

UNIVERZITA KARLOVA

Právnická fakulta

Mgr. Tereza Tučková

Ochrana práv v životním pojištění

Rigorózní práce

Vedoucí rigorózní práce: JUDr. Petr Kotáb, Ph.D.

Tematický okruh: Finanční právo

Datum vypracování práce (uzavření rukopisu): 17. listopadu 2018

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem předkládanou rigorózní práci vypracovala samostatně, že všechny použité zdroje byly řádně uvedeny a že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Dále prohlašuji, že vlastní text této práce, včetně poznámek pod čarou, má 306 506 znaků včetně mezer.

.....

podpis

V Praze dne 17. listopadu 2018

Poděkování:

Děkuji JUDr. Petru Kotábovi, PhD., vedoucímu mé rigorózní práce, za cenné rady a užitečné připomínky a celkovou pomoc při jejím zpracování. Dále děkuji své rodině za podporu a trpělivost při vzniku této práce.

.....

podpis

V Praze dne 17. listopadu 2018

Obsah

Seznam použitých zkratk	1
Úvod rigorózní práce	3
1 Pojišťovnictví a pojištění	7
1.1. Úvod do problematiky pojišťovnictví a pojištění; pojistný trh	7
1.2 Pojišťovací právo a jeho zařazení	10
1.3 Historie pojišťovnictví a pojištění	10
1.3.1. Historie pojišťovnictví v českých zemích	13
1.4. Právní zakotvení pojišťovnictví a pojištění v současnosti	17
1.4.1. Zákon o pojišťovnictví	18
1.4.2. Zákon o pojišťovacích zprostředkovatelích	21
1.4.3. Občanský zákoník	26
2 Klasifikace jednotlivých typů pojištění a jejich dělení	28
2.1 Dělení pojištění podle formy vzniku	29
2.2 Dělení pojištění podle druhu (předmětu)	30
2.3 Dělení podle způsobu tvorby technických rezerv	31
2.4 Dělení pojištění v právních předpisech	32
3 Životní pojištění	34
3.1 Členění životního pojištění	35
3.2 Doplnkové pojištění k životnímu pojištění	38
3.3 Daňové zvýhodnění životního pojištění	46
3.4 Subjekty v životním pojištění	50
3.5 Porovnání vybraných produktů investičního životního pojištění	53
3.6 Závěry z provedeného porovnání	58
3.7 Situace na českém pojistném trhu	60
4 Institut pojistné smlouvy a vymahatelnost práv a povinností z ní plynoucích	64
4.1 Definice pojistné smlouvy dle nového občanského zákoníku a předchozí legislativy	69
4.2 Základní pojmy pojištění	71
4.2.1 Základní pojmy a pravidla pojištění osob	73
4.3 Uzavření pojistné smlouvy, vznik pojistné smlouvy	77
4.4 Pojistka jako potvrzení o uzavření pojistné smlouvy	78
4.5 Obsah pojistné smlouvy	79
4.6 Pojistné podmínky	82
4.7 Pojistné	83

4.8	Základní práva a povinnosti subjektů pojistné smlouvy.....	85
4.8.1	Základní práva a povinnosti pojistitele.....	85
4.8.2	Základní práva a povinnosti pojistníka	87
4.9	Následky porušení povinností	88
4.10	Promlčení.....	89
4.11	Šetření pojistné události.....	90
4.12	Změna pojistného rizika	93
4.13	Přerušování pojištění.....	94
4.14	Zánik pojištění	95
5	Způsoby ochrany práv v životním pojištění.....	101
5.1	Soudní řešení sporů.....	103
5.1.1	Zvláštní soudní ochrana.....	104
5.1.2	Posouzení výhod a nevýhod s odkazem na konkrétní případy	105
5.2	Mimosoudní řešení sporů	108
5.2.1	Institut finančního arbitra, právní zakotvení a vývoj v ČR.....	108
5.2.2	Řízení před finančním arbitrem.....	109
5.2.3	Posouzení výhod a nevýhod s odkazem na konkrétní případy	112
5.2.4	Další typy alternativního řešení sporů.....	120
5.3	Veřejnoprávní regulace a dohled v pojišťovnictví.....	121
5.3.1	Regulace v pojišťovnictví	121
5.3.2	Dohled ČNB nad pojistným trhem.....	122
5.4	Profesní a zájmová sdružení v oblasti pojišťovnictví.....	123
6	Zamyšlení de lege lata a zhodnocení.....	126
	Závěr.....	128
	Seznam použité literatury a dalších zdrojů	130
	Abstrakt	135
	Klíčová slova	136
	Abstract	137
	Key words	138

Seznam použitých zkratk

- „NOZ“ zákon č. 89/2012, občanský zákoník
- „ZPS“ zákon č. 37/2004 Sb. o pojistné smlouvě, ve znění pozdějších předpisů
- „ZPOJ“ zákon č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů
- „ZPZ“ zákon č. 38/2004 Sb., o pojišťovacích zprostředkovatelích a samostatných likvidátorech pojistných událostí, ve znění pozdějších předpisů
- „ZDP“ zákon č. 170/2018 Sb., o distribuci pojištění a zajištění, ve znění pozdějších předpisů
- „ZOchrS“ zákon č. 634/1992 Sb., o ochraně spotřebitele, ve znění pozdějších předpisů
- „zákon o daních z příjmů“ zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů
- „ZFA“ zákon č. 229/2002 Sb., o finančním arbitrovi, ve znění pozdějších předpisů
- „ZRŘ“ zákon č. 216/1994 Sb., o rozhodčím řízení, ve znění pozdějších předpisů
- „OSŘ“ zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád, ve znění pozdějších předpisů
- „SŘ“ zákon č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů
- „nařízení ODR“ nařízení Evropského parlamentu a Rady č. 524/2013 ze dne 21. května 2013, o řešení spotřebitelských sporů on-line a o změně nařízení (ES) č. 2006/2004 a směrnice 2009/22/ES
- „směrnice ADR“ směrnice Evropského parlamentu a Rady 2013/11/EU ze dne 21. května 2013, o alternativním řešení spotřebitelských sporů a o změně nařízení (ES) č. 2006/2004 a směrnice 2009/22/ES
- „KID“ sdělení klíčových informací podle nařízení PRIIPs
- „MiFID II“ Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2014/65/EU ze dne 15. května 2014 o trzích finančních nástrojů a o změně směrnic 2002/92/ES a 2011/61/EU
- „nařízení PRIIPs“ Nařízení Evropského parlamentu a Rady EU č. 1286/2014 ze dne 26. listopadu 2014 o sděleních klíčových informací týkajících se strukturovaných detailových investičních produktů a pojistných produktů s investiční složkou
- „PČS“ Pojišťovna České spořitelny a.s.
- „ČNB“ Česká národní banka
- „ČOI“ Česká obchodní inspekce
- „ČKP“ Česká kancelář pojistitelů
- „ČAP“ Česká asociace pojistitelů

- „AFIZ“ Asociace finančních zprostředkovatelů a finančních poradců České republiky, z.s.
- „EU“ Evropská unie
- „ČP“ Česká pojišťovna a.s.
- „AXA“ AXA životní pojišťovna a.s.
- „AČPM“ Asociace českých pojišťovacích makléřů

„Ignorantia iuris non excusat.“

(„Neznalost práva neomlouvá.“)

Úvod rigorózní práce

Tématem této rigorózní práce je ochrana práv v životním pojištění, v jehož rámci bych se chtěla hlouběji věnovat možnostem a způsobům ochrany práv osob v životním pojištění. Životní pojištění uzavírá pojistník s pojistitelem v rámci pojistné smlouvy a smyslem uzavřené pojistné smlouvy je ochrana konkrétní osoby a v případě zájmu i jeho rodiny před finančními důsledky nejrůznějších životních situací, které mohou nastat. Životním pojištěním je zpravidla kryto riziko smrti, nemoci, pracovní neschopnosti, trvalé invalidity atd.

Považuji za vhodné hned na začátku uvést, že pojištění jako takové nebylo z počátku provozováno na komerční bázi, jak jej známe dnes, nýbrž na bázi vzájemnostního pojištění a to pro uzavřenou skupinu osob. Vznikaly rozličné vzájemné pojišťovací spolky sdružující finanční prostředky svých členů. Vybranými prostředky bylo kryty následky vzniklých nahodilých životních událostí. Další vývoj pojišťovnictví souvisel nejen s nástupem nových rizik a rozvojem ekonomiky, ale i s lidským poznáním na poli medicíny, ekonomiky či statistiky.

První příklady nesoucí znaky pojišťovnictví řadíme do období starého Egypta, kde jsou známy a archeologicky podloženy dohody kameníků ke společné úhradě nákladů na pohřeb. Dále ve starověkém Řecku docházelo ke vzniku sociálního pojištění, jež zajišťovalo výplatu odškodnění zmrzačeným vojákům. Později ve starověkém Řecku sjednávali majitelé lodí s kupci dohody, na jejichž podkladě docházelo při ztroskotání lodi či ztrátě nákladu ke společné úhradě vzniklé škody. Tato jednání považujeme za základy budoucího pojišťovnictví.

S rozvojem průmyslové revoluce a vytvářením městských aglomerací přestala původní forma vzájemné solidarity vyhovovat a začaly se tak budovat první zárodky moderního pojišťovnictví. Mezi jeho průkopníky patřily zejména přímořské státy, mezi nimiž si postupem času vedoucí postavení vybudovala Anglie.

Za datum počátku pojišťovnictví odborníci vesměs považují rok 1827, kdy byla založena první pojišťovna. V Českých zemích lze za datum oficiálního vzniku pojišťovnictví považovat datum vydání císařského patentu dne 4. září 1819.

V průběhu 1. světové války a 2. světové války došlo k destabilizaci pojistného trhu, který se do té doby poměrně dobře rozvíjel. Následující roky normalizace jsou považovány za temné období pojišťovnictví spojené s fungováním pouze jedné národní pojišťovny. K demonopolizaci dochází až v roce 1991 v souvislosti s přijetím zákona č. 185/1991 Sb., o pojišťovnictví, jež upravuje pravidla a podmínky provozování pojišťovnictví na českém trhu.

V průběhu roku 2018, v době psaní rigorózní práce, aktivně působí na pojistném trhu 50 pojišťoven nabízející komerční pojištění.¹ Dělí se na pojištění osob (životní pojištění, investiční důchodové pojištění, úrazové pojištění, důchodové pojištění, pojištění dětí, pojištění ušlého zisku), penzijní připojištění, komplexní autopojištění, pojištění majetku občanů, cestovní pojištění a asistenční služby a v neposlední řadě pojištění podnikatelů a průmyslu.

Institut životního pojištění je velmi dynamická oblast skýtající mnoho výhod pro klienty pojišťoven. Na druhou stranu je ovšem také častěji diskutován zejména v souvislosti s jeho složitostí a nepřiměřeností pojistných podmínek. Nejednou finančně negramotní spotřebitelé uzavírají velmi nevýhodné pojistné smlouvy s vysokým pojistným a při uplatněné škodné události pojistitel využije velmi extenzivního výkladu svých všeobecných i zvláštních pojistných podmínek, aplikuje komplex výluk z pojistného plnění a klient se poté cítí poškozen a podveden. Bohužel se setkáváme i s případy, kdy, na základě instrukcí pojišťovacího zprostředkovatele, zájemce o životní pojištění nezodpoví pravdivě a úplně pojistitelem položené dotazy a při řešení nahlášené škodné události bývá výplata pojistného plnění odmítnuta.

V posledních letech se institut životního pojištění stává rovněž jakousi podmínkou pro čerpání hypotečního úvěru u bankovního ústavu, kdy se banka v rámci uzavřené pojistné smlouvy dostává do role obmyšlené osoby v případě smrti pojištěného a případná výplata pojistného plnění u vybraných typů pojistných událostí je tzv. vinkulována ve prospěch banky. Nedílnou součástí takto uzavřené pojistné smlouvy bývá rovněž ujednání, že pro vybrané typy změn pojistné smlouvy je vyžadován souhlas banky. I z tohoto důvodu životní pojištění nabylo na velké důležitosti.

Dané téma rigorózní práce jsem zvolila zejména z důvodu, že se již téměř 8 let pohybuji v prostředí životních pojišťoven v pozici firemního právníka a proto je mi toto téma velmi

¹ Seznam pojišťovacích společností v České republice sestavený k 31. 3. 2018 vedený Českou národní bankou. In: Česká národní banka [online]. 2018. [cit. 1. 11. 2018]. Dostupné z WWW: <https://www.cnb.cz/cs/statistika/menova_bankovni_stat/seznamy_mbs/seznam_ic/index.html>.

blízké. Životní pojištění za tu dobu v souvislosti s vývojem evropské i české legislativy doznalo několika významných změn. Spolu s tím šel ruku v ruce i vývoj způsobů ochrany klientů pojišťoven, na kterou se v zásadě zaměřila i evropská legislativa. Téma jako takové bývá častěji předmětem mediálních kauz a proto cílem mé rigorózní práce je pojednat zejména o tom, kdo je nositelem práv a povinností v životním pojištění a jaké možnosti ochrany těmto osobám dává právní řád České republiky. V detailu se budu věnovat soukromoprávní ochraně tak, jak je nyní upravena a zda je tato v souladu se základními principy ochrany spotřebitele.

Při psaní této rigorózní práce bylo použito několika vědeckých metod, zejména metody jazykového výkladu, historického výkladu a metody komparativní, která se zaměřuje na srovnání platné právní úpravy občanskoprávního soudního řízení, správního řízení a řízení před finančním arbitrem. Hlavní využitou vědeckou metodou je ovšem metoda deskriptivní, kdy v práci je poměrně detailně popsána právní úprava životního pojištění jako takového včetně historického exkurzu právní úpravy dané oblasti.

Tato rigorózní práce se svým obsahem člení do šesti hlavních kapitol. První kapitola čtenáře informuje o problematice pojišťovnictví a pojištění jako takovém, přiblíží základní historický vývoj předmětné oblasti s uvedením nejvýznamnějších milníků a popíše aktuální zakotvení v právním řádu České republiky.

V rámci druhé kapitoly je důkladně popsána klasifikace jednotlivých typů pojištění a jejich dělení, kdy mým úkolem bylo zejména se zaměřit na jednotlivé typy a instituty pojištění včetně popisu základních pojmů, na které v rámci rigorózní práce hojně odkazují.

Třetí kapitola pojednává o životním pojištění jako celku, zevrubně popisuje jeho specifika a odlišnosti, přináší základní obraz k hlavnímu dělení životního pojištění na rezervotvorné životní pojištění a rizikové životní pojištění a vyjmenovává jednotlivé typy produktů v životním pojištění, které lze na trhu sjednat. V této kapitole je rovněž věnován prostor pro popis subjektů v životním pojištění jakožto nositelům práv a povinností.

Účelem čtvrté kapitoly je přiblížení institutu pojistné smlouvy dle předchozí a platné legislativy, pravidel a jednotlivých práv a povinností při uzavírání pojistné smlouvy. V této kapitole je za pomoci metody deskriptivní podrobně popsán institut pojistných podmínek, jejich přínos a úskalí, kterým je třeba při uzavírání životního pojištění věnovat velkou pozornost. V této kapitole dále analyzuji způsoby ukončení pojistné smlouvy, zakázaná ujednání a výluky z pojištění, včetně nekalých obchodních praktik.

Pátá kapitola je v zásadě srdcem rigorózní práce, kdy zde jsou specifikovány způsoby a možnosti ochrany klientů pojišťoven, které jsou určeny pro jejich obranu a celkově se jim snaží vymáhání jejich práv a nároků zjednodušit. V této kapitole analyzuji jednotlivé způsoby ochrany upravené stávajícím právním řádem České republiky. Metodou komparativní porovnávám výhody a nevýhody té které možnosti s odkazem na konkrétní případy.

Závěrečná šestá kapitola přináší zhodnocení tématu dle platných zákonů *de lege lata*. Zkoumaná oblast je vyhodnocena zejména s ohledem na způsoby ochrany práv v životním pojištění, přičemž výstupem je hodnocení, zda dané možnosti jsou v souladu se základními principy ochrany spotřebitele. Bude-li dosaženo zamýšleného cíle rigorózní práce, věřím, že tato se stane přínosem pro odbornou i laickou veřejnost.

1 Pojišťovnictví a pojištění

V první kapitole své rigorózní práce věnuji pozornost úvodu do problematiky pojišťovnictví a pojištění a základnímu historickému vývoji. Jak už nastiňuje úvod práce, tato první kapitola je členěna do třech podkapitol. Nejdříve předestru základní rozdíl v pojmosloví pojišťovnictví a pojištění, kdy je známo, že i lidé z odborné sféry tyto pojmy zaměňují a proto bych na tomto místě hned v úvodu dané pojmy vyjasnila a přiblížila.

V dalších kapitolách přiblížím vývoj této oblasti s uvedením nejvýznamnějších milníků a budu pokračovat v popisu aktuálního legislativního zakotvení v právním řádu České republiky.

1.1. Úvod do problematiky pojišťovnictví a pojištění; pojistný trh

S každou oblastí lidské společnosti je spojeno určité riziko a proto proti riziku a jeho dopadům je nutné se vhodným způsobem bránit. Lidé dlouhá staletí hledali způsoby, jakými lze zmírnit negativní dopady vnějších nahodilých vlivů. Již ve starověkém Řecku či Fénicii, tedy v době, do které spadá rozvoj námořní přepravy po Středozezemním moři, poprvé zaznamenáváme první prvky komerčního pojištění.

Pojišťovnictví lze vymezit jako specifické odvětví ekonomiky, které zabezpečuje finanční eliminaci rizik ovlivňujících činnosti lidí.² Pojišťovnictví představuje nevýrobní odvětví ekonomiky zabezpečující vyloučení negativních důsledků. Jedná se o zvláštní odvětví ekonomiky, finanční službu, jež je zdrojem rozvoje společnosti. Dalo by se rovněž charakterizovat jako služba pro obyvatelstvo i podnikatelské subjekty, jakožto státní instituce. Je třeba ovšem zdůraznit, že pojišťovnictví nezajišťuje výraznější růst bezpečnosti a neznamena ani naprostou jistotu, ať už čehokoliv. Pojišťovnictví jako takové nese pouze finanční důsledky za jednotlivá rizika konkrétních činností.

