uzgodnił swoje stanowisko negocjacyjne 14 czerwca 2023 r. i w kolejnych miesiącach będą trwały uzgodnienia ostatecznego kształtu Aktu. Osiągnięcie porozumienia co do jego treści, a co za tym idzie ujednoclenie ram prawnych dla sztucznej inteligencji, planowane jest do końca 2023 r. Jednak już dziś można stwierdzić, że Akt będzie miał przełomowe znaczenie dla jej rozwoju i wykorzystywania w UE. Z uwagi na obszerny zakres przedmiotowy i podmiotowy Aktu, w dalszej części artykułu omówione zostaną wyłącznie wybrane zagadnienia, które ma on regulować.

Akt ureguluje m.in. zasady wprowadzania do obrotu, oddawania do użytku oraz wykorzystywania systemów SI w UE (w tym zakazy określonych praktyk, wymogi i obowiązki dla systemów SI wysokiego ryzyka czy wymogi dotyczące przejrzystości dla niektórych systemów SI), a także zasady dotyczące monitorowania i nadzoru rynku oraz egzekwowania przepisów Aktu. Z kolei, jeżeli mowa o zakresie podmiotowym, to prawodawca unijny ukształtował go tak, aby nie dopuścić do obchodzenia prawa. Akt znajdzie bowiem zastosowanie także do operatorów znajdujących się w państwie trzecim, jeżeli system SI lub wyniki jego działania mają być wykorzystywane w UE.

Unijny prawodawca za zadanie postawił sobie stworzenie definicji „systemu SI”, która byłaby w możliwie największym stopniu neutralna pod względem technologicznym i nie ulegała dezaktualizacji. To trudne zadanie, biorąc pod uwagę szybki rozwój technologii oraz brak powszechnej zgody co do definicji pojęcia „system SI”. Pierwotnie przyjęta przez prawodawcę definicja była krytykowana, gdyż obejmowała rozwiązania, które powszechnie nie są uznawane za SI. W najnowszej propozycji projektu Aktu zrezygnowano ze wskazywania w załączniku do Aktu technik i podejść wykorzystywanych przy opracowywaniu oprogramowania SI w celu zdefiniowania systemu SI, a zasugerowano się

definicją stworzoną przez Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD). Zgodnie z definicją przyjętą w projekcie Aktu, „system SI” oznacza „system oparty na maszynie, który jest zaprojektowany do działania na różnych poziomach autonomii i który może, w celach jawnych lub ukrytych, generować dane wyjściowe, takie jak prognozy, zalecenia lub decyzje, które wpływają na środowisko fizyczne lub wirtualne” (Artykuł 3, pkt 1 projektu Aktu). Również i tej definicji nie można uznać za jasną i precyzyjną. Kreować to będzie w przyszłości praktyczne problemy przy analizie, czy dane rozwiązanie powinno być uznawane za system SI. Pewnych wskazówek interpretacyjnych możemy szukać w preambule Aktu, która jednak nie jest wiążącą.

Prawodawca w projekcie Aktu opiera się na podejściu opartym na ryzyku, zgodnie z którym podejmowane środki są dostosowane do poziomu ryzyka.

W tym celu projekt Aktu rozróżnia zastosowania SI stwarzające

- niedopuszczalne ryzyko,
- wysokie ryzyko,
- niskie lub minimalne ryzyko.

Zastosowania SI stwarzające niedopuszczalne ryzyko mają być przez Akt zakazane. Ich katalog znaleźć można w Artykule 5. projektu Aktu. Z kolei zastosowania SI stwarzające wysokie oraz niskie lub minimalne ryzyko będą musiały spełnić wymogi określone dla danego typu ryzyka. Z perspektywy sektora ubezpieczeniowego istotne jest, że systemy SI przeznaczone do podejmowania decyzji lub istotnego wpływania na decyzje dotyczące kwalifikacji osób fizycznych do ubezpieczenia zdrowotnego i ubezpieczenia na życie zostały zakwalifikowane jako systemy SI o wysokim ryzyku.

Na koniec warto zwrócić uwagę na fakt, że Akt ma mieć charakter rozporządzenia. Oznacza to, że będzie on miał bezpośrednie zastosowanie we wszystkich państwach członkowskich UE (tj. bez konieczności transpozycji do prawa krajowego). Projekt Aktu zakłada, że Akt będzie musiał być stosowany w całej UE 24 miesiące po jego wejściu w życie.

DYREKTYWA W SPRAWIE ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA SI

Kolejnym istotnym unijnym projektem aktu prawnego dotyczącym SI jest projekt „Dyrektywy w sprawie odpowiedzialności za sztuczną inteligencję”⁸, nad którym również toczą się obecnie prace legislacyjne, choć nie są one tak zaawansowane jak w przypadku Aktu. W tym przypadku unijny prawodawca skorzystał z instrumentu dyrektywy, a więc aktu prawnego, który nie jest bezpośrednio stosowany w państwach członkowskich UE i wymaga transpozycji do prawa krajowego. Biorąc pod uwagę istniejące rozbieżności między ramami odpowiedzialności w państwach członkowskich UE, wybór tego instrumentu jest zasadny.

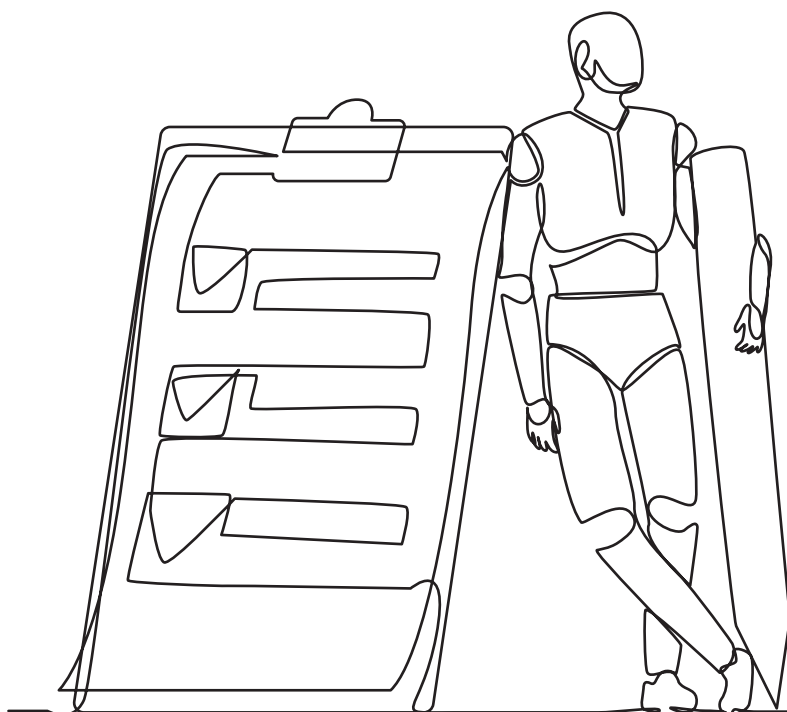
Projekt Dyrektywy obejmuje rozwiązania, które ułatwią poszkodowanym przez SI wykazanie, że ich roszczenia są zasadne. Mowa tu wyłącznie o pozaukładowych (ustawowych) roszczeniach cywilnych z tytułu szkód spowodowanych przez system SI, w przypadku, gdy dochodzone są one na zasadzie winy (tj. konieczne jest wykazanie zwinionego zachowania sprawcy, powstania szkody oraz adekwatnego związku przyczynowego między zwinionym zachowaniem sprawcy

5 *Biała Księga w sprawie sztucznej inteligencji – Europejskie podejście do doskonałości i zaufania* z dnia 19 lutego 2020 r. (COM(2020) 65 final). Dokument był następnie konsultowany publicznie.

6 Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów – *Promowanie europejskiego podejścia do sztucznej inteligencji* (COM(2021) 205 final).

7 *Projekt Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady ustanawiającego zharmonizowane przepisy dotyczące sztucznej inteligencji (Akt w sprawie sztucznej inteligencji) i zmieniającego niektóre akty ustawodawcze Unii* z dnia 21 kwietnia 2021 r. (COM(2021) 206 final).

8 *Projekt Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie dostosowania przepisów dotyczących pozaukładowej odpowiedzialności cywilnej do sztucznej inteligencji (Dyrektywa w sprawie odpowiedzialności za sztuczną inteligencję)* z dnia 28 września 2022 r. (2022/0303 (COD)).



© Simple Line/stock.adobe.com

i szkodą). W tym celu, na warunkach określonych w projekcie Dyrektywy, proponuje się m.in. przekazanie sądom krajowym uprawnień do nakazania dostawcom lub użytkownikom ujawnienia istotnych dowodów czy przyjęcie domniemania wrzucalnego istnienia związku przyczynowego między winą pozwanego a wynikiem uzyskanym przez system SI lub faktem nieuzyskania przez taki system wyniku.

INNE AKTY PRAWNE UE MAJĄCE ZNACZENIE DLA SI

Powyżej wskazano dwa najistotniejsze projekty aktów prawnych dla SI, jednak na funkcjonowanie systemów opartych o SI ma wpływ również szereg innych unijnych i krajowych regulacji. Na systemy SI nie można bowiem patrzeć w oderwaniu od przepisów dotyczących m.in. przetwarzania danych czy bezpieczeństwa produktów.

EIOPA O SI

Ten artykuł byłby niepełny bez uwzględnienia regulacji dot. SI, które dedykowane zostały bezpośrednio sektorowi ubezpieczeniowemu. W tym kontekście na uwagę zasługuje opublikowany 17 czerwca 2021 r. raport eksperckiej grupy konsultacyjnej Europejskiego Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń i Pracowniczych Programów Emerytalnych pt. „Zasady governance sztucznej inteligencji: W kierunku etycznej i godnej zaufania sztucznej inteligencji w europejskim sektorze ubezpieczeń”⁹. W Raporcie zawarto sześć zasad, które powinny stosować zakłady ubezpieczeń, jak i pośrednicy ubezpieczeniowi (podmioty) wykorzystujący w swojej działalności SI:

- **zasada proporcjonalności** – wykorzystanie SI powinno być dostosowane do charakteru, skali i złożoności działalności podmiotów;
- **zasada uczciwości i niedyskryminacji** – rozwiązania oparte o SI powinny być stosowane, mając na względzie szacunek i uczci-

wość względem klientów oraz obowiązek przeciwdziałania wykluczeniu ubezpieczeniowemu;

- **zasada przejrzystości i wytłumaczalności** – należy zapewnić różnym interesariuszom dostęp do odpowiednich informacji oraz stosować wytłumaczalne systemy;
- **zasada nadzoru człowieka** – system oparty o SI musi być nadzorowany przez ludzi, którzy mają za zadanie weryfikować działanie systemu i naprawiać niedoskonałości SI;
- **zasada zarządzania danymi i prowadzenia dokumentacji** – dane, w oparciu, o które działa system SI, powinny być dokładne, kompletne i odpowiednie, a podmioty powinny przechowywać informacje na temat wykorzystywanych danych oraz metodologii modelowania;
- **zasada solidności i wydajności** – system oparty o SI powinien działać niezawodnie i nie wyrządzać szkód, zarówno na polu technicznym, jak i etycznym.

EIOPA deklaruje również, że ściśle monitoruje prace organów UE dotyczące SI, a także w razie takiej potrzeby, gotowa jest podejmować dalsze inicjatywy dla sektora.

TO DOBRY KIERUNEK

Z całą pewnością można powiedzieć, że zagadnienie SI jest traktowane przez UE z dużą uwagą i zaangażowaniem. Sam kierunek działań UE należy ocenić pozytywnie, ponieważ ukształtowanie odpowiedniego otoczenia prawnego dla SI jest kluczowe dla rozwoju i bezpiecznego wykorzystywania SI w UE. Niemniej jednak, w obliczu dynamicznego rozwoju SI, tempo prac nad odpowiednimi regulacjami wydaje się być raczej powolne. Pozostaje mieć nadzieję, że wypracowane rozwiązania będą w pełni realizować idee przyświecające UE w związku z SI, w tym będą odpowiednio i na czas dostosowywane wraz ze zmieniającą się wokół nas rzeczywistością. □

9 Oryginalny tytuł: *Artificial intelligence governance principles: Towards ethical and trustworthy artificial intelligence in the European insurance sector.*

Fuzja w likwidacji szkód

– instrukcja obsługi

W lipcu 2022 r. nastąpiła fuzja prawna Allianz Polska z Avivą, co oznaczało też połączenie dwóch światów likwidacji szkód. Ruszyła lawina zmian, które były konieczne, by każdy klient gładko przeszedł ze świata dawnej Avivy do nowego, zmienionego też po drodze świata Allianz.



MAGDALENA ZOWADE
dyrektor Departamentu
Likwidacji Szkód Allianz



JULIANNA NIEDŹWIECKA
menedżer ds. wsparcia
operacyjnego szkód Allianz



PIOTR SAWICKI
dyrektor Departamentu
Zarządzania Organizacyjnego Allianz

Pierwszym wyzwaniem było wybranie docelowego modelu likwidacji szkód majątkowych. Składa się na niego system do likwidacji, system telefonicznej obsługi klienta oraz narzędzia cyfrowe pomagające przyjąć zgłoszenie szkody oraz przeprowadzić klienta przez cały proces. Trzeba też było wybrać sposób zbierania opinii klientów na temat rozliczenia szkody.

Dotychczasowe systemy Avivy oraz Allianz działały w różnych środowiskach i nie można było ich połączyć przez wiele miesięcy, aż do kompletnej separacji od grupy Aviva. Mieliliśmy więc dodatkową trudność: systemu do obsługi szkód i polis Avivy nie można było zintegrować z systemami operacyjnymi Allianz. W praktyce oznaczało to pracę na dwóch komputerach i przesyłanie danych między nimi jak między dwiema organizacjami. Dla pracowników było to nie lada wyzwanie.

W tej sytuacji, gdy klient dzwonił do nas w sprawie szkody, musieliśmy na wstępie zadawać pytanie: czy jesteś klientem Avivy czy Allianz? Dopiero potem następowało przekierowanie na właściwe ścieżki. Podobnie na stronie internetowej, prosiłymi o wybór właściwego „kafelka” – klient Allianz lub klient Avivy, ale po 1 lipca 2022 r. już po marką Allianz. Nie dla każdego to był oczywisty wybór.

Z DWÓCH ŚWIATÓW – JEDEN

Obsługa klienta i praca w jednym środowisku stała się oczywistym i najprostszym rozwiązaniem, aby zapewnić oczekiwaną jakość, sprawność i produktywność. Połączenie operacyjne powinno zostać przeprowadzone gładko i niezauważalnie dla klienta. Musieliśmy więc umożliwić systemom pracującym w różnych środowiskach komunikację między sobą.

Zwróciliśmy się o pomoc do działu robotyzacji, który zaproponował szybkie i proste rozwiązanie, bez długiej i kosztownej integracji systemów. Dla pracowników likwidacji szkód oznaczało to, że nie będą musieli pracować na dwóch komputerach i logować się do dwóch systemów.

POMÓGŁ NAM ROBOT

Wdrożony robot opiera się na integracji z bazami danych i systemami IT. Po zarejestrowaniu szkody w systemie docelowym generowany jest plik xml. Robot analizuje go i pobiera numer rejestracyjny pojazdu (dla szkód komunikacyjnych) albo PESEL lub numer polisy (dla szkód mieszkaniowych). Następnie, korzystając z tych danych sprawdza, czy w danym okresie klient miał aktywną polisę. Jeśli tak, komunikując się z bazą danych dodaje niezbędne informacje z drugiego systemu, aby umożliwić kompletną obsługę szkody przez pracownika. Przygotowany plik robot zapisuje w formacie pdf i przesyła do systemu docelowego. Dużym plusem robota jest elastyczność i możliwość wprowadzenia modyfikacji w ciągu kilku dni. Właśnie pracujemy nad tym, aby oprócz wysyłki pdfa, bezpośrednio uzupełniał dane szkody. Dzięki „zatrudnieniu” robota tylko w lipcu 2023 r. udało się zaoszczędzić 145 godzin żmudnej pracy.

KLIENTÓW OBSŁUGUJEMY JEDNOLICIE

Odtąd mogliśmy stać się jedną drużyną i pracować już tylko na systemach docelowych, którymi stały się systemy Allianz, również z powodu wielkości portfela. Mogliśmy też właściwie jednego dnia przenieść klientów dawnej Avivy do świata Allianz. Udostępniliśmy im aplikację do zgłoszenia szkody, asystenta szkody do śledzenia jej statusu oraz przekazywania dokumentacji oraz umożliwiliśmy im ocenę naszego procesu w ankiecie Voice of Customer. W ten sposób, już po czterech miesiącach od fuzji prawnej, obszar likwidacji szkód komunikacyjnych został połączony operacyjnie. Następnie, w maju 2023 r., połączyliśmy pozostałe linie majątkowe wraz z obszarem szkód korporacyjnych oraz małych i średnich przedsiębiorstw.

Dzięki temu wszyscy nasi klienci są obsługiwani jednolicie. Każdy kanał kontaktu z obszarem likwidacji szkód jest obsługiwany w jednym

środowisku, dzięki czemu nasi pracownicy poruszają się w ramach tych samych standardów, korzystając z tych samych narzędzi i aplikacji. Pracują więc produktywnie, mogą zapewnić najwyższą jakość i mieć większą satysfakcję.

PRACUJEMY ELASTYCZNIE

Nasze zespoły stały się bardziej elastyczne. Obecny model umożliwia sprawniejsze planowanie zasobów pod kątem zdarzeń nagłych (katastrofy naturalne) oraz zmieniającej się – w ślad za wolumenami sprzedaży – liczby szkód.

Tak szybkie połączenie operacyjne jest pewnego rodzaju ewenementem na naszym rynku, które daje wiele korzyści. Najważniejszą jest gładkie przejście do nowej rzeczywistości klientów, którym przytrafiła się szkoda, oraz naszych partnerów biznesowych wspierających procesy szkodowe.

Już od kilku miesięcy pracujemy bez podziału na tych z dawnej Avivy i dawnego Allianz. Staliśmy się jednym zespołem Allianz Polska.

NIE SPOCZYWAMY NA LAURACH

Kluczowe jest dla nas dobre stosowanie narzędzi cyfrowych, które pozwalają na przeprowadzenie klienta w sposób komfortowy i szybki przez proces likwidacji szkody. Przy internetowym zgłoszeniu jak największej danych pobieramy z dostępnych nam baz, by zminimalizować wysiłek klienta. Potem klientowi towarzyszy asystent szkody, który umożliwia zwinną wymianę informacji – status sprawy, wybór warsztatu, dodanie dokumentów, akceptacja kosztorysu. W ciągu 2 godzin od dodania zdjęć przez klienta w asystencie szkody prezentujemy wycenę. Właśnie przygotowujemy się do wdrożenia sztucznej inteligencji, aby określić zakres szkód w 100% był bezobsługowy po naszej stronie. Pomagamy klientom także poprzez alerty pogodowe – za pomocą smsów ostrzegamy o nadchodzącym zagrożeniu oraz informujemy o tym, w jaki sposób zgłosić szkodę online, jeśliby doszło do takiej sytuacji. □

Znaczenie termowizji w ubezpieczeniach majątkowych, czyli bezpieczniki i przewody pod lupą

Technologia termowizyjna to ważny element oceny ryzyka w ubezpieczeniach majątkowych InterRisk. Obecnie coraz więcej ubezpieczycieli rekomenduje wykonywanie badań termowizyjnych. Jakie są korzyści? Jak powinny być wykonywane?

Więcej w artykule przygotowanym przez inż. Jarosława Misiaka, Kierownika Zespołu InterRisk PRO w Departamencie Ubezpieczeń Korporacyjnych InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group.



InterRisk w ocenie ryzyka dotyczącej umów ubezpieczeń majątkowych często posiłkuje się badaniami termowizyjnymi. W szczególności mają one zastosowanie w przypadku ubezpieczeń dużych zakładów produkcyjnych czy magazynów. Należy pamiętać, że wadliwe działanie instalacji może przełożyć się na zatrzymanie linii produkcyjnych, powodując duże straty maszynowe lub środków obrotowych, a tym samym przełożyć się na utratę zysku. Dzieje się tak w przypadku wybuchu lub szkód pożarowych. Z pewnością termowizja jest skutecznym narzędziem, coraz częściej wykorzystywanym przez wielu ubezpieczycieli.

TERMOWIZJA URZĄDZEŃ ELEKTRYCZNYCH – METODA ZMNIEJSZENIA RYZYKA ZAGROŻENIA POŻAREM W ZAKŁADACH PRZEMYSŁOWYCH

Rozwój nauki i nowych technologii pozwala nam korzystać z takich rozwiązań techniki, które kiedyś były nieznane lub nieosiągalne przez ograniczenia techniczne i technologiczne. Wraz z postępowaniem cyfryzacji dostępność nowych technologii znacznie wzrosła, co ułatwia usprawnianie funkcjonowania wielu obszarów w przedsiębiorstwie, w szczególności tych odpowiedzialnych za poprawę wydajności, redukcję kosztów, optymalizację pracy, ale również szeroko pojętą poprawę bezpieczeństwa.

KAMERA TERMOWIZYJNA – NOWE NARZĘDZIE UBEZPIECZYCIELA

Do niedawna kamera termowizyjna kojarzyła się z bardzo drogim urządzeniem niedostępnym dla zwykłego użytkownika. Postęp technologiczny oraz popyt spowodował znaczne zwiększenie dostępności na rynku urządzeń mogących wykonywać pomiary termowizyjne. Niektórzy producenci telefonów komórkowych implementują funkcję kamery termowizyjnej do swoich urządzeń. Najtańsze telefony komórkowe z taką funkcją kosztują do kilku tysięcy złotych. Bardzo często technologie są skorelowane z ceną. Należy spodziewać się, że urządzenie kosztujące stosunkowo niewiele jak na kamerę termowizyjną, np. trzy tysiące złotych nie pozwoli na zrobienie zdjęć w bardzo dobrej jakości i rozdzielczości.

STANDARDY POMIARÓW TERMOWIZYJNYCH

Tak samo ważnym czynnikiem, o ile nawet nie ważniejszym, jest sposób wykonania pomiaru. Można mieć bardzo dobre urządzenie, ale bez podstawowej wiedzy, nie uda się wykonać badania, które będzie w stanie pokazać anomalie temperaturowe. Wyłącznie dlatego, że nie wiemy, gdzie i jak szukać takich nieprawidłowości.

I tu zaczynają się pierwsze problemy termografii, ponieważ w Polsce nie mamy jeszcze krajowych norm i wytycznych dotyczących pomiarów. Z tego względu teoretycznie dziś każdy pomiar, który poda „jakiś” wynik można byłoby uznać za prawidłowy. Z pomocą przychodzi nam np. niemiecki VdS. Wskazuje on wytyczne, którymi można lub też należy się kierować w zakresie badań, jeżeli zależy nam na utrzymaniu takiego samego standardu w ich przeprowadzeniu.

Można zastanawiać się, czy standardy pomiarów są aż tak ważne skoro nasze rodzime przepisy nie stawiają wymagań dla pomiarów termowizyjnych? Standaryzacja badania jest bardzo istotna z tego względu, że pozwala na zachowanie powtarzalności jakości pomiarów, które powinny być wykonywane. Dzięki temu tylko firmy posiadające odpowiednie kwalifikacje i sprzęt będą w stanie wykonać badania na odpowiednim poziomie.

Obecnie punktem wyjścia do rozważań dotyczących zlecenia usług pomiarów termowizyjnych powinno być zapoznanie się z portfolio firmy, jak i raportami, jakie są przez nią tworzone. Już na tym etapie można bowiem dowiedzieć się jakiego rodzaju sprzętu dana firma używa. Ponadto, jak wyglądają generowane przez nią raporty i przede wszystkim czy są przekazywane uwagi natychmiast po znalezieniu anomalii temperaturowych.

TERMINATOR KONTRA KAMERA

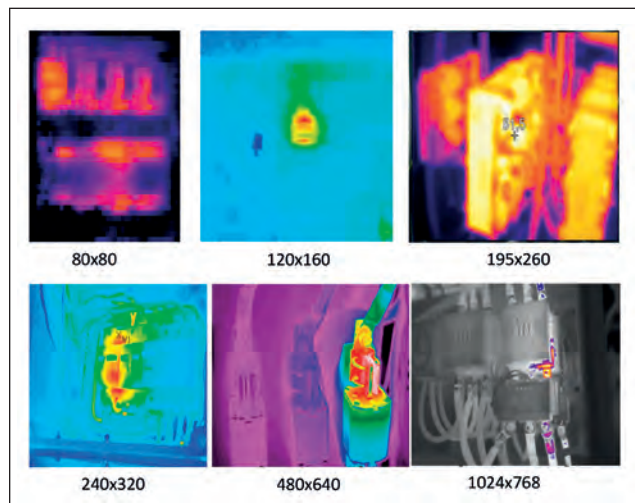
Badanie termowizyjne bardzo często jest źle rozumiane już z samej definicji, ponieważ wiele osób uważa, że kamera termowizyjna mierzy temperaturę przedmiotu. I już w tym stwierdzeniu można wskazać pewne błędy. Pierwszy z nich to pomiar temperatury. Otóż nie! Kamera termowizyjna nie mierzy temperatury przedmiotu, a jedynie promieniowanie podczerwone, które jest emitowane przez każde ciało stałe.

Drugim błędem jest zaczerpnięty z filmów wątek „widzenia przez przeszkody”, np. ściany. Wynika to z pierwszego punktu, tj. kamera termowizyjna pokazuje temperaturę odbitego promieniowania podczerwonego. Dlatego też nie może pokazać temperatury przedmiotu lub ciała znajdującego się za jakąś przeszkodą, na przykład wewnątrz obiektu za ścianą lub nawet za szybą. Przeszkody te będą blokowały emitowane promieniowanie podczerwone. Wykonując pomiary również ludzi, można zwrócić uwagę, że odsłonięte części ciała mają wyższą temperaturę niż te, które znajdują się pod osłoną ubrania.

Wybierając wykonawcę badania termowizyjnego, można kierować się wytycznymi VdS, które określają minimalną rozdzielczość detektora tj. 320x240 pixeli. Należy w tym miejscu podkreślić, że jest to wartość minimalna, a wytyczne powstały już kilka lat temu. Można zadać sobie pytanie: dlaczego należy zwracać uwagę na ten parametr? Ponieważ – jak na każdym zdjęciu – rozdzielczość matrycy pozwoli uchwycić szczegóły. Większa rozdzielczość precyzyjnie wskaże miejsce i wielkość anomalii temperaturowych mogących występować w badanym elemencie.

Detektor promieniowania podczerwonego stanowi kluczowy element kamery termowizyjnej, transformując promieniowanie na sygnał elektryczny. Jego zadaniem jest pomiar długich fal promieniowania podczerwonego. Na podstawie długości tych fal przeprowadzane jest obliczenie temperatury obiektu poddawane go pomiarowi. Wartości te uwzględniają emisyjność (e) powierzchni badanego przedmiotu oraz kompensację temperatury odbitej. Każdy materiał może posiadać inną wartość emisyjności. Obie te zmienne można ręcznie ustawić w kamerze termowizyjnej. Każdy piksel detektora reprezentuje punkt o konkretnej temperaturze, tworząc spójny obraz. Dlatego niezwykle ważne jest wykonywanie pomiarów urządzeniami posiadającymi dobrą rozdzielczość.

Poniżej przedstawiamy różnice w obrazach kamer o coraz lepszej rozdzielczości



TERMOWIZJA W UBEZPIECZENIACH

Pomiar termowizyjny jest nie tylko skutecznym narzędziem diagnostycznym, ale także przyczynia się do poprawy jakości i bezpieczeństwa w różnych dziedzinach. InterRisk współpracuje w zakresie przeprowadzania badań termowizyjnych do oceny ryzyka w ubezpieczeniach majątkowych z firmą Biuro Termografii.



Przy zastosowaniu odpowiednich technik analizy danych termowizyjnych, można uzyskać cenne informacje, które mogą prowadzić do optymalizacji procesów oraz zapobiegania potencjalnym problemom. Tak więc termowizja jest obecnie stosowana w bardzo szerokim zakresie w wielu branżach. – mówi Bogdan Marek, Dyrektor Zarządzający Biura Termografii.

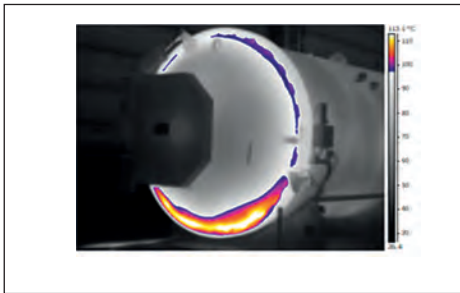
Oto kilka przykładów zobrazowanych przez ekspertów **Biuro Termografii**.

→ **Diagnostyka budowlana:** termowizja jest często stosowana do wykrywania mostków termicznych, nieszczelności w izolacji termicznej, wilgoci czy problemów z instalacjami elektrycznymi.

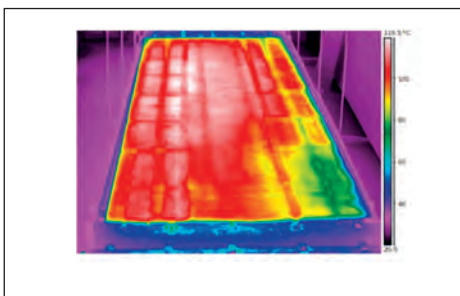


→ **Diagnostyka przemysłowa:** diagnostyka stanu maszyn i urządzeń pozwala na ustalenie przyczyny przed wystąpieniem poważniejszych skutków.

Poniżej źle uszczelniony autoklaw.



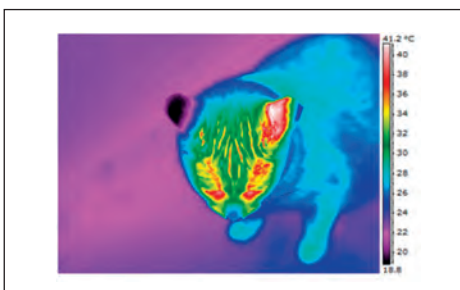
→ **Kontrola jakości:** w przemyśle, termowizja jest używana do wykrywania wad w produktach, takich jak wady spawów, wycieki ciepła czy nierównomierne rozprzodzenie ciepła.



→ **Bezpieczeństwo:** w zastosowaniach bezpieczeństwa termowizja może pomóc w wykrywaniu osób, zwierząt lub obiektów w ciemności, monitorowaniu przepływu osób w dużych skupiskach oraz identyfikowaniu obszarów o potencjalnym zagrożeniu pożarem.



