

podnoszenie satysfakcji klienta oraz redukcja kosztów w ubezpieczeniach majątkowych i wypadkowych

Wprowadzenie: Wyzwania w obsłudze roszczeń z tytułu ubezpieczeń majątkowych i wypadkowych

W dzisiejszym otoczeniu rynkowym umiejętność zaoferowania dobrej obsługi klienta może być tym, co pomoże firmie ubezpieczeniowej wyróżnić się spośród konkurencji. Ponieważ klient może nie mieć częstych okazji do kontaktów ze swoim ubezpieczycielem poza odnawianiem ubezpieczenia raz na pół roku, prawdziwym sprawdzianem zdolności zapewnienia satysfakcjonującej obsługi jest to, jak szybko firma reaguje, gdy klient składa wniosek o odszkodowanie.

Rozliczając odszkodowanie szybko i przy udziale mniejszej liczby pracowników, ubezpieczyciele zyskują satysfakcję zadowolenie klienta oraz utrzymują obsługi roszczeń na minimalnym poziomie. Im dłużej wniosek o odszkodowanie pozostaje nierozstrzygnięty, tym staje się on kosztowniejszy. Głównym powodem wzrastającej wartości odszkodowania są wydatki na opiekę medyczną nad poszkodowanym. Dla przykładu, w ubezpieczeniach komunikacyjnych, pomimo zmniejszenia się liczby zgłaszanych szkód, koszty odszkodowań wzrosły. Stało się tak częściowo z powodu większych rozmiarów uszkodzeń oraz rosnących kosztów leczenia. Płatności związane z tymi odszkodowaniami zdecydowanie przewyższyły korzyści ze spadku ogólnej liczby składanych wniosków¹. Ubezpieczyciele muszą być w stanie weryfikować te roszczenia szybko, aby uniknąć jeszcze większego wzrostu wydatków medycznych i towarzyszących kosztów obsługi.

Innym wyzwaniem dla ubezpieczycieli jest rozwiązanie problemów związanych z nadużyciami. Nawet generalnie uczciwi klienci mogą próbować zawyżać roszczenia żeby, w swoim mniemaniu, zrekompensować sobie lata płacenia składek. W rzeczywistości, z szacowanych 30 miliardów dolarów strat spowodowanych nadużyciami w ubezpieczeniach majątkowych i powypadkowych w Stanach Zjednoczonych², większość jest raczej efektem tego typu nadużyć określanymi także jako miękkie oszustwa. Zdecydowanie mniejszą liczbę stanowią aranżowane oszustwa, które jednak zdobywają większy rozgłos. Chociaż opinia publiczna jest coraz bardziej przeciwna oszustwom, badania Insurance Research Council³ z 2004 wykazały, że 33 procent dorosłych Amerykanów wciąż uważa zawyżanie roszczeń ubezpieczeniowych w pewnych okolicznościach za akceptowalne. Także w sondażu przeprowadzonym przez Association of British Insurers, siedem procent respondentów przyznało się do zawyżenia realnych żądań albo do wysunięcia nieuprawnionego roszczenia, a 48 procent nie wykluczyło, że może w przyszłości złożyć nieuczciwy wniosek⁴.

Chociaż bardziej złożone oszustwa, zwane również twardymi, są mniej powszechne, to jednak drogo kosztują firmy ubezpieczeniowe. Z czasem metody i intrygi, którymi posługują się oszuści stają się coraz bardziej rozbudowane i wyszukane. W Nowym

Jorku w 2003 roku ponad 500 osób zostało postawionych w stan oskarżenia pod zarzutem uczestniczenia w siatce oszustów, w którą miało być uwikłane ponad 188 placówek medycznych podejrzanych o przedstawianie rachunków za leczenie nieistniejących pacjentów⁵.

Każda firma ubezpieczeniowa chce ograniczyć nieuczciwe roszczenia, ale trudno jest dokonać tego stosunkowo małym kosztem. Większość sprzedawców ubezpieczeń majątkowych i powypadkowych stosuje kombinację dobrowolnych oraz wymaganych przez prawo systemów wykrywania i zapobiegania nadużyciom. Wielu jednak ocenia swoje wysiłki jako średnio efektywne⁶.

Wobec tego prawdziwym wyzwaniem dla ubezpieczycieli staje się zwalczanie oszustw w sposób bardziej efektywny, ale bez ponoszenia większych kosztów i bez obniżania jakości usług świadczonych klientom.