Z dikce platného a účinného zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „ZPOJ“) je patrné, že tento jednoznačnou definici pojmu pojišťovnictví nevymezuje a nebylo tak učiněno ani v předchozích zákonech. Lze se tak setkat pouze s definicemi základních pojmů spadajících do oblasti pojišťovnictví, ať už upravené ZPOJ nebo zákonem č. 89/2012S Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů (dále jen

² KARFÍKOVÁ, M., PŘIKRYL, V., R. VYBÍRAL a kolektiv: *Pojišťovací právo*, 2. přepracované vydání. Praha: Leges 2018. ISBN 978-80-7502-271-4, s.13

„NOZ“). Samotný ZPOJ pracuje pouze toliko s definicí v ustanovení § 2 odst. 1 vymežující oblasti, na které se předpis nevztahuje. V tomto směru lze tedy posoudit, na jaké oblasti pojem pojišťovnictví spadá a co upravuje.

Pojišťovnictví představuje systém a pravidla provozování činností spadajících do tohoto odvětví, a to včetně podmínek provozování pojišťovací a zajišťovací činnosti a působnosti dohledu v pojišťovnictví.³ Pojišťovnictví lze rovněž definovat jako množinu, která zahrnuje všechny pojišťovací instituce, které mají oprávnění k provozování pojišťovací a zajišťovací činnosti v dané ekonomice ve všech jejich formách.⁴ V odborné literatuře se lze setkat i s propojením obou uvedených definic.

Podstatou pojišťovnictví je shromažďování volných peněžních prostředků od zájemců o pojištění, které následně subjekty pojistného trhu při dodržení přísných pravidel co nejvýhodněji umísťují na finanční trh. Dané subjekty jsou rovněž povinny plnit požadavky oprávněných osob, jimž vznikl nárok na výplatu plnění od pojišťovny v podobě pojistného plnění v případě pojistné události, či plnění z pojištění při mimořádném výběru finančních prostředků či zániku pojistné smlouvy.

Pojišťovnictví se zakládá a rozvíjí na lidské nejistotě, na nahodilosti, na neznalosti procesů a jevů, které člověk nemůže ovlivnit. Do sféry působnosti pojištění spadají tzv. čistá rizika. Z pohledu rizik, jež spadají do ekonomické kategorie, rozeznáváme škody na majetku, zdraví, rizika odpovědnosti za škody, rizika sociální, technologická atd. Ne všechna jmenovaná rizika však lze krýt komerčním pojištěním. Můžeme tedy shrnout, že pojištění představuje přesun rizik nahodilých důsledků škod či ztrát na specializovaný finanční ústav – pojišťovnu. Právnická či fyzická osoba, která chce uzavřít s vybranou pojišťovnou pojistnou smlouvu na krytí vybraných rizik tak vstupuje do závazkového (synallagmatického vztahu) s pojišťovnou, která za úplatu vezme možná rizika na sebe. Z vybraného pojistného pojišťovna vytváří rezervní fond, jehož rozdělování probíhá v závislosti na realizaci toho kterého rizika.

Pojišťovnictví lze tedy charakterizovat jako specifické odvětví národního hospodářství provozující pojištění. Naopak pojištění představuje souhrn vztahů tvorby peněžních rezervních fondů s použitím pojistné metody spočívající v kolektivním vytváření těchto fondů

³ KARFÍKOVÁ, M., PŘIKRYL, V., R. VYBÍRAL a kolektiv: *Pojišťovací právo*, 2. přepracované vydání. Praha: Leges 2018. ISBN 978-80-7502-271-4, s.13

⁴ BAKEŠ, M., KARFÍKOVÁ, M., KOTÁB, P., MARKOVÁ, H. *Finanční právo*. 6. vydání. Praha: C.H. Beck 2012. ISBN 978-80-7400-440-7. s. 65

v závislosti na riziku a používání těchto fondů k úhradě peněžních potřeb, které jsou v jednotlivých případech náhodné, vcelku však odhadnutelné.⁵

Dalším pojmem, se kterým budu ve své rigorózní práci pracovat, je pojem pojištění. V nejužším slova smyslu lze za pojištění označit konkrétní vztah mezi dvěma osobami nebo jinými jednotkami (typicky pojistníkem a pojistitelem) založený pojistnou smlouvou.⁶ V souvislosti s pojmem pojištění lze hovořit rovněž o pojišťovací činnosti jakožto specifické kategorii finanční činnosti, kdy na pojištění lze nahlížet jako na celé jedno odvětví ekonomiky.

Pro účely mé rigorózní práce budu pracovat s pojmem pojištění pouze v souvislosti s komerčním pojištěním, které je založené na synallagmatickém vztahu pojistník-pojišťovna. Systém sociálního a zdravotního pojištění je založen na zcela jiném legislativním základě, na jiných principech a fungování a oproti komerčnímu pojištění má spíše daňový charakter. Lze konstatovat, že sociální pojištění, tedy důchodové, nemocenské a zdravotní pojištění, stejně jako zákonné pojištění zaměstnavatele za pracovní úrazy a nemoci z povolání, vykazuje výraznou ingerenci státu plnění své mezinárodní povinnosti. Stát tímto v zásadě poskytuje zákonem stanovené podmínky sociálního zabezpečení a rozdíly oproti pojišťovnictví jsou patrné.

Literatura v zásadě dělí pojištění na pojištění veřejné a soukromé. Mezi oběma oblastmi jsou popisovány výrazné rozdíly i s ohledem na právní zakotvení (viz výše), nicméně lze se shledat i s názorem, že lze mezi oběma spatřovat jistou podobnost v založení na principu solidarity.⁷

S takovou systematikou dělení nelze souhlasit. Pro sociální pojištění je typická povinná účast osob a sociální pojištění jsou propojena se státním rozpočtem a jsou postavena na vysoké míře solidarity působícími všemi směry.⁸ Naopak v soukromém pojištění je to právě pojišťovací instituce, která určí smluvní podmínky, rozhodne se, koho do pojištění přijme a koho nikoliv. V rámci důchodového či zdravotního pojištění není možné, aby např. typicky závažná choroba způsobila odmítnutí ze strany zdravotní pojišťovny.

⁵ MARVAN, M. a kol. *Dějiny pojišťovnictví v Československu*. Díl 1., do roku 1918. Praha: Novinář 1989, s. 12

⁶ KARFÍKOVÁ, M. a kol., *Teorie finančního práva a finanční vědy*. Praha: Wolters Kluwer ČR 2018, ISBN 978-80-7552-935-0, s. 241

⁷ HRADEC, M., ZÁRYBNICKÁ, J., KŘIVOHLÁVEK, V. *Pojištění a pojišťovnictví* 1.vyd., Praha: Vysoká škola finanční a správní. 2005, ISBN 80-86754-48-0, s. 18

⁸ Jde o solidaritu bohatších s chudšími, mladších se staršími, zdravých s nemocnými, rodinami bezdětnými s rodinami s dětmi, tedy o naprosto jinou kvalitu solidarity, než jak ji vymezuje Dr. Hradec na str. 9

Vzhledem k výše uvedeným rozdílům by bylo žádoucí, aby ZPOJ obsahoval pozitivní definici pojmu pojišťovnictví, což by předešlo komplikacím, se kterými se nyní v praxi setkáváme.

Pro úplnost úvodu do problematiky pojišťovnictví a pojištění bych ráda definovala ještě jeden pojem, a to pojem pojistný trh. Pojistný trh ztělesňuje významnou součást finančního trhu a představuje důležité odvětví národního hospodářství. Finanční trh lze chápat jako systém institucí a instrumentů zabezpečujících pohyb peněz a kapitálu ve všech formách mezi různými ekonomickými subjekty na základě nabídky a poptávky.⁹ Finanční trh se skládá z několika segmentů a to z peněžního trhu, kapitálového trhu, devizového trhu, komoditního trhu a pojistného trhu. Poslední z vyjmenovaných segmentů vykazuje řadu podobností, ale rovněž se v mnohém odlišuje. Podstatou pojistného trhu je rovněž setkávání se nabídky pojišťovacích institucí a poptávky po pojištění jakožto druhu služby, na jejímž základě pojišťovna přebírá vybraná rizika a poskytuje pojistnou ochranu. Jedná se tak o finanční eliminaci rizika.¹⁰

1.2 Pojišťovací právo a jeho zařazení

Pojišťovací právo, známé též jako pojistné právo, není v České republice považováno za samostatný obor a má významný interdisciplinární charakter.¹¹ Pojišťovací právo vykazuje prvky jak práva veřejného (typicky se jedná o veřejnoprávní regulaci), tak i prvky práva soukromého představující pojistnou smlouvou.

Pojišťovací právo s ohledem na výše uvedené má tak řadu vazeb do vybraných právních oborů jako jsou civilní právo, správní právo, unijní právo, trestní právo atd. Z oboru finančního práva lze dále jmenovat např. měnové právo, rozpočtové právo a daňové právo, které má vazbu na pojistné právo z hlediska pojišťoven a jejich povinnosti tvorby technických rezerv a dále z hlediska pojistného upravující výši základu daně z příjmů.

1.3 Historie pojišťovnictví a pojištění

Lidé byli od pradávna sužováni strachem a nejistotou při výkonu jejich různorodých činností. Proto vzniklo pojištění zabezpečující občanům právo na výplatu peněžních

⁹ REVENDA, Z. a kol. *Peněžní ekonomie a bankovnictví*. 3. vydání. Praha: Management Press, s.r.o., 2004. ISBN 80-7261-031-7, s. 93

¹⁰ DUCHÁČKOVÁ, E. *Principy pojištění a pojišťovnictví*. 3. vydání přepracované. Praha: Ekopress, s. r. o., 2009. ISBN 978-80-86929-51-4., s. 31

¹¹ KARFÍKOVÁ, M. a kol., *Teorie finančního práva a finanční vědy*. Praha: Wolters Kluwer ČR 2018, ISBN 978-80-7552-935-0, s. 241

prostředků k úhradě potřeb, které vznikají z nahodilých událostí. Jedná se o takzvanou svépomoc.

Přesné důkazy o existenci různých druhů životního pojištění a pojištění majetku máme už z dob starověku, kde u kulturních národů vznikala rozmanitá sociální zařízení, která lze považovat za předchůdce majetkových a životních pojištění. Jsou dochovány zmínky o zájmových skupinách lidí, kteří se finančně zabezpečovali pro případ invalidity, úmrtí a pohřbů.

Některá odborná literatura věnující se historii pojišťovnictví uvádí, že již ve starověkém Egyptě asi kolem roku 2500 př. n. l. uzavírali kameníci vzájemné dohody o společném krytí výdajů z pravidelně vybíraných příspěvků. Přibližně z doby 2000 let př. n. l., za vlády babylonského krále Chammurapiho ve staré Babylónii, se dochovaly záznamy na hliněných destičkách o sdružení majitelů velbloudů, které zabezpečovalo své členy proti ztrátám, které s sebou přinášelo provozování obchodu a dopravy pomocí karavan. Dále např. ve staré Indii, asi 1000 let př. n. l., existovalo pojištění úvěru u určité kasty obchodníků.

Mezi první pojištění s charakteristickými prvky komerčního pojištění literatura řadí pojištění námořní, *foenus nauticum*.¹² V té době, kdy neexistovaly navigační přístroje ani jiné technické prostředky, byla námořní doprava velmi riskantní. I přes tento fakt však byl tento způsob přepravy hojně využíván. Je známo, že se lidé zprvu obraceli na božstva a vyšší síly s modlitbami, nicméně při utrpěví škodě nebyla tato nahrazena a proto staří Féničané vymysleli jakési dopravní pojištění lodí i nákladu. Pro tato první pojištění byla obecně charakteristická vzájemnost a všichni se shodují, že v těchto raných dobách je v podstatě neproveditelné odlišit, kdy šlo o činnost pojišťovací a kdy o charitativní.¹³

V Athénách se v textech řečníka Lysia z let 450 – 367 př. n. l. dochovala zmínka o určitém sociálním pojištění, kterým byli odškodňováni občané zmrzačení v bojích o vlast. Z doby existence římského impéria jsou dochovány zmínky o zájmových skupinách lidí, kteří se finančně zabezpečovali např. pro případ invalidity a úmrtí.

¹² MARVAN, M. a CHALOUPECKÝ, J.. *Dějiny pojišťovnictví v Československu*. 1. vyd., Bratislava: Alfa Konti, 1993. ISBN 80-887-3901-2, s. 22

¹³ MARVAN, M. a kol. *Dějiny pojišťovnictví v Československu*. Díl 1., do roku 1918. Praha: Novinář 1989, s. 21

Světová Říše římská vybudovaná na moci politické a finanční se v době stěhování národů rozpadla a s jejím zánikem zanikly i ideje pojišťování a další vývoj v této oblasti se bohužel pozastavil

V Evropě na přelomu 11. a 12. století začaly s rozvojem obchodu a řemesel vznikat větší skupiny, které pociťovaly potřebu sdružovat se v zájmu přežití. V té době zaznamenáváme zrod různých rodinných svazků nazývané „gildy“. Z nich postupně vzešly řemeslnické cechy, jejichž význam se udržel až do 18. století. Cechy zakládaly četné mistrovské a tovaryšské pokladnice či bratrstva za účelem podpory členů v nemoci a poskytování pohřebného. Tímto jednáním byly dány opět základy pojišťování. Kupecké gildy poskytovaly nejen právní a někdy i fyzickou ochranu (ozbrojené skupiny na ochranu kupeckých vozů), ale i vzájemné pojištění pro případ smrti, nemoci, úrazu, krádeže a dokonce i pojištění lodní dopravy a požární pojištění.

První dochovaná pojistná smlouva je ze dne 13. dubna 1379. Byla podepsána v italské Pise a zahajuje tak éru námořního pojištění a námořního práva. První pojistná událost se datuje k 9. červnu 1584 na základě platně uzavřené pojistné smlouvy na život Williama Gibbonse. První řádná pojišťovna vznikla v Hamburku roku 1676 jako „Generální požární pokladna“.

Největší pojišťovací systém LLOYDS vznikl v roce 1687 z kavárny pana Edwarda Lloyda, kde se scházeli kupci, makléři a námořníci a on pro ně organizoval výměnu informací o námořní přepravě. Na základě těchto informací vybudoval E. Lloyd největší informační centrum o pohybu zboží, lidí, o haváriích a jejich pojišťování.

Prislušný makléř mající pokyn k pojištění určité konkrétní lodi, nákladu či její posádky, obcházel v kavárně s potřebnými podklady hosty, přičemž každý host/zájemce zaznamenal částku, za kterou byl ochoten ručit. Podle dílčích podílů bylo následně vypočítáno pojistné, které zákazník upisovatelům zaplatil.

V souvislosti s rozvojem pozemní dopravy v Evropě vznikalo pojištění odpovědnosti za škody. Počátky tohoto pojištění nacházíme ve Francii v podobě pojištění odpovědnosti z provozu koněspřežné dopravy.

Souběžně s pojištěním majetku se rozvíjí pojištění rizik týkajících se zajištění života lidí. Od počátku 15. století jsou uzavírány pojistné smlouvy, které se již podobají dnešnímu důchodovému pojištění. V 16. století dochází převážně v Anglii, Flandrech a Holandsku

k rozvoji tzv. rentových důchodů. V té době dal významný holandský státník Jean de Witte jako první početní podklady nového způsobu pojištění. Předmětem pojištění byly důchody.

Zrod životního pojištění tak, jak ho známe dnes, je datován do 16. století. Jednoduchá smluvní forma pojištění na život pokračovala až do 18. století, kdy v Anglii vstoupily v platnost dva zákony k systematictějšímu základům životního pojištění. Až do té doby mohli zájemci uzavírat životní pojištění na jakoukoliv třetí (mnohdy cizí) osobu pod záminkou rychlého výdělku. V průběhu 18. století byla stanovena jasná pravidla a poprvé se zde setkáváme s pojmem pojistný zájem.

Posledním krokem k dotvoření základů životního pojištění byly vědecké základy výpočtu pojistného. Roku 1776 nebyl jistý matematik James Dodson vzhledem k věku 46 let přijat do pojištění. J. Dodson na základě této zkušenosti připravil propočty, které vycházejí z věku každého zájemce o pojištění při vstupu do pojištění a délky pojištění. Dodson prostudoval všechny dostupné údaje o průměrné délce života, náhrobky, knihy narození a další, přičemž výsledkem jeho snah bylo vytvoření tabulek premiových sazeb.

1.3.1. Historie pojišťovnictví v českých zemích

V dobách, kdy byly české země součástí habsburské monarchie, byly za největší nebezpečí považovány požáry ohrožující nejen majetek bohatých i chudých bez rozdílu, ale často přinášely také ztrátu pracovních příležitostí. Zejména zemědělství, jakožto hlavní zdroj většiny příjmů, vyžadovalo ochranu.

Císařovna Marie Terezie svými osobními dopisy a patenty podněcovala zakládání pojišťoven. Zpočátku se sama snažila pomáhat poškozeným dobročinnými akcemi různého druhu. Jedním z nejvýznamnějších počínů bylo založení Fondu na úhrady škod vzniklých požáry, povodněmi a nepřízní počasí.

V českých zemích se však s úplně prvním pokusem o zavedení povinného pojištění setkáváme v roce 1699, kdy Jan Kryštof Bořek předložil návrh na zavedení povinného požárního pojištění budov v Čechách.¹⁴ Teprve až roku 1776 byla založena pojišťovna v Brandýse nad Labem proti škodám z ohně na polních zásobách, nábytku, nářadí

¹⁴ HRADEC, M. a ZÁRYBNICKÁ, J.. *Vybrané statě z pojišťovnictví*. 1. vyd. Praha: Vysoká škola finanční a správní, 2003. ISBN 80-86754-09-X. s. 9

a dobytku¹⁵, což bylo potvrzeno dekretem dvorní kanceláře roku 1777.

Po vzoru sousedních německých států začaly koncem 18. století vznikat v habsburské monarchii vdovské a sirotčí penzijní ústavy. Nejstarší z nich byl Olomoucký všeobecný vdovský a sirotčí penzijní ústav založený roku 1793. Druhým ústavem tohoto typu byl Uherský ústav založený roku 1797, přičemž po něm následovalo založení Pražského ústavu pro občany provozující živnost a dále Pražského zabezpečovacího ústavu pro muže.