→ **Medycyna:** w medycynie termowizja może pomóc w diagnostyce chorób, wykrywaniu stanów zapalnych, monitorowaniu przepływu krwi oraz lokalizowaniu obszarów o podwyższonej temperaturze.



REKOMENDACJE

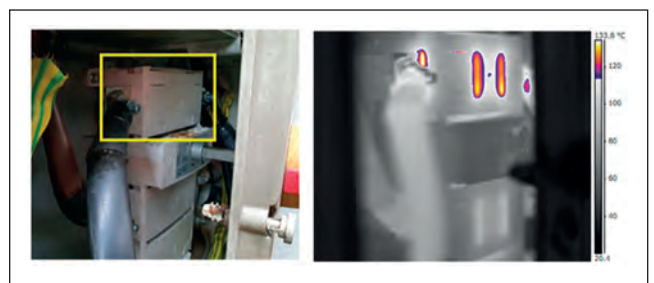
Inżynierowie oceny ryzyka coraz częściej wskazują w rekomendacjach konieczność wykonywania pomiarów termowizyjnych w celu zidentyfikowania potencjalnych przyczyn pożarów w szczególności w tych branżach, gdzie wykonanie pomiarów instalacji elektrycznej jest trudne lub możliwość powstania szkody pożarowej w wyniku wadliwego działania instalacji elektrycznej jest wysoce prawdopodobna. Diagnostykę termowizyjną ze względu na szybkość i szerokie spektrum pomiaru rekomenduje się, aby przeprowadzać najczęściej raz w roku dla kluczowych urządzeń, maszyn, silników elektrycznych, rozdzielni prądowych itp.

Prewencyjne stosowanie badań w znacznym stopniu ogranicza ryzyko wystąpienia szkody w zakładach produkcyjno-magazynowych. Jako dodatkowe zalety można również wskazać:

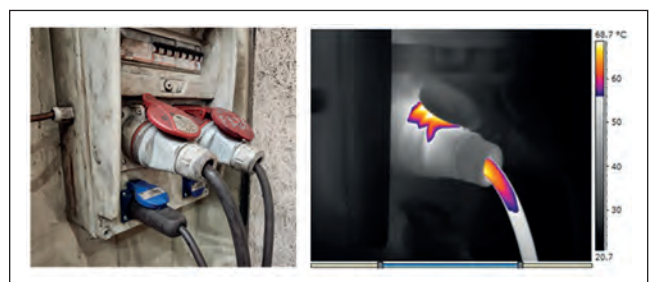
- **Bezkontaktowy pomiar:** pomiar termowizyjny jest nieinwazyjny, co oznacza, że można go przeprowadzić na odległość, bez konieczności bezpośredniego kontaktu z obiektem
- **Szybkość i skuteczność:** pomiar termowizyjny jest bardzo szybki i efektywny. Można przeprowadzić skanowanie wielu obszarów w krótkim czasie, co pozwala na szybkie wykrycie ewentualnych nieprawidłowości
- **Wykrywanie ukrytych wad:** termowizja umożliwia wykrywanie wad, które są niewidoczne gołym okiem, takich jak nieszczelności, wycieki ciepła czy uszkodzenia strukturalne
- **Obrazowanie termiczne:** obrazy termiczne są wizualnie atrakcyjne i łatwe do interpretacji. Wyraźnie pokazują rozkład temperatury na obiekcie, umożliwiając precyzyjne zlokalizowanie obszarów o wysokiej lub niskiej temperaturze.

Prawidłowo wykonane pomiary termowizyjne są w stanie zlokalizować anomalie temperaturowe przy najróżniejszych obszarach funkcjonowania zakładu, nawet w tych miejscach, gdzie najmniej można się tego spodziewać. Kilka przykładów poniżej.

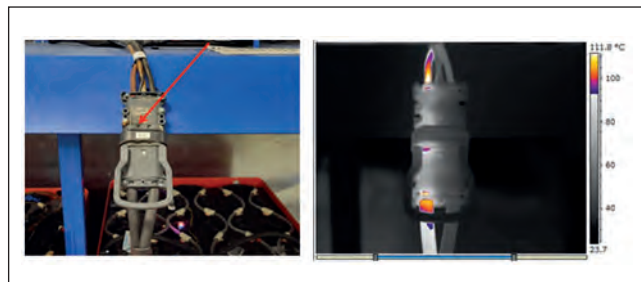
→ **Osprzęt elektroinstalacyjny** – wyłącznik główny 400 amper posiadający defekt wewnętrzny na stykach roboczych, gdzie temperatura wskazana w czasie pomiaru wykazała ponad 133°C.



→ **Podłączenie przewodu 3 fazowego** źle połączonego wewnątrz mufy (zbyt luźne dokręcenie przewodów) powoduje grzanie się styku.

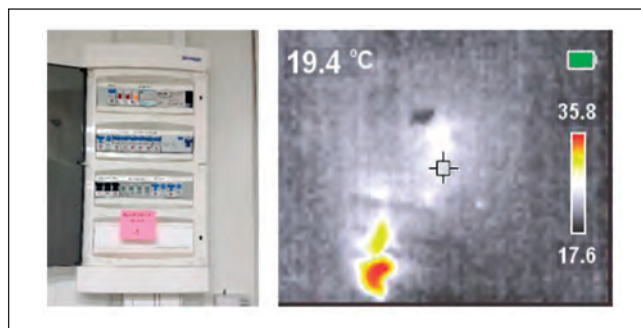


→ **Złącze ładowarki akumulatorów** trakcyjnych wykorzystywanych w wózkach widłowych

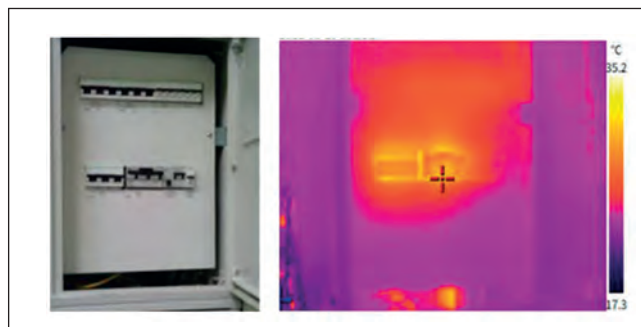


Najczęstszymi błędami w czasie badań termowizyjnych w zakładach produkcyjnych i magazynowych jest nieusunięcie obudowy z rozdzielni prądowej, wykonywanie pomiaru ze zbyt dużej odległości czy też wykonywanie pomiaru kamerą o niskiej rozdzielczości.

Wykonanie pomiaru **kamerą bardzo niskiej rozdzielczości** i dodatkowo, ze zbyt dużej odległości powoduje, że nie ma możliwości **zidentyfikowania hotspotów** występujących w instalacjach.



Obudowa rozdzielni prądowej powinna być usunięta. W przeciwnym przypadku nie ma możliwości zweryfikowania czy przyczyną występowania wysokiej temperatury jest wadliwa praca na przykład bezpiecznika czy nieprawidłowy styk przewodu wchodzącego do bezpiecznika.



Coraz częstszą, dobrą praktyką w zakładach produkcyjnych jest posiadanie własnej kamery termowizyjnej, którą dział utrzymania ruchu może nadzorować park maszynowy, obciążenie maszyn, rozdzielni prądowych, np. po przestawieniu urządzeń i maszyn.

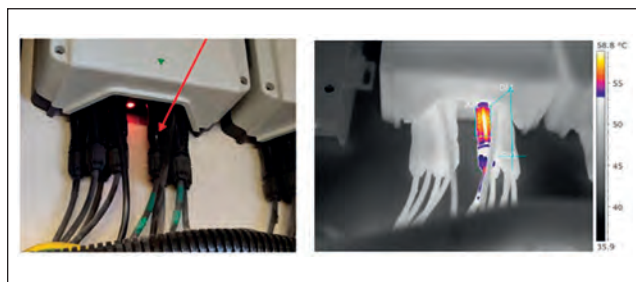
TERMOWIZJA A FOTOWOLTAIKA

Badania termowizyjne znajdują również szersze zastosowanie obecnie przy boomie **na panele fotowoltaiczne**, coraz częściej słyszy się o pożarach instalacji znajdujących się na dachach obiektów

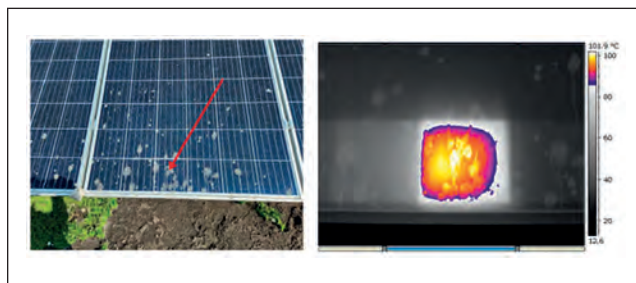
przemysłowych oraz domów jednorodzinnych. Termowizja jest również w tym przypadku skuteczną metodą wykrycia usterek ogniw fotowoltaicznych lub złączek. Metoda ta nie jest niestety szeroko stosowana w domach jednorodzinnych w przeciwieństwie do farm fotowoltaicznych. W celu sprawdzenia ogniw fotowoltaicznych wykonuje się przelot dronem wyposażonym w kamerę. W pierwszym etapie wystąpienia usterki w panelach fotowoltaicznych nie widać różnicy w produkcji prądu dopiero przed samym uszkodzeniem ogniw może dochodzić do zmniejszenia się produkcji prądu. Często jest jednak za późno na podjęcie działania.

Najpopularniejsze uszkodzenia, jakie można zdiagnozować to:

→ Zmniejszenie przewodności w złączkach spowodowane złym zaciśnięciem złączki lub korozją.



→ Uszkodzenie jednego ogniw w panelu fotowoltaicznym



Przewagą badań termowizyjnych nad tradycyjnymi, które wynikają z prawa budowlanego, jest możliwość sprawdzenia jakości połączeń urządzeń oraz osprzętu elektroinstalacyjnego, jak również wyeksploatowania części ruchomych maszyn i silników. Nie są w stanie tego wskazać tradycyjne pomiary instalacji elektrycznych. Brak sformalizowanych wymogów odnośnie kompetencji osób wykonujących takie pomiary, jak również polskich standardów sprawia, że liczba firm specjalizujących się w badaniach rośnie w dużym tempie, niestety nie przekłada się to na jakość świadczonych usług. Obecnie na polskim rynku działa zaledwie kilka firm świadczących usługi na dobrym poziomie. Są to firmy działające na terenie całego kraju, jak również mogące świadczyć usługi za granicą. Należy spodziewać się, że w najbliższym czasie zostaną opracowane lub zaimplementowane przepisy dla badań termowizyjnych, co podniesie jakość świadczonych usług.

InterRisk od lat prowadzi działania mające na celu uświadamianie klientów o konieczności prowadzenia działań prewencyjnych w ochronie majątku. Badania termowizyjne i szerokie ich zastosowanie w wielu branżach może być jednym z przykładów, gdzie technika wspiera ubezpieczycieli w codziennej pracy, aby jak najlepiej chronić mienie klientów. □



PIOTR KONDRATOWICZ
architekt biznesowy w Sollers Consulting

Od pomysłów do wdrożenia automatyzacji opartej na sztucznej inteligencji. Po co mi PoC – projekt weryfikacji koncepcji?

Do tej pory nie ma jeszcze uniwersalnego narzędzia AI, które można wykorzystać do rozwiązania dowolnego problemu biznesowego. Istnieje wiele narzędzi sztucznej inteligencji i potrzeba znaleźć te, które są odpowiednie do rozwiązywania konkretnych problemów w danej organizacji. – **PIOTR KONDRATOWICZ**

W Sollers Consulting koncentrujemy się na łatwych do wyszkolenia narzędziach AI, dostępnych na platformach chmurowych. Narzędzia te potrafią rozpoznawać informacje zawarte w dokumencie, klasyfikować różne dokumenty oraz rozpoznawać cechy obrazu i wiele więcej.

UBEZPIECZENIOWE PRZYKŁADY AUTOMATYZACJI Z WYKORZYSTANIEM AI

Oto wybrane przykłady, które dają wyobrażenie o tym, co można zautomatyzować w branży ubezpieczeniowej za pomocą takich narzędzi:

- czytanie przychodzących wiadomości e-mail od klientów, dzielenie połączonych dokumentów na pojedyncze dokumenty, klasyfikowanie załączonych dokumentów, odczytywanie informacji i zakładanie szkody lub działań dla użytkownika w zakresie likwidacji szkód, underwritingu lub obsługi klienta,
- analiza dokumentacji szkodowej (zaświadczenia lekarskie, opinie biegłych, notatki policyjne, dokumenty pojazdu lub osobowe, oświadczenia poszkodowanego, faktury) w celu ustalenia znamion oszustwa, szczególnych okoliczności roszczenia, możliwości regresu, możliwości odliczenia podatku VAT, stopnia odpowiedzialności w zakresie szkody,
- analiza dokumentów takich jak opisy medyczne obrazów ciała czy faktury w celu ustalenia wartości szkody,
- weryfikacja zdjęć pojazdów dostarczonych przy zawieraniu ubezpieczenia komunikacyjnego.

DLACZEGO NIE TYLKO CHATGPT?

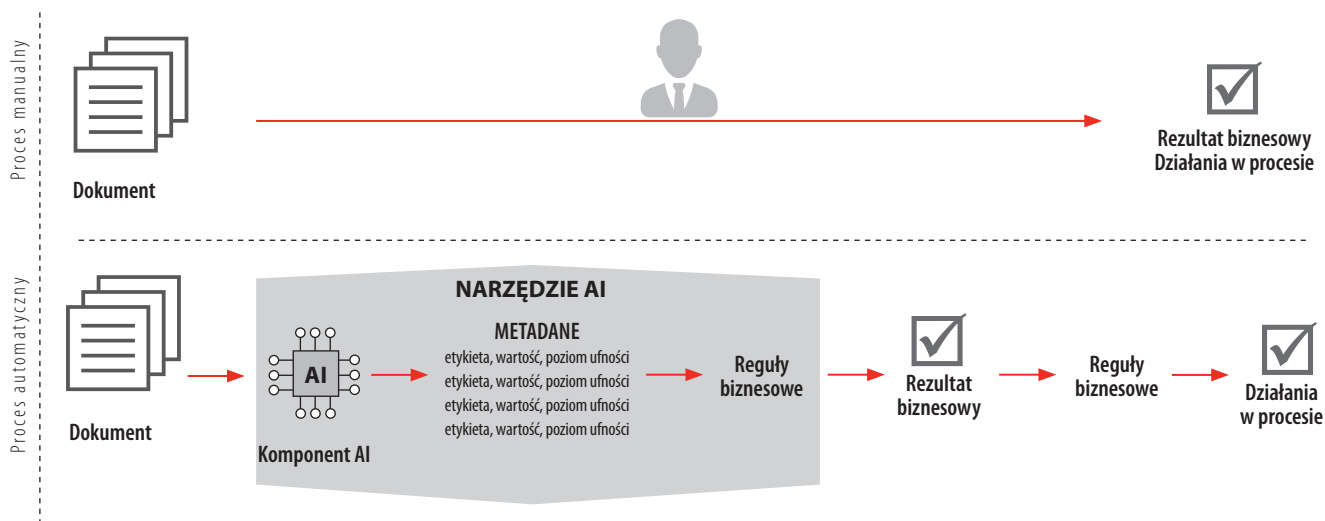
Oczywiście wielu czytelników pyta właśnie, dlaczego po prostu nie używać ChatGPT do rozwiązania wszystkich tych problemów. **Zalecam wybranie narzędzia, które nie jest bardziej złożone niż potrzeba do rozwiązania konkretnego problemu.** W przeciwnym razie koszty wdrożenia i eksploatacji mogą być wysokie, a jakość wyniku niższa niż oczekiwana. W szczególności, jeśli można zautomatyzować proces biznesowy bez użycia sztucznej inteligencji, będzie to co do zasady zalecane podejście.

Oto kilka argumentów przeciwko ChatGPT w zakresie prostej automatyzacji z wykorzystaniem sztucznej inteligencji: ChatGPT nie dostarcza danych ustrukturyzowanych w wersji „pudełkowej”, ani nie jest szkolony pod kątem konkretnych potrzeb czy kontekstu. Możesz poprosić ChatGPT o podanie poziomu ufności jego wyników, ale czy poziom ufności będzie skorelowany z konkretnym kontekstem biznesowym? Tymczasem, dzięki prostym narzędziom sztucznej inteligencji, używanym do rozpoznawania informacji z dokumentów, otrzymasz listę ustrukturyzowanych danych wraz ze wskaźnikami reprezentującymi poziomy ufności. Tych wskaźników możesz użyć bezpośrednio do automatyzacji określonego procesu biznesowego w kontrolowany sposób, po prostu stosując zasady statystyki i reguły biznesowe.

WYZWANIA AUTOMATYZACJI ZA POMOCĄ AI: IMPLIKACJE DOTYCZĄCE ARCHITEKTURY

Jeśli chcesz zautomatyzować procesy za pomocą sztucznej inteligencji, będziesz musiał zmienić architekturę – w tym wprowadzić wiele nowych metadanych i reguł biznesowych. Pojawi się potrzeba modyfikacji interfejsów użytkownika w celu obsługi przypadków, które nie

Człowiek kontra sztuczna inteligencja – przetwarzanie dokumentu klienta



Wyjaśnienie: Komponent AI może generować wyłącznie „surowe dane”. Używając reguł na platformie AI (w narzędziu sztucznej inteligencji) sugerujemy ich konwersję języka procesu biznesowego w taki sposób, aby nie wprowadzać do głównego systemu ubezpieczeniowego zbyt dużo metadanych.

mogą być zrealizowane w pełni automatycznie, oraz potrzeba (nie tylko zoptymalizowania, ale) przeprojektowania procesów biznesowych w celu wykorzystania nowych możliwości.

Mogą to być kosztowne zmiany, zwłaszcza jeśli nie zostały zawnieszone dobrze przemyślane. Dlatego najprawdopodobniej nie będziesz chciał zmieniać architektury tylko dla jednej automatyzacji.

Zalecam najpierw wykonanie projektu analitycznego, aby ustrukturyzować docelowe rozwiązanie, zdefiniować wysokopoziomowe założenia i zaplanować podejście do wdrożenia krok po kroku. **Celem jest wdrożenie docelowego rozwiązania, dokładając stopniowo pasujące do siebie jego części.** To pozwoli zmaksymalizować wartość biznesową przy jednoczesnym minimalizowaniu kosztów wdrożenia.

Dla jasności – istnieje częste przekonanie, że „planowanie nie oznacza zwinności”. Tak, wdrożenie można przeprowadzić w pełni zwinnie – planowanie transformacji odbywa się na poziomie architektury i nie ma na celu szczegółowego zaprojektowania rozwiązania końcowego na jej początku.

DLACZEGO WARTO ZACZĄĆ OD PROJEKTU WERYFIKACJI KONCEPCJI (POC)?

Wielu powie, po co miałbym inwestować w projekt analityczny, skoro nie mam jasnego pojęcia, jakie przyniesie mi on korzyści, a jednocześnie nie zostanie jeszcze wdrożone żadne rozwiązanie. Odpowiedź brzmi: wykonaj prosty projekt PoC, aby odpowiedzieć na następujące pytania:

- Jakie są kluczowe obszary, w których mogę zautomatyzować moje procesy biznesowe za pomocą sztucznej inteligencji?
- Czy AI będzie w stanie faktycznie wykonać te czynności za mnie?
- Jaki byłby koszt utrzymania narzędzi AI?
- Jak duże są potencjalne korzyści?
- Jak duży byłby wpływ na docelową architekturę?

Jako decydent, po zrealizowaniu PoC, będziesz nie tylko miał lepszy przegląd przyszłych korzyści, ale także twój zespół uzyska lepsze pojęcie o tym, czym jest sztuczna inteligencja. Co najważniejsze, **gdy zobaczycie, że sztuczna inteligencja faktycznie działa, to motywacja twoich zespołów powinna silnie wzrosnąć.** Motywacja pozwala przenościć góry, a potrzebujesz tego, ponieważ jako firma najpewniej będziecie musieli się jeszcze wiele nauczyć i zmienić, aby dokonać skutecznej transformacji opartej na możliwościach sztucznej inteligencji.

Projekty prowadzące do wdrożenia automatyzacji opartej na AI

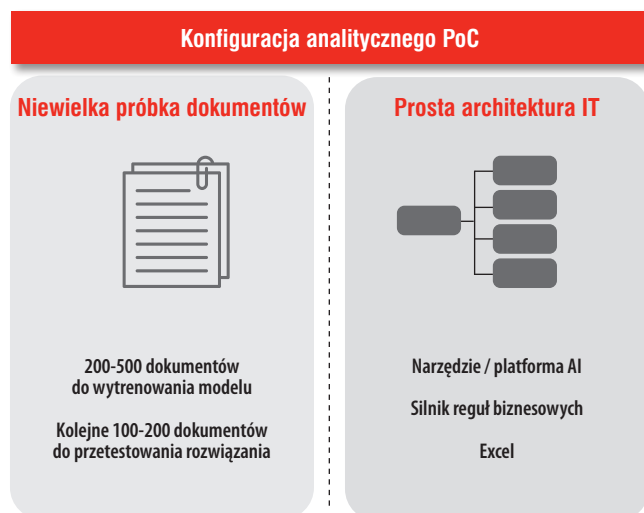


PRZYGOTUJ POC

Przyjrzyj się obecnemu procesowi biznesowemu i zidentyfikuj miejsca, które można zautomatyzować, poszukaj odpowiednich dokumentów lub obrazów, które mogłyby posłużyć jako dane wejściowe dla sztucznej inteligencji. Przedyskutuj z ekspertem AI, co jest wykonalne, a co nie, i czy liczba przypadków jest wystarczająca do wyszkolenia sztucznej inteligencji. **Wybierz najbardziej obiecującą możliwość automatyzacji, która ma duży potencjał korzyści biznesowych, jest trudna, ale nadal wykonalna dla sztucznej inteligencji.**

Rozważ uruchomienie PoC w środowisku nieprodukcyjnym, ale w oparciu o dane wejściowe ze środowiska produkcyjnego (dokumenty, obrazy lub dane) – symuluj rzeczywisty scenariusz przy minimalnych kosztach realizacji PoC.

- Będziesz potrzebował około 300 do 700 dokumentów i to nie dowolnych, ale takich, które obejmują zakres twojego PoC. Być może nie masz odpowiednich etykiet/indeksów, aby sprawnie odfiltrować potrzebne dokumenty z systemu podstawowego, więc zebranie ich może zająć trochę czasu. Prawdopodobnie konieczne będzie również ich zanonimizowanie w celu zasilania narzędzi AI w środowisku testowym w chmurze.



W celu skonfigurowania narzędzia AI zalecamy skorzystanie z platformy chmurowej AI. Jeśli twój test wymaga przetworzenia wybranej logiki biznesowej, może być konieczne skonfigurowanie również prostego silnika decyzyjnego, np. wersja wykonywalna zainstalowana w środowisku AI w chmurze i zasilana tabelą decyzyjną dostarczaną jako dane wejściowe w pliku Excel. Do przeliczenia i zobrazowania wyników potrzebny będzie osobny plik programu Excel.

OPRACOWANIE NARZĘDZIA AI

Opracowanie narzędzia AI obejmuje zaprojektowanie struktury logiki biznesowej, oznaczenie dokumentów do nauki AI, uczenie modelu AI oraz zdefiniowanie reguł biznesowych. Jest to

iteracyjny proces, mający na celu opracowanie ostatecznej wersji narzędzia AI. Proces ten z łatwością może wykonać analityk biznesowy i specjalista ds. ubezpieczeń, z niewielką pomocą inżynierów ds. chmury i AI.

TEST BIZNESOWY NARZĘDZIA AI

Rysunek poniżej wyjaśnia ideę testu biznesowego. Konieczne jest porównanie tego, co rozpoznała sztuczna inteligencja z tym, co powinna była rozpoznać. Wystarczy proste porównanie danych w Excelu. Będziesz chciał również wiedzieć, jak te liczby przekładają się na poziom automatyzacji procesów. Wyniki te posłużą jako dane wejściowe do szacowania różnych korzyści biznesowych.

KORZYŚCI BIZNESOWE

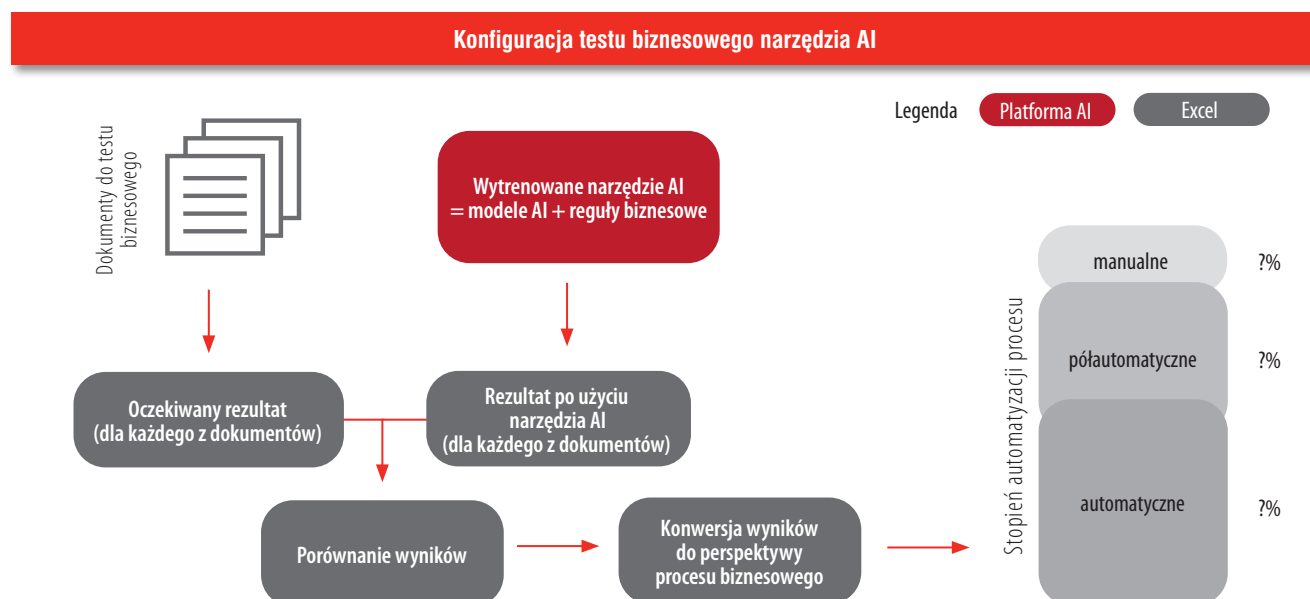
Nie przegap okazji do oszacowania potencjalnych korzyści biznesowych, ponieważ to może być kluczowy punkt przy podejmowaniu decyzji o wdrożeniu. Istnieją korzyści „bezpośrednie” – takie, które można precyzyjnie i łatwo oszacować. Obejmują one:

- mniejszą ilość pracy na codzienne operacje – oszczędzają udział różnych czynności, które można zautomatyzować, w dniu roboczym danego pracownika,
- wyeliminowanie błędów ludzkich – twój dział audytu wewnętrznego mógł już wcześniej oszacować roczną wartość strat na szkodach wynikających z błędów likwidatorów,
- skracanie procesu – szukaj procesów, których skrócenie przyniesie bezpośrednią wartość.

Dodatkowe „niebezpośrednie” korzyści, które mogą być trudniejsze do oszacowania, obejmują:

- lepsze wykrywanie oszustw dzięki dostępowi do nowych danych,
- poprawa doświadczeń klientów dzięki przedefiniowaniu procesów biznesowych realizowanych po stronie front-endu klienta,
- zwiększenie satysfakcji pracowników dzięki ciekawszej i mniej stresującej pracy.

Przeprowadzenie PoC to dopiero początek podróży (transformacji). Jest wiele do nauczenia się i odkrycia. Traktuj automatyzację AI jako podróż, a nie jako pojedyncze wydarzenie (wdrożenie). □



Zmieniamy dane we wspólne korzyści

To idea przewodnia pierwszej Strategii Danych TUV PZUW na lata 2023–2024. Nadaliśmy jej nazwę „Więcej wiedzy”. Dzięki tej wiedzy chcemy rozwijać nasze produkty i usprawniać obsługę, aby lepiej odpowiadać na potrzeby i oczekiwania ubezpieczonych. Chcemy skuteczniej diagnozować ryzyka i im zapobiegać, aby ograniczać koszty ubezpieczenia.

TOMASZ KARUSEWICZ
Członek Zarządu TUV PZUW

Ubezpieczenia wzajemne opierają się na solidarności i współpracy ubezpieczonych, a nie działalności dla czystego zysku. Ich zasadą są wspólne korzyści. Dlatego tak ważne jest korzystanie ze wszystkich narzędzi i metod, aby te korzyści maksymalizować. Drogą do tego jest m.in. umiejętne zarządzanie danymi.

Z danych można czerpać informacje, z informacji – wiedzę, a dzięki niej podejmować trafne decyzje biznesowe. Naszym celem jest zdobycie możliwie szerokiej wiedzy z każdego obszaru naszej działalności. Na tej wiedzy zamierzamy opierać swój rozwój i dzięki niej zdobywać rynkową przewagę.

SZYBSZY ROZWÓJ

W ciągu siedmiu lat od powstania TUV PZUW stał się największym towarzystwem ubezpieczeń wzajemnych w Polsce. Ze startupu przekształcił się w sporych rozmiarów korporację. Z ponad miliardem złotych zebranej w zeszłym roku składki stał się istotną częścią grupy PZU i istotnym graczem na całym rynku ubezpieczeń majątkowych.

Dynamiczny rozwój, poszerzenie oferty produktowej i wzrost liczby członków Towarzystwa, którą podwoiliśmy w ciągu czterech lat, wiąże się także z pozyskiwaniem coraz większej ilości danych. Ich gromadzenie i przechowywanie nie jest dla nas celem samym w sobie. Atutem sprawnej i nowoczesnej organizacji jest ich umiejętne wykorzystanie w imię wzajemnych korzyści ubezpieczyciela i ubezpieczonych. I taki cel sobie stawiamy.

Pierwsza Strategia Danych, przyjęta przez zarząd TUV PZUW, to odpowiedź na wyzwania przyszłości. Ma wspierać strategię biznesową Towarzystwa, do której dostosowaliśmy czas jej trwania. Będzie udoskonalana i rozwijana. W przyszłości powstaną kolejne. Rozpoczną proces strategicznego podejścia do tej dziedziny i budowy kultury danych w organizacji, a więc ma uświadczać, jak są one istotne, jak mogą usprawniać pracę, przyczyniać się do rozwoju i „pracować” na sukces.