Z niniejszego opracowania czytelnik dowie się, jak przy zachowaniu optymalnego poziomu kosztów zapewnić zarówno dobrą obsługę klienta, jak i zapobiegać nadużyciom. Pokażemy jak tego dokonać, za pomocą łatwo integrowalnych z istniejącymi systemami, rozwiązań dokonujących w czasie rzeczywistym oceny ryzyka zgłoszenia.

Usprawnianie obsługi zgłoszeń przy zastosowaniu dokonywanej w czasie rzeczywistym ocenie ryzyka

PredictiveClaims™ jest aplikacją analityczną, która w czasie rzeczywistym dokonuje oceny ryzyka nadużycia związanego z wniesionym zgłoszeniem i umożliwia szybkie – a w wielu przypadkach, natychmiastowe – podjęcie decyzji o przekazaniu sprawy do rozliczenia lub weryfikacji. PredictiveClaims wykorzystuje sprawdzone metody wykrywania nadużyć, znane jako **reguły eksperckie** (business rules) oraz **modelowanie predykcyjne** (predictive modelING). Modele predykcyjne na podstawie analizy historycznych danych o odszkodowaniach mogą przewidzieć zachowania pretendentów i zidentyfikować zarówno znane, jak i nowopowstałe niebezpieczeństwa związane z nadużyciami.

Reguły biznesowe wychwytyją podejrzane zgłoszenia na podstawie odpowiednich dla, danego rodzaju ubezpieczeń, wskaźników nadużyć opisujących zachowanie ubezpieczonych. Prawdą jest jednak, że ich implementacja nie jest jednorazową operacją. Dlatego firma ubezpieczeniowa, używając PredictiveClaims™, ma zapewnioną elastyczność w dołączaniu nowych reguł, aby można było identyfikować nowe przypadki na podstawie tych samych lub nowych wskaźników. Na przykład, kiedy pojawiają się powodzie, susze, czy burze gradowe, można szybko wprowadzić nowe zasady dostosowane do poszkodowanego regionu. Raz określone reguły biznesowe połączone zostają z modelem predykcyjnym, które wykorzystuje zaawansowane techniki analityczne.

Modelowanie predykcyjne pozwala organizacjom na wzbogacenie ich reguł biznesowych poprzez odkrycie form podejrzanego zachowania, które do tej pory mogło występować niezauważone, a także – co ważniejsze – poprzez odkrywanie nowych form, w momencie ich pojawiania się. Ponieważ oszuści ciągle opracowują nowe sposoby dokonywania oszustw, firmy, aby je wykryć, potrzebują systemu wczesnego ostrzegania.

Optymalizacja decyzji w czasie rzeczywistym, wykonywana w PredictiveClaims, polega na ocenie zgłoszenia szkody w momencie jej wniesienia i przydzielenia punktacji (scorING) określającej potencjalne ryzyko wystąpienia nadużycia związane z konkretnym wnioskiem.

Rysunek 1.
PredictiveClaims,, aby prawidłowo ocenić ryzyko związane z roszczeniem w momencie jego zgłoszenia, łączy wykorzystanie zaawansowanych analiz z optymalizacją decyzji w czasie rzeczywistym.