V českých zemích byla právní úprava pojištění a pojišťovnictví upravena patentem císaře Františka I. ze dne 4. září 1819, jímž se povolovalo provozování pojištění jako soukromého podnikání. V té době vznikly Pojišťovací společnost Přístav Komárno, Zemská požární pojišťovna a Vzájemná požární pojišťovna pro Horní Rakousy se sídlem v Linci.

Nejvýznamnější z prvních novodobých životních pojišťoven v habsburské monarchii byl Všeobecný zaopatřovací ústav pro poddané rakouského císařského státu založený k 1. březnu 1823. Do této první významné fáze zakládání domácích pojišťoven spadá rovněž založení První české vzájemné pojišťovny v roce 1827 v Praze a Moravsko-slezské vzájemné pojišťovny Brno v roce 1830.

Hospodářsky sílící česká buržoazie stále naléhavěji pociťovala potřebu vlastní pojišťovny specializované na životní pojištění, jež do té doby plně ovládaly vídeňské, terstské a částečně i budapeštské pojišťovny. Vznikaly pojišťovny městské, rolnické a vzájemné. V roce 1869 byla např. založena Slavia, Vzájemná pojišťovací banka Praha a v roce 1872 důležitá instituce v zajišťovnictví, První zajišťovací banka v Praze.¹⁶

Slavia, která se ve své době reprezentovala jako ryze česká vlastenecká pojišťovna, zahájila svou činnost jako životní pojišťovna. Původně byla zaměřena na 3 hlavní oblasti a to pojištění na dožití, pojištění úmrtí a tzv. spolky pro vzájemné dědění. Zvláště zajímavé jsou snahy Slavie rozšiřovat teritoriální hranice svého působení. Už krátce po svém založení v roce 1869 začala Slavia pracovat mimo Čechy. Vedle Moravy a Slezska, kde podnikala prostřednictvím své filiálky v Olomouci, se vedoucí představitelé pojišťovny zaměřili i na slovanský jihovýchod Evropy, zejména na Srbsko a Rusko.

¹⁵ KARFÍKOVÁ, M., PŘIKRYL, V., R. VYBÍRAL a kolektiv: *Pojišťovací právo*, 2. přepracované vydání. Praha: Leges 2018. ISBN 978-80-7502-271-4, s. 22

¹⁶ HRADEC, M., ZÁRYBNICKÁ, J., KŘIVOHLÁVEK, V. *Pojištění a pojišťovnictví* 1. vyd., Praha: Vysoká škola finanční a správní. 2005, ISBN 80-86754-48-0, s. 18

Vzájemná pojišťovací banka Praha zůstala až do konce své existence ryzí životní pojišťovnou. Svým zaměřením na vybraný okruh osob, kterým nabízela životní pojištění, si udržovala poměrně stabilní okruh pojistníků. Díky tomu se nárůst jejího obchodu nezvyšoval tak rychle jako u pojišťovny Slavie, která se svým záběrem a širokou nabídkou pojištění zaměřovala na širokou veřejnost.

Až do konce 19. století hrály české pojišťovny Slavia, Praha a německá Concordia na pojistném trhu životního pojištění v Rakousku - Uhersku jen nepatrnou roli (2,5 – 3%). Převážnou část životního pojištění v Čechách, na Moravě a ve Slezsku upisovaly i nadále vídeňské, terstské a budapešťské pojišťovny a rovněž zahraniční pojišťovací instituce. Co do počtu pojistných smluv a přijatého pojistného se na pomyslné první místo řadily pojišťovny Německé říše.

Na přelomu 19. a 20. století bylo životní pojištění nejvýznamnějším typem pojištění v Rakousku – Uhersku. Předstihlo tak i požární pojištění, jež bylo do té doby pokládáno za pojištění nejdůležitější. Hlavní roli hrálo pojištění pro případ smrti, které bylo pro svůj předmět nejžádanější. Lidé rovněž uzavírali pojištění na dožití a pojištění důchodové, ovšem ne v takovém počtu, jako pojištění životní. Stále více se v té době prosazovalo sdružené pojištění pro případ smrti nebo dožití.

V období před 1. světovou válkou dochází k dalšímu rozvoji pojišťoven a tak i nárůstu jejich počtu. Do této doby řadíme založení např. Pražské městské pojišťovny, Rolnické pojišťovny, Hasičské pojišťovny či pojišťovny Koruna.

První světová válka znamenala určité zakolísání v oblasti pojišťovnictví. Díky odbornosti a politické prozíravosti představitelů pojišťovnictví se podařilo uchránit prostředky klientů během válečného období 1914 – 1918 a po vzniku samostatné Československé republiky zahájit novou etapu československého pojišťovnictví.¹⁷ První světovou válkou byl ovšem přerušeno úspěšné rozvoje pojišťovnictví z období na přelomu 19. a 20. století. Tuto skutečnost dokládá fakt, že v letech 1914 – 1918 nebyla v českých zemích založena jediná pojišťovna.

Důsledky 1. světové války měly značný vliv na vznik dalších pojišťoven, jako např. Slovanská pojišťovna, Všeobecná pojišťovna, Legie, Merkur, Labe Domov a mnoha dalších. V pozdější době sloužily některé pojišťovny stále více zájmům určitých politických stran a docházelo tak i k zneužívání jejich kapitálu. Je nutno dodat, že v té době v pojišťovnictví se

¹⁷ HRADEC, M., ZÁRYBNICKÁ, J., KŘIVOHLÁVEK, V. *Pojištění a pojišťovnictví* 1. vyd., Praha: Vysoká škola finanční a správní. 2005, ISBN 80-86754-48-0, s. 18

stále více spolupracuje se zahraničním kapitálem, kdy z významných zahraničních pojišťoven v Československu působí italské či švýcarské pojišťovny.

Během druhé světové války za období protektorátu zaznamenáváme útlum pojišťovnictví a odchod zahraničních pojišťoven. Dne 24. října 1945 byl vydán dekret prezidenta republiky, na jehož základě došlo ke znárodnění 773 pojišťoven, pojišťovacích spolků a zahraničních reprezentací. Následně bylo v roce 1946 vytvořeno pět pojišťoven (národních podniků), přičemž o dva roky později v roce 1948 byl zformován pouze jeden ústav Československá pojišťovna, národní podnik.¹⁸ O 20 let později, v roce 1969, došlo k rozdělení této pojišťovny a vzniku České státní pojišťovny a Slovenskej štátnej poisťovne.

V roce 1991 došlo k demonopolizaci českého pojistného trhu v souvislosti s přijetím zákona č. 185/1991 Sb., o pojišťovnictví. Daný předpis umožňoval provozovat pojišťovací činnost při splnění tímto zákonem stanovených podmínek. Na základě tohoto zákona začalo provozovat v letech 1991 – 1992 pojišťovací činnost na našem území dalších 20 pojišťoven.¹⁹ V souvislosti s přijetím zákona č. 168/1999 Sb., o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou provozem vozidla, došlo k odstranění monopolu České pojišťovny a.s. a předmětné pojištění mohly provozovat i další pojišťovny, jež si zažádaly o udělení licence.

Můžeme konstatovat, že v tomto období došlo k jakési stabilizaci pojistného trhu, přičemž v roce 2002 evidovalo ministerstvo financí, jakožto orgán dozoru, 42 pojišťoven. Z hlediska systematického považují za účelné uvést, že k 31. 3. 2018 působí aktivně v České republice 50 pojišťovacích společností²⁰, přičemž 27 pojišťoven je sdruženo v České asociaci pojišťoven.²¹

¹⁸ HRADEC, M., ZÁRYBNICKÁ, J., KŘIVOHLÁVEK, V. *Pojištění a pojišťovnictví* 1. vyd., Praha: Vysoká škola finanční a správní. 2005, ISBN 80-86754-48-0, s. 18

¹⁹ HRADEC, M., ZÁRYBNICKÁ, J., KŘIVOHLÁVEK, V. *Pojištění a pojišťovnictví* 1. vyd., Praha: Vysoká škola finanční a správní. 2005, ISBN 80-86754-48-0, s. 18

²⁰ Seznam pojišťovacích společností v České republice sestavený k 31. 3. 2018 vedený Českou národní bankou. In: *Česká národní banka* [online]. 2018 [cit. 1 - 11 - 2018]. Dostupné z WWW:

<https://www.cnb.cz/cs/statistika/menova_bankovni_stat/seznamy_mbs/seznam_ic/index.html>.

²¹ Členové České asociace pojišťoven. In: *Česká asociace pojišťoven* [online]. 2018. [cit. 1 – 11 - 2018]. Dostupné z WWW: <<http://cap.cz/o-nas/clenove>>

Tabulka 1: Významné mezníky československého a českého pojišťovnictví

Počátky pojišťovnictví v českých zemích	
1699	Návrh Jana Kryštofa Bořka na zavedení obligatorního požárního pojištění
1777	Založení Pojišťovny proti škodám z ohně na polních zásobách, nábytku, nářadí a dobytku
Vznik prvních pojišťoven	
1827	Založení První vzájemné pojišťovny v Praze
1829	Založení Moravsko-slezské vzájemné pojišťovny v Brně
Rozvoj pojistného trhu	
1850 - 1918	Zakládání dalších českých pojišťoven a pojišťovacích spolků
1918 - 1938	Etapa rozvoje pojišťoven a pojišťovacích spolků v období existence samostatného Československa
Útlum českého pojišťovnictví	
1945	Znárodnění celkem 733 pojišťoven, pojišťovacích spolků a zahraničních reprezentací
Monopolizace	
1946	Vytvoření 5 pojišťoven – národních podniků
1948	Monopol jedné pojišťovny
Státní pojištění	
1948 - 1968	Působení jedné pojišťovny
1969	Vznik České státní pojišťovny a Slovenskej štátnej poisťovne
Znovuvytvoření českého pojistného trhu	
1991	Demonopolizace českého pojistného trhu (přijetí zákona č. 185/1991 Sb., o pojišťovnictví)
2000	Upraveno pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou provozem vozidla
31. 12. 2002	42 aktivních pojišťoven s licenci MF

Zdroj: HRADEC, M., ZÁRYBNICKÁ, J., KŘIVOHLÁVEK, V. *Pojištění a pojišťovnictví* 1.vyd., Praha: Vysoká škola finanční a správní. 2005, ISBN 80-86754-48-0, s. 19

1.4. Právní zakotvení pojišťovnictví a pojištění v současnosti

Regulace v oblasti pojišťovnictví je upravena zákonem č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „ZPOJ“) a dopadá na tuzemské pojišťovny a zajišťovny

a dále na pobočky zahraničních pojišťoven a zajišťoven z jiných zemí než zemí Evropského hospodářského prostoru v rozsahu činnosti provozované na území ČR. Pobočky zahraničních pojišťoven a zajišťoven ze zemí Evropského hospodářského prostoru podléhají z velké části dohledu země, ve které je umístěna centrála. Regulace v dané oblasti se rovněž týká pojišťovacích zprostředkovatelů a samostatných likvidátorů pojistných událostí podle zákona č. 38/2004 Sb., o pojišťovacích zprostředkovatelích a samostatných likvidátorech pojistných událostí, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „ZPZ“). Velkou revoluci v oblasti legislativy přineslo přijetí zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník (dále jen „NOZ“) přijatý s účinností

k 1. 1. 2014, který nově upravuje řadu právních předpisů a mimo jiné nově reguluje i oblast pojištění.

Legislativní rámec upravující pojišťovnictví dělíme na veřejnoprávní a soukromoprávní. Základním právním předpisem upravujícím pojišťovnictví je několik základních norem ve formě zákonů a prováděcích vyhlášek.²²

1.4.1. Zákon o pojišťovnictví

Stávající legislativa upravující pojišťovnictví v České republice navazuje na 3. generaci směrnic Evropské unie, kdy se jednotný pojistný trh Evropské unie vytvářel od 70. let minulého století. Konkrétně hovoříme o 3. směrnici pro životní pojištění 92/96/EEC a 3. směrnici pro neživotní pojištění 92/49/EEC. V rámci harmonizace právní úpravy vznikaly tři generace směrnic pro životní a neživotní pojištění v období 1973 – 1992. Hlavním účelem vytváření daných směrnic bylo zejména prosazení základních svobod, a to svobody zakládání subjektů, svobody poskytování služeb a svobody volného pohybu kapitálu.

Nejdůležitějším principem jednotného pojistného trhu členských států Evropské unie (dále jen „EU“) je ovšem tzv. jednotný evropský pas. Tento princip umožňuje pojišťovnám z EU, které mají řádné povolení provozovat pojišťovací činnost na území EU, poskytovat služby nebo zakládat pobočky na území jiných členských států EU a to pouze na základě oznamovací povinnosti vůči odpovídající dohledové instituci.²³ Dalšími základními principy jednotného pojistného trhu, které považují za důležité uvést, jsou princip dohledu domovským státem a princip dozoru nad solventností pojišťovny. Principy lze rozšířit o princip práva zájemce o pojištění zakoupit si jej kdekoliv na území členských států EU, o princip dostatečné kontroly pojistných produktů a způsobů jejich nabídky, o princip stejných podmínek

²² Zákon č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 38/2004 Sb., o pojišťovacích zprostředkovatelích a samostatných likvidátorech pojistných událostí, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 168/1999 Sb., o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou provozem vozidla a o změně některých souvisejících zákonů, vyhláška č. 307/2016 Sb., o žádostech podle zákona o pojišťovnictví, vyhláška č. 306/2016 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o pojišťovnictví, vyhláška č. 305/2016 Sb., o předkládání výkazů pojišťovnami a zajišťovnami České národní bance, vyhláška č. 433/2009 Sb., o způsobu předkládání, formě a náležitostech výkazů pojišťovny a zajišťovny, ve znění vyhlášky č. 359/2010 Sb., kterou se mění vyhláška č. 433/2009 Sb., o způsobu předkládání, formě a náležitostech výkazů pojišťovny a zajišťovny, a vyhlášky č. 424/2012 Sb., kterou se mění vyhláška č. 433/2009 Sb., o způsobu předkládání, formě a náležitostech výkazů pojišťovny a zajišťovny, ve znění vyhlášky č. 359/2010, vyhláška č. 205/1999 Sb., kterou se provádí zákon č. 168/1999 Sb., o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou provozem vozidla, vyhláška č. 582/2004 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o pojišťovacích zprostředkovatelích.

²³ BOHM, A., K. MUŽÁKOVÁ. *Pojišťovnictví a regulace finančních trhů*, 1. vydání, Praha: Professional Publishing, 2010. ISBN 978-80-7431-035-5, s. 31

pojišťovacích zprostředkovatelů a o princip dostatečných a srovnatelných informací o pojistném trhu.²⁴

Prvním právním předpisem upravujícím oblast pojišťovnictví přijatým po roce 1989 byl zákon č. 185/1991 Sb., o pojišťovnictví, na jehož základě bylo umožněno provozování pojišťovací činnosti na území České republiky subjektům, jež splňovaly stanovené podmínky. Vytvořil tak právní rámec pro změny související se zaváděním tržní ekonomiky a soukromého podnikání v oblasti pojišťovnictví.²⁵ Přijetím tohoto právního předpisu dochází ke zrušení monopolu České státní pojišťovny na území České republiky a Slovenské státní pojišťovny na území Slovenské republiky a v pojišťovnictví nastává období demonopolizace.

Zákon upravoval instituty a procesy, se kterými stávající legislativa již nepracuje, nicméně považují za přínosné je na tomto místě krátce zmínit. V první řadě se jedná o povinnost složení kauce ve výši 10 mil. Kčs před podáním žádosti o povolení k podnikání v pojišťovnictví. V případě, že žádost podávala zahraniční pojišťovna, byl dozorčí orgán, v té době Ministerstvo financí, pravomocný požadovanou výši kauce zvýšit. Jednalo se o návratnou kauci, tedy v případě nezískání oprávnění k provozování pojišťovnictví byla tato navrácena žadateli nazpět. V případě uvedení vědomě nesprávných informací v žádosti o povolení či při porušení předmětu podnikání byl dozorčí orgán oprávněn uložit pokutu až do výše 10 mil. Kčs. Kauce a pokuty ve jmenovaných případech se odevzdávaly do rozpočtu republiky.

V rychle se rozvíjející společnosti působilo na území České republiky a Slovenské republiky stále více pojišťoven, což s sebou neslo nutnost důslednějších a častějších kontrol pojišťoven při dodržování právních předpisů ze strany státu. Kontrolu fungování pojišťovacích institucí, dodržování právních předpisů, jakož i jejich serióznost, prováděly ministerstva financí obou republik. Z dikce daného zákona vyplývalo, že se jednalo o ryze povolovací a kontrolní orgán, nikoliv o orgán řídicí s jasně stanovenými právy a povinnostmi. Daný zákon pracoval zejména se samostatností a samofinancováním pojišťoven, proto byly pojišťovny oprávněny určovat a navrhopvat konkrétní vlastní sazby dle potřeb daného zájemce o pojištění a vlastní pojistné podmínky. Podle zákona se pojistné podmínky od 1. ledna 1992

²⁴ BOHM, A., K. MUŽÁKOVÁ. *Pojišťovnictví a regulace finančních trhů*, 1. vydání, Praha: Professional Publishing, 2010. ISBN 978-80-7431-035-5, s. 32

²⁵ ČEJKOVÁ, V., ŠEDOVI, J., MARTINOVAČIVÁ, D.: *Základy pojišťovnictví*, Vysoké učení technické v Brně, Fakulta podnikatelská, Brno, 2001, ISBN 80-124-1886-9, s. 23

již nevydávaly jako obecně závazné právní předpisy, ale k pojistné smlouvě se přikládaly pojistné podmínky schválené dozorčím orgánem.²⁶

Další povinností pojišťoven vůči dozorčímu orgánu bylo předkládat dozorčímu orgánu v pravidelných termínech účetní závěrky a další doklady o své činnosti, návrhy opatření na obnovení platební způsobilosti atd.

Pojišťovny byly zakládány ve formě akciové společnosti, družstva či státního podniku a dle dostupných údajů v období 1991 – 1992 začíná pojišťovací činnost na území České republiky a Slovenské republiky provozovat 20 pojišťoven, které obdržely povolení Ministerstva financí té které republiky jakožto dozorčího orgánu.