SPRAWNOŚĆ I ELASTYCZNOŚĆ

Strategia Danych to nie wszystko. Podejście do tego obszaru musi być usystematyzowane, zorganizowane i zaplanowane. Dlatego wraz z przyjęciem Strategii, w ramach szeroko pojętego obszaru zarządzania danymi, powołaliśmy dwa nowe podmioty.

Pierwszy to Biuro Zarządzania i Analityki Danych, które na bieżąco zajmuje się procesami i je rozwija, testuje nowe rozwiązania, szkoli pracowników, robi analizy. Drugi to Komitet Danych, który składa się z przedstawicieli poszczególnych obszarów biznesowych, m.in. produktów, sprzedaży, obsługi szkód, reasekuracji i kontrolingu.

Za niezwykle istotne uznaliśmy stworzenie i rozwój własnego obszaru analitycznego. Zwracamy uwagę na jakość danych

i na to, jak je efektywnie wykorzystywać. Szukamy różnego rodzaju zależności w zbiorach danych, tzw. asocjacji. Wyciągamy z nich wnioski. Dociekamy, dlaczego w jednym obszarze jest więcej szkód, a w innym udaje się ich unikać.

Analityka danych umożliwia minimalizowanie ryzyka. Pozwala przejść od ogólnych wskaźników do konkretnych zdarzeń, które na nie wpływają, a dzięki temu precyzyjnie określić obszary wymagające działań prewencyjnych lub korygujących. Pomaga zaplanować takie działania i je zaimplementować.

Lepsza jakość danych i nowe narzędzia wesprą wiele kluczowych obszarów: przede wszystkim sprzedaż – o lepszą ofertę, szkody – o lepszą obsługę, ryzyko ubezpieczeniowe i regulacyjne, aktuariat czy reasekurację. Ponadto usprawnią bieżące procesy związane ze sprawozdawczością. Wyliminują błędy przy procesach wymagających obliczeń.

KORZYŚCI DLA UBEZPIECZONYCH

Na początku i na końcu jest klient. To jemu podporządkowane są nasze działania. Umiejętna analiza danych służy rozpoznaniu potrzeb i wymagań klientów, lepszemu dopasowaniu oferty, usprawnieniu obsługi i automatyzacji procesów. Pozwala na oszczędność czasu i kosztów.

Wiedza pozyskiwana z danych pozwala lepiej określić prawdopodobieństwo szkody i jej przeciwdziałać. Pomaga w diagnozowaniu problemów i wypracowaniu adekwatnych rozwiązań. Prowadzi do ograniczania liczby niepożądanych zdarzeń. Rezultatem są niższe koszty ochrony ubezpieczeniowej, a więc także korzyści dla klienta. Dlatego ideą przewodnią Strategii Danych jest misja: „Zmieniamy dane we wspólne korzyści”. To nawiązanie do misji TUV PZUW, która streszcza się w haśle: „Więcej wspólnych korzyści”. To nasz nadrzędny cel, w który idealnie wpisuje się Strategia Danych. □

Wyznaczamy trendy, odpowiadamy na wyzwania



Im większa siła, tym większa odpowiedzialność. Im większa odpowiedzialność, tym większe wyzwania. Strategia Danych służy temu, aby im sprostać. Jako TUV PZUW po ponad 60 latach przywróciliśmy ubezpieczenia wzajemne w sektorze korporacyjnym. Staliśmy się liderem i motorem tego rynku. Odwołując się do tradycji, stawiamy na nowoczesność. Wyprzedzamy rynek, wprowadzając takie nowatorskie rozwiązania, jak bezpłatne audyty bezpieczeństwa, proaktywna obsługa szkód czy wsparcie ubezpieczonych w komunikacji kryzysowej. Wiedza wynikająca z analizy danych będzie prowadzić do rozwijania kolejnych ambitnych projektów.

RAFAŁ KILIŃSKI, Prezes TUV PZUW

**MACIEJ BUSSLER***Platform Architect Aviva Center of Excellence*

Nawigacja kluczowych decyzji technicznych i zagadnień w rozwijającym się obszarze sektorów ubezpieczeniowego i finansowego z naciskiem na temat obliczeń i rozwiązań chmurowych

Sektor ubezpieczeniowy i finansowy przechodzi szybką transformację, napędzaną postępowaniem technologicznym. W miarę jak firmy dążą do utrzymania konkurencyjności i znaczenia w tym dynamicznym otoczeniu, muszą podejmować strategiczne decyzje techniczne, które uwzględniają zarówno możliwości, jak i wyzwania. – **MACIEJ BUSSLER**

Na wstępie chciałbym poruszyć kluczowe kwestie techniczne, które firmy ubezpieczeniowe i finansowe muszą uwzględnić, aby zapewnić trwały wzrost, poprawione doświadczenia klientów, solidne środki zabezpieczenia oraz narzędzia wspierania kluczowych decyzji strategiczno-biznesowych.

1. OBLICZENIA CHMUROWE I INFRASTRUKTURA

Obliczenia chmurowe zapewniają skalowalność, elastyczność i opłacalność. Firmy ubezpieczeniowe i finansowe mogą wykorzystać infrastrukturę chmurową do przechowywania danych, przetwarzania i wdrażania aplikacji. Niemniej jednak należy dokładnie rozważyć suwerenność danych, miejsce przechowywania danych i plany odzyskiwania po awariach.

2. BEZPIECZEŃSTWO DANYCH I PRYWATNOŚĆ

W epoce charakteryzującej się naruszeniami danych i zagrożeniami cybernetycznymi firmy ubezpieczeniowe i finansowe muszą priorytetowo traktować solidne środki bezpieczeństwa danych i prywatności. Zaawansowane protokoły szyfrowania, uwierzytelnianie wieloskładnikowe i regularne audyty bezpieczeństwa są niezbędne, aby zabezpieczyć wrażliwe informacje klientów. Przestrzeganie rygorystycznych ram regulacyjnych, takich jak RODO i CCPA, ma kluczowe znaczenie dla utrzymania zaufania i uniknięcia konsekwencji prawnych.

3. TRANSFORMACJA CYFROWA I DOŚWIADCZENIE KLIENTA

Rewolucja cyfrowa kształtuje oczekiwania klientów. Firmy powinny inwestować w przyjazne interfejsy, aplikacje mobilne i chatboty zasilane sztuczną inteligencją, aby poprawić

doświadczenie klienta. Wykorzystanie analizy danych może dostarczyć wglądów w zachowanie i preferencje klientów, umożliwiając spersonalizowane oferty i ukierunkowane strategie marketingowe.

4. TECHNOLOGIA BLOCKCHAIN

Technologia blockchain ma potencjał do rewolucjonizowania sektorów ubezpieczeniowego i finansowego, dostarczając przejrzystych, niezmiennych rejestrów. Wdrożenie technologii blockchain może usprawnić procesy likwidacji szkód, zmniejszyć oszustwa i zwiększyć zaufanie między stronami. Smart kontrakty na platformach blockchain mogą zautomatyzować wydawanie polis i rozliczenia szkód, znacznie poprawiając efektywność.

5. SZTUCZNA INTELIGENCJA I UCZENIE MASZYNOWE

Algorytmy sztucznej inteligencji i uczenia maszynowego mogą analizować ogromne ilości danych, aby zidentyfikować trendy, przewidzieć ryzyka i zautomatyzować procesy underwritingowe. Chatboty zasilane sztuczną inteligencją mogą oferować wsparcie klienta w czasie rzeczywistym, odpowiadając na pytania i rozwiązując szybko problemy. Te technologie poprawiają procesy podejmowania decyzji, redukują koszty operacyjne i napędzają innowacje.

6. ZGODNOŚĆ REGULACYJNA

Sektory ubezpieczeniowy i finansowy są silnie uregulowane. Firmy muszą być na bieżąco z ewoluującymi przepisami i zapewnić, że ich rozwiązania techniczne spełniają wymagania prawne. Narzędzia automatyzacji mogą pomóc w śledzeniu zmian zgodności i szybkim wdrażaniu niezbędnych dostosowań.

7. MODERNIZACJA SYSTEMÓW LEGACY

Wiele firm w sektorze wciąż polega na systemach legacy, które mogą utrudniać elastyczność i innowacje. Stopniowa modernizacja lub integracja z nowszymi technologiami może zniwelować różnicę między starym a nowym, umożliwiając płynne operacje i poprawione interakcje z klientami.

8. WYKRYWANIE I ZAPOBIEGANIE OSZUSTWOM

Sektor ubezpieczeniowy jest podatny na różne formy oszustw. Wdrożenie zaawansowanych algorytmów wykrywania oszustw, modelowania predykcyjnego i wykrywania anomalii może pomóc firmom proaktywnie identyfikować i zapobiegać działaniom oszustwa.

9. WSPÓŁPRACA I PARTNERSTWA

Współpraca z firmami insurtech i fintech może przynieść nowe perspektywy i innowacyjne rozwiązania. Współpraca z firmami technologicznymi może przyspieszyć rozwój i wdrożenie nowych technologii, pomagając podmiotom istniejącym w utrzymaniu konkurencyjności.

10. REKRUTACJA I SZKOLENIE TALENTÓW

Przyciąganie i zatrzymywanie utalentowanego personelu z umiejętnościami technicznymi ma kluczowe znaczenie dla udanego wdrożenia technologii. Firmy powinny inwestować w programy szkoleniowe, aby zapewnić, że ich personel potrafi skutecznie wykorzystywać i optymalizować nowe technologie.

W ciągle zmieniającym się środowisku sektorów ubezpieczeniowego i finansowego podejmowanie poinformowanych decyzji technicznych jest niezwykle ważne. Firmy, które priorytetowo traktują bezpieczeństwo danych, wprowadzają transformację cyfrową, wykorzystują nowe technologie, takie jak blockchain i sztuczna inteligencja oraz utrzymują zgodność, będą dobrze przygotowane do odniesienia sukcesu. Dzięki rozwiązywaniu tych zagadnień firmy ubezpieczeniowe i finansowe mogą radzić sobie z wyzwaniami i wykorzystać możliwości stwarzane przez dynamiczne skrzyżowanie technologii i finansów.

Jako pierwsze na liście znalazło się zagadnienie „Obliczenia chmurowe i infrastruktura”, które chciałbym dosyć szeroko omówić

w dalszej części artykułu, poruszającej zagadnienia wykorzystania rozwiązań chmurowych w branży ubezpieczeniowej, technicznych wniosków i praktycznych ich zastosowań.

Współczesna branża ubezpieczeniowa, podobnie jak wiele innych sektorów gospodarki, dostrzega ogromne korzyści płynące z wykorzystania technologii chmurowych. Dzięki elastyczności, skalowalności i bogatemu wachlarzowi narzędzi, dostawcy usług chmurowych stali się niezastąpionymi partnerami dla firm ubezpieczeniowych w dzisiejszym cyfrowym krajobrazie.

TYTANI CHMURY: AMAZON WEB SERVICES (AWS), MICROSOFT AZURE ORAZ GOOGLE CLOUD

Trzej główni gracze na rynku usług chmurowych – Amazon Web Services (AWS), Microsoft Azure oraz Google Cloud – oferują zaawansowane platformy, które mogą znacząco przekształcić branżę ubezpieczeniową.

Amazon Web Services (AWS)

AWS dostarcza szeroki zakres usług, które mogą okazać się wartościowe dla firm ubezpieczeniowych. Przykłady obejmują:

- Amazon S3 (Simple Storage Service)
Amazon S3 oferuje skalowalne, wydajne i wysoce dostępne przechowywanie danych. Firmy ubezpieczeniowe mogą przechowywać wrażliwe dane klientów, polisy ubezpieczeniowe oraz dokumenty umów w chmurze, umożliwiając szybki dostęp i sprawną administrację.
- Amazon EC2 (Elastic Compute Cloud)
Amazon EC2 zapewnia skalowalne zasoby obliczeniowe w chmurze. Firmy ubezpieczeniowe mogą korzystać z EC2 do przetwarzania dużych wolumenów danych, analizy ryzyka i obliczeń aktuarialnych.
- Amazon Rekognition
Amazon Rekognition umożliwia analizę obrazów i wideo za pomocą zaawansowanej analizy obrazu. Firmy ubezpieczeniowe mogą wykorzystać tę usługę do automatycznej weryfikacji zdjęć i dokumentów tożsamości, usprawniając proces weryfikacji tożsamości klientów.



Microsoft Azure

Microsoft Azure, inny istotny uczestnik rynku chmurowego, oferuje szereg narzędzi przydatnych dla firm ubezpieczeniowych:

- **Azure Blob Storage**
Podobnie jak Amazon S3, Azure Blob Storage umożliwia przechowywanie danych w chmurze. Firmy ubezpieczeniowe mogą wykorzystać tę usługę do archiwizowania dokumentów, obrazów i materiałów multimedialnych.
- **Azure Virtual Machines**
Usługa Azure Virtual Machines pozwala na wdrażanie i zarządzanie wirtualnymi maszynami w chmurze. Firmy ubezpieczeniowe mogą użyć tej usługi do przetwarzania danych, wdrażania aplikacji oraz analizy danych.
- **Azure Cognitive Services**
Azure Cognitive Services oferuje zaawansowane funkcje sztucznej inteligencji, takie jak analiza tekstu, rozpoznawanie mowy i analiza nastrojów. Firmy ubezpieczeniowe mogą automatyzować obsługę klienta, analizować opinie klientów oraz przetwarzać dane z formularzy zgłoszeniowych przy użyciu tych możliwości.

Google Cloud

Google Cloud również dostarcza rozwiązania z potencjałem zastosowania w sektorze ubezpieczeń:

- **Google Cloud Storage**
Usługa Google Cloud Storage umożliwia przechowywanie i zarządzanie danymi w chmurze. Firmy ubezpieczeniowe mogą wykorzystać tę usługę do bezpiecznego przechowywania dokumentów i danych klientów.
- **Google Compute Engine**
Google Compute Engine to platforma do wdrażania i zarządzania wirtualnymi maszynami. Firmy ubezpieczeniowe mogą użyć tej usługi do przetwarzania danych, wdrażania aplikacji oraz analizy danych.
- **Google Cloud Natural Language**
Google Cloud Natural Language umożliwia analizę tekstu i rozumienie języka naturalnego. Firmy ubezpieczeniowe mogą automatyzować analizę dokumentów polis, wyciągając kluczowe informacje przydatne do oceny ryzyka i przetwarzania roszczeń.

Praktyczne zastosowania w branży ubezpieczeniowej, o których warto wspomnieć to między innymi:

→ Analiza ryzyka i wycena polis

Firmy ubezpieczeniowe mogą wykorzystać zaawansowane narzędzia analityczne dostępne w chmurze, takie jak Azure Machine Learning czy Google Cloud AI, do oceny ryzyka i wyceny polis. Algorytmy uczenia maszynowego mogą analizować ogromne zbiory danych i dostarczać bardziej precyzyjnych ocen ryzyka.

→ Wzmocnienie obsługi klienta

Dostawcy chmurowi oferują narzędzia do tworzenia interaktywnych chatbotów i wirtualnych asystentów. Dzięki usługom takim jak Azure Bot Service czy Google Dialogflow, firmy ubezpieczeniowe mogą usprawnić obsługę klienta, udzielając odpowiedzi na pytania, pomagając w zgłaszaniu roszczeń i dostarczając informacji na żądanie.

→ Przechowywanie i analiza danych

Przechowywanie ogromnych zbiorów danych w chmurze (za pomocą usług takich jak Amazon S3, Azure Blob Storage czy Google

Cloud Storage) umożliwia firmom ubezpieczeniowym łatwy dostęp do historycznych danych klientów, polis i roszczeń. Narzędzia do analizy danych, takie jak Amazon Redshift, Azure Synapse Analytics czy Google BigQuery, pomagają w wydobyciu cennych informacji z tych danych.

→ Bezpieczeństwo i zgodność

Usługi związane z bezpieczeństwem, takie jak AWS Identity and Access Management, Azure Active Directory czy Google Cloud Identity, umożliwiają efektywne zarządzanie dostępem do danych i spełnianie przepisów, takich jak RODO. Te usługi zapewniają, że wrażliwe dane klientów pozostaną bezpieczne i poufne.

→ Skalowalność i optymalizacja kosztów

Dzięki elastycznym zasobom chmurowym firmy ubezpieczeniowe mogą skalować swoją infrastrukturę w zależności od zmieniających się potrzeb. Funkcje automatycznego skalowania, dostępne w usługach takich jak AWS Auto Scaling, Azure Autoscale czy Google Cloud Autoscaler, optymalizują wykorzystanie zasobów i minimalizują koszty operacyjne.

Jako przykłady zastosowania w praktyce można powołać się na poniższe:

→ Aviva: Zmiana Procesu Rozpatrywania Roszczeń

Aviva, wykorzystuje technologie chmurowe do usprawnienia procesu rozpatrywania roszczeń. Dzięki usługom AWS dotyczącym przechowywania, przetwarzania i analizy danych, Aviva jest w stanie szybko ocenić i zatwierdzić roszczenia, dostarczając klientom płynne doświadczenia. Wsparcie decyzji biznesowych oparte o techniki zaawansowanej analizy, wykorzystujące skalowalne rozwiązania Machine Learning, Deep Learning i AI są już chyba standardem w rozwiązaniach wspomagających funkcjonowanie firm ubezpieczeniowych oraz branży fintech w zakresie oceny ryzyka, detekcji anomalii trendów oraz szacowania i predykcji zdarzeń.

→ Allstate: Wzmocnienie Interakcji z Klientami

Allstate, prominentna firma ubezpieczeniowa, korzysta z usług Azure Cognitive Services, aby zasilana była ich wirtualna asystentka „Allstate Business Insurance Expert” (ABIE). ABIE pomaga klientom w kwestiach dotyczących polis, prowadząc ich przez procesy ubezpieczeniowe i dostarczając natychmiastowego wsparcia.

→ Progressive: Telematyka i Analiza Danych

Progressive Insurance wykorzystuje możliwości analizy danych dostarczane przez Google Cloud do analizy danych telematycznych zebranych z pojazdów klientów. Analiza ta pozwala na personalizowaną wycenę i tworzenie polis, optymalizując ocenę ryzyka i zwiększając zaangażowanie klientów.

Wykorzystanie rozwiązań chmurowych, oferowanych przez gigantów takich jak Amazon Web Services, Microsoft Azure czy Google Cloud dostarcza potężnych narzędzi, które mogą znacząco napędzić innowacje w branży ubezpieczeniowej. Dzięki ich elastyczności, skalowalności i zaawansowanym funkcjom, platformy chmurowe umożliwiają firmom ubezpieczeniowym poprawę zarządzania danymi, wzmocnienie obsługi klienta i usprawnienie procesów biznesowych, przynosząc korzyści zarówno dla firm, jak i ich klientów. Jednak skuteczne wdrożenie technologii chmurowych wymaga wszechstronnego zrozumienia potrzeb firmy i dostępnych narzędzi, zapewniając efektywne wykorzystanie ich potencjału w dynamicznym krajobrazie branży ubezpieczeniowej. □

Profilaktyka zdrowotna w rękach pracodawców

Mimo szeregu programów profilaktycznych proponowanych przez Ministerstwo Zdrowia, jak i tych, które zapewniają pracodawcy w ramach pakietów medycznych, Polacy wciąż nie wykonują badań w kierunku wczesnego wykrywania nowotworów, cukrzycy czy zaburzeń kardiologicznych. Jest to wyraźnie widoczne choćby na przykładzie rządowego programu Profilaktyka 40+, z którego skorzystało 13,5%, czyli 2,7 mln z 20 mln uprawnionych Polaków¹.

Zadbanie o zdrowie Polaków to ogromne wyzwanie zarówno dla systemu opieki zdrowotnej, jak i dla pracodawców, którzy ponoszą wysokie koszty absencji pracowników.

– Pracodawcy są przyzwyczajeni do regularnych, obowiązkowych badań medycyny pracy, ale te dotyczą głównie ryzyk zawodowych. Z taką samą regularnością powinni podchodzić do badań w zakresie chorób cywilizacyjnych, przewlekłych, ponieważ to one szybciej i częściej niż choroba zawodowa, będą skutkowały utrudnieniami w wykonywaniu pracy zawodowej przez pracowników – mówi **Edyta Jacyna, konsultant medyczny TU Zdrowie**.

Kolejnym wyzwaniem dla pracodawców są działania prozdrowotne skierowane do osób, które pracują zdalnie i samodzielnie organizują sobie stanowiska pracy.

– I tu należy zwrócić uwagę na dwa aspekty. Po pierwsze, pracujący zdalnie nie zawsze mają zapewnione ergonomiczne warunki pracy, ponieważ – o ile pracodawca dba o takie w biurach, zgodnie z zasadami BHP – o tyle trudno jest mu zadbać o to w domu każdego z pracowników. Po drugie, do osób pracujących poza biurem trudniej jest dotrzeć z działaniami prozdrowotnymi i profilaktycznymi. A trzeba pamiętać, że ostatecznie to pracodawca ponosi znaczną część kosztów związanych z dolegliwościami pracowników. Szacuje się, że w 2022 roku pracodawcy sfinansowali ze swoich środków aż 11 miliardów złotych kosztów zwolnień chorobowych pracowników² – dodaje Edyta Jacyna.

Z danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego wynika, że aż 1,7 miliona naszych rodaków odczuwa pogorszenie stanu zdrowia w wyniku pandemii COVID-19 (po zachorowaniu, ograniczeniu dostępu lub zmianie stylu życia). Dotyczy to 750 tys. mężczyzn i 910 tys. kobiet. Najsilniej odczuwane pogorszenie dotyczyło osób z uprzednio gorszym zdrowiem³.

– Z jednej strony Polacy odczuwają skutki tzw. long Covid, czyli zaostrenie dolegliwości kardiologicznych, neurologicznych czy chorób nerek i cukrzycy. Z drugiej strony, pogorszenie stanu zdrowia może



wynikać z tego, że podczas pandemii mieliśmy ograniczony dostęp do świadczeń zdrowotnych, w tym do profilaktyki. Dziś w przychodniach pod gabinetami lekarzy realizujących badania profilaktyczne nie ma tłumów, ponieważ większość z nas zwyczajnie nie ma czasu na wizytę w przychodni. I tu ogromną rolę odgrywają pracodawcy, którzy mają możliwość zorganizowania badań profilaktycznych w miejscu pracy. Z naszych doświadczeń wynika, że listy chętnych na takie badania zapełniają się bardzo szybko po ich ogłoszeniu, co tylko potwierdza fakt, że jest duże zapotrzebowanie na tego typu akcje – mówi Edyta Jacyna.

Badania w miejscu pracy organizowane są przez zespoły pracowników medycznych wyposażonych w specjalistyczny sprzęt w pomieszczeniach na terenie firmy, które wskazuje pracodawca i które

spełniają wymogi sanitarne. Każdy z pracowników otrzymuje po badaniu niezbędne informacje od lekarzy i zalecenia, co do dalszego postępowania.

W ramach akcji profilaktycznych prowadzonych przez Centra Medyczne Świat Zdrowia przebadano już ponad 3 tys. pracowników, a w efekcie tych działań tylko w ubiegłym roku aż u 35% osób wykryto podwyższony poziom cukru we krwi, a 33% zbadanych zostało skierowanych do dalszej diagnostyki w kierunku czerniaka.

Badania profilaktyczne w miejscu pracy realizowane są bez skierowania. Ubezpieczeni w TU Zdrowie, którzy w ramach badań zostali skierowani na dalszą diagnostykę, korzystają z możliwości, jakie daje im polisa zdrowotna. Poza dostępem do specjalistów, mają możliwość skorzystania z programów zdrowotnych proponowanych przez TU Zdrowie, m.in.: programu „Mój Dietetyk” czy „Mój Onkolog”. W ramach programów, TU Zdrowie zapewnia kompleksową opiekę specjalistów, pakiet koniecznych badań i pomoc konsultanta medycznego, który wspiera chorego w procesie diagnostyki i leczenia. □

¹ <https://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Profilaktyka-40-Plus-nadal-ponizej-oczekiwan-Najnowsze-dane-NFZ-ile-osob-skorzystalo,248035,14.html>

² <https://www.prawo.pl/kadry/zwolnienia-lekarskie-ile-placa-pracodawcy-i-zus,520317.html>

³ Wojtyński B, Goryński P. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2022. Wyd. NIZP PZH, 2022

Roboty w służbie ubezpieczeniom

Roboty do powtarzalnych prac



W Allianz działa ponad 60 robotów automatyzujących powtarzalne prace. Roboty pracują na interfejsie użytkownika, bazach danych oraz integracjach systemowych. Wykorzystywane są głównie w Operacjach (m.in. likwidacja szkód, back office, obieg dokumentów), ale też w innych obszarach np. HR, underwriting, sprzedaż.

Nadal analizujemy procesy w połączonej organizacji (po fuzji z Avivą w połowie 2022 r.). Widzimy potencjał do dalszego wzrostu automatyzacji, głównie w obszarach operacyjnych, co potwierdzają ostatnie wdrożenia robotów w obszarze szkód. Skupiamy się głównie na robotach wspierających integrację procesów i systemów.

Najciekawszym ostatnio wdrożeniem jest robot, który pomógł nam ujedynolnić obsługę szkód w ubezpieczeniach majątkowych. Allianz i Aviva, które połączyły się w połowie 2022 r., pracowały na systemach działających w różnych środowiskach. Przez pewien czas pracownicy połączonego departamentu likwidacji musieli więc logować się do dwóch systemów na dwóch komputerach i przysyłać ręcznie dane jak między dwoma organizacjami. Wdrożony szybko robot opiera się na integracji z bazami danych i systemami IT, bez długiej i kosztownej integracji systemów.

Po zarejestrowaniu szkody w systemie docelowym robot analizuje dane oraz pobiera numer rejestracyjny pojazdu (dla szkód komunikacyjnych) albo PESEL lub numer polisy (dla szkód mieszkaniowych). Następnie, korzystając z tych danych, sprawdza, czy w danym okresie klient miał aktywną polisę. Jeśli tak, komunikując się z bazą danych, dodaje niezbędne informacje z drugiego systemu, aby umożliwić kompletną obsługę szkody przez pracownika. Przygotowany plik robot zapisuje w formacie pdf i przysyła do systemu docelowego. Właśnie pracujemy nad tym, aby oprócz wysyłki pdfa, robot bezpośrednio uzupełniał dane szkody.

Rozwiązanie pomogło w usprawnieniu i ujedynoliceniu obsługi szkód, a jednocześnie pomogło zintegrować zespół likwidacji szkód.

PIOTR SAWICKI

dyrektor Departamentu Zarządzania Organizacyjnego, Allianz

Roboty do likwidacji szkód



Balcia jest firmą, w której automatyzacja jest podstawowym sposobem zapewnienia naszym klientom usług najwyższej jakości. Dlatego też stawiamy na wdrażanie najnowocześniejszych dostępnych na rynku technologii. Skupiamy się na tym, aby to systemy, których używamy, same w sobie zapewniały maksymalną automatyzację i brak konieczności dodatkowej manualnej pracy. Dlatego też roboty traktujemy jako ewentualne uzupełnienie tam, gdzie potrzebny jest pomost pomiędzy różnymi systemami.

Obecnie korzystamy z 4 robotów. Wszystkie wspomagają nas w obszarze likwidacji szkód. Posiadamy roboty, które wykonują czynności takie jak generowanie i wysyłanie korespondencji do klientów, dodawanie e-maili przychodzących lub wychodzących do systemu szkodowego, ustawianie zadań dla pracowników likwidacji, a także dodawanie do akt szkodowych plików, które otrzymujemy od podmiotów zewnętrznych lub tych generowanych przez inne systemy (np. potwierdzeń przelewów generowanych przez system księgowy). Jednym z robotów, który bardzo odciążał z pracy manualnej pracowników likwidacji, jest ten wysyłający korespondencję do klientów po zarejestrowaniu szkody. Najpierw generuje odpowiednie pismo, uzupełniając wszystkie wymagane dane, sprawdza do kogo i w jakiej formie powinno być wysłane, tworzy e-mail lub drukuje pismo, wysyła je, a na końcu ustawia w systemie szkodowym zadanie dla likwidatora przypisanego do danej szkody, dzięki któremu mamy pewność, że kolejne czynności będą procesowane w wymaganych terminach.

JAN PIJEWSKI

dyrektor generalny Balcii

Wsparcie ze strony robotów

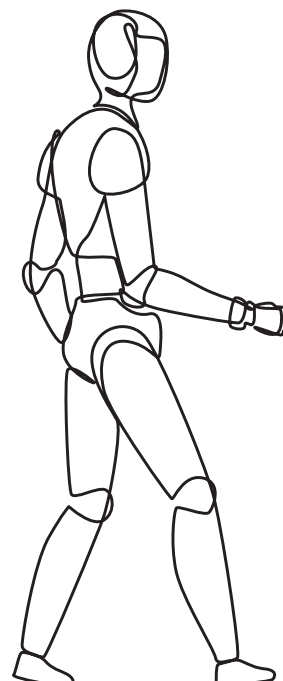


W PZU mamy 64 roboty w procesach likwidacyjnych i assistance, 32 w procesach obsługowych i 10 w pozostałych (w tym m.in. IT, HR, CX, regulacje).

Robotyka w grupie PZU ma swój początek w 2018 roku. Obecnie posiadamy 86 robotów produkcyjnych oraz 7 robotów testowych. Roboty pracują 24h/365 dni w roku, każdego dnia realizując nawet 66 tys. operacji w 106 różnych procesach biznesowych. Zadania robotów są ulokowane w obszarach związanych z ubezpieczeniami majątkowymi i życiowymi, np. przypisanie zadania do opiekunów szkody, wspieranie obsługi szkód w uprawach (szczególnie masowych) oraz szkód regresowych, branie udziału w procesie przedłużania polisy na życie.

PIOTR MALINOWSKI

product owner w Biurze Rozwoju Systemów Informatycznych PZU



© Simple Line/stock.adobe.com

Roboty w służbie ubezpieczeniom

Wsparcie robotów od 5 lat



Aktualnie Ergo Hestia korzysta z ok. 150 robotów, ale ta liczba stale rośnie. Proces robotyzacji rozpoczął się niespełna 5 lat temu. W efekcie dziś w skali miesiąca roboty wykonują ponad 500 tys. operacji. Głównie wykorzystywana jest technologia RPA (Robotic Process Automation), która pozwala na automatyzację

rutynowych i powtarzalnych zadań za pomocą oprogramowania.