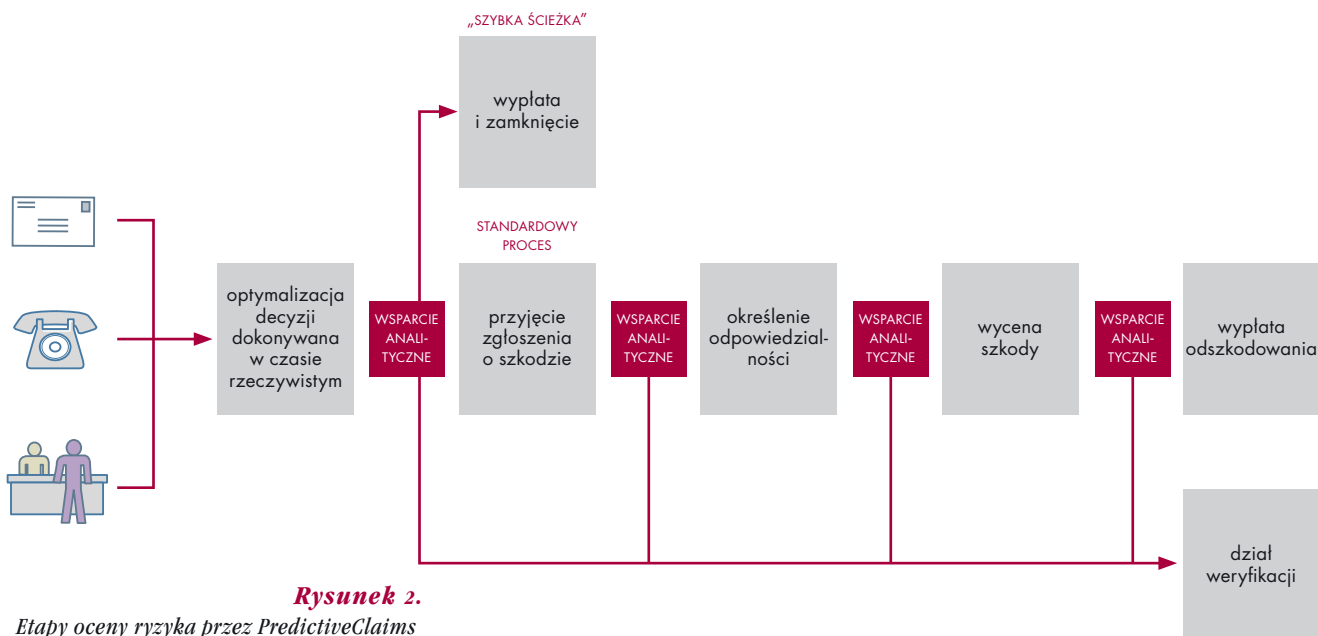


Połączenie wykorzystania zaawansowanych analiz z optymalizacją decyzji pozwala na szybkie rozliczanie uzasadnionych wniosków – zwykle ograniczające się do jednego telefonu lub jednej sesji on-line – oraz na wykrywanie potencjalnie nieuczciwych roszczeń, zanim spowodują wzrost kosztów i odbiją się na innych kluczowych kryteriach wydajności.

PredictiveClaims umożliwia:

- Szybkie zatwierdzanie mało ryzykownych, uzasadnionych wniosków o odszkodowanie, co pozwala usatysfakcjonować wartościowych klientów oraz minimalizować koszty likwidacji szkód i obsługi wniosków;
- Identyfikację, potencjalnych nadużyć na początkowym etapie przyjmowania zgłoszeń – nawet przy dużej liczbie obsługiwanych klientów;
- Automatyczne opisywanie powodów zakwalifikowani zgłoszenia jako podejrzane, – dzięki temu inspektorzy wiedzą na czym w śledztwie mają skupić swoją uwagę;
- Łączenie i analizowanie danych z wewnętrznych i zewnętrznych źródeł, w tym z państwowych i branżowych baz danych, takich jak ISO ClaimSearch;
- Integrację z istniejącymi systemami obsługi klientów bez długotrwałych okresów dostosowywania czy wdrażania;
- Analizę danych tekstowych, takich jak opisy wypadków, w celu poszukiwania nowych wskaźników wskazujących na możliwość nadużycia.

Jak działa PredictiveClaims? Kiedy klient zgłasza szkodę – telefonicznie poprzez biuro obsługi klienta, wypełniając formularz internetowy lub zgłaszając się osobiście do firmy – PredictiveClaims analizuje dostępne informacje o zdarzeniu zestawiając je z informacjami o kliencie charakterystyką typu zgłoszenia, regulami biznesowymi. Na podstawie takiej analizy każdemu zgłoszeniu szkody przyznana zostaje punktacja (scoring), która odzwierciedla poziom ryzyka wystąpienia nadużycia. Każdy wynik wsparty jest zrozumiałymi opisami, takimi jak „wypadek zdarzył się w nocy, nie było policji na miejscu wypadku”, które ułatwiają osobom obsługującym roszczenia lub śledczym zorientować się dlaczego wnioskowi została przyznana taka, a nie inna ilość punktów.



Rysunek 2.

Etapy oceny ryzyka przez PredictiveClaims przebiegają szybko od pierwszego powiadomienia o szkodzie do rozliczenia lub weryfikacji.

Przykładowo, mało ryzykowne roszczenia zostają sklasyfikowane do szybkiego zatwierdzenia, wypłaty i zamknięcia. Jeśli roszczenie zostaje ocenione jako średnio ryzykowne, albo brak mu istotnych informacji, PredictiveClaims może podpowiedzieć odpowiednie pytania osobie przyjmującej zgłoszenie. Roszczenia o wysokim stopniu ryzyka zostają skierowane do zespołu dochodzeniowego.