Tento trend trval až do roku 1997, kdy se začal pojistný trh mírně stabilizovat a byl završen přijetím zákona č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví a o změně některých souvisejících zákonů. Přijetím nového zákona o pojišťovnictví se český pojistný trh výrazně přiblížil legislativě Evropské unie. Významná změna daného zákona proběhla přijetím zákona č. 39/2004 Sb., kterým se mění zákon č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví a související zákony, na jehož základě byl upraven přechod k tzv. jednotnému evropskému pasu (single passport). Jak popisují výše, na základě tohoto principu platí, že povolení k provozování pojišťovací činnosti udělené v jedné členské zemi EU je platné ve všech členských zemích EU. Pro zahájení činnosti v jiné členské zemi tak pojišťovně postačuje oznamovací povinnost vůči dozorovému (dohledovému) orgánu země jejího sídla (tzv. notifikace).²⁷

Jako reakce na nutnost transformovat směrnici 2005/68/ES o zajištění a o změně směrnic Rady 73/239/EHS, 92/49/EHS, jakož i směrnic 98/78/ES a 2002/83/ES a reagovat na změny komunitárního práva s vazbou na soukromé pojišťovnictví, bylo legislativním plánem práce vlády na rok 2007 uloženo Ministerstvu financí předložit vládě návrh nového zákona o pojišťovnictví.²⁸

²⁶ CHALOUPECKÝ, J., MARVAN, M.: *Dějiny pojišťovnictví v Československu*, 3. díl, Praha: Česká pojišťovna, 1997. ISBN:80-238-8592-8, s. 292

²⁷ ČECHOVÁ, J., PŘIKRYL, V.: *K novému zákonu o pojišťovnictví*, *Pojistné rozpravy* 20, ČAP, 2008, s. 54

²⁸ Tamtéž

Důvodová zpráva k zákonu uvádí následující hlavní důvody pro přijetí zákona:

- do právního řádu je nutné transponovat akty komunitárního práva s vazbou na soukromé pojišťovnictví;
- rozsah nutných úprav překračuje rozsah, který lze považovat za novelu zákona, a to zejména s ohledem na směrnici o zajištění, která se promítá do zákona jako celku;
- stávající struktura zákona odpovídá době před vstupem České republiky do EU;
- členění zákona je nutno upravit tak, aby zásadní změny, které jsou v oblasti soukromého pojišťovnictví připravovány v komunitárním právu v rámci tzv. projektu „Solvency II“ mohly být do zákona promítnuty přehledným a srozumitelným způsobem.²⁹

Zákon je rozdělen na jednotlivé části, hlavy a díly tak, aby tyto upravovaly samostatné okruhy, a je členěn do sedmi částí. Toto řazení zákona umožňuje elegantní a pružné reagování na změny v oblasti pojišťovnictví, zejména na evropském poli.

Část první upravuje obecná ustanovení o rozsahu působnosti zákona a rovněž vymezuje základní pojmy. V části druhé je upraveno provozování pojišťovnictví a třetí část řeší problematiku dohledu v pojišťovnictví. V části čtvrté je detailně upravena povinnost mlčenlivosti co do povinnosti jednotlivých dotčených osob, tedy osob pověřených výkonem dohledu, osob činných pro pojišťovnu nebo zajišťovnu a dalších osob. V následující části jsou upravena společná ustanovení správního řízení vedená ČNB při výkonu dohledu v pojišťovnictví, velká rizika v oblasti neživotního pojištění a informační povinnosti pojišťoven v případě živelní pohromy. Šestá část obsahuje zmocňovací, přechodná a zrušovací ustanovení a v sedmé, poslední části, je uvedena účinnost zákona. Zákon obsahuje 2 přílohy, kdy první příloha definuje členění pojistných odvětví a skupin a druhá příloha pak členění pojistných odvětví pro účely získání údajů o činnosti pojišťovny na území hostitelského státu Evropské unie.

1.4.2. Zákon o pojišťovacích zprostředkovatelích

První částečná úprava zprostředkovatelské činnosti v pojišťovnictví byla vtělena do zákona č. 185/1991 Sb., o pojišťovnictví, přičemž v souladu s ustanovením § 8 byla oprávněna zprostředkovatelskou činností směřující k uzavření pojistné smlouvy mezi

²⁹ Důvodová zpráva k vládnímu návrhu zákona o pojišťovnictví. Číslo sněmovního tisku 571, s. 122. In: *Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR* [online]. 2018 [cit. 1 – 11 - 2018]. Dostupné z WWW: <<http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=5&CT=571&CT1=0#prilohy>>

pojišťovnou a třetí osobou vykonávat fyzická nebo právnická osoba s bydlištěm nebo sídlem na území České republiky. Tuto činnost mohla vykonávat pouze pro pojišťovnu s příslušným povolením k podnikání Ministerstva financí České republiky jakožto dozorčího orgánu. Uzavírat zprostředkovatelské smlouvy směřující k uzavření pojistné smlouvy mezi třetí osobou a pojišťovnou mohla tuzemská i zahraniční pojišťovna pouze na základě povolení uděleného dozorčím orgánem. Měla-li být zprostředkovatelská činnost vykonávána pro zahraniční pojišťovnu, potřeboval povolení dozorčího orgánu i zprostředkovatel.³⁰

Lze konstatovat, že v této době se nejednalo o dostatečnou úpravu zprostředkovatelské činnosti v pojišťovnictví. Zákon upravoval povinnost mlčenlivosti pro zprostředkovatele a povinnost podrobit se kontrole státního dozoru. V roce 1992 se Ministerstvo obchodu a cestovního ruchu České republiky k dané problematice vyslovalo tak, že zprostředkovatelská činnost je podnikáním ve smyslu obchodního zákoníku na základě jiného než živnostenského oprávnění. Dle obchodního zákoníku platného v té době bylo možno mezi zprostředkovatelem a pojišťovnou uzavřít smlouvu o obchodním zastoupení nebo smlouvu o zprostředkování.

V zásadě ucelenější úpravu zprostředkovatelské činnosti v pojišťovnictví obsahoval zákon č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví, nicméně tento stav nebyl vyhovující a v souladu s evropskými trendy v legislativě v oblasti pojišťovnictví. Dne 1. 1. 2005 nabyl účinnosti zákon č. 38/2004 Sb., o pojišťovacích zprostředkovatelích a samostatných likvidátorech pojistných událostí a o změně živnostenského zákona (dále jen „ZPZ“), na jehož základě byla zprostředkovatelská činnost definována jako odborná činnost směřující k uzavírání pojistných nebo zajišťovacích smluv a činnosti v tím související. Pod výrazem odborná činnost je třeba rozumět schopnost zprostředkovatelů pojištění vysvětlovat obsah pojistných podmínek, schopnost kvalifikovaně popsat nabízený pojistný produkt, zejména přesně určit ty skutečnosti, se kterými je spojena povinnost pojišťovny plnit, a schopnost zpracovat návrh na uzavření pojistné smlouvy a tuto smlouvu uzavřít.³¹

Nový ZPZ zavedl kategorie pojišťovacích zprostředkovatelů, kteří jsou oprávněni vykonávat zprostředkovatelskou činnost v pojišťovnictví dle jejich příslušné registrace u České národní banky.³²

³⁰ ŠKOPOVÁ, V. *Pojistné právo*. Praha: VŠE, 1995, s. 44, ISBN: 80-7079-809-2

³¹ KARFÍKOVÁ, M., PŘIKRYL, V., ČECHOVÁ, J.: *Základy pojišťovacího práva*, Orac, Praha, 2001, s. 33, ISBN 80-86199-27-4

³² vázaný pojišťovací zprostředkovatel, podřízený pojišťovací zprostředkovatel, pojišťovací agent, výhradní pojišťovací agent, pojišťovací makléř, pojišťovací zprostředkovatel, jehož domovským členským státem není ČR

Zprostředkovatelskou činnost v pojišťovnictví mohou vykonávat pouze tyto uvedené kategorie zprostředkovatelů a výkon činnosti je podmíněn zejména bezúhonností, kterou v případě právnické osoby musí doložit všechny osoby fyzické oprávněné k jednání za danou právnickou osobu.

Dle ZPZ vázaný pojišťovací zprostředkovatel vykonává zprostředkovatelskou činnost v pojišťovnictví jménem a na účet jedné nebo více pojišťoven, neinkasuje pojistné a nevyplácí plnění z pojistných nebo zajišťovacích smluv. V případě nabídky pojistných produktů více pojišťoven nesmí být tyto produkty vzájemně konkurenční. Podřízený pojišťovací zprostředkovatel spolupracuje s pojišťovacím agentem nebo výhradním pojišťovacím agentem nebo pojišťovacím makléřem na základě písemné smlouvy, neinkasuje pojistné a nezprostředkovává plnění z pojistných nebo zajišťovacích smluv. Ve své činnosti je vázán pokyny pojišťovacího zprostředkovatele, jehož jménem a na jehož účet jedná. Podřízený pojišťovací zprostředkovatel je odměňován pojišťovacím zprostředkovatelem, jehož jménem a na jehož účet jedná. Výhradní pojišťovací agent vykonává zprostředkovatelskou činnost v pojišťovnictví na základě písemné smlouvy jménem a na účet jedné pojišťovny. Oproti tomu pojišťovací agent vykonává zprostředkovatelskou činnost v pojišťovnictví na základě písemné smlouvy jménem a na účet jedné nebo více pojišťoven. V případě nabídky produktů více pojišťoven mohou být tyto produkty vzájemně konkurenční. Pojišťovací makléř je ve své činnosti vázán obsahem smlouvy uzavřené se zájemcem o pojištění nebo zajištění.³³

Zprostředkovatelé jsou povinni prokázat odbornou způsobilost prostřednictvím doložení dokladu o absolvování odborného studia na střední nebo vysoké škole, nebo složením odborné zkoušky. Dále jsou povinni vykonávat zprostředkovatelskou činnost v pojišťovnictví s odbornou péčí a chránit zájmy spotřebitele. Dále je ZPZ upravena povinností pro zprostředkovatele být pojištěn pro případ odpovědnosti za škodu způsobenou při výkonu činnosti.

V souladu se ZPZ platí, že pojišťovací zprostředkovatelé jsou povinni vykonávat svoji činnost tak, aby návrh na uzavření pojistné smlouvy, resp. pojistná smlouva byla se zájemcem o pojištění sepsána srozumitelně a jasně, splňovala potřeby a požadavky zájemce o pojištění. Důraz je kladen na objektivní a správné představení a vysvětlení pojistných podmínek s důrazem na upozornění na výluky z pojištění.

³³ Ustanovení § 5, 6, 6a, 7, 8 ZPZ

V únoru 2015 schválila vláda České republiky návrh novely ZPZ, jehož cílem je zlepšení postavení spotřebitelů v sektoru pojišťovnictví, zejména prostřednictvím zdůraznění informační povinnosti distributora vůči zájemci o pojištění/klientovi o osobě pojišťovacího zprostředkovatele a pojistném produktu, který je nabízen. Rozsáhlá novela rovněž přinesla posílení kreditibility profese pojišťovacího zprostředkovatele prostřednictvím prohloubení požadavků na jeho odbornou způsobilost a zajištění náležité odborné péče, kdy pojišťovací zprostředkovatelé a kmenoví zaměstnanci pojišťovny nabízející pojištění absolvují stejný typ odborné zkoušky. Došlo také k odstranění nedůvodných rozdílů v regulaci externí zprostředkovatelské a interní zaměstnanecké distribuce pojištění. Návrh novely zákona byl však v červenci 2015 vzat zpět.

Dne 1. 12. 2016 nabyl účinnosti zákon č. 295/2016 Sb., kterým se mění ZPZ. Předmětnou novelou zákona se regulují provize pojišťovacích zprostředkovatelů životního pojištění a zavádí se nově regulace výpočtu odkupného při výpovědi životního pojištění. O schválení takové novely regulující provize pojišťovacích zprostředkovatelů se Poslanecká sněmovna pokoušela více než dva roky a jednalo se o doslova revoluční novelu ZPZ.

Nová úprava reguluje tzv. zálohové provize u životního pojištění a zavádí pětileté storno, což v praxi znamená, že při výpovědi životního pojištění v prvních pěti letech jeho trvání bude mít zprostředkovatel nárok pouze na jednu šedesátinu sjednané odměny za každý měsíc trvání pojištění. U pojistných smluv uzavřených na kratší dobu než pět let obdrží zprostředkovatel odměnu v takové výši, kolik činí podíl doby skutečného trvání pojištění a sjednané pojistné doby vyjádřený v měsících.

Druhou významnou změnou je zavedení nových pravidel pro výpočet odkupného, tedy částky, která je pojistníkovi vyplacena v případě, že životní pojištění s investiční či spořicí složkou vypoví. Dle původní úpravy totiž platilo, že v prvních dvou letech trvání pojištění, nenáleží v případě jeho výpovědi pojistníkovi žádné odkupné vzhledem k tomu, že veškeré zaplacené pojistné za tuto dobu bylo spotřebováno na úhradu nákladů souvisejících se sjednáním pojištění, tedy na provize zprostředkovateli. Dle nové úpravy pojišťovny musí tyto náklady uplatňovat rovnoměrně po dobu pěti let. Daná novela ZPZ je po několikaletých marných pokusech o regulaci této oblasti považována za kompromis zohledňující zájmy všech zúčastněných subjektů.

V lednu 2018 schválila vláda České republiky návrh dlouho očekávaného zákona č. 170/2018 Sb., o distribuci pojištění a zajištění (dále jen „ZDP“). Vzhledem k tomu, že

zákon transponuje požadavky z evropské směrnice IDD (Insurance Distribution Directive), která má za cíl harmonizovat regulaci distribuce pojištění napříč Evropskou unií a zároveň posílit ochranu spotřebitele, je zřejmé, že tímto skončí několikaleté diskuse o novelizaci stávajícího zákona ZPZ, který bude nahrazen právě ZDP.

Přesné datum účinnosti ZDP nebylo dlouho známo, nicméně v srpnu 2018 předložený návrh zákona schválil Senát a 31. 7. 2018 jej podepsal prezident. Jeho účinnost je stanovena na první den čtvrtého kalendářního měsíce po vyhlášení ve Sbírce zákonů, proto s největší pravděpodobností ZDP nabude účinnosti k 1. prosinci 2018. Pojišťovny a pojišťovací zprostředkovatelé by tak již měli být na implementaci změn, které nová právní úprava přináší, dostatečně připraveni.

Nově se regulace aplikuje na veškerou distribuci pojištění a stanovuje jasná pravidla napříč všemi distribučními kanály. Distribuce pojištění bude smět být vykonávána pouze pojišťovnou nebo zprostředkovatelem. Zprostředkovatelé budou povinni se zaregistrovat u České národní banky pod jednou ze tří uvedených kategorií, a to samostatný zprostředkovatel, vázaný zástupce nebo doplňkový zprostředkovatel. Jednotlivé kategorie se liší zejména možnostmi zastoupení a stanovením různých úrovní odpovědnosti. Zpřísněné kvalifikační podmínky jako povinná maturita, odborná zkouška nebo následné vzdělávání od akreditované osoby minimálně 15 hodin ročně platí pro všechny uvedené kategorie.

Samostatný zprostředkovatel bude vhodnou kategorií pro distributora, který bude mít přímý smluvní vztah s více než jednou pojišťovnou nebo bude chtít být zastoupen nejen svým zaměstnancem. Vázaný zástupce bude moci být zastoupen pouze svým zaměstnancem a být vázán pouze na jednoho zastoupeného. Lze tak očekávat zvýšený zájem o vázané zástupce ze strany pojišťoven. Doplňkový zprostředkovatelé budou ve speciálním postavení a budou tak moci být vázáni na více zastoupených, avšak budou oprávněni zprostředkovávat pouze pojištění, které doplňkovou službou k dodávanému zboží nebo poskytované službě, a to pouze jako svoji doplňkovou činnost.

Nově budou moci být zprostředkovatelé registrováni pro daný subjekt pouze v jedné kategorii a dále je stanoven zákaz tzv. řetězení, který upravuje maximálně délku distribučního řetězce na 3 úrovně, a to pojišťovna – samostatný zprostředkovatel – vázaný zástupce (nebo doplňkový zprostředkovatel).

Důležitou novinku na ochranu spotřebitele přináší ZDP v úpravě nových pravidel jednání se zákazníkem. Zprostředkovatel bude vždy povinen poskytnout individualizované produktové doporučení na základě zjištěných požadavků a potřeb. U tzv. rezervotvorných pojištění bude navíc nutné poskytnout vyšší úroveň poradenství, radu (tzn. výběr z dostatečného množství pojistných produktů a analýzu zkušeností zákazníka v oblasti investic a jeho rizikové tolerance). Bude tak třeba nastavit pravidla obchodního jednání se zákazníkem a pořízení záznamu z jednání, které bude obsahovat analýzu zjištěných požadavků a potřeb zákazníka, doporučení možných typů pojistných produktů, porovnání, důvody doporučení vybraného produktu. Záznam z jednání bude nově využíván nejen u sjednání pojištění, ale rovněž i u změny a ukončení pojištění.

Změny regulace, které přináší IDD, jsou rozsáhlé a všichni účastníci pojistného trhu, zejména pojišťovny a zprostředkovatelé, by měli mít práce na jejich implementaci do vlastních interních systémů hotové. Osobně vnímám ZDP a změny, které přináší, velmi pozitivně. Pojistný trh na danou úpravu čekal dlouho, byl vystaven několikaletým diskusím a právním obstrukcím při projednávání tolik potřebných legislativních změn a vzhledem k sílící potřebě ochrany spotřebitelů v životním pojištění přináší ZDP vítané změny.

1.4.3. Občanský zákoník

Úprava pojištění a pojistné smlouvy byla dlouhá desetiletí součástí původního občanského zákoníku, zákona č. 40/1964 Sb. Zásadní změna nastala v souvislosti s přijetím zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě (dále jen „ZPS“), na jehož základě byla problematika pojistné smlouvy řešena samostatným zákonem. ZPS vymezil svůj vztah k občanskému zákoníku, když stanovil, že nejsou-li některá práva a povinnosti související se soukromým pojištěním upravena zákonem o pojistné smlouvě nebo zvláštním předpisem, řídí se občanským zákoníkem jako obecně závazným předpisem.³⁴ ZPS nabyl účinnosti dne 1. 1. 2005 stejně jako zákon ZPZ.