Ergo Hestia posiada także bota konwersacyjne, które są głównym kanałem obsługowym pośredników. Rozmowa zaczyna się z naszym czatbotem – Robertem. Robert potrafi odpowiedzieć na wiele pytań, a nawet zrealizować wybrane operacje i w razie potrzeby płynnie przekierować rozmowę do konsultanta specjalizującego się w konkretnej dziedzinie. Miesięcznie realizowanych jest ponad 60 tys. rozmów z pośrednikami. Co trzecia zamykana jest bez udziału konsultanta.

Roboty wykonują przeróżne zadania. Spójrzmy np. na koniec roku. To wtedy otrzymujemy dziesiątki tysięcy pism z zaświadczeniami o odbyciu szkoleń zawodowych przez naszych pośredników. Obsłużenie ich w krótkim czasie ludzkimi rękami byłoby niemal niemożliwe. Dlatego napisaliśmy robota, który odbiera maile, czyta, weryfikuje i analizuje zaświadczenia. Od 2020 r. z sukcesem zweryfikował on blisko 800 tys. dokumentów. Jeśli przyjmujemy, że ręczna realizacja tego typu zadania zajmowałaby człowiekowi 3 minuty, to obsługa wszystkich tych dokumentów wymagałaby 40 tys. godzin pracy. Dzięki naszemu robotowi proces jest realizowany szybko, z komputerową dokładnością, a pracownicy w tym czasie mogą zająć się bardziej wymagającymi zadaniami.

OSKAR JEDYNASTY

dyrektor ds. rozwoju oprogramowania, Departament IT, Ergo Hestia

Automatyzacja zamiast robotów



Konkurencyjność firmy ubezpieczeniowej, a szczególnie takiej jak nasza, wyspecjalizowanej w partnerstwach, leży w zwinnych procesach, wspieranych przez prostą, łatwo modernizowaną i skalowalną technologię. Stąd nasza strategiczna decyzja o inwestycji w transformację cyfrową, która polega na budowaniu automatycznych procesów wspieranych przez skalowalne środowisko IT w chmurze obliczeniowej. Takie podejście – czyli upgrade procesów i technologii w mniejszym stopniu wymaga, póki co, robotyzacji już obecnych procesów w starych systemach, ponieważ pozwala od początku skupić się na automatycznej wymianie danych z naszymi partnerami i klientami. Przykład? W obsłudze szkód stawiamy na wysoko skalowalne środowiska mikrosługowe bazujące na API, które pozwalają nam wymieniać się z naszymi partnerami danymi szkodowymi w zakresie „end to end”, czyli od potwierdzenia ubezpieczenia, przez likwidację szkody i zakończenie procesu, na rozliczeniu kończąc.

GRZEGORZ PAWLICKI

członek zarządu i CIO Europy Ubezpieczenia

Nowe możliwości dzięki robotom



Generali używa ok. 70 robotów, głównie w obszarach likwidacji szkód, obsługi klienta i księgowości.

W obszarze księgowości Generali korzysta z robota Beata. Beata potrafi odczytać tekst z zeskanowanej faktury, korzystając z silnika

OCR, a następnie wyodrębnia kluczowe dane za pomocą wyrażeń regularnych i rejestruje je w systemie. Tygodniowo jest w stanie przetworzyć nawet 700 faktur.

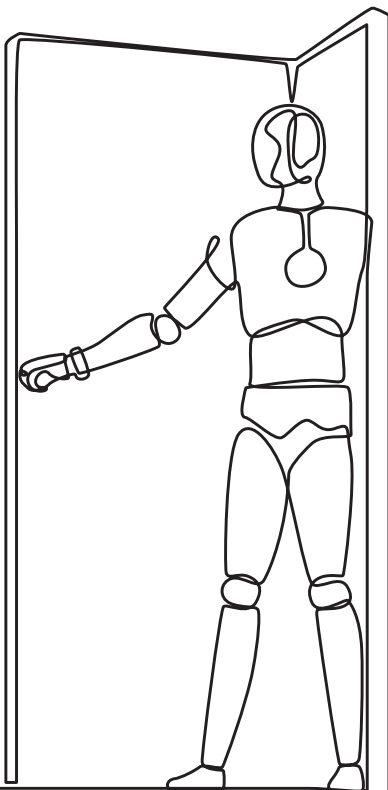
Z kolei Chatbot Leon to rozwiązanie oparte na sztucznej inteligencji, technologii uczenia maszynowego oraz zaawansowanych algorytmach przetwarzania języka naturalnego (NLP), w tym IBM WATSON. Dostępny na naszej stronie internetowej, Chatbot Leon zapewnia wygodny dostęp z dowolnego urządzenia, zarówno komputerów, jak i urządzeń mobilnych.

Wcielając się w rolę wirtualnego asystenta, Leon koncentruje się na pełnym wsparciu klientów przez całą dobę, 7 dni w tygodniu. Rozwiązanie to zostało przygotowane dla trzech kluczowych obszarów: obsługi zgłoszeń szkód i roszczeń, procesów sprzedażowych i posprzedażowych.

Obecnie Leon obsługuje ok. 6500 konwersacji miesięcznie. Jego funkcjonalności stanowią fundament do dalszego rozwoju, mającego na celu podniesienie jakości obsługi klienta oraz zapewnienie kompleksowego wsparcia w czasie rzeczywistym przez całą dobę. Kolejnym krokiem w ewolucji Leona jest integracja z systemami produktowymi oraz rozszerzenie go o zaawansowany model językowy oparty na architekturze ChatGPT, otwierając tym samym nowe możliwości w obszarze obsługi klienta.

SEBASTIAN MICHAŁOWSKI

dyrektor Departamentu Rozwoju UX i Innowacji, Generali



Największa transformacja chmurowa w polskich ubezpieczeniach

Największa transformacja chmurowa w polskim sektorze ubezpieczeniowym stała się faktem. Dzięki stopniowemu odchodzeniu od tradycyjnych serwerów, systemy ERGO Hestii mogą być znacznie sprawniej rozwijane i dopasowywane do potrzeb agentów i brokerów.

Szeroko zakrojone przejście na chmurę to w ostatnich latach nieustannie powtarzający się temat rozmów w działach IT polskich ubezpieczycieli. Korzyści są raczej oczywiste: duża oszczędność na tradycyjnej infrastrukturze i znaczny wzrost tzw. zwinności operacyjnej. Mimo to pełna transformacja chmurowa z wielu przyczyn – między innymi regulacyjnych – przez lata skutecznie odstraszała towarzystwa ubezpieczeń. To może zmienić się po udanym wdrożeniu programu chmurowego w ERGO Hestii – Journey2Cloud.

W ciągu ostatnich lat ERGO Hestia wprowadziła zaawansowane systemy sprzedażowe, takie jak iHestia, wykorzystała automatyzację wewnętrznych, powtarzalnych procesów, oraz zastosowała technologię blockchain. Fundamentem wszystkich tych rozwiązań jest modernizacja infrastruktury informacyjnej i zastosowanie chmury obliczeniowej.

NOWOCZESNE PODEJŚCIE DO UBEZPIECZEŃ

W nieprzewidywalnych i trudnych warunkach rynkowych niezwykle istotne jest zapewnienie firmie niezależności. Dlatego ERGO Hestia przyjęła podejście cloud-first, które pozwoli przyspieszyć transformację również w zakresie bezpieczeństwa cyfrowego.

– Wybraliśmy najlepszy moment na tę zaawansowaną transformację. W trakcie pandemii wszyscy zdaliśmy sobie sprawę z sytuacji, w której się znaleźliśmy – z dnia na dzień urzędnicy i komponenty stały się niedostępne lub czas oczekiwania na nie znacznie się wydłużył. Chmura ten problem eliminuje – nie będziemy uzależnieni od ograniczonego łańcucha dostaw – mówi **Bartosz Dołkowski, Dyrektor Departamentu IT Grupy ERGO Hestia.**



GODZINA ZAMIĄST TYGODNI

Dzięki chmurze aplikacje sprzedażowe mogą być ciągle ulepszone, a dostęp do nich jeszcze szybsze i dogodniejsze. Podobny potencjał widziano w skróceniu time-to-market produktów ubezpieczeniowych czy w możliwościach rozwoju monitoringu oraz optymalizacji systemów za pomocą technologii Dynatrace.

– Przenosząc nasze zasoby ze środowiska on-premise do chmury oraz automatyzując wybrane procesy, skróciliśmy czas realizacji wielu operacji. Na przykład uruchamianie usług bezpieczeństwa w całej organizacji trwało do tej pory 6 do 8 tygodni. Dzisiaj to kwestia jednej godziny – mówi **Tomasz Tyrkin, Dyrektor ds. Bezpieczeństwa i Kontroli w Departamencie IT Grupy ERGO Hestia.**



Wykorzystując środowisko Microsoft Azure, ERGO Hestia przeniosła część zasobów do chmury i rozszerzyła swoją działalność, dzięki czemu jeszcze lepiej może wspierać swoich klientów.

– Kompleksowe podejście to warunek osiągnięcia pełnych korzyści wynikających z chmury. Precyzyjna część analityczna projektu pozwoliła określić i zweryfikować kluczowe potrzeby oraz oczekiwania biznesowe, a także zaplanować kolejne etapy projektu. Wspieraliśmy ERGO Hestię na każdym z nich – uczestnicząc nie tylko w zmianie technologicznej, ale też organizacyjnej. Zapewniliśmy klientowi wsparcie w przygotowaniu i wdrożeniu modelu operacyjnego oraz pozyskaniu nowych kompetencji. Wspólnie stworzyliśmy cloud competence center, czyli chmurowe centrum kompetencji. Transformacja chmurowa to dla ERGO Hestii wyższy poziom bezpieczeństwa, szybszy time-to-market, większa niezawodność, elastyczność, a także precyzyjny model licencjonowania i rozliczania kosztów. Oznacza także zmianę filozofii dostarczania nowych produktów – mówi **Łukasz Marczyk, Managing Director odpowiedzialny za praktykę ubezpieczeniową w Accenture w Polsce, które przy transformacji pełniło rolę partnera biznesowego ERGO Hestii.**

PODRÓŻ DO CHMURY

Transformacja realizowana pod nazwą journey2cloud, była poprzedzona przygotowaniem strategii i zwieńczona długoterminowym i odpowiednim zarządzaniem chmurą. Takie podejście dało ERGO Hestii gwarancję pokonania kluczowych barier, uzyskania korzyści biznesowych i stworzenia potencjału dalszego rozwoju. Konieczne też było przygotowanie transformacji tak, by w pełni była zgodna z regulacjami.

– Skala wymagała wprowadzenia kompleksowej strategii opisującej zasady i warunki wykorzystania publicznej chmury obliczeniowej w naszych działaniach – tłumaczy **Tomasz Tyrkin.** – Trzeba było dokładnie określić rolę tej chmury w całej organizacji. Nasz plan jest taki, by to rozwiązania chmurowe były domyślne przy wdrażaniu wszystkich nowych aplikacji. To istotne usprawnienie z perspektywy naszych pośredników – mówi.

ERGO Hestia myśli długofalowo – z każdym kolejnym rokiem chmura będzie dawała nowe możliwości w zakresie wdrażania innowacji i poszukiwania nowych rozwiązań, dotychczas niedostępnych.

– Transformacja otwiera przed nami drzwi, które do tej pory były zamknięte dla branży ubezpieczeń. Dzięki nowym możliwościom wykorzystania analityki, danych czy nawet sztucznej inteligencji, możemy jeszcze bardziej się rozwijać. Wszyscy dostrzegamy korzyści z transformacji w naszej codziennej pracy, które tak naprawdę trudno zliczyć. Wdrożenie wymagało pracy na ogromną skalę. To są nowe kompetencje dla pracowników Departamentu IT, nowy etap w życiu firmy. Nie mamy wątpliwości, że to wielka fundamentalna zmiana, która zostanie z nami na wiele lat – podsumowuje **Bartosz Dołkowski.** □

Robot dobry na nudne procesy

Nie ma dnia, w którym nie mówi się o rozwiązaniach automatyzujących naszą codzienność w pracy. Nie zawsze muszą to być inicjatywy bazujące na bardzo skomplikowanej sztucznej inteligencji. Dziś w ERGO Hestii nieustannie pracuje 150 robotów.

Od najprostszych zadań, które ułatwiają codzienną pracę, po niezwykle skomplikowane, innowacyjne rozwiązania. Roboty w sopockiej firmie pełnią przeróżne funkcje, ale wszystkie powstały w tym samym celu. Przyspieszają i upraszczają konkretne procesy, na czym korzystają agenci i klienci.

PONAD PÓŁ MILIONA OPERACJI MIESIĘCZNIE

W ERGO Hestii proces robotyzacji rozpoczął się niespełna 5 lat temu. Obecnie w skali miesiąca roboty wykonują ponad pół miliona operacji. Głównie wykorzystywana jest technologia RPA (Robotic Process Automation), która za pomocą oprogramowania pozwala na automatyzację rutynowych i powtarzalnych zadań w procesach biznesowych.

– Są to rozwiązania, które są bardzo lubiane przez obszary operacyjne i likwidacyjne – podkreśla **Radosław Kalinowski, Kierownik Zespołu ds. Rozwoju RPA w Grupie ERGO Hestia**. – Pozwalają skupić się na bardziej złożonych sprawach, bo eliminują powtarzalne czynności, które nie dają satysfakcji z pracy. Ludzka natura jest taka, że nie chcemy wykonywać nudnych zajęć, a robot wykonuje taką pracę taniej i efektywniej. Z punktu widzenia organizacji jest to sytuacja win-win, bo firma może się rozwijać bez drastycznego zwiększania zatrudnienia, które byłoby konieczne, gdyby liczba etatów miała rosnąć z liczbą prowadzonych procesów. Możemy przy takim samym stanie osobowym wykonywać więcej zadań. Z takim podziałem, że te powtarzalne realizują automaty, a te bardziej skomplikowane ludzie – zaznacza.



POROZMAWIJ Z ROBERTEM

W bezpośrednim kontakcie z klientem czy pośrednikami dużym sukcesem okazał się czatbot, który nazywa się Robert. Robert potrafi odpowiedzieć na wiele pytań, a nawet zrealizować wybrane operacje. Może też płynnie przekierować do rozmowy z konsultantem. Miesięcznie realizowanych jest ponad 60 tysięcy rozmów z pośrednikami. Na tę chwilę co trzecia zamykana jest bez udziału konsultanta. W prostych sprawach pośrednik momentalnie otrzymuje pomoc od bota Roberta, a w przypadku spraw bardziej złożonych może liczyć na więcej uwagi ze strony konsultantów.

Jak podkreśla **Oskar Jedynasty, Dyrektor ds. Rozwoju Oprogramowania w Departamencie IT ERGO Hestii**, obecnie wdrażany jest system, który jeszcze bardziej przyspieszy komunikację z firmą.

– Aktualnie wdrażamy robota głosowego, bardziej podobnego do czatbota niż do robotów RPA. To również robot konwersacyjny, spięty z systemami core'owymi, co umożliwia uzyskanie precyzyjnych informacji o swojej szkodzie, polisie lub wykonanie podstawowych operacji. Tu również będzie zachowany ten wentyl bezpieczeństwa w postaci dostępnego przełączenia do konsultanta – wyjaśnia.



LUCY NA POMOC UNDERWRITEROM

Robert to nie jedyny znany z imienia robot w ERGO Hestii. W firmie funkcjonuje także m.in. Lucy, która jest niezwykle pomocna dla underwriterów. Jej zadaniem jest odczytywanie zaświadczeń szkodowych dla korporacji, które ubezpieczają u sopockiego ubezpieczyciela głównie floty pojazdów. W takiej sytuacji wycenienie szkodowości jest znacznie trudniejsze niż u klienta detalicznego. Jednak Lucy ma na swoim koncie dziesiątki tysięcy udanych operacji i ponad 90-procentową skuteczność.

Ten robot odczytuje zaświadczenia szkodowe z różnych firm i zwraca underwriterowi swojego rodzaju „ekstrakt”, który jest potrzebny do podjęcia decyzji. To bardzo ułatwia i przyspiesza prace w tym obszarze.

DOBRCZE NAPISANY ROBOT SIĘ NIE MYLI

Wysoką skutecznością może się pochwalić także OWOC (Obsługa Wypowiedzeń OC). To robot, który działa hybrydowo. Pracownik dostaje bardzo uproszczony formularz, na podstawie którego akceptuje wypowiedzenie. Całą procedurę związaną z wyszukiwaniem polisy, sprawdzaniem warunków i informowaniem klienta o kolejnych krokach – wykonuje robot.

Przeciętny pracownik infolinii potrafił zamknąć około stu wypowiedzeń dziennie. OWOC zrealizował w niecałe trzy lata niemal 700 tysięcy. Pracuje też w weekendy, co z perspektywy klienta ma znaczenie.

– Dobrze napisany i przetestowany robot się nie myli. Jak dostanie 100 tysięcy zaświadczeń do przetworzenia, to przetworzy je wszystkie z powtarzalną jakością. Człowiek już przy tysiącym mógłby zacząć robić błędy – dodaje Radosław Kalinowski.

DZIESIĄTKI TYSIĘCY ZAOSZCZĘDZONYCH GODZIN

Jednak ulubionym robotem pracowników jest ten, który najintensywniej pracuje w okresie świąteczno-noworocznym. To wtedy przychodzi dziesiątki tysięcy pism z zaświadczeniami o odbyciu szkoleń zawodowych przez pośredników. Obsłużenie ich w krótkim czasie przez ludzi byłoby niemal niemożliwe. Dlatego – w Departamencie IT w ERGO Hestii – Zespół ds. Rozwoju RPA napisał robota, który odbiera maile, czyta, weryfikuje i analizuje zaświadczenia, łączy się z bazą pośredników i aktualizuje dane. Od wdrożenia robota w 2020 roku z sukcesem zweryfikował on blisko 800 000 dokumentów z zaświadczeniami. Jeśli przyjmemy, że ręczna realizacja tego typu zadania zajmowałaby człowiekowi trzy minuty, to obsługa wszystkich tych dokumentów wymagałaby 40 tysięcy godzin pracy.

To tylko niektóre obszary, w których są wykorzystywane roboty. W ERGO Hestii ułatwiają one na co dzień pracę także m.in. przy likwidacji szkód, wprowadzaniu zmian na polisach czy sprawozdawczości. □

Roboty w służbie ubezpieczeniom

Roboty są wszędzie



W Link4 roboty w pełni obsługują ponad 70 procesów, a w kilkunastu kolejnych pełnią rolę asystenta człowieka. Początkowo miejscem najbardziej zrobotyzowanym był Pion Szkód, ale dziś roboty pracują już praktycznie w każdym obszarze.

Jedno z ciekawszych rozwiązań zastosowaliśmy w procesie zdalnej inspekcji przy zakupie polisy AC. Robot wystawia zlecenie oględzin, a następnie klient dostaje SMS z linkiem do aplikacji. Po jej otwarciu robi telefonem 8 zdjęć, które przesyłane są do silnika AI. Sztuczna inteligencja weryfikuje ich poprawność, potencjalne uszkodzenia pojazdu oraz zgodność odczytanych ze zdjęć danych z danymi z polisy (np. marka i model auta, przebieg). Na koniec wynik trafia do specjalnej aplikacji, w której nasz pracownik ma podgląd na wszystkie oględziny. Może je dowolnie sortować i zweryfikować tylko te, w których silnik AI wykrył nieprawidłowości. Dzięki robotom cały proces skrótł się z tygodnia do maksymalnie 2 dni.

MACIEJ NATORSKI

dyrektor Obszaru Innowacji i Robotyzacji, Link4

Roboty usprawniają obsługę



Najczęściej wykorzystujemy roboty w obszarach o największych wolumenach powtarzalnych zadań, tj. w operacjach oraz w likwidacji szkód. Są to zarówno roboty działające na styku z klientami, jak i w procesach back office.

Wykorzystujemy także roboty, np. w obszarze finansów czy wsparcia sprzedaży. Roboty w PKO Ubezpieczenia działają obecnie w kilkunastu procesach o różnym stopniu złożoności. Jednymi z pierwszych robotów, które wdrożyliśmy w PKO Ubezpieczenia, były roboty do monitorowania i rozliczania umów ubezpieczenia. Ich stopień skomplikowania był wyzwaniem na początku naszej drogi z robotyzacją. Z jednej strony miały wykorzystywać dane z systemów do weryfikacji stanu polisy, a z drugiej ich zadaniem było przekazywanie na bieżąco informacji do klientów, np. o brakującej składce czy zakończeniu umowy ubezpieczenia. Ze względu na istotność procesu, roboty musiały być niezawodne w codziennym działaniu i to się udało osiągnąć. Obecnie roboty przekazują klientom nie tylko informacje polisowe, ale wspierają także proces rejestracji szkody, np. nadają numer sprawy w zgłoszeniu. Roboty stają się coraz istotniejszym elementem, wspierającym realizację różnorodnych procesów w PKO Ubezpieczenia. Pozwala to na zwiększenie skali automatyzacji i dalsze usprawnianie obsługi. Jest to jeden z ważniejszych elementów służących ciągłemu zwiększaniu poziomu NPS.

EDYTA KONARZEWSKA-SKUBIS

dyrektorka Departamentu Operacji, PKO Ubezpieczenia

W komunikacji i medycynie



Największą przestrzeń do wykorzystania robotów i automatycznych rozwiązań widzimy w obszarach z największym wolumenem spraw, które jednocześnie są relatywnie proste operacyjnie. Chodzi głównie o assistance samochodowe.

Voicoboty pozwalają klientom łatwo nawigować po dostępnych opcjach i są znacznie przyjaźniejsze niż nawet najlepiej zaprojektowane rozwiązania IVR. Ich niezaprzeczalną zaletą jest to, że w oparciu o dane przekazane przez klienta możemy uruchomić cały obsługowy schemat. Począwszy od określenia, jakiej pomocy klient potrzebuje, poprzez weryfikację, na lokalizacji i wysłaniu pomocy drogowej kończąc.

W naszej ocenie bardzo ciekawym obszarem wykorzystania sztucznej inteligencji jest medycyna. Odpowiednio zbudowane i certyfikowane voiceboty mogą prowadzić triage pacjentów, nawigować ich między teleporadą w celu przepisania recepty czy stacjonarnej wizyty. Dodatkowo dostępne na polskim rynku rozwiązania pozwalają na wykonywanie ankiet medycznych, w różnych kierunkach, np. kardiologia czy onkologia lub medycyna rodzinna. Takie rozwiązania znakomicie mogą się sprawdzić jako benefit ubezpieczeniowy, dlatego już wprowadziliśmy je do naszej oferty.

PIOTR RUSZOWSKI

prezes zarządu, Mondial Assistance

Nie tylko RPA, ale też AI i Machine Learning



W Nationale-Nederlanden sami tworzymy nienadzorowane roboty programowe. Zajmuje się tym specjalny zespół odpowiadający za wdrożenie RPA (Robotic Process Automation), które oznacza powierzenie powtarzalnych czynności i procesów oprogramowaniu.

W tym roku udało nam się stworzyć kilka robotów, które z powodzeniem pracują w obszarze obsługi zarówno klientów indywidualnych, jak i grupowych. Roboty wspierają pracowników w tworzeniu ofert i aktualizacji danych w systemach.

Projekt RPA w Nationale-Nederlanden stale się rozwija. W przyszłości planujemy wykorzystywać również elementy AI oraz Machine Learning. Jednym z ciekawszych naszych rozwiązań jest robot, który wspomaga pracę zespołu zajmującego się klientami majątkowymi. Robot naśladuje pracę człowieka. Potrafi się zalogować i zaktualizować dane w systemach, odczytać i pogrupować pliki. Przygotowuje też notatki dla pracowników, aktualizuje statusy spraw i zamyka procesy w systemie. Nasz robot nie tylko usprawnia pracę zespołu, ale pomaga też osiągnąć lepsze wyniki. Działa z 95-procentową skutecznością, oszczędzając ok. 30 min. dziennie pojedynczemu pracownikowi.

AGNIESZKA KAMIŃSKA

liderka robotyzacji procesów biznesowych, Nationale-Nederlanden

Roboty w służbie ubezpieczeniom

Kompleksowa automatyzacja



Aktualnie w Uniq pracuje 20 zautomatyzowanych procesów biznesowych, z czego: 5 w szkodach, 4 w procesach masowych, 4 w obsłudze klienta, 4 w finansach i fraudach, 2 w sprzedaży, 1 w IT.

Do automatyzacji procesów w Uniq podchodzimy kompleksowo. Na ten moment najwięcej doświadczeń mamy w obszarze robotyzacji – dziś w Uniq zautomatyzowaliśmy w tej technologii 20 procesów biznesowych, które w każdym kwartale pozwalają nam oszczędzić ponad 25 tys. godzin pracy manualnej. Każdy z naszych robotów jest na swój sposób unikalny, choć najwięcej pozytywnych emocji wzbudzają te pracujące w likwidacji szkód. Robot obsługujący proste szkody z ubezpieczeń na życie umożliwia nam wypłatę świadczenia poniżej 24 godzin, a rekordowo udało nam się zamknąć proces likwidacji end-to-end, czyli od zgłoszenia do wypłaty, w ciągu zaledwie 15 minut.

TOMASZ KOTECKI

dyrektor zarządzający Pionu Transformacji i Strategii w Uniq

Zwiększona efektywność



W Unum widzimy wzrost efektywności pracy z wykorzystaniem rozwiązań robotycznych głównie w obszarach obsługi klienta, wypłaty świadczeń, a także w finansach w obszarze płatności. Obecnie wykorzystujemy pięć softwarowych rozwiązań robotycznych, pracujących w trybie nienadzorowanym (unattended) oraz jedno rozwiązanie pracujące w trybie robota nadzorowanego (attended). Wszystkie powyższe rozwiązania, w ciągu 4 lat ich istnienia, przyczyniły się do przeprocesowania z sukcesem ponad 2 mln zadań w 47 procesach biznesowych. Co więcej roboty zrealizowały pełen proces obsługi 85% przydzielonych do nich spraw. Robotyzujemy zarówno proste, jak i złożone procesy biznesowe, począwszy od przetworzenia Białej Listy podatników VAT, po automatyzację procesu wypłaty świadczeń klientom. Miesięcznie weryfikujemy na platformie robotycznej ponad 1500 kontrahentów. Średni czas weryfikacji ok. 300 kontrahentów to dla naszych robotów 2 minuty.

Przykładowo proces wypłaty świadczeń rodzinnych jest praktycznie w pełni zautomatyzowany od momentu złożenia wniosku przez klienta, do otrzymania informacji zwrotnej z decyzją o wypłacie świadczenia. Wprowadzony przez klienta wniosek o wypłatę świadczenia trafia do naszych pracowników, którzy weryfikują poprawność i kompletność danych przekazanych przez ubezpieczonego. Następne etapy procesu są w pełni zautomatyzowane. Robot na podstawie zdefiniowanych warunków rejestruje wniosek oraz przeprowadza proces likwidacji roszczenia. W kolejnych krokach robot przekazuje dyspozycję wypłaty należnego świadczenia oraz generuje korespondencję do klienta. Tygodniowo procesujemy w ten sposób ponad 500 wniosków o wypłatę świadczeń. 4 minuty – to średni czas, jaki odnotowujemy w obsłudze wniosków o wypłatę świadczenia. Wszystko jednak zależy od ich złożoności.

AGNIESZKA LEŚNIEWSKA

kierownik Zespołu Zarządzania Projektami i Procesami, Unum

Era asystentów głosowych



W Wienerze korzystamy z robotów i automatyzacji w 31 procesach, w tym w telefonicznej obsłudze klienta, rejestracji szkód, obsłudze polis, płatności oraz obsłudze pośredników i sieci sprzedaży, windykacji oraz poprawy jakości danych.

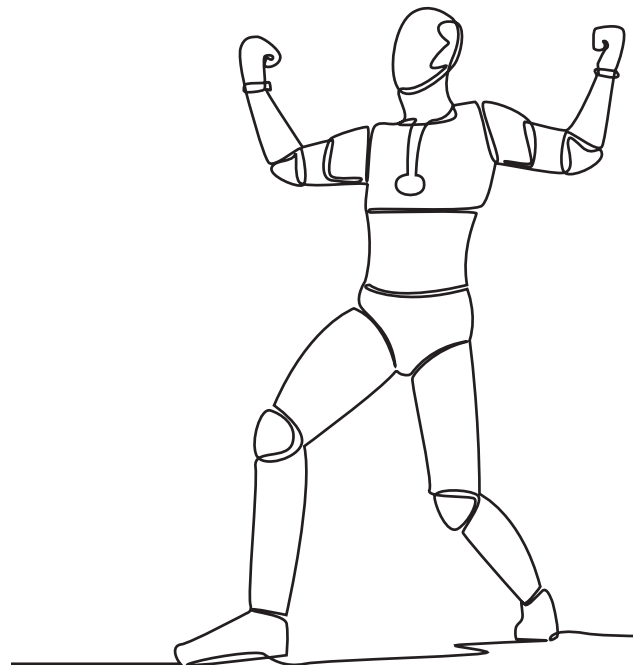
W zdalnej obsłudze klienta, nadeszła era asystentów głosowych – VoiceBotów. Zespoły Call Center mogą pochwalić się nową rekrutacją w postaci Wirtualnych Asystentek.

Wirtualna Asystentka to VoiceBot, czyli technologia, która odbiera i obsługuje rozmowy telefoniczne. Działa w oparciu o technologię automatycznego rozpoznawania mowy (automatic speech recognition). Jest to rodzaj AI, czyli sztucznej inteligencji, wykorzystującej model NLP (natural language processing).

Nasze nowe koleżanki zautomatyzowały proces obsługi klienta, diagnozując typ zgłoszenia oraz rozpoznając kontekst rozmowy, dzięki wspomnianemu już systemowi. Komunikują się z klientami za pomocą ustrukturyzowanego dialogu. Klient nie musi nic naciskać ani klikać, wystarczy że udzieli odpowiedzi głosowej. Celem rozmowy z voicebot jest zarejestrowanie zgłoszenia szkody. Voicebot to także lepsze Customer Experience (CX), wykorzystujący ogromny potencjał sztucznej inteligencji, który docelowo może stanowić naszą przewagę konkurencyjną.

MAGDALENA SZCZEPAŃSKA

dyrektor Biura Operacji i Obsługi Klienta, Wiener



© Simple Line/stock.adobe.com

Technologia i sztuczna inteligencja w branży ubezpieczeń: rozwiązania rewolucjonizujące relacje z klientem

W dzisiejszym dynamicznym świecie technologia odgrywa kluczową rolę we wszystkich dziedzinach życia, a branża ubezpieczeniowa nie pozostaje w tyle. Rozwój technologii wspierających automatyzację procesów oraz sztucznej inteligencji (AI) przyczynia się do zmiany sposobu, w jaki firmy ubezpieczeniowe obsługują klientów oraz prowadzą swoje wewnętrzne procesy.