Filmy ubezpieczeniowe używają PredictiveClaims zarówno do rozliczania większej liczby odszkodowań i do wykrywania większej liczby nieuzasadnionych roszczeń. Aplikacja ta pozwoliła Grupie ING i podobnym organizacjom poprawić jakość usług, zredukować koszty obsługi nawet o 40 procent oraz uczynić wyraźny postęp w kierunku podwojenia liczby wykrytych nadużyć.

Osiem z dziesięciu największych firm ubezpieczeniowych oferujących ubezpieczenia majątkowe i powypadkowe jest klientami

SPSS.

– magazyn 2004 Global 500 FORTUNE

Według Roberta Lamersa, menedżera ubezpieczeń w RVS, które jest częścią Grupy ING, „zważywszy na wysoki poziom jakości obsługi klienta, koszty odszkodowań dla ubezpieczonych są bardzo wysokie. Musimy wprowadzić rozwiązanie, które pomoże nam osiągnąć wyraźną redukcję kosztów w obszarze odszkodowań przy zachowaniu odpowiedniej obsługi klienta. Rozwiązanie SPSS PredictiveClaims pozwala nam lepiej identyfikować i i zrozumieć występujące nadużycia ubezpieczeniowe, czego rezultatem jest znaczny wkład w zyski RVS.”

W rzeczy samej, firmy oferujące ubezpieczenia majątkowe i powypadkowe na całym świecie wykorzystują PredictiveClaims celem zatrzymywania wartościowych klientów. Jednocześnie redukcją wydatki na obsługę oraz zwiększają liczbę wykrytych nadużyć.

Podnoszenie satysfakcji klienta poprzez bezzwłoczne przyznawanie odszkodowań

Oczywistym jest, że szybkość, z jaką odpowiada się na roszczenia może zbudować lub zniweczyć relację z klientem.

Według sondażu Accenture z 2002 roku⁷, przeprowadzonego na osobach korzystających z ubezpieczeń majątkowych lub powypadkowych, 94 procent respondentów, którzy w ostatnich pięciu latach składali wnioski o odszkodowanie podało szybkie rozliczenie jako wysoce istotny element procesu odszkodowawczego – ważniejszy, w rzeczy samej, niż zaoferowana kwota. Na przykład, jeśli roszczenie zostało rozliczone w ciągu pierwszych trzech dni, tylko osiem procent respondentów brało pod uwagę zmianę ubezpieczyciela. Odsetek ten podskoczył jednak do 65 procent, jeśli rozliczenie trwało dłużej niż 15 dni. Ponadto, niezadowolenie klienta wzrastało proporcjonalnie do liczby pracowników obsługi, z którymi klienci musieli rozmawiać w trakcie procesu odszkodowawczego.

PredictiveClaims umożliwia rozliczanie większości uprawnionych roszczeń już w momencie zgłoszenia, przy minimalizacji obsługi. Niezależnie od tego, jak składane są wnioski można je efektywnie i prawidłowo ocenić, a następnie dać wartościowym klientom poczucie bycia dobrze i sprawnie obsłużonym.

Przykładowo, przedsiębiorstwo ubezpieczeniowe o kilku milionach klientów obsługuje setki tysięcy zgłoszeń rocznie przez telefoniczne biuro obsługi klienta. Używając PredictiveClaims, w którym dla różnych rodzajów profili ryzyka wyznaczanych przez odpowiednie reguły eksperckie, firma jest w stanie rozliczyć większość uzasadnionych roszczeń już w jednej rozmowie telefonicznej. Jednocześnie zwiększając liczbę wykrytych nadużyć na początkowym etapie przyjmowania zgłoszenia. W efekcie, przedsiębiorstwu udaje się obniżyć koszty obsługi roszczeń o 30 procent – co daje kilka milionów dolarów oszczędności rocznie. Równocześnie, firma poprawia jakość obsługi i zadowolenie klienta dzięki skróceniu czasu rozliczania uprawnionych roszczeń.