ZPS upravoval pojištění vzniklé na základě uzavřené pojistné smlouvy mezi pojistníkem a pojišťovnou. Rovněž obsahoval definici pojistné smlouvy jako takové a stanovil, že se jedná o smlouvu o finančních službách. ZPS zavedl nové pojmy, termíny a instituty, se kterými bylo třeba začít pracovat. Dále zavedl nové dělení pojištění na škodové a obnosové. V případě obnosového pojištění je pojišťovna povinna poskytnout sjednaný obnos jako finanční částku,

³⁴ Ustanovení § 72 dost. 1 ZPS

kteřá nebyla přímo závislá na rozsahu škody. Naopak u škodového pojištění byla pojišťovna povinná zaplatit v případě vzniku pojistné události náhradu škody.

ZPS byl platný do nabytí účinnosti nového občanského zákoníku, zákona č. 89/2012 Sb. (dále jen „NOZ“). Ten nabyl účinnosti dne 1. 1. 2014 a je považován za zcela revoluční změnu v legislativě. Práce na NOZ trvaly téměř 10 let a dotkly se velkého množství právních předpisů. NOZ nově také upravil oblast pojištění a pojistné smlouvy, které přestalo být regulováno samostatným právním předpisem, a tato se dostala téměř po devíti letech zpět do občanského zákoníku.

O tom, zda bude oblast začleněna do občanského zákoníku, se vedly dlouhé diskuse mezi odborníky a zvažovala se rovněž varianta ponechání samostatné regulace, nicméně v konečné verzi byla i úprava pojištění do NOZ zařazena. Tato změna je považována za největší a nejvýznamnější změnu v oblasti pojištění.

Pojištění je v rámci NOZ upraveno ve čtvrté části Relativních majetkových práv, hlavně druhé řešící Závazky z právních jednání, dílu patnáctém upravujícím Závazky z odvážných smluv. Samotné pojištění je obsaženo v oddílu druhém, § 2758 - 2872.

Na pojištění jako na jeden z druhů závazkových vztahů NOZ pohlíží jako na jednu oblast soukromého práva, jež má návaznost na řadu dalších oblastí, které NOZ upravuje. Není možné se tedy řídit pouze specifickými ustanoveními upravujícími oblast pojištění, ale je třeba aplikovat i ustanovení z dalších částí NOZ, jež mají na pojištění dopad. Doplňuji, že pro oblast pojištění jsou důležitá úvodní obecná ustanovení, část čtvrtá NOZ, tedy relativní majetková práva, společně s ustanoveními společnými, přechodnými a závěrečnými.

Na tomto místě považuji za nutné rovněž uvést pravidlo o aplikovatelnosti právního předpisu pro tu kterou pojistnou smlouvu. Dle přechodných ustanovení NOZ platí, že pojistné smlouvy uzavřené do 31. 12. 2013 se i nadále řídí ZPS, nové pojistné smlouvy uzavřené po 1. 1. 2014 se řídí NOZ. Touto úpravou tak došlo k dvojímu právnímu režimu pojistných smluv, se kterou se musely subjekty pojištění vyrovnat. V praxi toto znamená, že při řešení konkrétní pojistné smlouvy je nutné vycházet z právní úpravy platné v době uzavření smlouvy.

2 Klasifikace jednotlivých typů pojištění a jejich dělení

Při pohledu na klasifikaci pojištění existuje celá řada přístupů k členění pojištění, přičemž dostupná literatura není v tomto ohledu také jednotná. Při psaní této části rigorózní práce jsem se rozhodla vyjít z klasifikace pojištění tak, jak jej popsala Marie Karfíková a kolektiv ve své publikaci *Teorie finančního práva a finanční vědy* z roku 2018.³⁵

Pojištění lze v nejobecnější rovině členit na pojištění soukromé a pojištění veřejné, a to v závislosti na charakteru pojistného fondu, na způsobu jeho tvorby, na jeho účelu atd.³⁶ Platné právo člení pojištění dle formy jeho vzniku, dále dle druhu (předmětu) a dle tvorby technických rezerv.

Jak uvádím v kapitole 1.4.3. této práce, pojištění se ze soukromoprávního pohledu dělí na pojištění škodová a obnosová, přičemž určení, zda se jedná o pojištění škodové či obnosové, se promítá do práv a povinností účastníků pojištění, a to jak z hlediska jejich práv a povinností týkajících se bezprostředně pojistného vztahu, tak práv a povinností s ním souvisejících.³⁷ Ačkoliv zákon rozvolnil pravidla pro sjednání toho kterého typu pojištění jako pojištění škodové či obnosové, stále existují kogentní pravidla pro konstrukci u vybraných pojistných produktů. V takových případech je na rozhodnutí pojistitele, zda produkt sestaví jako pojištění obnosové či škodové. Účelem škodového pojištění je nahrazení škody, ke které došlo na straně pojištěného. Na druhou stranu v případě obnosového pojištění dochází při pojistné události k výplatě předem sjednaného obnosu (jednorázovou či opakovanou formou výplaty).

V případě škodového pojištění se setkáváme s pojmem množné pojištění, které v zásadě znamená, že jedno pojistné nebezpečí je v danou chvíli pojištěno u více pojistitelů najednou. Teorie rozlišuje mezi třemi variantami množného pojištění a to soupojištění, souběžné pojištění a vícenásobné pojištění.

O soupojištění hovoříme tehdy, pokud byla uzavřena pojistná smlouva mezi jedním pojistníkem a více pojistiteli. V praxi se soupojištění objevuje tehdy, kdy pojistitel není schopen poskytnout pojistnou ochranu sám a ta je poskytnuta více pojistiteli najednou, přičemž tito jsou zastoupeni vedoucím pojistitelem. O souběžné pojištění se jedná tehdy,

³⁵ KARFÍKOVÁ, M. a kol.: *Teorie finančního práva a finanční vědy*, Praha: Wolters Kluwer ČR 2018, 356s. ISBN 978-80-7552-935-0

³⁶ KARFÍKOVÁ, M. a kol.: *Teorie finančního práva a finanční vědy*, Praha: Wolters Kluwer ČR 2018, ISBN 978-80-7552-935-0, s. 244

³⁷ KARFÍKOVÁ, M., PŘIKRYL, V., R. VYBÍRAL a kolektiv: *Pojišťovací právo*, 2. přepracované vydání. Praha: Leges 2018. ISBN 978-80-7502-271-4, s. 307

pokud na jedno pojistné nebezpečí je uzavřeno více pojistných smluv, nicméně každý pojistitel může plnit v rozsahu dle uzavřené pojistné smlouvy a bez ohledu na další sjednaná pojištění. V praxi se nejčastěji objevuje situace vícenásobného pojištění, kdy souhrn pojistných částek přesahuje hodnotu pojištěného majetku a v případě výplaty pojistného plnění od všech pojistitelů by došlo k bezdůvodnému obohacení na straně oprávněné osoby. Zákon proto stanoví pravidla, jak v případě vícenásobného pojištění postupovat, a to jak v okamžiku jeho vzniku, tak v případě pojistné události.³⁸

Závěrem této části práce doplňuji členění dle právních předpisů jako příklad pozitivně právního dělení pojištění. Z uvedeného členění pojištění vychází i Česká národní banka při přípravě jednotlivých žádostí o povolení k provozování činnosti tuzemskou pojišťovnou (prostřednictvím pobočky pojišťovny z třetího státu), případně u žádosti o změnu rozsahu povolené činnosti. Žadatel je povinen v úvodu žádosti uvést pojišťovací činnost, která má být vykonávána, podle odvětví a skupiny pojištění s odkazem na přílohu č. 1 k ZPOJ – Část A Odvětví životních pojištění, Část B Odvětví neživotních pojištění, Část C Skupiny neživotních pojištění.

2.1 Dělení pojištění podle formy vzniku

Podle NOZ je možno rozlišit dvě základní formy pojištění, a to pojištění smluvní a pojištění zákonné. Pojištění tak může vzniknout přímo ze zákona, ale rovněž na základě vzájemného a svobodného projevu vůle.

Zákonné pojištění vzniká přímo ze zákona, který přesně upravuje subjekty, předmět, obsah, počátek a celkovou délku pojistného období, pojistné podmínky, výši a splatnost pojistného apod. Tato forma pojištění se, až na zákonodárcem stále prodlužovanou³⁹ výjimku zákonného pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za škodu způsobenou zaměstnanci při pracovním úrazu nebo nemoci z povolání, již neuzavírá. Pro moderní společnost je tato forma už nevyhovující a nepraktická. V rámci zákonného pojištění není možné provádět rychlé a flexibilní změny v pojistném vztahu a subjekty pojištění nemají možnost se rozhodnout, s kým a za jakých podmínek své pojištění uzavřou.

Naproti tomu stojí pojištění smluvní jakožto nejstarší a zároveň v dnešní době nejobvyklejší forma pojištění. Smluvní pojištění lze dále dělit na pojištění smluvní

³⁸ KARFÍKOVÁ, M., PŘIKRYL, V., R. VYBÍRAL a kolektiv: *Pojišťovací právo*, 2. přepracované vydání. Praha: Leges 2018. ISBN 978-80-7502-271-4, s. 312

³⁹ Prodlužování účinnosti zák. č. 266/2006 Sb., o úrazovém pojištění zaměstnanců, ve znění pozdějších předpisů

dobrovolné a smluvní povinné. V tomto případě hovoříme čistě o soukromoprávní úpravě vzhledem ke skutečnosti, že zda dojde k uzavření pojistné smlouvy, závisí pouze na subjektech pojistného vztahu, na jejich svobodné vůli.

Pojištění smluvní dobrovolné respektuje smluvní volnost účastníků a jejich rovné postavení a pojištění smluvní povinné se sjednává tehdy, kdy je zájem společnosti na ochraně proti následkům činností, které jsou zpravidla zdrojem zvýšeného rizika.

Pojištění smluvní povinné je z pohledu formy, obsahu, způsobu vzniku, účelu a právní úpravy v podstatě hybridem mezi pojištěním zákonným a smluvním. Objevuje se v jednotlivých právních předpisech vymezujících minimální obsah pojištění, např. pojištění odpovědnosti z provozu motorového vozidla nebo pojištění odpovědnosti z výkonu práv myslivosti. Cílem smluvního pojištění povinného je v případě vzniku zákonem předvídané pojistné události ochrana práv poškozených (zejména náhrada škody). Stát si zde uvědomuje zvýšenou rizikovost v určitých oblastech a má zájem tato rizika maximálně eliminovat. V případě pojistné události by vyčíslená škoda mnohdy mohla dosáhnout výše, která by několikanásobně převyšovala ekonomické možnosti škůdce a právě pro tyto případy je ve veřejnoprávním zájmu nutno chránit poškozeného a subsidiárně s ním i škůdce před ním samotným.

2.2 Dělení pojištění podle druhu (předmětu)

Dělení pojištění podle druhu, resp. podle svého předmětu je určeno na dvě základní kategorie, a to na pojištění věcí a jiného majetku a pojištění osob.

Pojištění věcí a majetku je určeno zejména pro události, kdy dojde k jejich ztrátě, poškození, či jiné škodě. Odborná literatura dále pojištění věcí a majetku člení na pojištění věcí a souboru věcí, pojištění jiné majetkové hodnoty, pojištění právní ochrany, pojištění odpovědnosti za škodu, pojištění úvěru a záruky a pojištění finančních ztrát. Dané pojištění je v naprosté většině případů možné sjednat jako pojištění škodové, kdy pojistitel v případě pojistné události vyplácí pojistné plnění v rozsahu škody na pojištěném majetku. Není ovšem vyloučeno jeho sjednání jako pojištění obnosového. V takovém případě je pojistitel zavázán vyplatit pojistné plnění v případě pojistné události ve výši odpovídající částkám smluveným v rámci uzavřené pojistné smlouvy (typicky u pojištěných uměleckých děl).

Pro pojištění majetku je charakteristický institut pojistné částky, která je stanovena v pojistné smlouvě. Jedná se o nejvyšší možnou majetkovou újmu, která může v důsledku

pojistné události nastat. Její stanovení (ocenění) se v době uzavření smlouvy zjišťuje z obvyklé ceny, za kterou obdobnou věc či službu lze v tuzemsku pořídit. Subjekty pojistného vztahu mohou pojistnou hodnotu sjednat jako cenu novou, časovou nebo jinak určenou s ohledem na skutečnou změnu hodnoty pojištěné věci v čase. Nelze-li dopředu dost dobře pojistnou hodnotu určit (např. u pojištění právní ochrany), lze namísto ní stanovit limit pojistného plnění.

V případě pojištění osob dochází k dělení na životní pojištění, úrazové pojištění a pojištění pro případ nemoci. Dle dikce ustanovení § 2833 NOZ vyplývá, že životní pojištění pro případ smrti, dožití se určitého věku nebo dne určeného smlouvou jako konec pojištění, anebo pro případ jiné skutečnosti týkající se změny osobního postavení člověka lze ujednat jen jako pojištění obnosové.

Pro úrazové pojištění platí, že v případě pojistné události (úrazu) pojištěného pojišťovna vyplácí pojistné plnění v pojistné smlouvě sjednané výši. V souladu s ustanovením § 2824 NOZ platí, že pod předmět pojištění osob lze podřadit i jiné skutečnosti související se zdravím nebo změnou osobního postavení pojištěného. Patří sem tedy např. pojištění pracovní neschopnosti, invalidity, pojištění pro případ nemoci, denní dávky při pobytu v nemocnici atd.

2.3 Dělení podle způsobu tvorby technických rezerv

Teorie rozeznává další způsob klasifikace pojištění a to na pojištění životní a pojištění neživotní. Dané dělení vychází z toho, jakým způsobem je tvořena rezerva, ze které bude následně pojistitel vyplácet pojistné plnění.

U neživotních pojištění, typicky pojištění úrazu, odpovědnosti za škodu, cestovní pojištění atd., není jisté, zda a kdy pojistná událost nastane. V takovém případě hraje svou úlohu nejistota a pravděpodobnost a pro pojistitele jsou tedy stěžejní výpočty statistické a dále pojistně – matematické, na jejichž základě jsou následně vypočteny výše pojistného, z něhož pojišťovna tvoří rezervu pro krytí vzniklých škod.

V oblasti životního pojištění je způsob tvorby technických rezerv odlišný vzhledem k tomu, že účelem životního pojištění je tvorba rezerv, které budou v budoucnu vždy vyplaceny. V souladu s pojistnými podmínkami životního pojištění je jisté, že pojistná událost v budoucnu vždy nastane a tak k výplatě pojistného plnění po uplynutí sjednaného pojistného období dojde.

2.4 Dělení pojištění v právních předpisech

Pojistný trh na území Evropské unie je považován za nejrozvinutější s nejpropracovanější právní úpravou. Základní dělení je opět na pojištění životní, tedy pojištění osob a pojištění neživotní, tedy majetkové a odpovědnostní pojištění. Daný typ pojištění má vlastní specifickou právní úpravu, odlišné požadavky na získání povolení k provozování činnosti, a dále na výši garančního fondu.

V příloze č. 1 k ZPOJ jsou definovány odvětví a skupiny pojištění. Část A upravuje odvětví **životních pojištění**, do kterého spadají následující pojištění:

- a) pro případ smrti, pro případ dožití, pro případ dožití se stanoveného věku nebo dřívější smrti, spojených životů, s výplatou zaplaceného pojistného,
- b) důchodu,
- c) pojištění úrazu nebo nemoci jako doplňkové pojištění k pojištění podle této části,
- d) svatební pojištění nebo pojištění prostředků na výživu dětí,
- e) uvedená v bodě a), b) a d), která jsou spojena s investičním fondem.⁴⁰

Následující Část B Přílohy č. 1 k ZPOJ klasifikuje odvětví **neživotních pojištění** na pojištění:

- a) úrazové,
- b) nemoci,
- c) škod na pozemních dopravních prostředcích,
- d) škod na drážních vozidlech,
- e) škod na leteckých dopravních prostředcích,
- f) škod na plavidlech,
- g) škod na přepravovaných věcech,
- h) škod na majetku a jiných škod na majetku,
- i) pojištění odpovědnosti za újmu,
- j) pojištění úvěru,
- k) pojištění záruky,
- l) pojištění finančních ztrát,
- m) pojištění právní ochrany,
- n) pojištění pomoci osobám v nouzi během cestování nebo pobytu mimo místa bydliště.⁴¹

⁴⁰ Příloha č. 1 k ZPOJ, část A

⁴¹ Příloha č. 1 k ZPOJ, část B

NOZ zůstává u struktury a dělení jako ZPS, a to nejprve na pojištění škodové a obnosové a pak na pojištění osob, životní, úrazové pojištění, pojištění pro případ nemoci, pojištění majetku, pojištění právní ochrany, pojištění odpovědnosti, pojištění úvěru a záruky, pojištění finančních ztrát. NOZ dále zavádí a pracuje s pojmy množné pojištění, soupojištění, souběžné a vícenásobné pojištění.

Závěrem této části doplňuji, že pojištění lze rovněž dělit dle délky pojistného období a to na pojištění krátkodobá (pojistné období kratší než jeden rok) a dlouhodobá pojištění.

3 Životní pojištění

Dennodenní život každého z nás je ovlivňován řadou nahodilých skutečností, které mohou mít mnohdy i negativní dopad na běžný život daného člověka, ale i jeho rodiny. Pojištění prošlo během svého dlouhého vývoje řadou změn, nicméně účel a smysl zůstává stejný – ochrana proti nepříznivým vlivům nahodilých událostí. Díky uzavřené pojistné smlouvě jsme schopni minimalizovat negativní vliv a ponechat si tak určitý životní standard.

Vedle krytí rizika smrti se do životního pojištění začala promítat i ochrana před dalšími riziky neživotního charakteru a životní pojištění se tak obohacuje o prvky pojištění neživotního. Životní pojištění v průběhu doby začalo kromě své základní funkce ochrany života plnit i významnou roli při zabezpečení finančních prostředků na krytí potřeb jednotlivce ve stáří. Životní pojištění tak má kromě rizikové složky i složku rezervotvornou, kterou pojistitel vyplácí při vzniku pojistné události dle definovaných pojistných podmínek.