TOMASZ KOTECKI
Dyrektor Zarządzający Pionu
Transformacji i Strategii w UNIQA



JAN RADZIKOWSKI
Menedżer ds. Strategii
w UNIQA

Jedną z pierwszych rewolucji automatyzacyjnych w firmach ubezpieczeniowych była automatyzacja procesów z użyciem robotów, ang. *Robotic Process Automation* (RPA). UNIQA swoje doświadczenia z robotyzacją rozpoczęła w 2019 roku od obszarów wsparcia klienta i likwidacji szkód. Dobrze zaprojektowane roboty eliminują błędy ludzkie i przyspieszają realizację zadań. Prowadzi to do zwiększenia efektywności i obniżenia kosztów operacyjnych na wielu płaszczyznach. Wystarczy wspomnieć, że obecnie w UNIQA roboty wspierają 20 zautomatyzowanych procesów biznesowych, co w każdym kwartale pozwala nam oszczędzić ponad 25 tys. godzin pracy manualnej. Automatyzacja procesów od ich początku do końca umożliwia też przewyższanie oczekiwań klientów – przykładowo, zapewniając wypłatę prostych świadczeń już w ciągu kilkunastu minut od zgłoszenia.

Bardziej zaawansowaną formą automatyzacji jest wykorzystanie sztucznej inteligencji, która wspiera chociażby chatboty i voiceboty. Pełnią one ważną wzmacniającą rolę w komunikacji z klientem, mogąc nie tylko obsługiwać rutynowe zapytania czy udzielać informacji, ale także pomagać w procesie zgłaszania szkód czy na dalszym etapie likwidacji szkody. Tworzy to nowy wymiar obsługi klienta, a przy zachowaniu odpowiedniego balansu pomiędzy kontaktem z człowiekiem i kontaktem z robotem, może istotnie wpływać na rosnące zadowolenie klienta, co dla każdej firmy ubezpieczeniowej jest motorem napędowym do wdrażania kolejnych innowacji.

TECHNOLOGIE BLIŻEJ KLIENTA

Dzięki zastosowaniu zaawansowanych technologii firmy ubezpieczeniowe zbliżają się do klienta i jego potrzeb bardziej niż kiedykolwiek wcześniej. UNIQA, która stawia na wielokanałowy dostęp klienta do usług ubezpieczeniowych (omnikanałowość), umożliwia zainteresowanym osobom kontakt z firmą poprzez różne ścieżki, takie jak strony internetowe, aplikacje mobilne czy media społecznościowe. Dzięki temu komunikacja staje się bardziej dostępna i efektywna. Ważne, by klient miał wybór odpowiadający jego preferencjom.

Technologia pozwala także na dopasowanie ceny ubezpieczenia do indywidualnych cech i potrzeb klientów. Zaawansowane modele taryfowe wykorzystują uczenie maszynowe (ang. *Machine Learning*), oparte na zagregowanych danych. Modele dynamicznej wyceny dostosowują ceny polis w czasie rzeczywistym,

uwzględniając zmieniające się czynniki ryzyka i warunki rynkowe. Pozwala to ubezpieczycielom oferować bardziej elastyczne oferty cenowe i jeszcze lepiej dopasować je do profilu klienta.

PRZYKŁADY WYKORZYSTANIA AI W UNIQA

- **Personalizacja komunikacji:** sztuczna inteligencja wspiera analizę preferencji klientów i pozwala na dostarczenie spersonalizowanych treści i ofert.
- **Chatboty i voiceboty:** Inteligentni asystenci w postaci robotów umożliwiają błyskawiczną komunikację i rozwiązywanie wielu problemów klientów, wspierając pracowników działów obsługi klienta.
- **Automatyzacja likwidacji szkód:** Wykorzystanie rozpoznawania i analizy obrazu (ang. *Image Recognition*) pozwala na szybkie ocenianie i zaklasyfikowanie powstałych szkód. Dzięki temu znacząco skraca się czas realizacji w procesie end-to-end, czyli od zgłoszenia szkody przez klienta do wypłaty środków.
- **Oferta i cennik usług:** Mądre wykorzystanie technologii pozwala również na utrzymanie konkurencyjności cenowej. Poprawa efektywności procesów wewnętrznych, osiągnięta m.in. dzięki wprowadzeniu automatyzacji, prowadzi do obniżenia kosztów operacyjnych, a w konsekwencji może prowadzić do oferowania na rynku atrakcyjniejszych cen.

TECHNOLOGIA W GRANICACH ETYKI

Przyszłość sztucznej inteligencji w branży ubezpieczeniowej jest obiecująca i rysuje przed nami perspektywę dalszego rewolucjonizowania tego sektora, zmieniając zarówno relacje z klientem, jak i wewnętrzne procesy. AI ma potencjał usprawnienia operacji, redukcji kosztów, poprawy doświadczeń klientów i napędzania innowacji na rynku ubezpieczeń. Ważne jest, aby zachować równowagę między korzyściami wynikającymi ze stosowania sztucznej inteligencji, a kwestiami etycznymi czy obawami dotyczącymi prywatności danych. Nie ma bowiem wątpliwości, że pomimo postępu technologicznego, w kwestiach związanych z etyką i odpowiedzialnością, ludzka rola w analizie, interpretacji i podejmowaniu ostatecznych decyzji wciąż pozostanie istotna. I w miarę jak technologia AI się rozwija, mogą pojawić się nowe wyzwania prawne i regulacyjne, które będą musiały być uwzględnione w przyszłych modelach biznesowych. □

Twoje dziecko może liczyć na pomoc.

Ubezpieczenie szkolne z opcją na wypadek hejtu w Internecie.



FUNDACJA
DAJEMY
DZIECIOM
SIŁĘ

1 zł z każdej sprzedanej polisy szkolnej przekazujemy na rzecz Fundacji.



MARTIN SZYMAŃSKI
Liability Claims Department Head, Crawford Polska



MATEUSZ EICHLER
Managing Director IKOR Polska

Wykorzystanie sztucznej inteligencji opartej o modele językowe w procesie likwidacji szkód

Sztuczna inteligencja, uczenie maszynowe czy też analityka dużych zbiorów danych (tzw. Big Data) to zagadnienia, które zdają się bić wszelkie rekordy popularności, zarówno w prasie, jak i opracowaniach naukowych i badawczych. – **MARTIN SZYMAŃSKI, MATEUSZ EICHLER**

Coś, co jeszcze niedawno stanowiło modną technologiczną nowinę, awansowało z czasem do rangi kryterium innowacyjności czy też istotnego czynnika rozwoju gospodarczego i wzrostu jego konkurencyjności. O doniosłości tych haseł niech świadczy choćby fakt, iż w wykazie tzw. Krajowych Inteligentnych Specjalizacji na rok 2023 – tj. trzynastu dziedzin uznanych przez Ministerstwo Rozwoju, Pracy i Technologii za priorytetowe dla rozwoju konkurencyjności polskiej gospodarki – pojęcie sztucznej inteligencji pojawia się sześciokrotnie. Od obszarów informatycznych narzędzi medycznych, po systemy zarządzania transportem. Od projektowania oraz wytwarzania materiałów i nanomateriałów, po automatyzację i robotyzację produkcyjnych procesów technologicznych. Od przemysłu kreatywnego, aż po technologie informacyjne, komunikacyjne oraz geoinformacyjne¹.

Wykorzystanie sztucznej inteligencji w branży ubezpieczeniowej nie jest pomysłem nowym. **Systemy automatycznej analizy zakresu uszkodzeń i wyceny wartości szkód czy też dynamicznego wyliczania składki ubezpieczeniowej działają z (różnym) powodzeniem już od kilku lat.**

Należy jednocześnie przypomnieć, iż nie jest to już jedynie domena uczestników rynku ubezpieczeniowego. Rozwiązania oparte na uczeniu maszynowym są również wykorzystywane przez organy nadzoru, o czym świadczyć może choćby głośne swojego czasu ogłoszenie o wdrożeniu w Komisji Nadzoru Finansowego narzędzia do weryfikacji wyceny rezerw techniczno-ubezpieczeniowych (Źródło: Cashless).

Wykorzystanie zaawansowanej sztucznej inteligencji, opartej o modele językowe (LLM – *Large Language Model*) takie jak ChatGPT (gdzie GPT to inaczej z ang. *Generative Pre-trained Transformer*) czy BERT (z ang. *Bidirectional Encoder Representation from Transformers*), wprowadza możliwości zastosowań SI na zupełnie nowy poziom. Kluczową cechą LLM, która to umożliwia jest bowiem rozumienie (i możliwość generowania) tekstu w języku naturalnym.

Gwałtowny rozwój, choćby wspomnianego już wcześniej narzędzia ChatGPT, to doskonały asumpt do tego, aby zapytać o zdanie głównego zainteresowanego. Czy uważa, że zastosowanie technologii LLM w procesach likwidacji szkód ubezpieczeniowych to dobry pomysł?

– *Tak, zastosowanie technologii opartych na modelach językowych w procesach likwidacji szkód ubezpieczeniowych może być bardzo korzystne i przynieść wiele zalet. Te technologie, takie jak zaawansowane systemy analizy tekstu i przetwarzania języka naturalnego, mogą znacząco usprawnić procesy likwidacji szkód* – odpowiada ChatGPT w wersji 3.5. Przyspieszenie procesu likwidacji szkód, poprawa precyzji w ocenie zasadności i wartości roszczeń oraz zwiększenie efektywności komunikacji z klientami to tylko niektóre z korzyści wynikających z wykorzystania LLM. W niniejszym artykule przyjrzymy się, jak SI może zmienić obszar likwidacji szkód ubezpieczeniowych, a także jakie korzyści i oszczędności może przynieść.

WYJAŚNIANIE ZAKRESU POKRYCIA UBEZPIECZENIOWEGO

SI może wspomóc proces obsługi szkody zanim zostanie ona zarejestrowana. LLM ma potencjał do analizy skomplikowanego języka OWU i wyjaśniania ubezpieczonym zakresu polisy oraz przypadków, w których ochrona nie zadziała. Przy pomocy

¹ Krajowe Inteligentne specjalizacje – szczegółowy opis. Wersja obowiązująca od 13 lutego 2023, (źródło: https://smart.gov.pl/images/Opisy-KIS_13.02.2023_accepted.pdf; dostęp: 14.08.2023 r.).

chata opartego o LLM, ubezpieczyciele mogą dostarczać klientom klarownych i zrozumiałych wyjaśnień, dotyczących umów ubezpieczenia i ich konkretnych polis, redukując jednocześnie potrzeby kadrowe Działu Obsługi Klienta.

EKSTRAKCYJA DANYCH Z DOKUMENTÓW SZKODOWYCH

Jednym z kluczowych obszarów, w których SI powoduje rewolucję, jest ekstrakcja danych z różnorodnych dokumentów zawierających tekst i nieustrukturyzowane dane, takich jak e-maile, załączniki, raporty służb czy faktury i rachunki. Dzięki algorytmom przetwarzania języka naturalnego, modele SI potrafią w sposób automatyczny analizować te dokumenty, wydobywać kluczowe informacje i wprowadzać je do struktur danych komputerowych systemów likwidacji szkód. Mechanizm ten pozwala na osiągnięcie kolejnego poziomu automatyzacji obsługi szkód i redukcji „czynnika ludzkiego” na etapie rejestracji szkody i wprowadzania danych.

BAZA WIEDZY I REKOMENDACJE W PROCESIE SZKODOWYM

Efektywność procesu likwidacji szkód jest kluczowa zarówno dla zwiększania zaufania dla sektora ubezpieczeń, jak i dla wyniku technicznego każdego zakładu ubezpieczeń. SI może wydatnie wspomóc ten proces poprzez budowę i automatyczne wykorzystanie bazy wiedzy o przetworzonych szkodach i konkretnych decyzjach podjętych w procesie ich obsługi. SI oparte o LLM mają zdolność ciągłego „douczenia się”. Wykorzystując udostępnione w formie usług sieciowych mechanizmy ChatGPT można zintegrować w procesie szkodowym stałe uzupełnianie bazy danych o przetworzone polisy i szkody, co pozwoli SI wykrywać wzorce i podobieństwa. Dzięki temu może ona sugerować pracownikom ubezpieczyciela optymalny sposób działania (albo przynajmniej taki, jaki już kiedyś zastosowano), co może wydatnie skrócić czas obsługi szkody. Mechanizm ten wpływa także pozytywnie na kompetencje zespołu likwidacji szkód i ich efektywne wykorzystanie.

KONWERSACYJNY INTERFEJS UŻYTKOWNIKA

Wykorzystanie języka naturalnego do komunikacji ze złożonymi systemami komputerowymi od zawsze było Świętym Graalem informatyki. SI oparte o LLM przybliżają te możliwości, chociaż skorzystanie z pełnego potencjału tego obszaru zastosowania wydaje się być nadal sprawą przyszłości.

Konwersacyjny interfejs użytkownika można obecnie zastosować do komunikacji z klientami końcowymi, by mogli oni zadawać pytania (przykład wskazany powyżej w artykule – pytania o zakres pokrycia polisy), zgłaszać roszczenia i uzyskiwać odpowiedzi w czasie rzeczywistym, eliminując konieczność długiego oczekiwania na wsparcie.

Przykładowo, klient zgłaszający szkodę może w prosty sposób opisać sytuację, a konwersacyjny interfejs SI może zadawać dodatkowe pytania doprecyzowujące, zależne od odpowiedzi uzyskanych wcześniej. Takie podejście do budowy interfejsu użytkownika ogranicza potrzebę stosowania rozbudowanych formularzy zgłaszania szkód, które mogą być świetnym rozwiązaniem z punktu widzenia integracji z systemem likwidacji szkód, ale niekoniecznie będą docenione przez klienta końcowego.

Wprowadzenie konwersacyjnych interfejsów użytkownika może stanowić krok w kierunku transformacji także sposobu pracy wewnętrznego zespołu likwidacji, ale obecnie trudno sobie

wyobrazić, by takie rozwiązanie wygrało z wyszkolonym i doświadczonym likwidatorem świetnie znającym swoje narzędzia pracy.

Podsumowując, korzyści i oszczędności wynikające z zastosowania SI opartych o LLM są analogiczne jak przy zastosowaniu tradycyjnych (opartych o reguły decyzyjne i integrację) systemów automatyzujących procesy szkodowe. Technologia ta wydaje się jednak oferować zupełnie nowe korzyści w obszarach do tej pory niedostępnych, gdzie użycie umysłu ludzkiego było do tej pory absolutnie konieczne ze względu na obecność tekstu w języku naturalnym. A korzyści te są interesujące:

- podniesienie efektywności (koszt, czas, oszustwo, wyciek informacji) procesu szkodowego,
- optymalizacja kompetencji i kosztów zespołu szkodowego,
- podniesienie jakości komunikacji i doświadczeń klienta końcowego (*Customer Journey*).

Perspektywy są obiecujące. Jest jednak jedno pytanie, które nurtuje niemal każdego praktyka sektora finansowego i ubezpieczeniowego: czy jesteśmy na to gotowi?

KSZTAŁTUJĄCE SIĘ DOPIERO RAMY REGULACYJNE

Potrzeba opracowania wspólnej wizji regulacji w zakresie sztucznej inteligencji zaczęła przybierać w Europie konkretniejszy wymiar z początkiem 2018 r.

– *Tak samo jak kiedyś silnik elektryczny i elektryczność, tak dziś sztuczna inteligencja zmienia nasz świat.* – te słowa Wiceprzewodniczącego Komisji Europejskiej Andrusa Ansipa towarzyszyły ogłoszeniu nowej inicjatywy Sztuczna inteligencja dla Europy.

W ramach wspomnianej inicjatywy Komisja Europejska podjęła się prac w trzech obszarach: wypracowania tzw. horyzontalnych ram regulacyjnych dotyczących systemów sztucznej inteligencji, przeglądu sektorowych i horyzontalnych przepisów dotyczących bezpieczeństwa produktów oraz wypracowania przepisów dotyczących kwestii odpowiedzialności związanych z systemami sztucznej inteligencji.

Horyzontalne ramy regulacyjne przybrały formę Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady ustanawiającej zharmonizowane przepisy dotyczące sztucznej inteligencji (akt w sprawie sztucznej inteligencji) i zmieniającej niektóre akty ustawodawcze Unii. Projekt ten przyjęty został przez Komisję Europejską w kwietniu 2021 r. i jest obecnie procedowany w ramach procedury 2021/0106/COD.

Reżim odpowiedzialności związanej z systemami sztucznej inteligencji przybrał formę Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie dostosowania przepisów dotyczącej pozaumownej odpowiedzialności cywilnej do sztucznej inteligencji (dyrektywa w sprawie odpowiedzialności za sztuczną inteligencję). Projekt tej dyrektywy został przyjęty przez Komisję Europejską we wrześniu 2022 r. i jest obecnie w toku prac legislacyjnych w ramach procedury 2022/0303/COD.

O ile prace legislacyjne na poziomie europejskim toczą się w stosunkowo intensywnym tempie, tak w Polsce temat ten jest obecnie na etapie

► **prac koncepcyjnych.** Cele i działania mające służyć rozwojowi w obszarze sztucznej inteligencji zaczęły się krystalizować wokół *Polityki dla rozwoju sztucznej inteligencji w Polsce od roku 2020*. Dokument ten stanowił Załącznik do uchwały nr 196 Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2020 r.

Wydaje się, iż podobną podstawę przybrał również i organ nadzoru finansowego, który wprost odniósł się do zagadnienia wykorzystania sztucznej inteligencji jedynie w kontekście świadczenia usług tzw. robo-doradztwa, tj. szczególnej formy usług doradztwa inwestycyjnego. Krajowy sektor finansowy – a tym samym sektor ubezpieczeń – nie doczekał się dotychczas jednolitych wytycznych nadzorczych, jak to miało choćby miejsce w 2021 r. w Niemczech, gdzie niemiecki organ nadzoru finansowego BaFin opublikował dokument w sprawie zasad wykorzystywania algorytmów, szczególnie algorytmów uczenia maszynowego.

Obecnie najbardziej intensywne prace analityczne realizuje m.in. Grupa Robocza ds. Sztucznej Inteligencji (GRAI), której celem jest wypracowanie rekomendacji służących zapewnieniu w Polsce odpowiednich warunków dla rozwoju zastosowań SI w przedsiębiorstwach i w sektorze publicznym, ale również wypracowanie propozycji projektów wykorzystujących zagadnienia SI oraz sposobów wsparcia rozwoju tych już wdrażanych, czy też opracowanie założeń kampanii edukacyjnych w tych zakresach.

Z początkiem sierpnia 2023 r. Podgrupa ds. etyki i prawa GRAI opublikowała Raport z analizy związku Aktu w sprawie sztucznej inteligencji z wybranymi obowiązującymi i projektowanymi regulacjami prawnymi.

Raport ten wskazuje wprost, że wejście w życie proponowanej regulacji może mieć wpływ na aktualność dotychczasowych wytycznych organów nadzoru.

W zakresie odnoszącym się bezpośrednio do działalności operacyjnej zakładów ubezpieczeń, autorzy raportu wskazują wręcz na konieczność preredagowania w całości dwóch, dość istotnych dla praktyki zbiorów zasad: *Wytycznych dotyczących zarządzania obszarami technologii informacyjnej i bezpieczeństwa środowiska teleinformatycznego w zakładach ubezpieczeń i zakładach reasekuracji oraz Komunikatu Urzędu Komisji Nadzoru Finansowego dotyczącego przetwarzania przez podmioty nadzorowane informacji w chmurze obliczeniowej publicznej lub hybrydowej*.

W świetle powyższego łatwo o chwilowy defetyzm – wydaje się bowiem, iż obecne otoczenie prawne całego rynku, w tym ubezpieczeniowego, nie jest jeszcze gotowe na sztuczną inteligencję. Pewnych obaw przysparza dodatkowo specyfika regulacyjna sektora finansowego oraz skala wzajemnego niezrozumienia uwypuklonego przez wspomnianą specyfikę.

Pamiętać bowiem należy, iż od sektora ubezpieczeń – podobnie jak i od całego rynku finansowego – oczekuje się systemowej stabilności i funkcjonowania w reżimie tzw. podejścia bazującego na ryzyku. Podejście to w konsekwencji wymaga definiowania i klasyfikacji ryzyka. Jednym z podstawowych celów procedowanego obecnie unijnego projektu rozporządzenia w sprawie sztucznej inteligencji było właśnie ustanowienie jednolitych zasad definiowania klasyfikowania systemów sztucznej inteligencji według ich poziomu ryzyka. I właśnie u tych podstaw

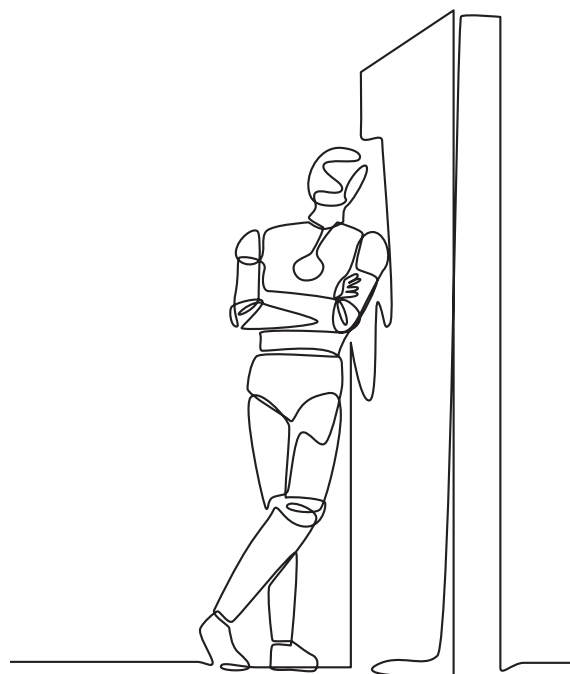
zaobserwować można skalę wzajemnego niezrozumienia – najczęściej kontrowersji obserwuje się bowiem w zakresie definicji sztucznej inteligencji, czy też katalogu systemów klasyfikowanych jako systemy wysokiego ryzyka.

Wydaje się jednak, że nie wszystko stracone. Optymizmem napawa w tym wypadku stanowisko Europejskiego Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń i Pracowniczych Programów Emerytalnych (EIOPA), tj. organu skupiającego reprezentantów wszystkich krajowych organów nadzoru.

W swoim liście do legislatorów rozporządzenia w sprawie sztucznej inteligencji z dnia 4.07.2022 r., Przewodnicząca EIOPA wprost przypomina, iż od dekad analiza danych jest fundamentem branży ubezpieczeniowej zarówno w zakresie aktuariatu, underwrittingu, ale również procesu obsługi szkodowej. Co więcej, taka działalność analityczna od lat korzysta z rozwiązań opartych na technologii uczenia maszynowego, a rosnące zagrożenia są na bieżąco monitorowane zarówno przez EIOPA, jak i przez krajowe organy nadzoru.

W konsekwencji EIOPA argumentuje, iż przypadki użycia sztucznej inteligencji specyficzne dla branży ubezpieczeniowej nie powinny być uwzględniane w katalogu systemów o wysokim ryzyku zgodnie z rozporządzeniem w sprawie sztucznej inteligencji oraz aby dalszą specyfikację regulacyjnych ram funkcjonowania SI pozostawić w gestii przepisów sektorowych, opierając się na już istniejących wymaganiach sektorowego zarządzania, zarządzania ryzykiem, prowadzenia działalności gospodarczej oraz nadzoru nad produktami ubezpieczeniowymi.

Czy powyższy głos zostanie usłyszany – powinno okazać się do końca bieżącego roku, na kiedy to planuje się zakończenie prac legislacyjnych nad rozporządzeniem w sprawie sztucznej inteligencji. □



© Simple Line/stock.adobe.com



MAREK WASILEWSKI
dyrektor Pionu Szkód w LINK4

Prostota i szybkość dla klienta

Klienci LINK4 korzystają już z nowej aplikacji do wyceny szkody, która wykorzystuje sztuczną inteligencję. Pozwala ona na obsługę szkód komunikacyjnych w czasie rzeczywistym.

— MAREK WASILEWSKI, DYREKTOR PIONU SZKÓD W LINK4

Technologia Tractable, wykorzystana w aplikacji dostępnej już dla klientów LINK4, płynnie prowadzi ich przez proces robienia i przesyłania zdjęć pojazdu przy pierwszym zgłoszeniu szkody. Sztuczna inteligencja analizuje przesłane zdjęcia z precyzyjną dokładnością i szybko ocenia koszty naprawy, praktycznie bez potrzeby udziału człowieka.

W CZASIE RZECZYWISTYM

Wyliczony na tej podstawie kosztorys jest dostępny dla klienta już w ciągu 30 sekund. Dzięki temu może on szybko podjąć decyzję dotyczącą dalszego postępowania i przesłać informację do opiekuna szkody LINK4, co znacząco przyspiesza proces jej likwidacji. Wykorzystanie tej technologii oznacza, że po raz pierwszy w Polsce ubezpieczający mogą przeglądać i akceptować lub odrzucać wycenienia kosztów naprawy AI bezpośrednio w aplikacji, wykorzystując w pełni zautomatyzowany proces. Tym samym, po raz pierwszy zapewniamy klientom obsługę szkód w czasie rzeczywistym. To rozwiązanie wpisuje się w naszą misję, mówiącą o tym, że ubezpieczenia powinny być proste. Dzięki procesowi automatyzacji przy kompleksowej ocenie uszkodzeń aut nasi klienci otrzymują dokładne wycenienia kosztów naprawy niemal natychmiast. To dla nich ogromne ułatwienie.

Do likwidacji szkód z wykorzystaniem sztucznej inteligencji kwalifikują się przypadki uszkodzeń elementów zewnętrznych pojazdu. Dziś jeszcze AI nie jest w stanie wykonać kalkulacji uszkodzeń, które znajdują się pod błotnikiem, maską czy zderzakiem. Są to więc szkody stosunkowo niewielkie, do których dochodzi przy mniejszych kolizjach, zamykające się w kwocie średnio do ok. 3 tys. zł. Wstępną segmentację szkód przeprowadzamy m.in. w oparciu o modele predykcyjne, które oceniają, która szkoda nadaje się do likwidacji w ramach ścieżki uproszczonej, a która musi przejść tradycyjne oględziny, wykonywane przez rzeczoznawcę.

Proste szkody mogą być likwidowane z użyciem naszego nowego rozwiązania, w którym silnik sztucznej inteligencji potrafi już całkowicie sam wyliczyć kosztorys. Wie, jaki ma zadać czas na naprawę, lakierowanie itp. Oczywiście wykonuje wszystko zgodnie z technologią producenta, bo robi to w systemie kalkulacyjnym dokładnie takim samym, w jakim robiłby to człowiek.

KLIENT PRZEDE WSZYSTKIM

Ostateczną decyzję podejmuje oczywiście klient, który wyraża zgodę na uproszczoną likwidację szkody z wykorzystaniem AI. Nie musi tego robić, może po prostu pojechać do warsztatu albo poprosić, żeby przyjechał nasz mobilny ekspert i obejrzał uszkodzone auto.

Jednak po 3 miesiącach od wdrożenia aplikacji już śmiało możemy stwierdzić, że zaproponowane przez nas rozwiązanie jest bardzo dobrze odbierane przez klientów. Zresztą, generalnie poziom NPS obrazujący zadowolenie klientów LINK4 z procesu likwidacji szkód kształtuje się powyżej 50. Dziś mniej więcej ok. 35% z nich wybiera likwidację bez udziału człowieka. Nasz nowy tryb z wykorzystaniem sztucznej inteligencji od Tractable dodatkowo przyspiesza cały proces: wystarczy kilka zdjęć wykonanych przez klienta i kosztorys gotowy jest mniej więcej w 30 sekund. Całą likwidację szkody możemy zatem zamknąć w ok. godzinę. Dotychczas najszybciej udało nam się to zrobić w 48 minut – od zgłoszenia do wypłaty.

Głównym celem wykorzystania sztucznej inteligencji w procesie likwidacji szkód jest dla nas właśnie ta szybkość dla klienta. Uważamy, że rozwiązanie stworzone we współpracy z Tractable jest na tyle niemyślące się, że przy prostych szkodach możemy na nim polegać, nie musimy sprawdzać po nim wycenień, a od razu udostępnić kosztorys klientowi.

Aleksander Surowiak, dyrektor sprzedaży w Tractable:

„LINK4 znany jest ze swojej innowacyjności w stosowaniu pionierskich aplikacji cyfrowych, takich jak sztuczna inteligencja, które podnoszą standardy obsługi klienta w ubezpieczeniach. Partnerstwo z LINK4 pokazuje potencjał sztucznej inteligencji zarówno w kraju, jak i szerszym, globalnym sektorze ubezpieczeniowym. Cieszymy się, że nasza współpraca wciąż się rozwija i dzięki czemu możemy nieustannie poprawiać doświadczenia klienta”.

KOLEJNY ETAP

W kolejnych krokach chcielibyśmy wypracować takie rozwiązania, które pozwoliłyby całkowicie zautomatyzować proces likwidacji szkody, również w części merytorycznej, przy analizie dokumentacji, odpowiedzialności itd. Oczywiście nie we wszystkich przypadkach, bo nie zawsze jest to przecież możliwe, ale właśnie przy tych prostych szkodach. Na tym będziemy się skupiać w najbliższej przyszłości. □

**MACIEJ ZABÓJ**

starszy menedżer w Zespole Usług Aktuarnych
w KPMG w Polsce

**ALEKSANDRA FOŚCIAK**

ekspert w Zespole Usług Aktuarnych
w KPMG w Polsce

Inflacja w Polsce i na świecie: szanse i zagrożenia dla rynku ubezpieczeń

Z inflacją mierzymy się już od jakiegoś czasu. Mając na uwadze dużą niepewność, warto zastanowić się, jakie czekają nas perspektywy w kontekście inflacji. W teorii, inflację często rozróżnia się na inflację popytową, związaną z nadmiernym popytem, jak i inflację kosztową związaną ze wzrostem cen dla producentów. Pandemia stworzyła podatny grunt dla obu typów inflacji.

– MACIEJ ZABÓJ, ALEKSANDRA FOŚCIAK

W pierwszym etapie pandemii blokady wywołały poważne wstrząsy popytowe, tzn. nastąpiła rezygnacja z konsumpcji na rzecz oszczędzania. Gdy tylko gospodarki ponownie się otworzyły, nastąpił znaczny wzrost konsumpcji, firmy zaczęły podnosić ceny z minimalnym ryzykiem utraty klientów. W standardowych warunkach producenci ograniczają produkcję, spodziewając się spadku dochodów konsumentów, co powoduje niedobór towarów. Zamiast tego, dzięki dużemu wsparciu fiskalnemu ze strony rządów, stało się coś przeciwnego.