Redukcja kosztów obsługi klienta i kosztów likwidacji szkód

Zwiększenie zadowolenia klienta trudno osiągnąć nie podnosząc kosztów. Jednakże, przez szybkie rozliczenie większej ilości roszczeń można wyraźnie ograniczyć zarówno koszty obsługi, jak i likwidacji szkód. W istocie, ubezpieczyciele używający PredictiveClaims zdołali zredukować koszty obsługi roszczeń aż o 40 procent.

Rozliczając szybko wnioski ogranicza się nie tylko wewnętrzną obsługę, ale także liczbę klientów dzwoniących do biura obsługi czy wysyłających e-maile w sprawie przyspieszenia swoich spraw. Jeśli nawet trzy z pięciu telefonów do centrum obsługi dotyczą prowadzonych już spraw, zdolność szybkiego rozliczania roszczeń może znacząco zmniejszyć liczbę połączeń obsługiwanych przez wewnętrzną system.

Szybkie rozliczenie odszkodowań może również pomóc ograniczyć koszty likwidacji szkód, takie jak wynajem samochodów zastępczych czy opłaty za hotele. Kolejną korzyścią płynącą z bezwłocznego rozstrzygnięcia roszczeń jest mniejsza skłonność klientów do wynajmowania adwokatów.

Efektywne zwiększenie wykrywania oszustw i nadużyć

Każda firma ubezpieczeniowa pragnie ograniczyć nieuczciwe roszczenia, ale trudno jest dokonać tego stosunkowo małym kosztem. PredictiveClaims używa zaawansowanych technik modelowania w celu:

- Zwiększenia liczby wykrywanych nadużyć bez zwiększania liczby personelu;
- Wykrywania zarówno istniejących jak i nowopowstałych typów nadużyć;

- Oznaczania potencjalnie nieuczciwych roszczeń wymagających weryfikacji na wczesnym etapie, zanim przestępcy zdolają zatrzeć ślady;
- Lepszego wykorzystania środków dochodzeniowych poprzez skoncentrowanie się na sprawach cechujących się najwyższym prawdopodobieństwem nieuczciwości i największymi szansami rozwiązania;
- Uszeregowania priorytetowych spraw do zbadania (w oparciu o poziom ryzyka, wartość oraz trudność rozwiązania) oraz pełnego zrozumienia, jak przeprowadzić dochodzenie.

PredictiveClaims wykorzystuje wieloetapowy proces sprawdzania, który wielokrotnie poddaje ocenie roszczenia na podstawie najbardziej aktualnych informacji. Przykładowo, roszczenie może być sprawdzone najpierw przy zgłoszeniu szkody, kiedy nazwiska wszystkich zaangażowanych stron są wprowadzane i ponownie przed wypłatą odszkodowania. Tym sposobem zapewnione jest, że w decyzjach o rozliczeniach brane są pod uwagę wszystkie informacje dostępne dla danej sprawy.

Ponieważ PredictiveClaims wykrywa i odsyła do weryfikacji potencjalnie nieuczciwe roszczenia na wczesnym etapie, inspektorzy mają większą możliwość szybkiego reagowania, zanim przestępcy zdolają zatrzeć szczegóły wypadku. Ponadto, PredictiveClaims opisuje kluczowe cechy charakterystyczne dla każdego roszczenia, co dostarcza inspektorom dobrego punktu wyjścia dla prowadzenia dochodzeń. Co więcej, redukuje się koszty i lepiej wykorzystuje czas tak wewnętrznych, jak i zewnętrznych inspektorów dzięki kierowaniu ich tylko do tych spraw, które są obciążone największym ryzykiem nadużyć.

Na przykład, ubezpieczyciel jednego z największych portugalskich banków chciał ograniczyć liczbę postępowań prowadzonych wobec przypadków, w których roszczenia były uzasadnione oraz szybciej wykrywać nowopowstające formy nadużyć. Używając PredictiveClaims, firma dostrzegła, że pewne typy roszczeń rzadko są nieuczciwe i wykorzystala tę wiedzę, aby udoskonalić swój system wykrywania oszustw spadkowych. Ponadto, przedsiębiorstwo posłużyło się informacjami, które PredictiveClaims zgromadziło na temat nieuczciwych roszczeń, aby opracować system wczesnego ostrzegania przed nowymi typami nadużyć. W przyszłości, firma planuje używać PredictiveClaims do szacowania ryzyka nowych wnioskodawców ubezpieczeniowych, poprawiając w ten sposób jakość portfolio klientów.