Finanční prostředky, které jsou ve formě pojistného použity na získání pojistné ochrany, mají tak i význam makroekonomický. Vzhledem k dlouhodobému charakteru pojistných produktů životního pojištění má alokace volných finančních prostředků jednotlivce do pojištění antiinflační charakter, neboť díky tomu dochází prostřednictvím placení pojistného k odkladu spotřeby. Úspory ve formě technických rezerv životního pojištění jsou také významným zdrojem pro financování střednědobých a dlouhodobých investic. Díky zdanění výnosů pojišťoven má životní pojištění také význam pro příjmovou stránku státního rozpočtu. Do jisté míry také představuje alternativu k systému veřejného důchodového pojištění a tato jeho role bude v budoucnosti stále důležitější, protože česká populace stárne a státní důchodový systém nemůže dlouhodobě pokrýt stále se zvyšující závazky. Životní pojištění se tak stává dobrovolnou součástí systému důchodového zabezpečení.⁴²

Samotné pojištění lze definovat jako vytváření finanční rezervy, která v případě vzniku nahodilých a nepředvídatelných událostí slouží k úhradě vzniklých škod a potřeb pojištěného a jeho rodiny. Tato rezerva se vytváří formou placení pojistného ze strany pojištěného subjektu. Pojistné lze v tomto případě přirovnat k zaplacené ceně za poskytnuté služby. Hlavním cílem životního pojištění je stejně jako u produktů neživotního pojištění zajištění životní úrovně při nepředvídatelné životní události či finanční pomoc pozůstalým v případě smrti pojištěného. Tento cíl životního pojištění je již ostatně z historického pohledu

⁴² DAŇHEL, J., DUCHÁČKOVÁ, E. *Teorie pojistných trhů* 1. vydání. Praha: Professional Publishing, 2010, 288s. ISBN 978-80-7431-015-7.

nejdůležitějším posláním životní pojištění. V průběhu svého vývoje ovšem životní pojištění doznalo řady významných změn a tento jeho aspekt lze chápat jako jednu z jeho součástí. Za hlavní důvody daných změn považují zejména marketingové důvody. Právní teorie určuje jasná pravidla pro životní pojištění a jeho funkci, nicméně v praxi nabývá nadstavba v podobě doplňkových pojištění k sjednanému hlavnímu životnímu pojištění na významu. Díky tomu je pojistná ochrana rozšířena a klientům je tak ze strany pojistitelů nabízeno široké pojistné krytí reflektující jejich aktuální potřeby a požadavky.

Obecně lze konstatovat, že u životního pojištění platí pravidlo, že čím dříve (myšleno věkem) zájemce o životní pojištění pojistnou smlouvu s pojišťovnou uzavře, tím více zajímavějších podmínek získá. Zdravotní rizika u osob ve věku nad 50 let a více totiž rostou a to se odráží v kalkulacích pojišťoven nabízející produkty životního pojištění. Mladší fyzické osoby nejsou tak rizikové co do vzniku pojistných událostí jako osoby staršího věku, proto je pojišťovny jsou schopny a připraveny pojistit výhodněji.

3.1 Členění životního pojištění

Životní pojištění zahrnuje pojištění pro případ smrti, známé jako rizikové životní pojištění, dále pojištění pro případ dožití a smíšené pojištění.

Pojištění pro případ smrti, známé jako rizikové životní pojištění, je považováno za nejvýznamnější typ životního pojištění a kryje výlučně smrt pojištěného. Tento druh životního pojištění chrání typicky příbuzné pojištěné osoby v případě jejího úmrtí a tím i výpadku příjmů. Rizikové životní pojištění bývá uzavíráno na konkrétně sjednanou pojistnou dobu (tzv. dočasné pojištění) a pojistné plnění je vyplaceno, pokud dojde k úmrtí pojištěného ve sjednané pojistné době. Daný typ životního pojištění lze rovněž sjednat na časově neomezenou dobu a pojistné plnění je vyplaceno vždy, kdy dojde ke smrti pojištěného. Dočasné pojištění pro případ smrti bývá velice často sjednáváno v souvislosti s čerpáním hypotečního úvěru, kdy v situaci, kdy dojde k úmrtí pojištěného, pojišťovna doplatí zbývající část hypotečního úvěru. V souvislosti s čerpáním hypotečního úvěru lze u životních pojištění rovněž využít institut klesající pojistné částky a to buď lineárně klesající, nebo anuitně klesající pojistnou částku.

Pojištění pro případ dožití bývá standardně uzavíráno na určitou pojistnou dobu, a pokud se pojištěný v rámci této sjednané doby dožije určitého věku, vzniká mu nárok na výplatu pojistného plnění. V zásadě se jedná o jakousi formu spoření, kdy pojištěný platí

pojistné a v případě dožití se sjednaného věku dochází k výplatě pojistného plnění ve sjednané výši. Pojistnou událostí je tedy dožití se předem určeného věku. V praxi jsou více využívány modifikované verze tohoto typu pojištění a to věnové pojištění a důchodové pojištění.

Věnové pojištění se sjednává na dožití se sjednaného věku finančně závislé osoby, nejčastěji dítěte. Platí, že k výplatě pojistného plnění dochází u příležitosti např. plnoletosti, sňatku, dokončení studia apod. určené osoby. Tento typ pojištění je primárně určen pro zabezpečení dítěte a pojišťovny jej v rámci své nabídky rozšiřují o možnost sjednání krytí dalších pojistných nebezpečí (úmrtní rodiče, kdy je následně pojištěné osobě vyplácen pozůstalostní důchod nebo invalidita rodiče, kdy může být zproštěn od placení pojistného).

Důchodové pojištění bývá sjednáváno jako pojištění dožití se stanoveného věku s následnou postupnou výplatou pojistné částky. Liší se tedy způsobem výplaty pojistného plnění, kdy toto není vypláceno jednorázově, nýbrž formou pravidelných výplat. Podle způsobu, jakým je určen počátek vzniku výplaty důchodu, rozlišujeme důchodové životní tato pojištění:

- a) pojištění ihned splatného důchodu, při kterém dochází k zahájení pravidelných výplat důchodu po jednorázovém zaplacení celkové výše pojistného ze strany pojistníka,
- b) pojištění odloženého důchodu, při kterém pojistník pravidelně formou placení pojistného spoří na výplatu sjednaného důchodu a k jeho výplatě dochází v momentě, kdy je pojistné zcela zapláceno.

Dalším typem životního pojištění je **smíšené pojištění**, které je kombinací pojištění pro případ smrti a pojištění pro případ dožití. K výplatě pojistné události ze strany pojišťovny dochází v okamžiku, kdy se pojištěný dožije stanoveného věku nebo v případě jeho úmrtí – v tomto případě je pojistné plnění vypláceno v pojistné smlouvě určené obmyšlené osobě. Pojistnou událostí je tedy ta událost, která nastane dříve.

Kapitálové životní pojištění představuje typ smíšeného životního pojištění kombinující pojištění pro případ smrti nebo dožití s rezervotvornou složkou. Pojistná částka může být pro obě rizika stejná nebo může být stanovena pro každé riziko zvlášť. Pojistná částka může být sjednána také jako klesající nebo rostoucí v průběhu pojistné doby. Sjednaná pojistná částka pro případ dožití je včetně garantovaného zhodnocení vložených finančních prostředků v podobě technické úrokové míry.

Jedná se o tradiční a v dnešní době populární produkt, který pojištěnému poskytuje kompletní pojistnou ochranu včetně možnosti zabezpečení blízkých osob. Základní pojištění lze doplnit o nabídku neživotních doplňkových pojištění v podobě připojištění.

Investiční životní pojištění je životním pojištěním spojeným s investičními fondy. Jeho předností je především variabilita pojistné ochrany a transparentnost produktu. Nevýhodou je však skutečnost, že investiční riziko nese pojistník, a není tedy povětšinou pojistitelem garantováno pojištění plnění při dožití se konce pojistné doby. Jednotlivé fondy představují různé druhy investic, které se od sebe liší předpokládanými výnosy a tudíž samozřejmě i riziky. Daný typ pojištění představuje komplikovaný produkt, kterému je mnohdy obtížné porozumět, proto právní předpisy stanoví pojistiteli rozšířenou informační povinnost. Pojistitel tak poskytuje pojistníkovi nejen informace o investiční strategii, o rizicích spojených s investováním, vč. souhrnného ukazatele investičního rizika, ale i o nákladech spojených s produktem.⁴³

U tohoto typu pojištění pojistník sám volí způsob investování vložených prostředků (pojistného) do nabízených fondů (např. akciových, dluhopisových, fondů nemovitostí apod.) dle svých osobních preferencí v návaznosti zejména na cíle a dobu, po kterou chce mít prostředky uloženy. Výhodou investičního životního pojištění je ve srovnání s kapitálovým životním pojištěním vyšší flexibilita, vysoká transparentnost a možnost dosáhnout vyššího výnosu prostřednictvím postoupení zvoleného investičního rizika než u jiných typů životního pojištění.

Vzhledem k tomu, že investiční riziko nese klient, je tento typ životního pojištění určen zejména pro ty, kteří jsou ochotni takové riziko podstoupit, a tudíž se předpokládá i jistá míra finanční gramotnosti o možnostech zhodnocení investovaných prostředcích.

I přes výše uvedené nevýhody klienti životních pojišťoven investovali do r. 2017 prostředky v podobě technických rezerv v hodnotě převyšující částku 360 mld. Kč.⁴⁴

⁴³ KARFÍKOVÁ, M., PŘIKRYL, V., R. VYBÍRAL a kolektiv: *Pojišťovací právo*, 2. přepracované vydání. Praha: Leges 2018. ISBN 978-80-7502-271-4, s. 328

⁴⁴ Výroční zpráva České asociace pojišťoven 2017, Výroční zpráva České asociace pojišťoven za rok 2017, In: *Česká asociace pojišťoven* [online]. 2018 [cit. 1 – 11 - 2018]. Dostupné z WWW: <http://cap.cz/images/o-nas/vyrocní-zpravy/2017_vyrocní.pdf>, s. 5

3.2 Doplnkové pojištění k životnímu pojištění

Doplnková pojištění k životnímu pojištění (dále také jen „doplnková připojištění“ a „připojištění“) slouží zejména k rozšíření pojistné ochrany sjednaného hlavního pojištění. Tuto možnost pojistitelé standardně klientům nabízejí k uspokojení jejich aktuálních požadavků a potřeb pojistné ochrany. Doplnkové připojištění lze sjednat v zásadě kdykoliv za trvání pojistné doby, proto může pružně reagovat na aktuální situaci pojistníka a pojištěného. Nabídka připojištění se neustále zvyšuje, rozšiřuje a zdokonaluje a klientům je tak umožněno se připojistit proti rizikům, kterým v dané době nejvíce čelí.

Níže uvádím základní výčet doplnkových připojištění majících zdravotní charakter, která jsou aktuálně pojišťovnami k životnímu pojištění nabízeny. Zdravotní charakter daných připojištění souvisí se zdravotním stavem pojištěného a v případě pojistné události dochází k narušení zdravotního stavu pojištěného. Výčet ovšem není konečný, nýbrž demonstrativní, s popisem nejběžnějších typů připojištění, jejich charakteru a účelu.

Doplnkové připojištění bývá standardně sjednáváno na určitou výši obnosové částky, která v případě pojistné události bývá vyplaceno v podobě jednorázového plnění nebo výplaty denní dávky (renty). Uvedená připojištění je možné sjednat jako samostatná připojištění k životnímu pojištění nebo společně s dalšími připojištění formou balíčku.

Úrazové připojištění

Úrazové pojištění je jednou z hlavních kategorií pojištění osob.⁴⁵ Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, v rámci své úpravy pojištění nerozlišoval mezi životním a úrazovým pojištěním a oddělení těchto institutů bylo provedeno až s novou právní úpravou a zavedením samostatné definice úrazu. ZPS v ustanovení § 60 odst. 3 definoval úraz jako neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné váhy nezávisle na vůli pojištěného, ke kterému došlo během trvání soukromého pojištění a kterým bylo pojištěnému způsobeno poškození zdraví nebo smrt.⁴⁶ NOZ se od stávající právní úpravy pojištění výrazně neodklání, nicméně nepřejímá výše uvedenou definici úrazu. Je tak věcí smluvních stran pojistní smlouvy, jakým způsobem vymezí pojistnou událost (jak je pojistná událost definována v pojistných podmínkách).

⁴⁵ KARFÍKOVÁ, M., PŘIKRYL, V., R. VYBÍRAL a kolektiv: *Pojišťovací právo*, 2. přepracované vydání. Praha: Leges 2018. ISBN 978-80-7502-271-4, s. 335

⁴⁶ Ustanovení § 60 odst. 3 ZPS

Úrazové pojištění lze sjednat jako pojištění škodové nebo pojištění obnosové. Nejčastěji bývá však úrazové pojištění sjednáváno právě jako pojištění obnosové.⁴⁷ Úrazové pojištění je dle Přílohy č. 1 k ZPoj v části B řazeno do odvětví neživotních pojištění. Úrazové doplňkové připojištění je nejčastěji sjednáváno jako součást životního pojištění, nicméně často bývá i součástí například havarijního pojištění nebo cestovního pojištění a doplňuje tak nabídku životních pojištění.

Úraz, jakožto neočekávaná událost, která vedle zdraví ovlivní i finanční situaci, vyžaduje různou dobu rekonvalescence a pojistné plnění z úrazového připojištění nabízející pojišťovny pokryje ztrátu příjmu a náklady spojené s léčbou.

Úrazové připojištění lze uzavřít pro případ:

1. smrti následkem úrazu,
2. trvalých následků úrazu,
3. invalidity způsobené úrazem,
4. pobytu nemocnici následkem úrazu,
5. léčbu úrazu,
6. jiná pojištění specifikovaná v pojistné smlouvě.

U pojistného plnění z úrazového připojištění záleží vždy na konkrétním pojištěném riziku. V případě hospitalizace v nemocnici v důsledku úrazu vyplácí pojišťovna sjednanou denní dávku. V případě, kdy dojde ke smrti pojištěného následkem úrazu, vyplatí pojistitel obmyšlenému sjednanou částku základu životního pojištění, pokud toto pojištění příslušný druh rizika pokrývá, a navíc ještě sjednanou částku v rámci úrazového připojištění. Pojistnou událostí je v tomto případě smrt pojištěného bezprostředně následkem úrazu, případně smrt pojištěného v období jednoho roku a to v příčinné souvislosti s následky utrpěného úrazu. V den vzniku pojistné události pojištění zaniká.

Připojištění trvalých následků úrazu

Připojištění trvalých následků úrazu poskytuje pojistnou ochranu pro případ trvalých následků způsobených úrazem. V rámci pojistných podmínek bývá standardně určena doba, po které dochází ke zkoumání zdravotního stavu pojištěného z hlediska způsobených trvalých následků.

⁴⁷ KARFÍKOVÁ, M., PŘIKRYL, V., R. VYBÍRAL a kolektiv: *Pojišťovací právo*, 2. přepracované vydání. Praha: Leges 2018. ISBN 978-80-7502-271-4, s. 335

Pojistné plnění je odvislé od sjednané pojistné částky a zároveň od rozsahu poškození, které bylo způsobeno úrazem. Pojišťovna vyplácí vždy procentuální část pojistného plnění z částky určené pro krytí pojistných rizik trvalých následků úrazu a to na základě pojistně-matematických výpočtů dle příslušných oceňovacích tabulek té které pojišťovny. V praxi existují dva typy pojistného plnění – lineární pojistné plnění a progresivní pojistné plnění, které zvyšuje procentní podíl pro pojistnými podmínkami jmenované tělesná poškození.

Připojištění léčení úrazu

Tento typ připojištění poskytuje účinnou pojistnou ochranu, která je určena ke krytí nákladů v souvislosti s léčením úrazů. Připojištění lze sjednat i s progresivním plněním. Pojistné plnění je standardně vypláceno v podobě sjednané denní dávky, ovšem může se jednat rovněž o výplatu pevně stanovené pojistné částky, která je následně krácena/zvyšována s ohledem na nezbytnou dobu léčení.

Denní odškodné, respektive doba nezbytného léčení úrazu, je klasifikováno jako relativně jednoduché připojištění z pohledu pojistné matematiky. Podobně jako u připojištění trvalých následků úrazu, existuje k tomuto připojištění podrobná oceňovací tabulka stanovící maximální výši pojistného plnění pro tu kterou pojistnou událost, resp. úraz. Jedná se tak o účinnou obranu pojistitelů proti pojistným podvodům, kterým v praxi často čelí (typicky umělé prodlužování doby nezbytného léčení úrazu apod.).

Připojištění pro případ nemoci

Tento typ připojištění za poslední roky nabyl v souvislosti se zvyšující se mírou nejistoty u reformy zdravotnického systému na atraktivitě u zájemců o pojištění. Doplnuje tak veřejné zdravotní pojištění o možnost úhrady nákladů na lékařskou péči, která není z veřejného systému hrazena nebo jen omezeně. Hlavním účelem připojištění je ovšem zachování životního standardu po dobu léčení nemoci. Je možné jej sjednat jako pojištění obnosové či pojištění škodové.

Pro pojištění pro případ nemoci NOZ výslovně upravuje maximální délku tzv. čekací doby.⁴⁸ NOZ v § 2848 upravuje čekací dobu tak, že byla-li ujednána čekací doba, může být určena v trvání nanejvýš do tří měsíců, v případě porodu, psychoterapie, zubních a ortopedických náhrad do osmi měsíců a pro případ ošetřovatelské péče do tří let ode dne

⁴⁸ KARFÍKOVÁ, M., PŘIKRYL, V., R. VYBÍRAL a kolektiv: *Pojišťovací právo*, 2. přepracované vydání. Praha: Leges 2018. ISBN 978-80-7502-271-4, s. 340

počátku pojištění.⁴⁹ Čekací dobou se rozumí ve smlouvě ujednaná doba, po kterou nevzniká pojistiteli povinnost poskytnout pojistné plnění z událostí, které by jinak byly pojistnými událostmi (zjednodušeně časový úsek, na které se pojistné krytí nevztahuje).⁵⁰ Čekací doba běží od počátku pojištění a opět slouží k eliminaci pojistných podvodů a spekulativními uzavírání pojistných smluv. Čekací doba bývá nejčastěji aplikována u pojištění vážných onemocnění a pojištění hospitalizace v nemocnici.