W trakcie pandemii nastąpił jeszcze jeden efekt, pandemia zakłóciła łańcuchy dostaw i stworzyła wąskie gardła, które zwiększyły koszty produkcji i importu, a tym samym spowodowały wzrost cen. Dodatkowym czynnikiem, jaki miał znaczenie były wojna na Ukrainie oraz związany z tym wzrost cen energii i żywności. Wszystkie te czynniki doprowadziły do szoku inflacyjnego.

Zgodnie z danymi przekazanymi przez Główny Urząd Statystyczny w lipcu br. inflacja CPI wzrosła o 10,8% w porównaniu z analogicznym miesiącem ubiegłego roku i jest to najniższy poziom indeksu cen towarów i usług konsumpcyjnych w Polsce od kwietnia 2022 roku. Zgodnie z komunikatem wzrosły ceny żywności i napojów bezalkoholowych oraz nośników energii (odpowiednio o 5,6% i 16,7% rok do roku), a ceny paliw do prywatnych środków transportu spadły o 15,5% rok do roku. Od kilku miesięcy globalnie, jak i w szczególności w Polsce, doświadczamy zjawiska deflacji, czyli spadku tempa wzrostu cen. Ten efekt najprawdopodobniej wynika z dwóch czynników

– wysokiej bazy sprzed roku oraz z obniżających się cen paliwa i węgla na rynkach światowych. W wyniku tych wpływów inflacja CPI w Polsce obniżyła się od lutego do maja o ponad 5 punktów procentowych.

INFLACJA – RYZYKA DLA SEKTORA UBEZPIECZEŃ

W wyniku rosnących kosztów likwidacji szkód oraz wzrostu odszkodowań spodziewalibyśmy się podwyżek cen ubezpieczeń majątkowych. Inflacja powinna przekładać się na wzrost cen ubezpieczeń i w większości segmentów rynku obserwujemy intuicyjny wzrost cen polis zgodnie z kierunkiem inflacji, jednak doświadczenia minionych miesięcy wciąż wskazują na istniejącą walkę o udziały w rynku ubezpieczeń OC komunikacyjnym (co prowadzi do spadku cen polis w tej części rynku). To podejście zakładów przekłada się na wyniki i w 3. kwartale 2022 r. branża zanotowała stratę techniczną w OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. To pozwala sądzić, że spadek cen ubezpieczeń OC nie będzie trwały i ceny OC pójdą w górę. Poza wysoką inflacją wydaje się, że na wzrost cen za OC komunikacyjne istotny wpływ wywrą również rekomendacje Komisji Nadzoru Finansowego dotyczące likwidacji szkód z OC komunikacyjnego, które obowiązują od 1 listopada 2022 roku – w efekcie rekomendacji ceny powinny być wyznaczane z uwzględnieniem wypłaty odszkodowania zapewniającej doprowadzenie pojazdu do stanu „jak nowy” z wykorzystaniem oryginalnych części. Wszystkie te rozważania prowadzą do wniosku, że **w obszarze ubezpieczeń OC posiadaczy pojazdów mechanicznych możemy spodziewać się w najbliższym czasie naturalnych wzrostów zgodnie z kierunkiem inflacji.**

W kontekście rynku ubezpieczeń na życie dominujący wpływ na poziom cen polis w ostatnich latach stanowiła pandemia i wzrost szkodowości w jej wyniku. Ten wpływ dominował nad rosnącą inflacją. Obecnie obserwowana jest stabilizacja w zakresie szkodowości, jednak wciąż poziom ten przewyższa normy sprzed pandemii, co w dużej mierze wynika z opóźnionych diagnoz jako konsekwencji zaniedbań w profilaktyce oraz utrudnień w dostępie do służby zdrowia. Jednocześnie usługi lekarskie i szpitalne podrożały w 2022 r. aż o 15-17% i ceny wynikające ze spadku szkodowości w minionym roku były korygowane przez wzrost kosztów świadczeń.

Warto spojrzeć również na bilans majątkowych zakładów ubezpieczeń – tutaj wyraźnie widoczny jest wpływ inflacji na koszty likwidacji szkód oraz wartość świadczeń. **Wzrost poziomu cen oznacza, że koszty naprawy oraz odtworzenia majątku zwiększają się, co naturalnie przekłada się na konieczność wypłaty większych odszkodowań i jednocześnie podniesienie rezerw.** Całość tych zmian, pomimo wzrostu wartości aktywów, wpływa na spadek wyniku technicznego ubezpieczeń majątkowych w ostatnich latach.

Jednocześnie ubezpieczyciele muszą odpowiedzieć na wyzwania związane z wypłacalnością, jakie stwarza inflacja. Należy zwrócić uwagę, że wpływ ten nie jest jednoznaczny i zależy od struktury posiadanych przez zakłady aktywów i zobowiązań oraz dalszych ruchów stóp procentowych. W celu lepszego zrozumienia efektu zmian wskaźnika wypłacalności możemy odnieść się do głównych aspektów związanych z inflacją:

- Wzrost kosztów odszkodowań – inflacja prowadzi do wzrostu kosztów odszkodowań, co z kolei wpływa na wysokość środków, jakie zakłady ubezpieczeń muszą zarezerwować na pokrycie tych roszczeń. Wyższe koszty odszkodowań mogą zatem prowadzić do niższego wskaźnika pokrycia wymogów kapitałowych.
- Zmiana stóp procentowych i wartości aktywów – wartość nieruchomości, akcji lub innych inwestycji wzrasta w wyniku inflacji, jednakże, jeśli zakłady ubezpieczeń posiadają długoterminowe zobowiązania, takie jak polisy rentowe lub emerytalne, to wzrost inflacji (a w efekcie wyższe stopy procentowe), może prowadzić do niższej wartości aktualnej, a więc pośrednio na wskaźnik pokrycia wymogów kapitałowych.

Rynkowo widoczny jest spadek SCR ratio zarówno dla zakładów ubezpieczeń majątkowych, jak i życiowych w porównaniu do wyników na koniec roku 2021, jednak określenie wpływu zależy od indywidualnej sytuacji zakładu ubezpieczeń.

INFLACJA – SZANSE DLA SEKTORA UBEZPIECZEŃ

Następstwa inflacji to nie tylko ryzyka dla sektora ubezpieczeń, ale także potencjalne szanse. **Wstrząsy finansowe wpływają na zwiększenie świadomości ryzyka, co stanowi podatny grunt dla wzrostu popytu na ubezpieczenia.** W kontekście ubezpieczeń na życie najistotniejszym aspektem wynikającym z nasilenia inflacji jest wzrost stóp procentowych. W związku ze zmianą stóp procentowych ocenia się podwyższonego zainteresowania na produkty ubezpieczeniowe na życie zorientowane na oszczędzanie, charakteryzujące się wyższymi zyskami i cechami ochrony przed inflacją. Również na atrakcyjności mogą zyskać produkty z gwarancjami oraz strukturą, dając szanse na wyższe niż dotychczas rentowności.

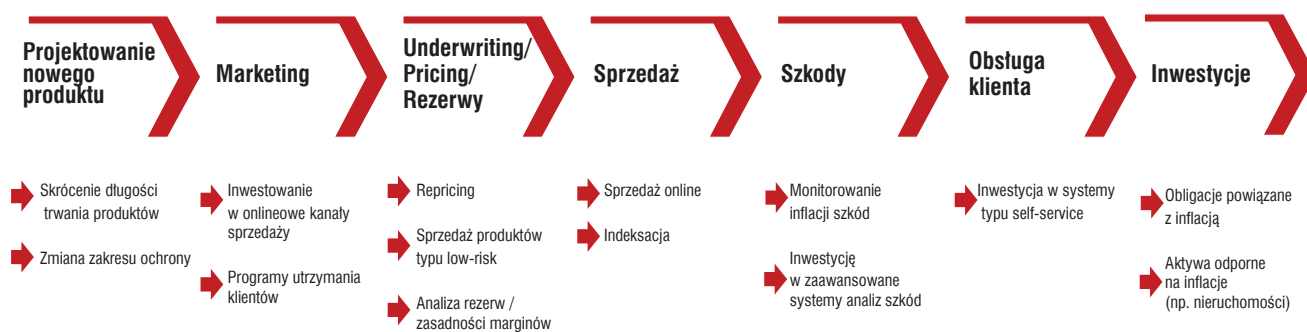
Klienci oczekują jednak odpowiednich reakcji ze strony sektora ubezpieczeń. W zakresie projektowania produktu dobrym kierunkiem wydaje się zmiana zakresu ochrony na bardziej dopasowany do bieżących potrzeb klienta, w tym zwiększenie nacisku na zapobieganie stratom i odpowiedź na problemy z przystępnością cenową (zwiększenie oferty tańszych i jednocześnie mniej ryzykownych produktów). Zakłady ubezpieczeń na życie mogą wrócić do programów długoterminowego oszczędzania z szerokim wachlarzem strategii inwestycyjnych, co ma sens ekonomiczny jednak wtedy, kiedy mamy dodatnie realne stopy procentowe. W celu poprawy sprzedaży pojawia się również potrzeba propozycji indeksacji składki i sumy ubezpieczenia dla istniejących produktów, aby bardziej dopasować świadczenie do bieżących kosztów.

W odpowiedzi na potrzeby klienta pożądana jest również zmiana strategii marketingowych (oparta na lepszym profilowaniu klientów i zrozumieniu ich potrzeb) oraz, przy wykorzystaniu online'owych kanałów sprzedaży, skrócenie czasu od zgłoszenia do wystawienia polisy. Warto rozważyć również inwestycje w zaawansowane systemy analiz szkód czy systemy typu self-service, zwiększając efektywność kosztową.

ŚREDNIO I DŁUGOTERMINOWA PERSPEKTYWA INFLACJI

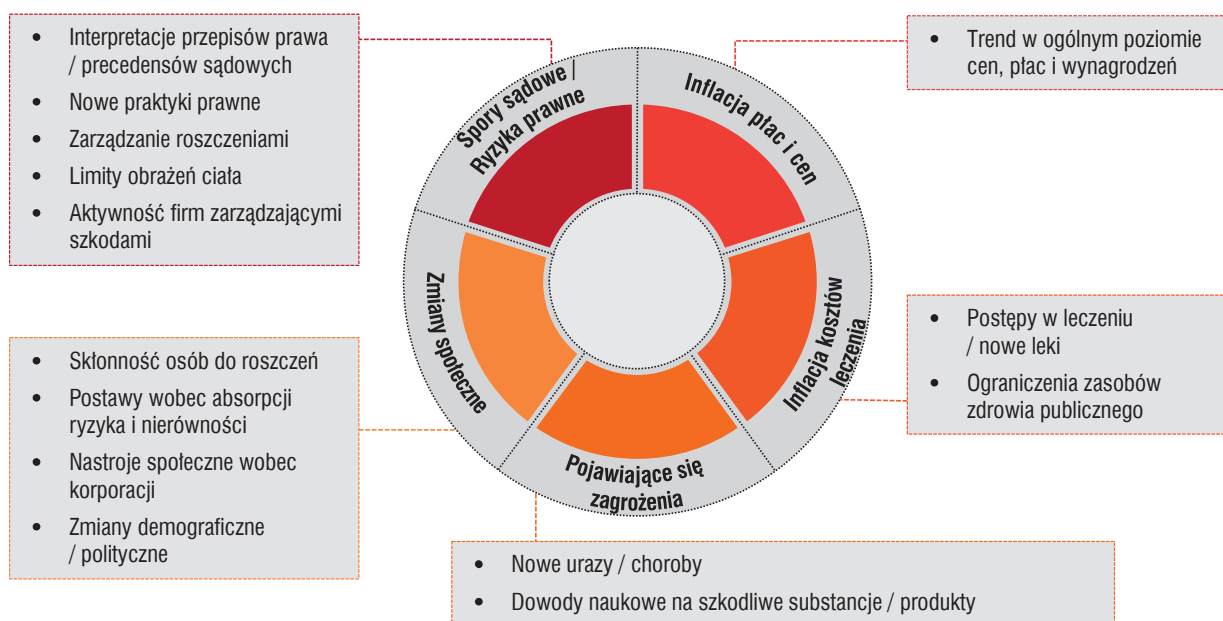
Kluczowe czynniki ryzyka w najbliższych 2-3 latach opierają się o ryzyka związane z dalszym przebiegiem agresji zbrojnej Rosji

Szanse dla sektora ubezpieczeń



Źródło: Opracowanie własne.

Inflacja społeczna – czynnik średnioterminowy



Źródło: Opracowanie własne.

na Ukrainę, podaż i popyt na surowce energetyczne na świecie, efekty zacieśniania polityki pieniężnej przez banki centralne, planowane działania osłonowe antyinflacyjne rządu oraz polityka społeczna państwa w zakresie redystrybucji dochodu oraz dostępność i efektywność wykorzystania środków z UE.

Kluczowym średnioterminowym czynnikiem jest inflacja społeczna.

Odnosi się do wszystkich sposobów, w jakie koszty roszczeń ubezpieczycieli wzrosną ponad ogólną inflację gospodarczą (tj. wzrost płac i cen), co będzie miało wpływ na koszty napraw i/lub wymiany uszkodzonego mienia. Ujmuje zatem wzrost kosztów związanych z: nieprzewidywanymi pojawiającymi się zagrożeniami związanymi na przykład z nowymi materiałami lub technologiami, zmianami w otoczeniu prawnym, ewoluującymi postawami i preferencjami społecznymi w kierunku sprawiedliwej absorpcji ryzyka oraz zmianami demograficznymi. Taki wzrost kosztów szkód nazywany jest również jako „inflacja nałożona”. **Inflacja społeczna uwzględnia wzrost kosztów likwidacji szkód i kosztów leczenia, na które ubezpieczyciele są często szczególnie narażeni.** Te ostatnie zwykle są już obecne w regularnych wskaźnikach inflacji ekonomicznej, ale takie miary mogą nie uwzględniać w adekwatny sposób postępu w technologii medycznej, który tworzy nowe terapie, zmienia koszty leczenia i wydłuża życie poważnie rannych ubezpieczonych.

Warto zwrócić uwagę również na czynniki, jakie wpłyną na inflację w długim terminie, obecnie nazywa się to inflacją 3D, tj. dekarbonizacja, deglobalizacja oraz demografia. Dekarbonizacja, to koszty związane z zielonymi inwestycjami, które są kapitałochłonne i mogą powodować wzrost wydatków. Podatki węglowe będą wywierać presję na wzrost cen, a np. potrzeba ponownego zalesiania i rosnące zapotrzebowanie na biopaliwa mogą spowodować wzrost cen żywności i wpłynąć na inflację cenową.

Kolejnym czynnikiem jest deglobalizacja. Reshoring produkcji zwiększa koszty i ceny, wojny handlowe destabilizują systemy ekonomiczne i napędzają inflację. Demografia, a dokładnie niekorzystna struktura społeczna związana ze wzrostem liczby osób pobierających świadczenia emerytalne, powoduje zwiększenie wydatków publicznych związanych ze zdrowiem i systemami emerytalnymi, spadek liczby ludności w wieku produkcyjnym, rosnące koszty produkcji oraz mniejszą skłonność młodszych pokoleń do oszczędzania.

Ponadto starzenie się społeczeństw wiąże się z niższymi oczekiwaniami dotyczącymi wzrostu, co prowadzi do znacznego ograniczenia inwestycji. Osoby starsze są często bardziej uzależnione od swoich oszczędności i emerytur. W konsekwencji prowadzi to do zmiany stylu życia. Są zmuszeni wydawać mniej, co przyczynia się do osłabienia popytu gospodarczego. Ponadto większa liczba osób starszych preferuje niższą inflację ze względu na jej efekty redystrybucyjne.

Niektóre polityki, takie jak te mające na celu zwiększenie wskaźnika urodzeń, będą wymagać długiego czasu, zanim staną się skuteczne; inne, takie jak polityka zwiększająca imigrację również wpływają na popyt na rynku pracy. Programy rządowe starają się ponownie wprowadzić na rynek pracy więcej osób starszych. Część z tych ostatnich wraca do pracy dobrowolnie, ponieważ jest to korzystne dla ich zdrowia i samopoczucia. Inni są zmuszeni do powrotu do pracy z powodu trudności finansowych.

Prognozy sugerują, że politycy będą powstrzymać się od zbytniego podnoszenia stóp procentowych z obawy przed recesją. Dzieje się tak pomimo tego, że niektórzy komentatorzy twierdzą, że recesja jest konieczna do ujarznienia inflacji. Patrząc na zachodzące zmiany, wszystko wskazuje na to, że z podwyższoną inflacją pozostaniemy na dłużej. □

wefox utworzył specjalny departament zajmujący się AI

Wykorzystanie sztucznej inteligencji w biznesie to gorący temat ostatnich lat. wefox, dążąc do zrewolucjonizowania rynku ubezpieczeń i uczynienia go 10 razy lepszym w każdym z obszarów, również bardzo aktywnie pracuje nad wykorzystaniem potencjału AI w swojej działalności.



LORAND HEISSMANN
Direktor Generalny, oddział wefox w Polsce

WEFOX OTWORZYŁ BIURO AI W PARYŻU

W marcu 2021 r. powstał specjalny zespół wefox zajmujący się sztuczną inteligencją, składający się z 27 osób i mający siedzibę w Paryżu. Jesteśmy bardzo dumni z wyników jego pracy. Globalny zespół od samego początku pracuje nad optymalizacją procesów i technologiami wspieranymi przez sztuczną inteligencję, które są już wykorzystywane w takich obszarach, jak obsługa klienta, zarządzanie reklamacjami czy procesy aplikacyjne.

Stopień zaawansowania prac nad procesem optymalizacji opartym na sztucznej inteligencji różni się na lokalnych rynkach, ale wszędzie tam, gdzie jest on wdrażany, ma na celu wsparcie agentów, brokerów, przedstawicieli obsługi klienta czy likwidatora szkód. Dzięki tym procesom możliwe będzie jeszcze szybsze reagowanie na roszczenia, komunikację z klientem wspieraną przez sztuczną inteligencję oraz spersonalizowane doradztwo cyfrowe. Pozwoli to również ograniczyć pracę biurową i administracyjną oraz skupić się na jeszcze lepszej obsłudze klienta, w wyniku czego każda ze stron będzie bardziej zadowolona.

W przyszłości wszystkie te funkcje zostaną płynnie zintegrowane z wymaganiami pracy agentów lub brokerów, począwszy od dostępu każdego z nich do potężnego wirtualnego asystenta za naciśnięciem jednego przycisku.

WEFOX LEADMATE W SZWAJCARII

Przykładem praktycznego zastosowania sztucznej inteligencji przez wefox jest Szwajcaria. Lokalny szwajcarski zespół wefox, we współpracy z globalnym Analytics Center of Excellence znajdującym się w Paryżu, opracował narzędzie, które wykorzystuje sztuczną technologię, aby idealnie dopasować swoich klientów do odpowiednich ekspertów ubezpieczeniowych. LeadMate to algorytm uczenia maszynowego, który łączy właściwego klienta i doradcę. Jest również ekspertem w znajdowaniu idealnego dopasowania.

LeadMate wykonuje ponad pół miliona obliczeń dziennie, co oznacza, że dystrybuje 30 leadów na sekundę. Dzięki LeadMate i z pomocą dostosowanego modelu uczenia maszynowego, dla każdego klienta dobierany jest odpowiedni konsultant. Inne elementy rozwiązania określają również, kiedy najlepiej wykonać telefon i jak często dzwonić do klienta, jest to ustalane indywidualnie na podstawie charakterystyki potencjalnego klienta. W wyniku lepszego dopasowania usługa jest bardziej efektywna. Dzięki temu klienci lepiej dogadują się z osobą kontaktową i szybciej budują zaufanie. Pozwala to na zmniejszenie liczby błędów i ogromną oszczędność czasu dla konsultantów. Ostatecznie wdrożenie prowadzi do zadowolenia klientów i wyższego współczynnika konwersji zawieranych umów. W rezultacie konwersja leadów wzrosła o 30%.

Podsumowując, korzyści z korzystania z LeadMate to:

- Oszczędność czasu i zwiększenie konwersji w Szwajcarii;
- Ograniczenie pracy ręcznej i zwiększenie efektywności spotkań;
- Natychmiastowa dystrybucja leadów;
- Wydajność do 30 leadów na sekundę;
- Efektywniejsza optymalizacja dopasowania poprzez zmniejszenie ilości błędów w dystrybucji, dzięki automatycznie stosowanym regułom i filtrom;
- Ułatwienie pracy menedżerów, którzy mogą poświęcić więcej czasu i uwagi na inne aktywności, takie jak szkolenie agentów call center lub eksperymentowanie z nowymi strategiami dystrybucji.

PRZYSZŁOŚĆ AI

Choć sztuczna inteligencja nadal wymaga nadzoru i ciągłego uczenia się, ta przełomowa technologia ma potencjał, aby znacznie zwiększyć efektywność ubezpieczeń. Usprawnienie procesów, znaczące zwiększenie możliwości analitycznych, przyspieszenie przetwarzania danych, optymalizacja podejmowanych decyzji i wyborów, zmniejszenie biurokracji itp. zmienia oblicze ubezpieczeń na bardziej przyjazne konsumentom, szybsze i łatwiejsze w realizacji. wefox pracuje nad wykorzystaniem tych szerokich możliwości w swojej codziennej działalności. Będą one stosowane, w zależności od rozwoju oraz specyfiki biznesu, również na rynkach lokalnych.

WEFOX

wefox to ubezpieczyciel wywodzący się z Niemiec, obecny na 8 europejskich rynkach. Od początku swojej działalności jest ubezpieczycielem cyfrowym, ale za swoją główną siłę dystrybucyjną uważa pośredników ubezpieczeniowych. W 2022 roku wefox otrzymał tytuł #1 insurtech na świecie, a wartość firmy przekroczyła 4,5 mld USD. Zgodnie z globalną misją, wefox chce uczynić ubezpieczenia dziesięć razy lepszymi dzięki nowoczesnej technologii. Innowacyjność jest jednym z głównych czynników rozwoju firmy, dlatego powstał specjalny zespół pracujących nad praktycznym wykorzystaniem AI.

Na polskim rynku wefox rozpoczął działalność w 2021 roku z ofertą ubezpieczeń komunikacyjnych OC i AC oraz ubezpieczeń mieszkaniowych. Od tego czasu nieustająco rośniemy. Dzięki współpracy z ponad 10 000 agentów i przemyślanej strategii, wefox jest obecnie jedną z najszybciej rozwijających się firm insurtech w Polsce. Naszym głównym celem jest uczynienie ubezpieczeń prostymi i uczciwymi, zapewniającymi ludziom bezpieczeństwo i ochronę przed ryzykiem. Koncentrujemy się na systematycznym wzroście organicznym i zrównoważonym rozwoju, który opiera się na budowaniu jak najlepszych relacji z klientami, agentami, partnerami, sieciami i pracownikami. Wprowadzanie innowacji to jeden z kluczowych elementów naszej strategii. □

wefox



ANDRZEJ DANILUK
konsultant w warszawskim biurze
McKinsey. Wspiera klientów
z sektora ubezpieczeniowego



RAFAŁ DOMAŃSKI
partner w warszawskim biurze
McKinsey, wspiera zakłady ubezpieczeń
w obszarze likwidacji szkód



MICHAŁ MIKTUS
menedżer w warszawskim biurze
McKinsey. Wspiera klientów
z sektora ubezpieczeniowego



DAWID RADWAN
partner lokalny w warszawskim
biurze McKinsey. Wspiera klientów
z sektora ubezpieczeniowego

Główne korzyści i ryzyka płynące z wykorzystania technologii GenAI w ubezpieczeniach

Od momentu publicznego udostępnienia ChatGPT nie gasną dyskusje o przełomowej roli GenAI (ang. *Generative Artificial Intelligence*, Generatywna Sztuczna Inteligencja) w kształtowaniu środowiska biznesowego przyszłości. Organizacje, które rozwiną swoje kompetencje w tym obszarze, będą mogły zyskać znaczną przewagę konkurencyjną, również w sektorze ubezpieczeń. Jak najlepiej przygotować swoją organizację, by zmaksymalizować szanse i zminimalizować ryzyka wiążące się z wykorzystaniem GenAI? – **ANDRZEJ DANILUK, RAFAŁ DOMAŃSKI, MICHAŁ MIKTUS, DAWID RADWAN**

Aby pojąć ogrom korzyści płynących z wykorzystania generatywnej sztucznej inteligencji, warto zacząć od zrozumienia, czym jest GenAI i czym jej możliwości różnią się od „tradycyjnych” technologii sztucznej inteligencji, z których korzystają zakłady ubezpieczeń, na przykład, do przewidywania rezygnacji klientów, rekomendowania najlepszych produktów dostosowanych do każdego klienta indywidualnie czy wspomaganie wykrywania nadużyć.

Kluczową różnicą jest zdolność do tworzenia nowych treści. Treści te mogą być dostarczane w wielu formach, w tym jako tekst (np. artykuły lub odpowiedzi na pytania), obrazy, które wyglądają jak zdjęcia lub filmy i reprezentacje 3D (takie jak sceny i krajobrazy w grach wideo).

Większość generatywnych modeli sztucznej inteligencji tworzy treści w jednym formacie, lecz coraz większą popularność zdobywają modele multimodalne, które mogą na przykład tworzyć slajdy lub strony internetowe zawierające zarówno tekst, jak i grafikę, w oparciu o polecenia użytkownika.

Wszystko to jest możliwe dzięki wyszkoleniu modeli głębokich sieci neuronowych (ang. *Deep Neural Networks*) na ogromnych ilościach nieustrukturyzowanych danych i zastosowaniu „mechanizmów uwagi” (ang. *Attention Mechanism*), czyli techniki, która pomaga modelom sztucznej inteligencji zrozumieć, na czym powinny się skupić. Dzięki nim GenAI może identyfikować wzorce słów, relacje i kontekst podpowiedzi użytkownika (na przykład zrozumienie, że „niebieski” w zdaniu „Kot usiadł na macie, która była niebieska” reprezentuje kolor maty, a nie kota). Co ważne, **tradycyjna sztuczna inteligencja również może wykorzystywać sieci neuronowe i mechanizmy uwagi, lecz jej modele nie są przeznaczone do tworzenia nowych treści.**

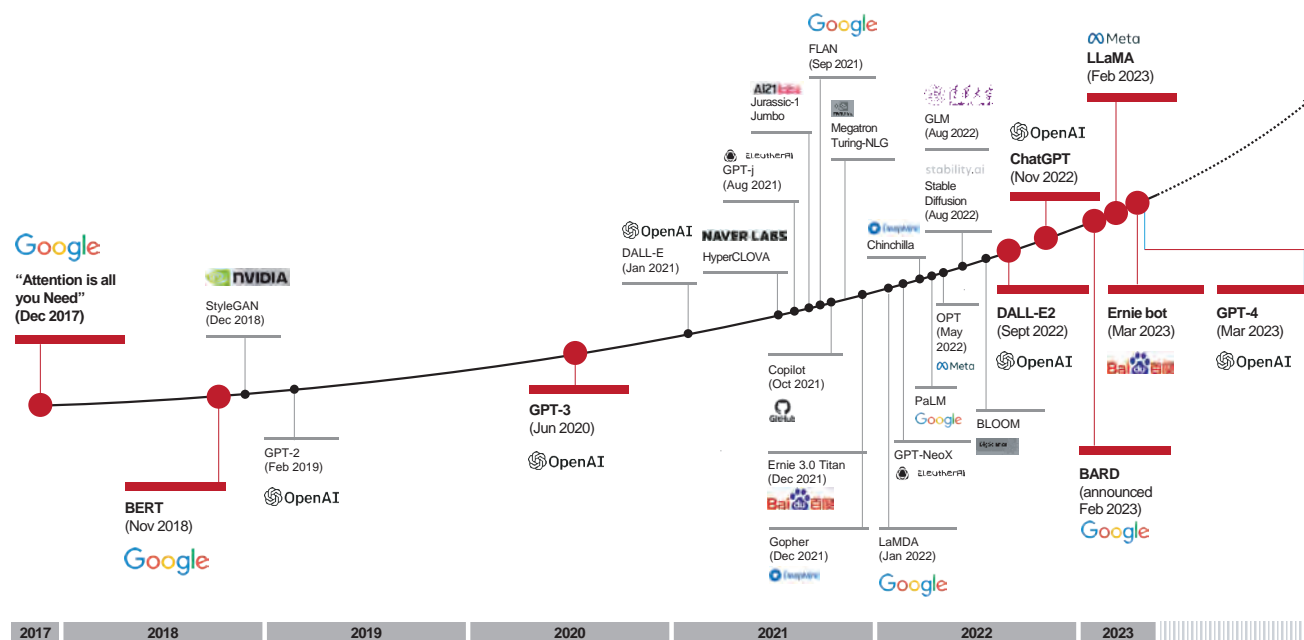
Mogą jedynie opisywać, przewidywać lub zalecać coś na podstawie istniejącej bazy danych.

Kolejnym krytycznym elementem różniącym GenAI od klasycznej sztucznej inteligencji, jest jej natychmiastowa dostępność, nawet dla odbiorcy niezaznajomionego z programowaniem. W rezultacie, edycja ChatGPT, która została udostępniona publicznie w listopadzie 2022, osiągnęła 100 milionów użytkowników w zaledwie 2 miesiące, stając się zdecydowanie najszybciej rozwijającą się aplikacją w historii (źródło: Reuters). Dla porównania, platformie TikTok zajęło to 9 miesięcy, a aplikacji Instagram 2,5 roku. Tempo rozwoju GenAI podkreśla także poziom zainteresowania świata nauki i biznesu. Aż ~80% dzisiejszych badań w obszarze AI skupia się na GenAI (źródło: The Economist), a od 2020 roku, inwestycje Venture Capital w tę technologię wzrosły o ~425% (Źródło: The Financial Times). W konsekwencji gwałtowny rozwój GenAI prowokuje wiele rozmów o jej wpływie na biznes.