Oprócz pomagania w wykrywaniu nadużyć ubezpieczeniowych, PredictiveClaims może być również wykorzystane do zdemaskowania prób oszustw wewnętrznych. Przykładem może być celowe podanie w roszczeniu nieprawidłowych informacji przez osobę obsługującą sprawę czy przez niezależnego doradcę finansowego, albo też przez likwidatora szkód współpracującego z warsztatem nadwozi samochodowych w celu zawyżania średnich kosztów naprawy. PredictiveClaims wykrywa takie nieprawidłowości.

Technologia oceny ryzyka PredictiveClaims

Aby umożliwić dokładniejszą ocenę ryzyka nadużycia, PredictiveClaims korzysta z kombinacji technik analitycznych i zgromadzonej wiedzy dotyczącej odszkodowań, na którą składają się:

- Szeroki wachlarz technik modelowania predykcyjnego pozwalający objąć prawie wszystkie sytuacje i typy ubezpieczeń;
- Doświadczenie i wiedza przełożone na zestaw reguł eksperckich, które można łatwo modyfikować, gdy nowe informacje zostają udostępnione (SPSS dostarcza listę aż 200 sprawdzonych wskaźników ryzyka);
- Możliwość wykorzystania analizy tekstu, dzięki której wyszukiwane są, w celu dokładniejszego oszacowania ryzyka, kluczowe informacje pozostawione w uwagach czy komentarzach do rozmów telefonicznych;

- Możliwość automatycznego generowania odpowiednich pytań, przypominających obsłudze o uzupełnieniu brakujących informacji, które mogłyby posłużyć do potwierdzenia lub wykluczenia oszustwa;
- Ostrzeżenia generowane w czasie rzeczywistym, które podpowiadają konsultantom rekomendowane czynności;
- Wieloetapowy proces oceniania, który na bieżąco włącza dostępne informacje przez cały cykl rozliczania roszczenia;
- Otwarta architektura, która łatwo pozwala się zintegrować z istniejącymi systemami obsługi klientów i włącza dane z wielorakich wewnętrznych i zewnętrznych źródeł.

Dysponując szerokim spektrum technik analitycznych w połączeniu ze sprawdzonymi regułami eksperckimi, PredictiveClaims gwarantuje widoczne obniżenie liczby roszczeń błędnie zidentyfikowanych jako nieuczciwe. Zaawansowane analizy PredictiveClaims są w stanie lepiej prawidłowo oddzielić niewzbudzające podejrzeń schematy sytuacji od tych, które wskazują na ryzyko, nawet jeśli te schematy zmieniają się z upływem czasu. Pozwala pewniej skoncentrować wysiłki na roszczeniach, które z największym prawdopodobieństwem mogą zaowocować zdemaskowaniem oszustwa, a uzasadnione wnioski rozliczać efektywnie.

Przykładowo, PredictiveClaims do wykrywania nowych form nadużyć stosuje analizę przypadków odstających. Technika ta analizuje roszczenia i segreguje je według określonych charakterystyk. Roszczenia, które nie pasują jasno do żadnej grupy (zwane obserwacjami nietypowymi), albo te, które pasują do grupy zawierającej inne stwierdzone nadużycia, zostają oznaczone jako wykazujące większe ryzyko oszustwa.

Aby zapewnić najdokładniejsze oszacowanie ryzyka, PredictiveClaims włącza również informacje ze źródeł tekstowych, takich jak pola uwag w systemie albo pisemną relację z miejsca wypadku, które często zawierają istotne informacje. Ta zdolność obejmowania wszystkich danych związanych z konkretnym roszczeniem daje w rezultacie bardziej wiarygodną ocenę ryzyka i wyróżnia PredictiveClaims spośród konkurencji.

Podsumowanie: Zwiększenie dochodowości całej organizacji

Oprócz tego, że PredictiveClaims umożliwia wykrywanie nadużyć na etapie zgłaszania szkód, jego zasadnicze możliwości szacowania ryzyka mogą być wykorzystane na znacznie wcześniejszym etapie relacji z klientem. W tym celu, SPSS oferuje także inne rozwiązania dla ubezpieczeń.

Na przykład, aby usprawnić wyniki sprzedaży i marketiNGu można wykorzystać analizy predykcyjne do przewidywania zachowań potencjalnych klientów. Modele oceny ryzyka pozwalają unikać wnioskodawców o wyższym poziomie zagrożenia, a skoncentrować więcej środków na przyciągnięciu mało ryzykownych, bardziej wartościowych klientów. Rozwiązania te pomogą zwiększyć wartość zebranych składek, a PredictiveClaims pozwoli zredukować ponoszone straty.