Připojištění vážných onemocnění

Připojištění vážných onemocnění zajišťuje finanční pomoc v případě, kdy pojištěného postihne některé ze závažných či terminálních onemocnění stanovených pojistnými podmínkami daného pojistitele. Stanovení diagnózy závažného onemocnění ze strany odborného lékařského pracoviště bývá pojistnou událostí s výplatou pojistného plnění, kterou dané připojištění zaniká.

Koncepce předmětného připojištění je pro pojistitele velmi složitá i s ohledem na neustále se rozšiřující počet nemocí, jež jsou označovány jako závažné (počet závažných nemocí za posledních několik let vzrostl nejméně na pětinasobek).

Připojištění pracovní neschopnosti

Výše uvedené připojištění nahrazuje dočasný výpadek příjmů pojištěného v případě jeho pracovní neschopnosti. Pojistnou událostí je tedy stanovení pracovní neschopnosti ošetřujícím lékařem a výplata pojistného plnění je rovna součinu denní částky určené v pojistné smlouvě a počtu dní pracovní neschopnosti. Počet dnů je stanoven jako počet dnů od začátku pracovní neschopnosti. Závěrem doplňuji, že i u tohoto typu připojištění jsou aplikovány pojistiteli určené čekací doby.

Připojištění pobytu v nemocnici

Účelem připojištění pobytu v nemocnici, známého též jako připojištění hospitalizace, je kompenzace nákladů spojených s pobytem pojištěného v nemocnici. Pojistná událost je tak vymezena jako nezbytná hospitalizace (nepřerušovaný pobyt) pro léčbu, ošetření zranění či nemoci a je to také jediná možná pojistná událost. Výplata pojistného plnění je i u tohoto typu připojištění rovna součinu smluvené denní dávky a počtu dnů hospitalizace v nemocnici.

⁴⁹ Ustanovení § 2848 NOZ

⁵⁰ KARFÍKOVÁ, M., PŘÍKRYL, V., R. VYBÍRAL a kolektiv: *Pojišťovací právo*, 2. přepracované vydání. Praha: Leges 2018. ISBN 978-80-7502-271-4, s. 340

Připojištění pro případ invalidity

Invaliditou se pro účely daného připojištění rozumí stav pojištěného, který z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu poklesla jeho pracovní schopnost a zdravotní postižení má trvalý vliv na jeho schopnost tuto činnost nadále vykonávat. Podle současné právní úpravy existují tři stupně invalidity. Předmětné připojištění bývá zpravidla sjednáváno pouze pro třetí stupeň invalidity (není to ovšem podmínkou), která předpokládá pokles pracovní schopnosti o alespoň 70%. Pokles pracovní schopnosti určuje posudkový lékař.

V praxi pojistitelů se setkáváme s odklonem od zákonných definic invalidity a jejich odstupňování a využívání vlastních definic určených příslušnými pojistnými podmínkami. Podobně jako u některých denních dávek je u nižších stupňů invalidity omezena výplata pojistného plnění výdělkem pojištěného zjišťovaného v době pojistné události. Jedná se opět o opatření preventivní vůči pojistným podvodům.

Připojištění zproštění od placení pojistného

Zproštění od placení pojistného je druh připojištění, které bývá často automaticky započítané do sazeb životního pojištění a pojistitel se jím zavazuje, že v případě invalidity (přiznání třetí stupně invalidity nebo dlouhodobé pracovní neschopnosti) pojistníka nebo pojištěného bude za pojistníka hradit předepsané pojistné. Přezkoumání trvalé invalidity probíhá v zásadě z podnětu pojistitele v intervalu jednou ročně.

Připojištění asistenčních služeb

Smyslem výše uvedeného připojištění je poskytnutí pomoci pojištěnému v případě neočekávané situace jako například zajištění chodu domácnosti, vysvětlení zdravotního stavu nebo odvozu do nemocnice apod. Asistenční služby bývají zpravidla poskytovány neomezeně telefonicky (např. konzultace s lékařem) nebo na místě v mezích určeného finančního limitu (dovoz/odvoz na vyšetření, zajištění nákupu, úklid, hlídání dětí apod.).

V České republice zaručuje poskytování zdravotní péče zákon, přičemž tato úloha připadá na úřady krajské a obecní správy. Nárok je pak přiznán osobám, které tuto péči potřebují a výše úhrady s touto péčí spojená je posuzována s přihlédnutím k jejich věku, majetkovému, zdravotnímu a rodinnému stavu. Nezbytně nutné úkony k zajištění životních potřeb jsou pak poskytovány bezplatně. Díky skutečně nadstandardní nabídce služeb, které v rámci tohoto pojištění pojistitelé nabízejí je pojistné hrazené za toto pojištění poněkud vysoké. Na druhou

stranu však můžeme hovořit o prodlužující se délce života lidí ve vysokém věku a také o chystané zdravotní reformě, která by mohla tento typ pojištění zatraktivnit.⁵¹

Pojištění pro ženy

Na pojistném trhu se setkáváme i se speciálními produkty životního pojištění určeného výhradně pro ženy, jehož smyslem je pojištění pojistných nebezpečí, jež se objevují výhradně u žen (typicky ženská onemocnění). U daného typu pojištění bývá pojistné plnění vyplaceno ihned po zjištění onemocnění a někteří pojistitelé výplatu pojistného plnění zvyšují dle závažnosti pojistné události až do pětinasobku sjednané pojistné částky. Prevence typicky ženských onemocnění je již několik let velkým tématem, tudíž zde dochází k rozvoji segmentu pojištění zaměřeného výhradně na tento typ onemocnění.

Na tomto místě si dovoluji položit filozofickou otázku ohledně důvodů vzniku a existence jmenovaného typu pojištění. Smyslem životního pojištění je zabezpečení pojištěného nebo jeho rodiny v situaci, kdy dojde k pojistné události a tím ke snížení či výpadkům příjmů, je ohroženo zabezpečení rodiny v případě ztráty živitele rodiny (smrti pojištěného). Každá fyzická osoba má specifický rizikový profil a je úkolem pojistitele možná pojistná nebezpečí vymezit v rámci pojistných podmínek nabízeného typu pojištění a tato krýt.

Domnívám se, že předmětné pojištění pro ženy je s ohledem na výše uvedené v rozporu se samotným smyslem pojištění. Pokud by trh na danou konstrukci přistoupil, pak by pojistitelé nabízeli samostatně pojistné produkty určené výhradně pro muže kryjící výhradně mužská onemocnění, pojištění pro vybrané typy pojistných nebezpečí (určité typy onemocnění, úrazů, důvodů invalidit, pracovní neschopnosti atd.). Praxe ovšem ukazuje, že na pojistném trhu je pojištění pro ženy výjimkou a pojistitelé standardně nabízejí životní pojištění pro případ smrti nebo dožití, ke kterým je možné sjednat formou připojištění doplňková pojištění k životnímu pojištění, které reflektují aktuální požadavky na pojistnou ochranu proti rizikům, kterým klienti v dané době čelí.

Takto úzce specializované pojistné produkty mohou být pro klientky velmi zajímavé, ale je důležité si vždy uvědomit, co konkrétně pojištění kryje. Pojišťovací zprostředkovatelé obecně doporučují uzavírat pojištění kryjící velká rizika, jako je např. smrt, invalidita, pracovní neschopnost, závažné onemocnění a teprve poté se rozhodovat o uzavření

⁵¹ DAŇHEL, J. a kol. *Pojistná teorie.*, 1. vydání. Praha: Professional Publishing, 2005. ISBN 80-86419-84-3, s. 218

specializovaného pojištění. Důležité je vždy porovnávat konkrétní výluky z pojistného plnění a případné čekací doby plynoucí z pojistných podmínek.

I přes výše uvedené důvody předmětné pojištění pro ženy nyní nabízejí dva pojistitelé, konkrétně Generali Pojišťovna a.s. (dále jen „Generali“) a Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s. (dále jen „ČP“). Nabídka byla v roce 2013 širší o produkty ING Životní pojišťovna N.V., pobočka pro Českou republiku, nyní NN Životní pojišťovna N.V., pobočka pro Českou republiku (dále jen „NN“) a AIG Europe Limited, pobočku společnosti American International Group, Inc. (dále jen „AIG“). Poslední dva jmenovaní pojistitelé nicméně pojištění zaměřené na ženy již nenabízejí.

Pojistný produkt Femina od Generali je koncipován nejúžeji a nabízí pojistné krytí pouze pro případ diagnózy rakoviny prsu. Pojištění Lady Plus od ČP doplňuje danou diagnózu o rakovinu ženských pohlavních orgánů, rakovinu tlustého střeva, konečníku a rektosigmoideálního spojení. NN a AIG nabízely pojistné krytí pro diagnózu rakoviny prsu a ženských pohlavních orgánů, nicméně NN například doplňovala nabídku o pojistné krytí pro případ smrti z jakýchkoliv příčin a dále o atraktivní balíček asistenčních služeb v podobě pomoci v domácnosti, obstarání nákupů apod.

Aktuální nabídka pojistných produktů, které cílí pouze na ženy, je tedy omezená a mnohem více jsou zájemci o životní pojištění vyhledávány pojistné produkty s širokým pojistným krytím. Jak uvádím výše, před uzavřením životního pojištění je třeba vždy pozorně číst pojistné podmínky a porovnávat parametry toho kterého pojištění tak, aby v budoucnu nedocházelo k neočekávaným situacím při hlášení pojistné události s žádostí o výplatu pojistného plnění.

Tabulka 2: Parametry produktů jednotlivých pojišťoven

	ČP Lady Plus			Generali Femina
	přes internet	na pobočce ČP	na pobočce ČP	na pobočce Generali
Způsob sjednání pojištění	přes internet	na pobočce ČP	na pobočce ČP	na pobočce Generali
Pojištění pro případ rakoviny prsu nebo ženských pohlavních orgánů	200 000	200 000	až 500 000	100 000
Pojištění pro případ smrti z jakékoli příčiny	0	0	0	0
Asistenční služby	0	0	0	0
Pojištění operačního zákroku	100 000	200 000	až 200 000	100 000
Měsíční důchod po dobu léčeni	5000 (max. rok)	10 000 (max. rok)	až 25 000 (max. rok)	5000 (max. rok)
Jiné výhody	10 % sleva na gynekolog. prohlídku v uplynulých 15 měsících	Konzultace s lékařem kvůli druhému názoru na diagnózu		

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 3: Měsíční pojistné

ČP Zdraví Lady Plus			Generali Femina	
Vstupní věk	Měsíční pojistné v Kč (při sjednání přes internet)	Měsíční pojistné v Kč (při sjednání na pobočce ČP)	Vstupní věk	Měsíční pojistné v Kč (při sjednání na pobočce Generali)
15–24	118	198	18–35	50
35–44	216	334	36–50	100
45–54	280	433	51–59	150

Zdroj: vlastní zpracování

3.3 Daňové zvýhodnění životního pojištění

Pojišťovací právo má velmi úzký a důležitý vztah k právu daňovému. Z hlediska pojišťoven a zajišťoven hraje klíčovou roli existence technických rezerv, neboť slouží jako významný ukazatel pro stanovení základu daně z příjmů. K daňovému právu má dále vztah pojistné, neboť se často jedná o částky, které opět mohou upravovat výši základu daně z příjmů.⁵²

Zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o daních z příjmů“), upravuje podmínky pro využití tzv. nezdanitelného základu daně z části zaplaceného pojistného za příslušné zdaňovací období u uzavřené smlouvy o soukromém životním pojištění mezi pojistníkem a pojistitelem. Na rozvoji životního pojištění totiž nemají zájem pouze pojišťovny, ale i stát. Ten tímto způsobem motivuje daňové poplatníky k uzavírání životních pojistek a tím tak ke „spoření“ soukromých dodatkových finančních zdrojů ke starobnímu důchodu.

Samotný pojem spoření je ve spojení s životním pojištěním velmi problematický a proto jej dávám do uvozovek. V rámci této práce budu pracovat s pojmem spoření jako s pracovním výrazem, jež má dopady v rámci dohledové praxe České národní banky. Ta ve svém Dohledovém benchmarku č. 5/2013 Propagace pojistných produktů vyslovila doporučení k obsahovým požadavkům na propagaci pojistných produktů. V první řadě apeluje na skutečnost, aby z propagace pojistného produktu bylo zřejmé, že se jedná o produkt pojistný a nikoliv o produkt spořicí. Česká národní banka používání pojmu spoření ve spojení s pojistnými produkty životního pojištění považuje přímo za klamavé a jeho používání tak výslovně zakazuje. Pokud pojišťovací zprostředkovatelé, potažmo pojistitelé v rámci svých propagačních materiálů, používají pojem spoření u životního pojištění, mohou v zájmech o pojištění vyvolat mylnou představu, že jeho vklady nepodléhají žádným rizikům a jsou garantovány, a že tak uzavírají spořicí produkt. Opak je ovšem pravdou, například v případě investičního životního pojištění pojistník investuje do podkladových aktiv, kde hodnota investiční složky a její návratnost není garantována. Na tuto skutečnost musí tak být zájemce o pojištění a priori upozorněn, stejně jako na fakt, že se jedná o produkt pojistný.

Jmenovaný Dohledový benchmark není závazným právním předpisem, nýbrž názorem České národní banky jakožto dohledového orgánu a regulátora pojistného trhu. Účelem těchto

⁵² KARFÍKOVÁ, M. a kol. *Teorie finančního práva a finanční vědy*, Praha: Wolters Kluwer ČR 2018, ISBN 978-80-7552-935-0, s. 243

benchmarků je seznámení dohlížených subjektů s vybranými oblastmi, které následně mohou být aplikována při výkonu dohledu. Pojistitelé tak byli pod hrozbou vysokých sankcí povinni nová doporučení zohlednit v propagačních a prodejních materiálech, na internetových stránkách, stejně tak i školících podkladech pro pojišťovací zprostředkovatele.

Zhodnocení kapitálových rezerv či v případě investičního pojištění výnosů podílových jednotek podléhá dani z příjmů, která má ovšem odloženou splatnost a daň tak bývá stržena až v okamžiku čerpání naspořených finančních prostředků. Tímto schématem tak pojistník dosahuje při stejné úrokové míře vyššího zhodnocení vložených finančních prostředků vzhledem k tomu, že se i nadále zhodnocuje obnos, který by byl jinak stržen jako daň.

Uvedený zákon definuje následující podmínky pro realizaci daňového odpočtu:

1. osoba pojistníka je shodná s osobou pojištěného a zároveň plátcem daně z příjmu,
2. výplata pojistného plnění je v pojistné smlouvě sjednána až po 60 kalendářních měsících od uzavření pojistné smlouvy a současně nejdříve v kalendářním roce, v jehož průběhu dosáhne poplatník 60 let,
3. pojistná smlouva s pevně sjednanou pojistnou částkou pro případ dožití a pojistnou dobou od 5 do 15 let včetně má sjednanou pojistnou částku alespoň ve výši 40.000 Kč,
4. pojistná smlouva s pevně sjednanou pojistnou částkou pro případ dožití s pojistnou dobou nad 15 let má sjednanou pojistnou dobu alespoň ve výši 70.000 Kč,
5. pojistná smlouva neumožňuje výplatu jiného příjmu (tzv. mimořádný výběr nebo tzv. částečný odkup), který není pojistným plněním a nezakládá zánik pojistné smlouvy.

Poslední uvedený bod byl doplněn jako nová podmínka daňového zvýhodnění životního pojištění v souvislosti s přijetím zákona č. 586/2012 Sb., který novelizoval zákon o daních z příjmů a nabyt účinnosti dne 1. 1. 2015. Nově jsou daňově zvýhodněny pouze ty pojistné smlouvy, u kterých není umožněna výplata jiného příjmu, který není pojistným plněním a nezakládá zánik pojistné smlouvy.

Ke zmíněné legislativní změně na tomto místě uvedu hlavní důvody její realizace, a co vše jí předcházelo. K předmětné legislativní změně došlo zejména z důvodu zneužívání daňového zvýhodnění produktů životního pojištění. K tomu docházelo tak, že zaměstnavatelé v rámci zaměstnaneckých výhod (benefitů) zprostředkovali uzavření životního pojištění svým zaměstnancům a na tato životní pojištění pak zaměstnancům posílaly vysoké příspěvky na

životní pojištění. Takto vypadal postup formálně. V praxi to ovšem bylo tak, že zaměstnavatelé, zaměstnanci i pojistitelé věděli, že zaslané příspěvky neslouží k zajištění budoucích rizik, ale mohou být následně vybrány formou mimořádných výběrů z kapitálové hodnoty pojištění. Pojistitelé přímo disponovali připravenými formuláři k realizaci takových výběrů, aby proces probíhal na pravidelné bázi co nejrychleji a hladce. Zaměstnavatelé ovšem nebyly povinni z takových příspěvků odvádět sociální a zdravotní pojištění a stát tak byl krácen na dani. V slangu pojišťovacího trhu se jednalo o tzv. průtokové životní pojištění.

Po změně zákona se tak klienti byli povinni rozhodnout, zda na svém životním pojištění požadují zachovat daňové zvýhodnění nebo možnost mimořádných výběrů. Odborníci z řad zaměstnavatelů, pojišťovacích zprostředkovatelů a pojistitelů v principu danou změnu uvítali, jelikož došlo k narovnání nepřijatelného stavu, o kterém pojistný trh věděl a vnímal jej negativně. Otázkou ovšem zůstalo načasování změny s dalekosáhlými dopady do statistických uzavřených pojistných smluv životního pojištění.

Období před nabytím účinnosti této zásadní změny tak pojišťovny s pojištěníky hromadně uzavírali dodatky k pojistným smlouvám, na jejichž základě došlo ke změně pojistných podmínek platných pro tu kterou pojistnou smlouvu a byly znemožněny jakékoliv průběžné mimořádné výběry z pojistných smluv. Jsou známé případy, kdy pojišťovny v souvislosti s uvedenou legislativní změnou jednostranně měnily pojistné podmínky a pojištěním danou změnu pouze oznamovaly s tím, že v této souvislosti není třeba podnikat žádné další kroky. Tento postup byl ovšem následně ze strany dohledového orgánu, tedy České národní banky, označen jako neplatný a celý postup musel být poté napraven způsobem výše popsáním.