GŁÓWNE KORZYŚCI PŁYNĄCE Z WYKORZYSTANIA TECHNOLOGII GENAI

Możliwości technologii GenAI do przekształcania firm i branż zauważyło już wiele podmiotów, które zaczęły ją holistycznie wdrażać. W bankowości, zbudowano asystenta GenAI, który pomaga dziesiątkom tysięcy menedżerów szybko znaleźć i zsyntetyzować odpowiedzi na podstawie wewnętrznej bazy danych, zarówno jako rekomendacje inwestycyjne (jaki jest pogląd naszej organizacji na akcje Apple?) czy ogólne pytania biznesowe (kim jest pięciu głównych konkurentów Apple?). Wśród koncernów farmaceutycznych, poprzez trenowanie modeli GenAI na specjalistycznej

Dojrzałość technologii Generative AI rośnie od 2017 r., a pod koniec 2022 r. osiągnięta punkt zwrotny



Źródło: Opracowanie własne.

literaturze dotyczącej biochemii i cyfrowych obrazach patologii przyspieszono odkrywanie leków. W handlu detalicznym, stworzono platformę wykorzystującą GenAI do generowania treści marketingowych. Wśród podjętych działań, nad którymi firmy na całym świecie zaczęły już pracować, można zaobserwować trzy szerokie kategorie wykorzystania generatywnej sztucznej inteligencji:

- **Synteza treści** i podanie jej w przystępnej formie zawierającej tylko kluczowe informacje dla odbiorcy, wykorzystując GenAI jako asystenta do podsumowywania informacji, przygotowywania materiałów informacyjnych, tworzenia kontraktów i umów, oraz rozwiązywania złożonych problemów, dzięki czemu manualna praca w tym obszarze ulegnie znacznemu skróceniu. Generatywna sztuczna inteligencja pomoże też zweryfikować źródła informacji, żeby zwiększyć jej wiarygodność, pozwalając osiągnąć ponad 80% wzrost produktywności w kontroli rzeczywistości źródeł.
- **Usprawnienie doświadczenia klientów i pracowników** poprzez spersonalizowane rekomendacje i wiadomości, przewodnika przez interakcje z klientem, także w postaci inteligentnego chatbota dostępnego 24/7, odgrywanie roli asystenta pracowników oraz udzielając wskazówek na temat poprawy zadowolenia klientów na podstawie wniosków z informacji zwrotnych, z potencjałem do objęcia kontroli nad ponad 60% interakcji z klientem w ciągu najbliższych 5-10 lat.
- **Tworzenie oprogramowania**, chociażby przy generowaniu syntetycznych danych czy ich interpretacji, tłumaczeniu i generowaniu kodu źródłowego. Będzie to znaczącym wsparciem przy migracjach systemów na dużą skalę oraz zautomatyzowanym tworzeniu testów i dokumentacji, przyczyniając się do wzrostu produktywności programistów o ponad 50%.

KLUCZOWE OGRANICZENIA GENAI I SPOSOBY ICH PRZEZWYCIĘŻANIA

Zastosowanie powyższych przykładów wykorzystania GenAI wymaga także świadomego i proaktywnego zaadresowania licznych wyzwań związanych z tą technologią. Uwaga organizacji powinna być skupiona na zdobyciu zaufania klientów w nowej cyfrowej rzeczywistości, a nie tylko na spełnieniu niezbędnego minimum wymaganego przez standardy regulacyjne. W konsekwencji, na wstępie organizacje będą musiały zaadresować trzy najważniejsze ryzyka: poprawność uzyskanych wyników, prywatność danych wejściowych i ochrona własności intelektualnej.

Pierwszym istotnym wyzwaniem jest poprawność i dokładność otrzymanych danych wyjściowych. Odpowiedzi generowane przez narzędzia GenAI mogą wydawać się wiarygodne, ale jednocześnie być całkowicie niepoprawne. Wejście tych narzędzi do powszechnego użytku może również prowadzić do licznych nadużyć ze strony jednostek lub grup, których celem jest oszustwo lub szerzenie dezinformacji. Naukowcy zajmujący się badaniem dezinformacji przeprowadzili badania, podczas których skutecznie wykorzystali ChatGPT do przygotowania jasnych i przekonujących wiadomości, które głośno spiskowe i narracje wprowadzające w błąd (Źródło: The New York Times). Zdarza się także, że odpowiedzi z narzędzia GenAI zawierają nieobiektywne wyniki.

Po drugie, dużym ryzykiem jest bezpieczeństwo danych. Głośne wycieki danych, na których modele GenAI były trenowane, w połączeniu z udowodnieniem przez naukowców z OpenAI, Google i Uniwersytetu Stanforda, że samym generowaniem zapytań w narzędziach takich jak GPT 3.5 czy GPT 4 możliwe jest wyodrębnienie określonych fragmentów danych treningowych, wymagają od przedsiębiorstw podjęcia szeregu działań w celu zabezpieczenia danych wejściowych. Jest to informacja szczególnie istotna, jeśli weźmie się pod uwagę, że ok. 11% danych, które pracownicy wklejają do ChatGPT, to dane wrażliwe (Źródło: Cyberhaven).

► Po trzecie, ważnym aspektem są kwestie prawne związane z ryzykiem naruszenia własności intelektualnej i praw autorskich. Przykładem takiego zdarzenia jest generowanie plagiatów. Microsoft, GitHub i OpenAI zostały niedawno oskarżone w pozwie zbiorowym o naruszenie praw autorskich poprzez umożliwienie Copilotowi, przeszkolenemu na miliardach wierszy publicznego kodu systemowi sztucznej inteligencji generującemu kod, użycia licencjonowanych fragmentów kodu bez podania źródła.

Powyższe wyzwania można zaadresować na kilka sposobów. Zwiększenie dokładności odpowiedzi można osiągnąć za pomocą zaawansowanych technik podpowiedzi wpisywanych zapytań oraz dotrenowania modeli w taki sposób, aby dostosować je do kontekstu specyficznego dla organizacji. Ponadto, firmy mogą korzystać z wyników uzyskanych przy pomocy GenAI w połączeniu z innymi narzędziami, aby zapobiec pracy na błędnych informacjach. Pomocne będzie także stałe monitorowanie i testowanie wpisywanych zapytań i generowanych odpowiedzi oraz filtrowanie tych wątpliwych. W celu ochrony przed niechcianym wyciekiem danych, organizacje muszą wdrożyć metody ochrony danych wrażliwych oraz zwiększyć ograniczenia dostępu do tego typu danych. Wreszcie, by uniknąć ryzyka naruszenia własności intelektualnej i praw autorskich, niezwykle istotnym jest zapewnienie zgodności generowanego rozwiązania z przepisami prawa.

WYKORZYSTANIE GENAI PRZEZ ZAKŁADY UBEZPIECZEŃ

Również w sektorze ubezpieczeń, GenAI może wnieść znaczną wartość w postaci zwiększenia produktywności wykonywanych zadań. Wykorzysta do tego zdolność syntezy i wyciągania wniosków oraz wspomagania manualnych procesów, w których centrum jest dzisiaj człowiek. Przytoczone powyżej kategorie wykorzystania generatywnej sztucznej inteligencji mają zastosowanie we wszystkich obszarach w ubezpieczeniach – od sprzedaży i dystrybucji, poprzez ocenę ryzyka i optymalizację cen, na realizacji szkody i obsłudze klienta kończąc.

Od najbardziej innowacyjnych zakładów ubezpieczeń, które wdrożą GenAI, klienci już niedługo zaczną otrzymywać spersonalizowane treści marketingowe z rekomendacjami produktów, które będą najlepiej dopasowane do ich potrzeb. Agenci ubezpieczeniowi, do których Ci klienci się zwrócą, będą mogli w czasie rzeczywistym skorzystać z asystentów GenAI udostępniających sugestie odpowiedzi przygotowanych na podstawie analizy

historycznych satysfakcjonujących dla klienta interakcji. Informacja zwrotna od klientów będzie podsumowywana przez GenAI na podstawie analizy tekstu, materiału audiowizualnego i graficznego. Obsługa klienta zostanie dodatkowo wsparta chatbotem, który ułatwi mu dotarcie do najważniejszych informacji i wesprze go przy zaproponowaniu oferty.

W procesie oceny ryzyka, GenAI będzie mogło zsyntetyzować informacje z wielu różnych nieustrukturyzowanych dokumentów (np. raportów finansowych czy dokumentacji medycznej) oraz wyodrębnić kluczowe informacje. Będzie też działała jako „przewodnik” wskazujący, które informacje należy zebrać i jak szacować ryzyko. Obecny proces zostanie uzupełniony o automatyczne przeszukiwanie informacji dostępnych w internecie, takich jak sieci społecznościowe. Następnie, GenAI pomoże zebrać i zsyntetyzować profile ryzyka na podstawie danych demograficznych, historii roszczeń i informacji o pracodawcy. Anomalie będą proaktywnie identyfikowane, a na podstawie ustalonych standardów i wytycznych udzielone zostaną rekomendacje. Agenci ubezpieczeniowi będą mieli możliwość skorzystania z narzędzia treningowego symulującego różne scenariusze współpracy i negocjacji z klientami na podstawie historycznych interakcji i ich rezultatów, pomagając oszczędzić nawet 10-20% kosztów związanych z oceną ryzyka.

W procesie szkód, kluczowymi kategoriami wykorzystania GenAI będzie zaangażowanie klienta oraz synteza treści. Klient będzie miał możliwość interakcji z chatbotem, który przeprowadzi go przez proces szkód. Pomoże on również szybko sprawdzić, czy dana szkoda może zostać pokryta z konkretnej polisy oraz złożyć pierwsze zgłoszenie szkody, a następnie umożliwi klientowi sprawdzenie jej statusu. Podczas zgłaszania szkody, GenAI umożliwi zadawanie optymalnych pytań, które pomogą zwiększyć precyzję zbieranych od klienta informacji. Pracownikom zakładu ubezpieczeń obsługujących roszczenia, GenAI pomoże zsyntetyzować miliony zebranych dokumentów (m.in. dokumentację prawną i medyczną) i wyciągnąć najistotniejsze informacje, a następnie wstępnie wypełni za nich niezbędne formularze. Będzie także wsparciem w dalszych etapach procesowania roszczenia – pogrupuje szkody oraz proponuje obsłudze zarówno kolejne kroki, jak i empatyczne sposoby przeprowadzenia tej interakcji.

WSKAZÓWKI DO WDROŻENIA GENAI W SWOJEJ FIRMIE

Działanie GenAI na dużą skalę dające długotrwały wpływ będzie wiązało się z wyznaczeniem strategicznego planu działania. Podejście biznesowe powinno opierać się nie tylko na tym, aby wdrożyć GenAI, ale gdzie i jak ją wdrożyć, żeby osiągnąć przełomową wartość. Istotnymi elementami planu będą skoordynowane działania, inwestycje w infrastrukturę technologiczną, szybkie testowanie rozwiązań, zarządzanie ryzykiem, budowanie partnerstw z dostawcami usług, rozwój kompetencji wśród pracowników oraz zarządzanie zmianą (wprowadzeniem kultury organizacyjnej chętniej do eksperymentowania).

Po pierwsze, niezwykle ważne będzie zebranie interdyscyplinarnego zespołu liderów w ramach organizacji, którzy zidentyfikują najbardziej wartościowe zastosowania i zapewnią skoordynowane wdrożenie. Takie podejście jest wskazane ze względu na szerokie i przekrojowe możliwości użycia GenAI oraz efektywną mitygację ryzyka. Zamiast skupiać się na pojedynczych przypadkach użycia, firmy powinny patrzeć przez pryzmat kompleksowych domen, które najbardziej skorzystają na transformacyjnym wpływie generatywnej sztucznej inteligencji.

Istotną rolę będą też grały technologia i dane. Konstruowanie wspólnych komponentów technologicznych i użycie chmury pomoże szybciej implementować kolejne zastosowania, dlatego

GenAI może wnieść wartość w całym łańcuchu wartości w sektorze ubezpieczeń



Źródło: Opracowanie własne.

GenAI może wnieść wartość w całym łańcuchu wartości w sektorze ubezpieczeń

Dane konsumenta



Jan Kowalski

68 lat

Klient od 13 lat

Pensja 150k PLN

Samochód o wartości przekraczającej 300k PLN

Region zamieszkania o wysokim wskaźniku przestępczości

Najodpowiedniejsza oferta

Wnioski z modeli zaawansowanej analityki

85%

skłonności do posiadania dodatkowej ochrony od kradzieży

Kontakt poprzez kanał SMS

78%

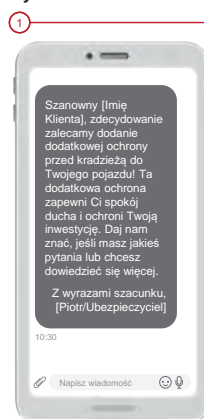
skłonności do posiadania drugiego samochodu w bliskiej rodzinie

Kontakt poprzez kanał email

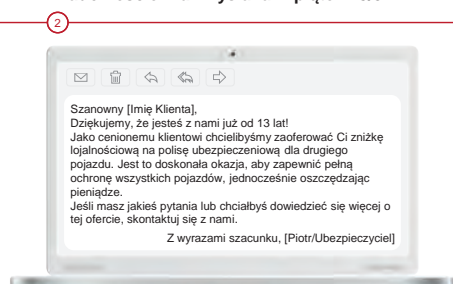
Spersonalizowane kampanie zachęcające klientów do działania

Na podstawie Generatywnej Sztucznej Inteligencji

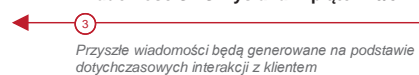
Wiadomość SMS wysłana we wtorek 16/5



Wiadomość e-mail wysłana w piątek 19/5



Wiadomość SMS wysłana w piątek 26/5



Przyszłe wiadomości będą generowane na podstawie dotychczasowych interakcji z klientem

SMS oraz email generowany przez GenAI przy użyciu języka, który najprawdopodobniej zaangażuje klienta w oparciu o jego profil (np. wiek, nawyki wydawania pieniędzy, preferencje kanału komunikacji)

Źródło: Opracowanie własne.

ważne będzie zapewnienie wymaganych możliwości technologicznych w postaci mocy obliczeniowej, systemów danych, narzędzi i dostępu do modeli. Wykorzystanie pełnej wartości GenAI będzie wymagało też znacznie więcej wysiłku niż samo użycie modeli, na których bazuje. Inicjatywy przed i po modelowaniu mogą także mieć znaczny wpływ na produktywność organizacji. Pomogą w tym takie zabiegi jak inżynieria zapytań i danych wsadowych do trenowania modeli.

Dynamiczny rozwój generatywnej sztucznej inteligencji wymusza na firmach również szybkie działanie, niezbędne do pełnego korzystania z możliwości, które oferuje. Aby zapobiec utknięciu na etapie planowania, dobrym startem będzie przedsięwzięcie mało ryzykownych i skomplikowanych wdrożeń, wyciąganie z nich wstępnych wniosków i budowanie na nich szerszej wiedzy w organizacji. Pomoże to sprawnie przetestować i udoskonalić uzasadnienie biznesowe, nim poniesione zostaną duże nakłady inwestycyjne związane z wykorzystaniem GenAI w aplikacjach skierowanych do klientów. Ponadto, testując generatywną sztuczną inteligencję wewnętrznie, firmy mogą sprawdzić, jak wpływa ona na model operacyjny, zacząć budować kulturę opartą o innowację oraz lepiej przygotować się do mitygacji ryzyka – wcześniej ustanawiać nadrzędne zasady etyczne i budować wytyczne dotyczące wykorzystania GenAI. Priorytet powinien zostać nadany tym przypadkom użycia generatywnej sztucznej inteligencji, które są zgodne z tolerancją organizacji na ryzyko.

Kolejnymi elementami są budowanie partnerstw z dostawcami i ekspertami w tym zakresie oraz rozwojem tych kompetencji u pracowników. Współpraca z właściwymi partnerami może pomóc organizacjom być na bieżąco z najnowszymi technologiami, przyspieszyć wdrożenie oraz zapobiec uzależnieniu od jednego dostawcy. Niezwykle istotne będzie także wewnętrzne nabywanie umiejętności w tym obszarze. Szkolenie pracowników i zatrudnianie ekspertów w tej dziedzinie pomoże zapewnić niezbędne umiejętności oraz budować zaufanie w organizacji. Ze

względem na ciągły rozwój kompetencji GenAI na świecie, organizacje muszą być gotowe do ewentualnej zmiany kierunku wraz z nowymi możliwościami, które będą się pojawiać. Kluczowe zatem będzie wprowadzenie kultury organizacyjnej chętniej do innowacji i eksperymentacji.

Nie ma jednej właściwej odpowiedzi na to, jak zacząć wdrażać i wykorzystywać generatywną sztuczną inteligencję w organizacji. Będzie różniło się to w zależności od firmy – jej aspiracji i apetytu na ryzyko. Firmy rozpoczynające pracę z GenAI powinny z pewnością nadać priorytet kształtowaniu gotowości organizacyjnej, technicznej oraz kompetencyjnej. Wiele firm już buduje swoje kompetencje związane ze sztuczną inteligencją od lat i wykorzystuje ją do rozwoju produktów, poprawy efektywności operacyjnej oraz budowania nowych źródeł przychodu. W znacznej liczbie przypadków „tradycyjna” technologia sztucznej inteligencji wciąż pozostaje najlepszym rozwiązaniem i powinna pozostać rozwijana. Generatywna sztuczna inteligencja jest natomiast kolejnym krokiem naprzód i otwiera przed firmami szereg zupełnie nowych możliwości. Pomimo wielu wyzwań, które będą musiały zostać zaadresowane, strategiczne wykorzystanie GenAI pomoże utworzyć nową propozycję wartości organizacji i tym samym podnieść jej przewagę konkurencyjną. □

Źródła (internal):

- <https://mckinsey.ent.box.com/s/lscplnr32vq8iigfkal6mryavdjgqlpd>
- <https://mckinsey.ent.box.com/s/m2au44rmwqaujhdknu29mey197yavwlu>
- <https://mckinsey.ent.box.com/notes/1192745153453?v=GenAITalkingPoints>
- <https://mckinsey.ent.box.com/s/m2au44rmwqaujhdknu29mey197yavwlu>
- <https://www.mckinsey.com/capabilities/mckinsey-digital/our-insights/what-every-ceo-should-know-about-generative-ai/#/>
- <https://mckinsey.ent.box.com/notes/1218506662629?s=cvj4t4jauukd93neqlnmlhuo3r7dng6qx>



ADRIANA BRZOSTOWSKA
menedżerka w ALTO



KONRAD KORZENIOWSKI
starszy konsultant w ALTO & aplikant radcowski

Nowa umowa ramowa w sprawie ubezpieczeń społecznych w przypadku transgranicznej pracy zdalnej

1 lipca 2023 r. weszły w życie przepisy Nowej umowy ramowej, dotyczącej zabezpieczenia społecznego w sytuacji wykonywania pracy zdalnej przez pracownika z kraju UE innego niż kraj siedziby pracodawcy. Jest to kluczowa zmiana, gdyż dotychczasowe regulacje unijne, normujące kwestię koordynacji ubezpieczeń społecznych dotyczące pracowników transgranicznych, nie odpowiadały w pełni na zjawisko pracy zdalnej z innego terytorium niż Polska. – **ADRIANA BRZOSTOWSKA, KONRAD KORZENIOWSKI**

ZWIĘKSZENIE POPULARNOŚCI PRACY ZDALNEJ

W związku z rozwojem technologii, wykonywanie obowiązków służbowych w formule online już od kilkunastu lat stanowi w wielu branżach standardowy model świadczenia pracy przez pracowników.

Jednak rzeczywiste rozpowszechnienie pracy zdalnej nastąpiło wraz z wybuchem pandemii Covid-19, kiedy to w związku z wprowadzonymi obostrzeniami przedsiębiorstwa musiały przestawić się na zdalny model pracy, w celu zapewnienia ciągłości funkcjonowania. Umożliwienie w trakcie pandemii świadczenia pracy zdalnej, często prowadziło do sytuacji, w których pracownicy wykonywali pracę poza krajem siedziby pracodawcy.

Co istotne, o ile na początku lipca ogłoszono w Polsce odwołanie stanu zagrożenia epidemicznego, tak możliwość świadczenia pracy zdalnej przez pracowników wpisala się w rzeczywistość obecnego rynku pracy i wydaje się, że została z nami na stałe. Co więcej, w odpowiedzi na trendy związane z pracą zdalną, wiele polskich firm decyduje się na wprowadzenie benefitu pracowniczego, polegającego na umożliwieniu pracownikom łączenia wypoczynku z możliwością świadczenia pracy zdalnej z innego kraju Unii Europejskiej.

W odpowiedzi na zmieniającą się rzeczywistość, polski ustawodawca zdecydował się w kwietniu br. na znowelizowanie przepisów Kodeksu pracy. Tak w wyniku wprowadzonych zmian, z Kodeksu pracy usunięto regulacje dotyczące telepracy, natomiast wprowadzono przepisy dotyczące pracy zdalnej.

Należy zauważyć, że o ile znowelizowane przepisy prawa pracy określają zasady, którymi powinni kierować się pracodawcy oraz pracownicy przy uzgadnianiu pracy zdalnej (z założenia wykonywanej z terytorium Polski), to w nowych przepisach brakuje specyficznych regulacji i dodatkowych wytycznych dotyczących możliwości jej wykonywania spoza granic Polski. W związku z tym, pracodawcy oraz pracownicy często napotykają problemy m.in. związane z ustaleniem potencjalnych konsekwencji na gruncie przepisów dotyczących przynależności do właściwego systemu ubezpieczeń społecznych pracownika zdalnego oraz na poprawne wskazanie właściwego miejsca, w którym powinny być odprowadzane składki na ubezpieczenia społeczne pracodawcy i pracownika.

KOORDYNACJA SYSTEMÓW UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH W UE

Dokumentem regulującym koordynację różnych systemów ubezpieczeń społecznych w UE jest Rozporządzenie (WE) nr 883/2004. Rozporządzenie to określa zasady, na podstawie

których pracownicy transgraniczni pracujący w innym państwie niż państwo siedziby pracodawcy mogą podlegać pod ustawodawstwo jednego lub drugiego państwa. Dzięki tym przepisom, pracownicy transgraniczni są chronieni przed sytuacją, w której to muszą odprowadzać składki na ubezpieczenia społeczne w dwóch różnych krajach z tytułu tego samego zatrudnienia w związku ich czasowym wykonywaniem pracy za granicą.

Typowy przypadek, kiedy przepisy Rozporządzenia znajdują zastosowanie, to sytuacja gdy pracownicy są oddelegowani do wykonywania pracy za granicą lub znajdują się w podróży służbowych, dla których pracodawca zwykle uzyskuje certyfikat A1.

Co do zasady, **zgodnie z unijnymi przepisami, składki powinny być odprowadzane w państwie, w którym pracownik faktycznie wykonuje pracę**. Od tej zasady istnieje wyjątek dotyczący pracowników, którzy zostali formalnie delegowani przez swojego pracodawcę do wykonywania pracy w drugim państwie. W takim przypadku możliwe jest uzyskanie zaświadczenia A1 dla pracownika oddelegowanego, potwierdzającego, że pracownik w trakcie wykonywania pracy za granicą pozostaje wciąż w systemie zabezpieczenia społecznego państwa siedziby pracodawcy.

ZASADY NA CZAS PANDEMII

Podczas pandemii organy UE zarekomendowały państwom unijnym wprowadzenie regulacji wewnętrznych m.in. w zakresie ubezpieczeń społecznych. Wiele państw zdecydowało się na ich wprowadzenie, ustanawiając wyjątki, aby świadczenie pracy zdalnej z innego państwa niż kraj zatrudnienia nie prowadziło do zmiany ustawodawstwa. W przypadku wątpliwości co do jego ustalenia, zalecane było wystąpienie o jego ustalenie w drodze wyjątku na podstawie art. 16 rozporządzenia (WE) nr 883/2004.

Co istotne, Polska w trakcie trwania Covid-19 nie zdecydowała się na wprowadzenie wewnętrznych wytycznych czy regulacji w zakresie ubezpieczeń społecznych i pracy zdalnej, toteż zastosowanie miały standardowe przepisy unijne w tym zakresie.

UMOWA RAMOWA – PRZEŁOMOWE ZMIANY

Odpowiadając na postulaty państw członkowskich i pracodawców w związku z pracą zdalną pracowników transgranicznych, powstała Umowa ramowa w sprawie stosowania art. 16 (1) Rozporządzenia w przypadkach zwykłej transgranicznej telepracy, która obowiązuje od 1 lipca br.

Co ważne **stosowanie Umowy nie jest obligatoryjne, lecz uzależnione od spełnienia kilku warunków**.

Przede wszystkim, aby móc się skutecznie na nią powołać, sygnatariuszami umowy musi być państwo siedziby pracodawcy oraz państwo zamieszkania pracownika. Dodatkowo, konieczna jest wspólna zgoda pracodawcy oraz pracownika na stosowanie tych przepisów. Wreszcie, wymagane jest złożenie wniosku do instytucji ubezpieczeniowej w kraju siedziby pracodawcy o uzyskanie certyfikatu A1 na podstawie art. 16 rozporządzenia.

Co ważne w tym przypadku, państwo siedziby pracodawcy może wydać zaświadczenie A1 bez konieczności uzyskania zgody na zawarcie porozumienia wyjątkowego z krajem zamieszkania pracownika.

Zgodnie z brzemieniem nowej umowy ramowej, osoby świadczące transgraniczną pracę zdalną mogą podlegać ubezpieczeniu

społecznemu państwa, w którym zarejestrowana jest siedziba pracodawcy, jeżeli:

- są zatrudnione tylko u jednego pracodawcy (lub u wielu pracodawców z zarejestrowaną siedzibą w tym samym państwie),
- zwyczajowo wykonują pracę w państwie, w którym znajduje się statutowa siedziba pracodawcy i zwyczajowo pracują w państwie zamieszkania,

a także jeżeli, praca w formie zdalnej jest świadczona w państwie zamieszkania w wymiarze co najmniej 25%, ale poniżej 50% całkowitego czasu pracy.

Jak dotąd do Umowy, oprócz Polski, przystąpiły państwa takie jak: Austria, Belgia, Chorwacja, Republika Czeska, Finlandia, Francja, Niemcy, Liechtenstein, Luksemburg, Malta, Norwegia, Portugalia, Hiszpania, Szwecja, Szwajcaria, Holandia, Słowacja, przy czym lista państw sygnatariuszy ma powiększyć się o pozostałe państwa UE w przyszłości. Co istotne, jedynym państwem do tej pory, które wprost odmówiło przystąpienia do Umowy jest Wielka Brytania.

Do końca czerwca 2024 r. możliwe będzie wystąpienie z wnioskiem o wydanie A1 retroaktywnie, na maksymalny okres do 12 miesięcy wstecz od dnia złożenia wniosku. Po tym terminie będzie wciąż możliwość uzyskania zaświadczenia A1 z mocą wsteczną, ale tylko wtedy, gdy wnioskodawcałoży odpowiedni wniosek w ciągu trzech miesięcy od upływu roku liczonych od momentu obowiązywania Umowy. Należy pamiętać, że aby móc uzyskać certyfikat A1 w takich sytuacjach konieczne jest opłacanie składek w państwie siedziby pracodawcy.

ZDANIEM AUTORÓW

Wprowadzenie nowych przepisów bez wątplenia należy ocenić pozytywnie, gdyż obecnie praca zdalna jest powszechnym zjawiskiem, a praktyka rynkowa pokazuje, że uzyskanie dla transgranicznych pracowników zdalnych zaświadczeń A1 stanowiło nie lada wyzwanie. Mimo wszystko, należy mieć na uwadze, że proces uzyskiwania certyfikatów A1 dla pracowników transgranicznych z zastosowaniem nowych przepisów, stanowi także *novum* dla samego ZUS-u, którego stanowisko nie jest póki co w pełni znane ani ugruntowane. Pomocne w tym przypadku mogą być zamieszczone na stronie internetowej ZUS informacje o wprowadzonych przepisach wraz z krótkimi wyjaśnieniami dotyczącymi ich stosowania. □





ANDRZEJ ŚMIECH
Executive Coach, partner zarządzający
w Śmiech & Partners – Doradztwo Personalne

6 częstych błędów decyzyjnych – jak ich unikać?

Podjęcie decyzji biznesowych jest podstawowym elementem funkcjonowania osób w każdej organizacji. Zarówno kadra zarządzająca, jak i pracownicy szczebla podstawowego każdego dnia mierzą się z dziesiątkami mniejszych lub większych dylematów decyzyjnych, na które muszą znajdować rozwiązanie. Oczywiście istniejące procedury skutecznie redukują ich ilość. – **ANDRZEJ ŚMIECH**

Jednak kiedy na drodze staje problem do rozwiązania, na który nie ma jeszcze uzgodnionych praktyk, możemy ulegać pułapkom, których konsekwencje będą tym większe, im wyżej na szczeblach organizacyjnych jesteśmy. Niektóre z nich mogą nie tylko obniżyć pozycję konkurencyjną organizacji, lecz wręcz doprowadzić do jej upadku. W tym artykule proponuję przyjrzeć się kilku częstym błędom popełnianym przez liderów oraz ich zespoły podczas podejmowania istotnych decyzji, aby nie wpadać w ich pułapkę.

NIEWYSTARCZAJĄCA ILOŚĆ DANYCH I ANALIZ

Jednym z częstych błędów jest podejmowanie decyzji na podstawie intuicji lub niewystarczającej ilości danych. Pominięcie gruntownej, aktualizowanej na bieżąco analizy rynku, konkurencji, trendów oraz opinii klientów i pracowników może prowadzić do mylnych ocen sytuacji oraz nieoptymalnych wyborów. Nie jest dobrze, gdy intuicja nie znajduje potwierdzenia w danych. Wymaga to od liderów niemałej pokory, aby zweryfikować swoje stanowisko w konfrontacji z informacjami, które go nie wspierają. Wieloletnie doświadczenie i osiągnięcia w przeszłości sukcesy zamiast pomagać, mogą wręcz przeszkadzać w podejmowaniu nowych decyzji, ponieważ można ulec wrażeniu, że z daną sytuacją mieliśmy już do czynienia. Niespodzianką mogą okazać się tzw. „mało istotne dane”, które w istotny sposób mogą wpłynąć na uzyskiwane rezultaty. Dlatego istotnym elementem jest znajdowanie adekwatnych korelacji pomiędzy danymi, które brane są pod uwagę w procesie decyzyjnym. Niestety, czasem zdarza się, że decydenci, chcąc uzyskać

wpływ na proponowane przez siebie rozwiązania, prezentują tylko wybraną część danych, ignorując pozostałe, co zniekształca znacząco obraz kontekstu, w jakim funkcjonuje organizacja oraz wzmacnia prezentowane stanowisko. Ewentualny kłopot pojawia się wtedy, gdy decyzja okazuje się błędna, a odpowiedzialność za jej konsekwencje zaczyna się rozplýwać. Aby równoważyć takie zjawisko, warto korzystać z wiedzy eksperckiej, która wnosi do organizacji nie tylko spojrzenie z innej perspektywy, lecz także wiedzę i doświadczenie, które w inny sposób byłoby w organizacji niedostępne.