Analizy predykcyjne można również wykorzystywać podczas ubezpieczania w celu lepszego oszacowania przyszłych odszkodowań i ryzyka nadużyć oraz lepszej estymacji ryzyka.

Przedsiębiorstwa, które dodatkowo oferują produkty kredytowe czy inne usługi finansowe będą mieć możliwość podniesienia jakości portfolio swoich klientów przy użyciu analiz pozwalających dokładnie przewidzieć przyszłe zachowania, takie, jak prawdopodobieństwo naruszenia postanowień umowy pożyczki.

Firmy, które stosują analizy do usprawnienia działalności na skalę całej organizacji określane są mianem Przedsiębiorstw Predykcyjnych – zdolnych do kierowania i automatyzacji decyzji, aby sprostać celom biznesowym i osiągnąć wyraźną przewagę nad konkurencją.

Firmy oferujące ubezpieczenia majątkowe i powypadkowe mogą rozpocząć proces przekształcania się w Przedsiębiorstwo Predykcyjne od wykorzystania analiz w celu dokładniejszego przewidywania ryzyka nadużyć. Bazując na sukcesach odniesionych w tym obszarze, może następnie zastosować te same techniki analityczne w działaniach marketiNGowych i handlowych, aby skupić się na podniesieniu jakości. W końcu, będzie mogła wykorzystać analizy predykcyjne do określenia optymalnego poziomu cen oraz do opracowania bardziej atrakcyjnych i dochodowych produktów.

SPSS umożliwia przeobrażenie się w Przedsiębiorstwo Predykcyjne dostarczając odpowiednich rozwiązań analitycznych, które mogą pomóc poprawić efektywność i zwiększyć dochodowość całej organizacji.

O SPSS Inc.

SPSS Inc. (NASDAQ: SPSS) jest przodującym w świecie dostawcą oprogramowania i rozwiązań analiz predykcyjnych. Firmowa technologia analiz predykcyjnych udoskonala procesy biznesowe umożliwiając organizacjom kontrolę nad decyzjami podejmowanymi każdego dnia. Dzięki włączeniu analiz predykcyjnych do codziennych działań biznesowych, organizacje przekształcają się w Przedsiębiorstwa Predykcyjne – zdolne do kierowania i automatyzacji decyzji, aby sprostać celom biznesowym i osiągnąć wyraźną przewagę nad konkurencją.

Ponad 250 000 klientów sektora publicznego, akademickiego i komercyjnego, w tym więcej niż 95 procent firm z listy FORTUNE 1000, polega na technologii SPSS w zwiększaniu przychodów, redukcji kosztów oraz wykrywaniu i zapobieganiu nadużyciom. Powstałe w 1968 roku, SPSS ma siedzibę w Chicago, Illinois. Aby uzyskać więcej informacji, odwiedź www.spss.pl.

Bibliografia

- ¹ Insurance Information Institute, 2004 Mid-Year Property Casualty Insurance Update: Trends & Challenges in P/C Insurance Business Today, [http://www.iii.org/media/presentations/2004 midyear/](http://www.iii.org/media/presentations/2004%20midyear/)
- ² National Insurance Crime Bureau, <http://www.nicb.org/public/publications/NICBinsuranceeng.pdf>
- ³ Insurance Research Council, Fraud and Buildup in Auto Injury Insurance Claims: 2004 Edition, <http://www.ircweb.org/News/20050112.pdf>
- ⁴ Association of British Insurers, Facts on Fraud, February 2003, http://www.abi.org.uk/Display/File/364/Facts_on_Fraud_1.pdf
- ⁵ National Insurance Crime Bureau, http://www.nicb.org/uploaded_documents/case-specific/ny%20fella.pdf
- ⁶ Insurance Research Council, FightiNG Insurance Fraud, <http://www.ircweb.org/News/20020110.htm>
- ⁷ Accenture, http://www.accenture.com/xd/xd.asp?it=enweb&xd=industries/financial/insurance/insu_claims_consumer.xml

SPSS Polska

ul. Raclawicka 58
30-017 Kraków
tel./faks 012.636.07.91
tel./faks 012.636.45.35
tel./faks 012.636.96.80
e-mail: info@spss.pl
www.spss.pl
www.analizadanych.pl
www.webminING.pl