NIEUWZGLĘDNIANIE MYŚLENIA SYSTEMOWEGO

Koncentrowanie się wyłącznie na rozwiązaniu problemu oraz krótkoterminowych korzyściach może prowadzić do wprowadzenia w system funkcjonowania organizacji niekorzystnych zjawisk, których konsekwencje będzie można zaobserwować dopiero po jakimś czasie. Niestety często proste rozwiązania prowadzą do skomplikowanych problemów. Dlatego dokładna analiza skutków decyzji na pozostałe obszary funkcjonowania biznesu w długiej perspektywie może rzucić światło na aspekty dotychczas niebrane pod uwagę. W niektórych organizacjach utrudnieniem mogą być partykularne interesy menedżerów kontraktowych, którzy zatrudnieni są na dany okres, a ich premia zależy od realizacji konkretnych czynników efektywności (KPI), które choć powinny, nie zawsze są zgodne z prowadzeniem biznesu w długim okresie. W takich przypadkach organizacja może mierzyć się z serią decyzji

prowadzących do tzw. *quick fix'ów*, które prowadzą do krótkotrwałej poprawy rezultatów, ale szkodzą organizacji w długiej perspektywie.

3 IGNOROWANIE LUB BRAK ALTERNATYWNYCH ROZWIĄZAŃ

Jak wiadomo, konsekwencje są funkcją posiadanych alternatyw. Jeżeli ich brak, trudno być konsekwentnym. Często popełnianym błędem jest skupienie się tylko na jednym rozwiązaniu, bez wysiłku wygenerowania przynajmniej jednej, jakościowo różnej od poprzedniej alternatywy.

Oczywiście takie podejście jest uzasadnione emocjonalnie, gdyż wygenerowanie jednego rozwiązania było wystarczająco wyczerpujące. W takiej sytuacji ponowne mierzenie się z problemem i próba znalezienia alternatywy może wydawać się mało atrakcyjna i często nie znajdujemy dla niej czasu. Niestety, takie podejście może prowadzić do utraty innowacyjności i przewagi konkurencyjnej w długim terminie. Aby tego uniknąć warto pamiętać, że – aby mieć wybór – trzeba stworzyć alternatywę. Tylko w ten sposób damy sobie przestrzeń do zbadania kilku opcji, oceny ich potencjalnych korzyści i ryzyk z nimi związanych oraz wyboru tej, która w danym momencie prezentuje się najlepiej.

4 WPŁYW EMOCJI W PROCESACH DECYZYJNYCH

Osoby biorące udział w procesach decyzyjnych potrafią wiązać się emocjonalnie z proponowanymi rozwiązaniami, co może prowadzić do nie lada kłopotów. Niektórzy mogą podchodzić zbyt optymistycznie do decyzji na tak, ignorując potencjalne zagrożenia. Swoje stanowisko będą uzasadniać doświadczeniem, osiąganymi rezultatami oraz listą sukcesów, często zapominając o porażkach, które ponieśli na drodze do miejsca, w którym są obecnie. Inni zaś mogą podchodzić zbyt pesymistycznie i restrykcyjnie, wyolbrzymiając potencjalne ryzyka. Takie podejście może być uzasadnione lękiem związanym z utratą obecnej pozycji, czy też zmianą *status quo*. To może prowadzić do przegapienia okazji biznesowych. Odmowa ryzyka może ograniczać rozwój firmy i w dłuższej perspektywie prowadzić do stagnacji. Warto znaleźć zdrowy balans między ostrożnością a gotowością do eksplorowania nowych możliwości. Aby ograniczyć wpływ emocji poszczególnych decydentów na proces podejmowania decyzji, konieczne jest zdefiniowanie konkretnych kryteriów i priorytetów, na podstawie których można dokonywać ocen i porównań, zanim zabierzemy się za generowanie potencjalnych rozwiązań. Nie tylko ułatwia to proces podjęcia decyzji, lecz także obiektywizuje go.

5 NISKA ELASTYCZNOŚĆ W KWESTIONOWANIU HISTORYCZNYCH WYBORÓW

Prawdopodobnie nigdy wcześniej świat biznesu nie był tak dynamiczny i nieprzewidywalny. Trzymanie się sztywnych planów i strategii bez możliwości dostosowywania ich do zmieniających się warunków może okazać się kardynalnym błędem. Warto pamiętać, że decyzje, które podejmowaliśmy wczoraj, były optymalne na wczoraj. Jeżeli nowy dzień przynosi nowe zmienne, które w istotny sposób mogą wpływać na nasz biznes, trzeba zatrzymać się i poddać w wątpliwość wczorajsze wybory. Niestety nie jest to takie łatwe, jak brzmi, ponieważ za tamtymi decyzjami poszły konkretne finanse i wycofanie się niektórych projektów będzie narażać nas na straty. To prawda, jednak pozostanie w niektórych

z nich może te straty nie tylko zwielokrotnić, lecz także pozbawi naszą organizację zasobów, które mogłaby wykorzystać, budując swoją przewagę konkurencyjną w inny sposób. Elementem każdej strategii inwestycyjnej jest tzw. *stop-loss*, zlecenie automatyczne, które służy do zamykania pozycji danego papieru wartościowego na rynku finansowym, gdy jego cena osiągnie określony poziom. Zwykle stosuje się je, aby minimalizować straty. Podobnie przy zarządzaniu projektami konieczne jest ustawienie poziomu osiągniętych rezultatów przez projekt, który prowadzi do zastanowienia się nad sensownością jego kontynuowania. Warto to zrobić, zanim zabierzemy się za jego wdrożenie, ponieważ wtedy o wiele trudniej jest taki poziom uzgodnić.

6 BŁĄD MYŚLENIA GRUPOWEGO

Błąd myślenia grupowego (*Groupthink bias*) to termin po raz pierwszy użyty przez psychologa społecznego Irvinga L. Janisa w 1972 roku. Odnosi się on do tendencji poznawczej, która zachęca ludzi do dążenia do harmonii lub zgodności w grupie. W wielu przypadkach ludzie odkładają na bok swoje osobiste przekonania, aby przyjąć opinię reszty grupy. Myślenie grupowe często występuje, gdy istnieje ograniczenie czasowe, a jednostki odkładają na bok osobiste wątpliwości, aby projekt mógł posunąć się naprzód. Chociaż współpraca w zespole jest niezwykle cenna, nadmierna grupowa myśl może prowadzić do decyzji opartych na konsensusie, ale niewłaściwie przemyślanych. Zespół może ulegać presji społecznej, unikając wyrażania kontrowersyjnych opinii lub alternatywnych rozwiązań. Myślenie grupowe może również wystąpić, gdy jeden członek grupy dominuje w procesie decyzyjnym, co prowadzi innych do pójsicia w jego ślady. Aby temu zapobiec, warto pamiętać o trzech istotnych elementach, które będą redukować to zjawisko:

- **Adwokat diabła** – jeśli przewidujemy, że grupa będzie zgadzać się ze sobą zbyt szybko i łatwo, warto wprowadzić osobę, której celem będzie znajdowanie i adresowanie wątpliwości i ryzyk związanych z prezentowanymi pomysłami.
- **Cisi członkowie zespołu** – jeśli zauważamy, że jeden z członków zespołu zaczyna dominować na tle grupy, warto subtelnie stopować charakter alfa, aby dać innym większą szansę na wypowiedzenie się, ze szczególnym uwzględnieniem tzw. cichych członków zespołu – osób, które do tej pory nie zajęły stanowiska.
- **Osobiste konsekwencje decyzji** – jeśli obserwujemy zbyt dużą zgodność w zespole, warto zapytać poszczególne osoby, w jaki sposób podejmowane decyzje wpłyną na nich oraz ich pracę osobiste i jakie widzą zagrożenia z tym związane.

Podejmowanie ważnych decyzji biznesowych to proces złożony i wymagający. Warto pamiętać, że zwrócenie uwagi na omówione błędy, może znacząco poprawić skuteczność decydentów i przyczynić się do osiągnięcia sukcesu organizacji. Kluczowe jest prowadzenie gruntownych analiz, zrównoważone podejście emocjonalne, uwzględnienie różnych perspektyw, elastyczność w podejściu do planowania oraz konsekwentne uczenie się na podstawie doświadczeń. Dzięki temu unikanie wymienionych błędów oraz skoncentrowanie się na tworzeniu zrównoważonego i efektywnego procesu decyzyjnego, może przynieść organizacji realne korzyści w postaci lepszych rezultatów, większej innowacyjności i wyższej efektywności działań. □



MAGDALENA BYLINOWICZ
Partnerka, HRK

Dlaczego warto stawiać na wartości?

Rekrutując od lat dla branży ubezpieczeniowej, w różny sposób zachęcałam kandydatów i kandydatki do wzięcia udziału w procesach. Prestiżem, stabilizacją, poziomem zarobków, możliwością rozwoju, pracą w środowisku międzynarodowym. Część tych aspektów działa do dzisiaj, inne trochę się zdezaktualizowały, ale dla przyciągnięcia młodych talentów już nie wystarczą. – **MAGDALENA BYLINOWICZ**

Coraz mniej młodych osób wchodzi na rynek pracy, a i one bez trudu znajdują oferty spełniające te kryteria, dające te same benefity, nie tylko na rynku polskim, ale też mogą pracować zdalnie dla całego świata, a na pewno Europy. Co zatem może przyciągnąć do tej branży? Myślę, że wartości, które ponownie stały się ważne dla najmłodszego pokolenia.

Pewną regułą jest to, że do ubezpieczeń większość osób trafiła przez przypadek. Przyciągnęła ich możliwość kariery, atrakcyjne pieniądze, ale też pakiet szkoleń, z których słynęły zakłady ubezpieczeń. Ale w branży, bardzo często na wiele lat, zatrzymało ich coś innego. Coś co pewnie uświadomiamy sobie przy zetknięciu się z pierwszą szkodą ubezpieczeniową. To, że pracując w tej branży, naprawdę i realnie pomagają się ludziom. W najtrudniejszych momentach ich życia. I myślę, że warto do tego wrócić i zbudować pewną narrację z rynkiem.

ASPIRACJE MŁODYCH

Najmłodsze pokolenie szuka wartości, chce aby ich praca miała jakiś sens, czemuś służyła. Dlatego tak chętnie angażują się we wszystkie akcje wolontariackie, są tak czuli i wrażliwi na społeczne aspekty funkcjonowania firm, w których pracują. Reagują na zachowania związane z respektowaniem praw innych ludzi, ekologią oraz zrównoważonym rozwojem. To nie jest dla nich kolejna moda, rekomendacja europejska czy slogan. Chcą mieć wpływ na środowisko, w którym pracują, chcą, aby było dostosowane do ich świata i świata, w którym pragną żyć. Świata, w którym ludzie mają prawo być inni, kolorowi, mieć różne poglądy na świat, politykę, religię czy technologię. Chcą szacunku dla siebie i innych. To pokolenie, które podróżuje, spotyka się odmiennością społeczną,

kulturową, religijną czy obyczajową. Są wrażliwi na kwestie dyskryminacyjne. Istotną jest dla nich ekologia. To ona kształtuje środowisko, w którym przyjdzie im i ich dzieciom żyć. Zwracają uwagę zarówno na kwestie związane z interakcją z otoczeniem, jak i z entuzjazmem przyjmują takie działania, jak akcje sadzenia drzew, tworzenia pasiek itp.

Ważnym, a czasem kluczowym elementem, na który stawiają młodzi jest zaufanie. Do firmy, zespołu, sprzedawanych produktów, czyli wiarygodności rynkowej.

W wielu przypadkach ich motorem napędowym nie jest zarabianie pieniędzy, pewien poziom bytowy mają już zapewniony, mają także duży dystans do konsumpcjonizmu swoich rodziców. Pracują, aby się realizować, ale też mieć wkład w transformację świata wokół nich. Gotowi są zarabiać mniej, ale być w środowisku przyjaznym i stabilnym. Mieć *work life balance*, zamiast możliwości wysokich apanaży. Cenią swój czas prywatny. Ważne dla nich jest zdrowie psychiczne i fizyczne. Chcą wychodzić z biura i w tym momencie zamykać drzwi do świata zawodowego. Zadbąć o swoją dietę, formę, komfort. To dla nich istotniejsze niż kolejna premia, kolejny awans.

CZYŻ MOŻNA ZATEM WYOBRAZIĆ SOBIE LEPSZE MIEJSCE DO PRACY NIŻ BRANŻA UBEZPIECZENIOWA?

Branża, która jest częścią międzynarodowych korporacji, z wdrożonymi i realizowanymi konsekwentnie procedurami antydyskryminacyjnymi, angażująca się w akcje humanitarne, prospołeczne, podejmująca szereg działań na rzecz zrównoważonego środowiska.

Tylko młodzież musiałaby o tym wiedzieć. Tymczasem postrzega branżę finansową jako konserwatywną, nastawioną na maksymalizowanie zysków. Ubezpieczenia kojarzą się głównie z obowiązkowym OC. Nie przypominam sobie, poza momentami wejścia na rynek, kampanii prezentujących zakłady ubezpieczeń jako miejsca pracy. Niewiele jest również akcji rekrutacyjnych, stawiających na logo firmy, możliwości kariery, ale także misji, jakie niosą. Nie przebija się informacja, jak głębokiej zmianie transformacyjnej podlegają instytucje finansowe. Propozycje pracy jako agent ubezpieczeniowy nie dadzą szansy poznania różnorodności działalności tego sektora.

Kampanie reklamowe dedykowane pozyskaniu klienta także unikają przekazu mogącego się negatywnie kojarzyć. Nie trafiają do młodego pokolenia, ani też nie pokazują przesłania, jakie ubezpieczenia od wieków niosły – ochrony życia, zdrowia i mienia, a do których wracają. Reklama rządzi się swoimi prawami – nikt nie lubi być straszony, ale właśnie te trudne momenty, o których nie chcielibyśmy myśleć – zagrożenia, utraty, niepewności – pokazują, jak cenne są to produkty. I jak ważni są ludzie, którzy za nimi stoją. Łatwiej przedstawić radosne twarze i uśmiechy, które zawsze przyciągają i poprawiają nastrój. Ale być może akurat ubezpieczenia nie są branżą, która powinna się kojarzyć tylko z uśmiechem?

Może więc nie w kampaniach zakupowych, ale w tych, które mają tworzyć *employer branding* – warto to pokazać? Każdy z nas ma gen pomocy ludziom, bycia użytecznym, chronienia innych. Warto się do niego odwołać, a może przypomnieć? Czasem mam wrażenie, że branża finansowa zbyt jest skupiona na sobie, swoich problemach, regulacjach, wynikach, a zapomina, jak ważna jest jej misyjność. Warto do tego wrócić i pokazać, bo jest to coś, co może być powodem, dla którego młodzież wybierze tę ścieżkę. □



RADOSŁAW PAWELEC
profesor Wydziału Dziennikarstwa, Informacji
i Bibliologii na Uniwersytecie Warszawskim

Sztuczna inteligencja, język i ubezpieczenia

Problematyka sztucznej inteligencji przecina się obecnie z niemal wszystkimi dziedzinami życia, oczywiste więc, że dotyczy i ubezpieczeń. – **RADOSŁAW PAWELEC**

Językoznawcy, mówiąc o jakimś słowie lub terminie, prawie zawsze zaczynają od jego pochodzenia. W przypadku *sztucznej inteligencji* sprawa jest prosta. Termin ten ma niecałe 70 lat, jego twórcą jest John McCarthy, niespełna 30-letni w 1955 r. adiunkt (matematyk) w Dartmouth College. Razem z grupą innych badaczy przedstawił na konferencji odbywającej się w tej uczelni rok później propozycję takiego określenia dla nowego pola badań. By odróżnić je od innych, np. cybernetyki i zagadnień automatyzacji różnych procesów, zaproponowana została nazwa *artificial intelligence*. Zakres AI miał obejmować „wiedzę / naukę o konstruowaniu inteligentnych maszyn i wytwarzanie ich” – „the science and engineering of making intelligent machines”.

WIELOŚĆ DEFINICJI

O ile do tej pory wszystko było jasne, dalej sprawa się komplikuje. Definicji *inteligencji* jest bowiem bardzo wiele, zarówno w piśmiennictwie polskim, jak i angielskim. *Uniwersalny słownik języka polskiego* mówi o „zdolności rozumienia, uczenia się i kojarzenia oraz umiejętności wykorzystania tej zdolności w praktyce”. W akademickim podręczniku *Psychiatria* pod red. A. Bilewicza od *inteligencji* „wymaga się więcej”, mowa jest o „ogólnej sprawności procesów poznawczych, [która wpływa] na zdolność osoby do korzystania z doświadczeń, rozwiązywania problemów i przystosowania się do warunków życia” (s. 94, definicja Jacka Wciórki).

W *Oxford English Dictionary* *inteligencja* (pomijamy znaczenie wojskowo-polityczne, znane ze skrótowca CIA, a związane ze zbieraniem i przetwarzaniem informacji) to ‘the ability to learn, understand and think in a logical way about things’, w amerykańskim *Merriam-Webster’s Dictionary* – ‘the ability to learn or understand or to deal with new or trying situations’.

Jeżeli zatem *sztuczna inteligencja* zdefiniujemy jako „modelowanie i konstruowanie systemów, które są w stanie wspomagać lub zastępować inteligentne działania człowieka”, to trzeba wyjaśnić: których działań i procesów. Rozumienia? Uogólniania? Wnioskowania? Uczenia się z doświadczeń? A może też tego, co zdaniem specjalistów

bardzo wpłynęło na sukces ewolucyjny *homo sapiens sapiens*: twórczego myślenia, znajdowania zupełnie nowych rozwiązań dla pewnych problemów?

KORZYŚCI I ZAGROŻENIA

Problematyka sztucznej inteligencji przecina się obecnie z niemal wszystkimi dziedzinami życia, oczywiste więc, że dotyczy i ubezpieczeń. Anna Beczek i Wojciech Łojan zadają w swoim artykule na temat wykorzystania sztucznej inteligencji w branży ubezpieczeń na życie (<https://pl.linkedin.com/pulse>, dostęp 14.08.2023) pytanie:

1. Dlaczego warto wykorzystać sztuczną inteligencję w pracy agenta? Bo to po prostu wygodne, ale nie tylko...

– i piszą m.in. o korzyściach czasowych, dodatkowych mocach przerobowych, przewadze nad konkurencją. „Dodatkowe moce przerobowe” należy rozumieć jako niezatrudnianie pracownika i niewypłacanie pensji. Tego typu korzyści spotykają się niekiedy z krytycznymi głosami działaczy społecznych troszczących się o miejsca pracy. Dyskusja medialna nieco przypomina problemy luddyzmu z początków XIX-wiecznej rewolucji przemysłowej. Bardzo trudno jest przewidzieć przyszłość, dla porządku przypomnieć wszakże wypada, że ani wprowadzenie maszyn (tkackich, a potem i innych) dwieście lat temu, ani kilka dekad temu komputerów – nie spowodowały bynajmniej zmniejszenia zapotrzebowania na pracę człowieka. Czasem można odnieść wrażenie, że jest wręcz przeciwnie, przynajmniej jeśli chodzi o komputery. Zupełnie realne jest natomiast zwiększenie dzięki sztucznej inteligencji efektywności działań ubezpieczeniowych w dziedzinie finansowej, już pięć lat temu w „Miesięczniku Ubezpieczeniowym” Dariusz Smoleń, Oskar Sokoliński i Gustaw Szarek pisali:

2. Większość kluczowych ubezpieczycieli pracuje nad zastosowaniem AI do zaawansowanych modeli wyceny ryzyka, dopasowywania oferty do indywidualnych potrzeb klienta czy automatyzacji likwidacji szkód.

Pożytki ze sztucznej inteligencji i jej zastosowań można bez trudu mnożyć, jedna z wielkich polskich firm informatycznych w ofercie skierowanej do branży ubezpieczeniowej pisze o prognozowaniu i profilowaniu sprzedaży, analizie ryzyk związanych z polisą, wszechstronnym zabezpieczeniu pozycji rynkowej dzięki zastosowaniu algorytmów SI w oprogramowaniu ubezpieczeniowym.

Równie ważne jak korzyści wydają się związane ze sztuczną inteligencją problemy. Jest ich również całkiem sporo. Pierwszy, to poruszone w przywołanym artykule „ubezpieczenie od robotów”. Jeśli kierowany przez SI samochód spowoduje wypadek, to kto jest winnym? Producent samochodu? Autor oprogramowania sterującego?

Inna związana z tym kwestia to prawa autorskie. W prawie polskim, i nie tylko, są one związane z człowiekiem. W związku z tym wszelkie dzieła SI należą do domeny publicznej, nie przysługują za nie wynagrodzenie, nie mogą być także podstawą do nadawania tytułów zawodowych i naukowych. W szkolnictwie wyższym już spowodowało to bardzo konkretny problem: studenci przedstawiają prace licencjackie i magisterskie (oraz wszelkie inne), których duże części są napisane przez ChatGPT. Czy w związku z tym zmienić procedurę nadawania stopni i pracę zastąpić ogólnym i trudnym egzaminem końcowym? Najtrudniejsze pytanie dotyczy kreatywnych możliwości sztucznej inteligencji, tego czy owe najwyższe formy naszego myślenia mogą stać się jej udziałem. Do tego w głównej mierze odnoszą się ostrzeżenia takich osób, jak Elon Musk, że „out of control development of AI [...] could pose profound risks to society and humanity”. Czy to uzasadniony niepokój? Na ten temat każdy musi wyrobić sobie własne zdanie, teksty zamieszczone w tym numerze MU mogą to ułatwić. □



MICHAŁ MALCZYŃSKI
prezes Fabryki Ubezpieczeń

Rok 2033

Jest rok 2033. Adam ma 29 lat. Pracuje od niedawna jako rewilder, czyli specjalista ds. odbudowy stanu naturalnego. Aktualnie wynajmuje mieszkanie w Krakowie, gdyż zaangażowano go do wielkiego projektu Zielona Huta, który zakłada transformację dawnej Huty im. Lenina w Puszcę im. Jelenia. – **MICHAŁ MALCZYŃSKI**

Normalność nie jest kwestią statystyki.
G. Orwell

Adam wcześniej pracował jako inspektor ds. cyberbezpieczeństwa, ale stresująca praca za biurkiem mu nie służyła. Gdy przytył ponad miarę, jego waga łazienkowa przesłała raport do ZUP-u (Zakład Ubezpieczeń Przyszłości SA), a składki za ubezpieczenie na życie i ubezpieczenie zdrowotne wrosły wówczas odpowiednio o 16% i 12%. W 2033 roku Adam nie zawiera już żadnych odnawialnych polis. Posiada rozbudowany Pakiet Bezpieczeństwa Rano Wieczór We Dnie w Nocy w wariantcie AI premium low carbon + +, kwotowany w czasie rzeczywistym i płatny w systemie subskrypcji. Gdy ostatnio zasnął do pracy i przeleciał przez miasto swoim zabytkowym oldtimerem (Renault Megane RS z 2008 r.), przekraczając prędkość o 46 km/h i pokonując dwa skrzyżowania na „późnym żółtym”, w kolejnym miesiącu ubezpieczyciel ściągnął mu tyle z karty, że się biedny nie mógł bitcoinów doliczyć.

JAK OBNIŻYĆ SKŁADKĘ

Naszego Ubezpieczonego Przyszłości zaskoczyły ceny najmu nieruchomości w Krakowie. Tak, te nigdy już nie przestaną zaskakiwać. Musi więc zacisnąć pasa nie tylko dlatego, że bycie krakusem (nawet tymczasowym) zobowiązuje. Postanowił obniżyć koszt swojego Pakietu Bezpieczeństwa – zwłaszcza że mikrosmartkawalerka, na którą było go stać, znajduje się w dzielnicy złą sławą owianej, więc współczynnik kradzieżowo-rozbojowy przebija nawet inflację.

Jak zatem obniżyć ten koszt ubezpieczenia? W artykule „Insurance 2030 – The impact of AI on the future of insurance”, który zainspirował mnie do popelnienia tego felietonu, czytamy, że w ciągu najbliższej dekady ubezpieczenia odchodzić będą od modelu „wykryj & napraw” na rzecz „przewidyj & zapobiegaj”.

Adam pyta swojego osobistego asystenta AI, jak obniżyć składkę. Asystent odpowiada: „Podjedź do sklepu z elektroniką przy ul. Lema. Nie jedź

obwodnicą, tylko przez miasto, strefą Tempo 30, bo dzięki temu uzyskasz dodatkową premię w obszarze pakietu komunikacyjnego – na obwodnicy w tym miesiącu z powodu opadów drastycznie wzrosła liczba kolizji. W sklepie kup czujnik dymu, kamerkę, czujniki niezamkniętych okien / drzwi oraz detektor niezdrowej żywności kompatybilny z lodówką HP-Samsung. Po zakupie e-paragony zostaną automatycznie zaraportowane do ZUP, a obniżeniu ulegnie część abonamentu dotycząca ubezpieczenia od ognia, od kradzieży z włamaniem oraz zdrowotnego i na życie”. W czasie wyprawy Adama do sklepu piorun doprowadza do przepięcia w najmowanym mieszkaniu. Odpowiednie moduły umieszczone w sprzętach RTV/AGD raportują zakres uszkodzeń. Zanim nasz bohater wróci do domu, odszkodowanie znajdzie się już na jego koncie, ponieważ szkoda nie dotyczy bryli i nie przekracza określonego progu bitcoinów, więc nie ma potrzeby angażowania dronów do lustracji.

NASZA RZECZYWISTOŚĆ

Brzmi jak science fiction? Niemożliwe? A już na pewno nie w ciągu dekady? No to sobie przypomnijcie, jak wyglądała Wasza praca na początku, a jak pod koniec 2020 roku. Nie trzeba było zbyt wiele sztucznej inteligencji, żeby tak mocno przestawić wachlę. Przy możliwościach, jakie daje AI...

Co zabawne – bardzo wiele z opisanych powyżej rozwiązań już funkcjonuje. Wdrożona niedawno na szeroką skalę Warta4U to nie tylko monitorowanie stylu jazdy pod kątem weryfikacji, czy mamy do czynienia z piratem drogowym, ale również możliwość doskonalenia swoich umiejętności za kółkiem. Tego typu aplikacje w przyszłości mogą nie tylko weryfikować, jak często mocno hamujemy, ale np. jak często korzystamy z telefonu podczas jazdy albo czy często wsiadamy za kierownicę po imprezie (np. SMS do byłej wysłany o godz. 2:00 w nocy blokuje możliwość poruszania się samochodem na 24 godziny; win-win). Natychmiastowe przekazywanie informacji o wypadku bezpośrednio do ubezpieczyciela? Mamy przecież – i to już od dłuższego czasu – chociażby PZU Go. Bezpieczniejsza trasa? Aktualnie Google pokazuje tę, na której wymiutujemy mniej CO₂, ale co to za problem wdrożyć inne rozwiązania?

A może to droga ku przepaści, a nie bezpiecznej i szczęśliwej przyszłości, gdzie ludzie żyją dłużej i płacą trochę niższe składki, generując o wiele mniej szkód? Może powiemy STOP!?

ZA PÓŹNO

Pamiętam, jak w liceum czytałem „Rok 1984” Orwella i jak porażającą lekturą okazało się to dzieło dla przesiąkniętego młodzieńczym indywidualizmem nastolatka. Gdyby tryby życia nie przemiełiły mnie tak mocno, zarażając nihilizmem; gdybym miał w sobie jeszcze chociaż ćwierć tamtego Michałka, to bym chyba umarł z przerażenia.

Dajemy wszelkie możliwe zgody marketingowe, żeby otrzymać parę złotych cashbacku z porównywarki ubezpieczeniowej. Pozwalamy się podsłuchiwać 24/7 Googlowi, żeby móc zgasić światło, nie podnosząc dupy z kanapy. Dajemy dostęp do prywatnych zdjęć apce z niewiadomego źródła, żeby zobaczyć na przerobionym zdjęciu siebie z mordą psa albo fryzurą Barbie. Domagamy się monitoringu nawet w windzie. Cieszymy się jak dzieci, gdy z powodu plików cookies lub czasem, dziwnym trafem, tuż po rozmowie na dany temat pojawiają nam się masowo w necie reklamy tego, co akurat planowaliśmy kupić. „O, tej nocy miałem 4 godziny głębokiego snu” – mówimy, patrząc na raport z banda czy innego smartwatcha, który mierzy nam puls, ciśnienie, a nawet robi EKG.

Słuchałem ostatnio ciekawej rozmowy z fizykiem, prof. Draganem, który powiedział, że nie boi się sztucznej inteligencji, bo strach ma sens wtedy, gdy widać alternatywę – gdy można jeszcze coś zrobić, a według niego w kwestii AI jest już dawno pozamiatane. Dragan jest głęboko przekonany, że ostatecznie zastąpi nas inteligentniejsza forma życia.

Może to i lepiej. □

Miesięcznik Ubezpieczeniowy

Formularz prenumeraty

W przypadku pytań lub wątpliwości prosimy o kontakt:
prenumerata@MiesiecznikUbezpieczeniowy.pl

➔ DANE ZAMAWIAJĄCEGO

Imię i nazwisko:

Nazwa firmy:

Adres:

Kod, miasto:

NIP:

Telefon kontaktowy:

E-mail:

➔ DANE ODBIORCY PRENUMERATY (JEŻELI INNE NIŻ DANE ZAMAWIAJĄCEGO)

Imię i nazwisko:

Nazwa firmy:

Adres:

Kod, miasto:

PRENUMERATA ROCZNA	Cena brutto (z 8% VAT)
<input type="checkbox"/> Indywidualna – 1 egzemplarz	2 600 zł
<input type="checkbox"/> Firmowa – 3 egzemplarze	3 100 zł

*Uwaga! W okresie wakacyjnym (lipiec-sierpień) ukazuje się jeden numer.
Oferta ważna przez miesiąc od daty wydania niniejszego numeru.*

➔ JAK ZAMÓWIĆ?

1. Wpłacić kwotę brutto na konto:

UWiK Sp. z o.o.

ING Bank Śląski SA

14 1050 1025 1000 0090 3104 9910

2. Przesłać mailem wypełniony formularz zamówienia

prenumerata@MiesiecznikUbezpieczeniowy.pl

Realizacja zamówionej prenumeraty rozpocznie się po zidentyfikowaniu płatności na koncie.

Wtedy też zostanie wystawiona faktura VAT za prenumeratę.

Bez formularza zamówienia identyfikacja płatności może być niemożliwa.

➔ PODPIS ZAMAWIAJĄCEGO

.....
(miejsce, data)

.....
(podpis Zamawiającego)

Miesięcznik Ubezpieczeniowy dostępny w całości wyłącznie dla prenumeratorów

ERGO
HESTIA®



Aleksander Małachowski. Fotograf

Jesień z **ERGO 4**

Indywidualne ubezpieczenie życia i zdrowia
Nowa odsłona już wkrótce