Maximální částka, kterou lze odečíst za zdaňovací období, činí 24.000 Kč, a to i v případě, že poplatník má uzavřeno více životních pojištění s více pojišťovnami. Uvedená částka se od 1. 1. 2017 zvýšila z původních 12.000 Kč. Pokud na životní pojištění přispívá zaměstnanci (poplatníkovi) zaměstnavatel (příspěvky jsou omezeny do výše 50.000 Kč), nepodléhá daný příspěvek zdravotnímu ani sociálnímu pojištění.

Pro úplnost doplňuji i výhody pro zaměstnavatele, pokud na životní pojištění přispívá svému zaměstnanci. V takovém případě jsou platby zaměstnavatele v celkovém úhrnu 50.000 Kč ročně od daně z příjmů osvobozeny při dodržení následujících podmínek:

1. jedná se o pojištění pro případ dožití nebo pro případ smrti nebo dožití,
2. výplata pojistného plnění je v pojistné smlouvě sjednána až po 60 kalendářních měsících od uzavření smlouvy a současně nejdříve v kalendářním roce, v jehož průběhu dosáhne poplatník 60 let,
3. právo na pojistné plnění z pojistné smlouvy má pojištěný zaměstnanec nebo určená oprávněná osoba v případě jeho smrti.

Závěrem této kapitoly uvádím povinnost pojistníka v případě nedodržení výše uvedených podmínek. Dle platné legislativy platí, že dříve uplatněné daňové odpočty je nutné zpětně dodanit, pokud některá ze shora uvedených podmínek pro jeho uplatnění nebyla dodržena. Typicky se jedná o případy, kdy dojde k mimořádnému výběru z kapitálové hodnoty nebo k předčasnému zániku pojistné smlouvy. V takovém případě je nutné za daný rok zvýšit základ daně o v minulosti uplatněné odpočty. Při předčasném zrušení pojistné smlouvy je pojistník, potažmo daňový poplatník, povinen zpětně dodanit odpočty za uplynulých deset let vzhledem ke skutečnosti, že se jedná o zdanitelný příjem. Stejná povinnost platí rovněž v případě, kdy na smlouvu o životním pojištění přispíval zaměstnavatel. Doplnuji, že uvedenou daňovou povinnost nelze splnit prostřednictvím zaměstnavatele formou ročního zúčtování daně.

Uvedené povinnosti zpětného dodanění se lze vyhnout, pokud nedojde k výplatě pojistného plnění nebo odbytného a zároveň rezerva, kapitálová hodnota nebo odkupné bude převedeno na novou smlouvu soukromého životního pojištění splňující podmínky pro uplatnění nezdanitelné části základu daně. Kapitálová hodnota je tvořena z části pojistného placeného klientem a z podílů na zisku (zhodnocení), které pojišťovna připisuje. Naproti tomu odkupné/odbytné je částka, která je pojišťovnou klientovi vyplacena při předčasném ukončení rezervotvorného životního pojištění. Jeho výše je stanovena za použití pojistně-matematických metod. Pojmy odkupné a odbytné mají stejný význam; pojem odbytné je používán u pojistných smluv uzavřených do 31. 12. 2004, pojem odkupné u pojistných smluv uzavřených od 1. 1. 2005.

V minulosti zákon o daních z příjmů hovořil pouze o převodu kapitálové hodnoty na novou pojistnou smlouvu, což v praxi způsobovalo značné komplikace. V případě ukončení pojistné smlouvy s výplatou odkupného již klient nesplňoval zákonnou podmínku pro uplatnění nezdanitelné části základu daně, a ačkoliv vyplacené odkupné převedl na nově uzavřenou pojistnou smlouvu, nedodržel zákonné podmínky a musel tedy zpětně dodanit.

Ze samotné dikce zákona o daních z příjmů je nutné, aby odbytné nebo kapitálová hodnota byly převedeny přímo na novou pojistnou smlouvu splňující podmínky pro daňový odpočet. Dovozuje se tak, že k přímému převodu peněžních prostředků musí mít klient v době ukončení stávající pojistné smlouvy již uzavřenu pojistnou smlouvu novou a své pojišťovně dát jasné pokyny, kam a jakým způsobem mají být prostředky vyplaceny – na vlastní účet klienta nebo na účet nového životního pojištění.

3.4 Subjekty v životním pojištění

Pojistná smlouva je uzavírána mezi dvěma smluvními stranami, pojistitelem a pojistníkem. Zákon ovšem pracuje s dalšími účastníky pojištění jako pojištěný, obmyšlená osoba, oprávněná osoba, poškozený, pojišťovací zprostředkovatel, dědic apod.

Dle dřívější právní úpravy pojištění v ZPS byl **pojistník** definován jako osoba, která s pojistitelem uzavřela pojistnou smlouvu. NOZ původní definici nepřevzal a pojem pojistník není již definován, nicméně obsah daného pojmu vyplývá z kontextu zákona. Pojistník je oprávněn měnit obsah pojistné smlouvy nebo ji vypovědět. Je povinen platit řádně a včas pojistné. Pojistník má právo stanovit obmyšleného pro případ pojistné události smrt pojištěného. Pojistník zároveň může být určen pojistnou smlouvou jako pojištěný. Pojistníkem může být fyzická i právnická osoba, přičemž před uzavřením pojistné smlouvy je označován jako zájemce o pojištění.

V souladu s aktuálním právním výkladem doplňuji, že pojistníkem může být rovněž obchodní korporace. V takovém případě jsou vždy důležité parametry konkrétního sjednaného životního pojištění. Pojistník u takové pojistné smlouvy není totožný s osobou pojištěného a není tak oprávněn uplatňovat daňové odpočty z životního pojištění.

Druhou smluvní stranou je **pojistitel**, který s pojistníkem uzavírá pojistnou smlouvu a je povinen pojistníkovi/pojištěnému, případně třetí osobě poskytnout v případě pojistné události pojistné plnění. Pojistitelem je právnická osoba založená jako akciová společnost nebo družstvo, které bylo Českou národní bankou uděleno povolení k provozování pojištění dle ZPOJ. Daný právní předpis rovněž stanoví oprávnění k provozování pojišťovací činnosti na území České republiky pojišťovně z jiného členského státu na základě práva zřizovat pobočky nebo svobody dočasně poskytovat služby. Provozovat pojišťovací činnost na území České republiky mohou v neposlední řadě též pojišťovny z třetího státu, kterým bylo též uděleno

povolení k provozování této činnosti ze strany České národní Banky. Pojistitel bývá ve veřejné sféře označován též jako pojišťovna.

Pojištěný je dle ustanovení § 2766 NOZ definován jako osoba, na jejíž život, zdraví, majetek nebo odpovědnost nebo jinou hodnotu pojistného zájmu se pojištění vztahuje.⁵³ Pojistník zpravidla uzavírá pojistnou smlouvu na krytí vlastního pojistného rizika a stává se tak pojištěným. NOZ umožňuje i situace, kdy pojistník uzavře pojištění pojistného nebezpečí třetí osoby a pojištěný je tak odlišnou osobou od osoby pojistníka. Pojištění vlastního pojistného nebezpečí může být uzavřeno ve vlastní prospěch, ale i ve prospěch třetí osoby. Pokud hovoříme o pojištění cizího nebezpečí, ať již ve prospěch pojistníka nebo ve prospěch třetí osoby, NOZ stanoví řadu povinností, které musí pojistník splnit. Pojistník je zejména povinen seznámit pojištěného s obsahem pojistné smlouvy, pojištěný si musí být vědom, že případný nárok na pojistné plnění náleží pojistníkovi, případně třetí osobě, a ne pojištěnému a souhlasí s tím. Platí, že pojistník jako oprávněná osoba nebo třetí osoba může právo na výplatu pojistného plnění uplatnit až poté, kdy prokáže, že pojištěný byl s obsahem pojistné smlouvy seznámen a zároveň tak dal souhlas k výplatě pojistného plnění pojistníkovi.

K osobě pojištěného uvádím další zvláštnost, se kterou se v rámci sjednaných pojistných smluv životního pojištění můžeme setkat. Jedná se o pojištění členů statutárních orgánů obchodních korporací. Na tuzemském pojistném trhu se setkáváme s nabídkou pojištění šitého na míru manažerům obchodních korporací zastávající exponované vedoucí funkce ve statutárních orgánech. Předmětné pojištění tak nabízí možnost obchodním korporacím zajistit pojistnou ochranu svým jednatelům, členům představenstva atd. Pojištění zejména zahrnuje krytí celé škály škod a újem, které mohou ohrozit člena statutárního orgánu při výkonu své funkce. Jedná se především o pojištění úrazu, peněžitých dávek v pracovní neschopnosti a hospitalizace v souvislosti s úrazem nebo pojištění odpovědnosti.

Oprávněnou osobou je dle NOZ ta osoba, které v důsledku pojistné události vznikne právo na pojistné plnění.⁵⁴ Jak je uvedeno výše, oprávněnou osobou může být pojistník, ale rovněž i třetí osoba.

Obmyšlenou osobu v pojistné smlouvě určuje pojistník. Obmyšlené osobě vzniká právo na výplatu pojistného plnění v případě smrti pojištěného a jedná se tak o specifickou kategorii oprávněné osoby.⁵⁵

⁵³ Ustanovení § 2766 NOZ

⁵⁴ Ustanovení § 2770 NOZ

V rámci pojištění vystupují další subjekty, které pro úplnost tohoto oddílu uvádím. Jedná se zejména o osobu dědice a pojišťovacího zprostředkovatele.

Osoba **dědice** vstupuje do pojistného vztahu v životním pojištění v situaci, kdy pojistník neurčí obmyšlenou osobu pro případ smrti pojištěného. Dědicem je dle právního předpisu subjekt práva (fyzická nebo právnická osoba), na kterou přešla práva a závazky zůstavitele nebo jejich část. Podle právního důvodu dědění se dědici rozdělují na dědice ze zákona a dědice ze závěti; jedna osoba však může být v konkrétním případě současně dědicem ze zákona i ze závěti.

NOZ upravuje postup v případě výše uvedené situace následovně. Nebyl-li v době pojistné události obmyšlený určen, nebo nenabyli-li obmyšlený práva na pojistné plnění, nabývá tohoto práva manžel pojištěného, a není-li ho, děti pojištěného. Není-li těchto jmenovaných osob, nabývají práva na pojistné plnění rodiče pojištěného, a není-li jich, nabývají tohoto práva dědici pojištěného. Ustanovení o ochraně oprávněného dědice tím nejsou dotčena.⁵⁶

Posloupnost osob nabývajících právo na pojistné plnění podle původní právní úpravy v § 51 odst. 2 až 4 ZPS je tak upravena v obdobně NOZ s tím rozdílem, že z této posloupnosti byly vyloučeny osoby, které žily s pojištěným po dobu nejméně jednoho roku před jeho smrtí ve společné domácnosti a jež z tohoto důvodu pečovaly o společnou domácnost nebo byly odkázány výživou na pojištěného. Tyto osoby jsou uvedeny jako dědici v novém členění dědiců do šesti tříd podle § 1635 až 1645 NOZ.

Pojišťovacím zprostředkovatelem je dle ZPZ fyzická nebo právnická osoba, která za úplatu provozuje zprostředkovatelskou činnost v pojišťovnictví. Zprostředkovatelskou činností v pojišťovnictví se rozumí odborná činnost spočívající v:

1. předkládání návrhů na uzavření pojistných smluv nebo zajišťovacích smluv,
2. provádění přípravných prací směřujících k uzavření pojistných nebo zajišťovacích smluv,
3. uzavírání pojistných nebo zajišťovacích smluv jménem a na účet pojišťovny nebo zajišťovny, pro kterou je tato činnost vykonávána, nebo

⁵⁵ KARFÍKOVÁ, M., PŘIKRYL, V., R. VYBÍRAL a kolektiv: *Pojišťovací právo*, 2. přepracované vydání. Praha: Leges 2018. ISBN 978-80-7502-271-4, s. 279

⁵⁶ Ustanovení § 2814 NOZ

4. pomoci při správě pojištění a vyřizování nároků z pojistných nebo zajišťovacích smluv.⁵⁷

Zprostředkovatelskou činnost v pojišťovnictví může za podmínek zákona o pojišťovacích zprostředkovatelích provozovat na území České republiky právnická nebo fyzická osoba jako vázaný pojišťovací zprostředkovatel, podřízený pojišťovací zprostředkovatel, pojišťovací agent, výhradní pojišťovací agent, pojišťovací makléř, nebo pojišťovací zprostředkovatel, jehož domovským členským státem není Česká republika.⁵⁸

Pojišťovací zprostředkovatel je oprávněn provozovat zprostředkovatelskou činnost pouze v tom postavení, v jakém byl registrován u České národní banky. Cílem tohoto opatření byla prevence střetu zájmu, nicméně ZPZ například výslovně nezakazuje vykonávání zprostředkovatelské činnosti v pojišťovnictví v pozici pojišťovacího agenta a pojišťovacího makléře.

Závěrem této části práce bych ráda uvedla, že výše citované členění pojišťovacích zprostředkovatelů má zásadní význam pouze pro odbornou přejnost a dohledový orgán, nicméně klient, zájemce o pojištění, nerozlišuje, zda pojistnou smlouvu uzavírá prostřednictvím pojišťovacího agenta, makléře či vázaného pojišťovacího zprostředkovatele. V konečném důsledku je pak pro pojistníka, jako spotřebitele právní úprava příliš komplikovaná v souvislosti s případnou ochranou svých práv.

3.5 Porovnání vybraných produktů investičního životního pojištění

Jak uvádím výše v kapitole 3.1, životní pojištění se člení na několik základních typů a to na rizikové pojištění, pojištění pro případ dožití a smíšené pojištění, jež zahrnuje pojištění kapitálové, investiční. Základní charakteristiky toho kterého typu pojištění jsou jmenovány výše, a proto je zde nebudu rekapitulovat.

Ze své zkušenosti vím, že produkt investičního životního pojištění zaznamenával v posledních letech zvýšený zájem klientů z důvodu zajímavého zhodnocení v kombinaci s širokým pojistným krytím a možností daňového odpočtu při splnění zákonných podmínek. Životní pojištění spojené s investičním fondem tak neustále potvrzuje své dominantní postavení na pojistném trhu a z tohoto důvodu jsem se rozhodla v této kapitole věnovat

⁵⁷ Ustanovení § 3 ZPZ

⁵⁸ Ustanovení § 4 ZPZ

pozornost vybraným produktům investičního životního pojištění z nabídky několika komerčních pojišťoven a jejich porovnání.

V prvním kvartále roku 2018 média informovala o skutečnosti, že komerční pojišťovny řeší problémy se smlouvami investičního pojištění, u kterých soudy a finanční arbitři zpochybnili jejich platnost, případně byly soudem označeny za absolutně neplatné. Jde o obecné nedostatky v pojistných podmínkách, nedostatečné informování o nákladovosti či pojištění nabízené zcela bez pojistné ochrany. Odhaduje se, že problematických smluv jsou nyní řádově miliony, proto téma nabírá na intenzitě.

I z těchto důvodů jsem se rozhodla provést srovnání právě produktů investičního životního pojištění nabízených na současném pojistném trhu a zjistit, jak dalece a detailně pojišťovny informují zájemce o pojištění co do obsahu a nákladovosti toho kterého typu produktu. Pro své srovnání jsem zvolila produkty vybraných tří pojišťoven z důvodu jejich předních pozic v rámci objemu předepsaného pojistného v životním pojištění a zároveň oblíbenosti jejich produktů mezi klienty. Jedná se o následující pojišťovny: NN Životní pojišťovna N.V., pobočka pro Českou republiku, Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group a AXA životní pojišťovna, a.s. Porovnávat budu základní parametry pojištění a splnění informační povinnosti pojistitele zejména ve smyslu jeho nákladovosti.

V rámci svého výzkumu jsem si prostřednictvím pojišťovacího zprostředkovatele nechala představit nabídku zvoleného typu investičního životního pojištění včetně předložení kompletní smluvní dokumentace vybraných pojistitelů. Výsledky provedeného srovnání jsou zpracovány v kapitole 3.6 této práce.

Tabulka 4: Životní pojištění - předepsané smluvní pojistné dle metodiky ČAP podle objemu 1- 9/2018

Pojišťovna	Celkem* (tis.Kč)	Podíl (%)
Pojišťovna České spořitelny	5 174 214	15,8
NN Životní pojišťovna	2 796 134	8,5
AXA životní pojišťovna	778 523	2,4

* jednorázové pojistné přepočteno na bázi 10 let

Poznámka: Údaje nezahrnují přeshraniční služby formou pobočky či v rámci svobody poskytování služeb

Zdroj: ČAP⁵⁹

⁵⁹ Statistické údaje dle metodiky ČAP 1-9/2018 In: Česká asociace pojišťoven [online]. 2018 [cit. 1 – 11 - 2018]. Dostupné z WWW: <http://cap.cz/images/statisticke-udaje/STAT-2018Q3-CAP-CZ-2018-10-25-WEB.pdf>

1. NN Životní pojišťovna N.V., pobočka pro Českou republiku, Investiční životní pojištění NN Smart

NN Životní pojišťovna N.V., pobočka pro Českou republiku, je součástí holandské globální finanční skupiny zabývající se pojišťovnictvím a správou investic. Své služby nabízí ve více než 18 zemích světa. Na český trh společnost vstoupila pod značkou Nationale Nederlanden v roce 1992 jako první zahraniční pojišťovna po pádu komunismu a dnes patří mezi přední poskytovatele životního pojištění a penzijních produktů.

Finanční skupina NN se dělí na pojišťovací část nabízející pojištění a spoření na penzi, dále na část zabývající se správou a řízením investic a v neposlední řadě také na bankovní část nabízející širokou škálu bankovních. Se svým podílem na českém pojistném trhu se řadí ke špičce poskytovatelů životního pojištění.

Investiční životní pojištění NN Smart se řadí mezi flexibilní produkty reagující na aktuální požadavky a potřeby klientů v oblasti krytí rizik. V rámci jedné pojistné smlouvy umožňuje tento produkt pojištění dvou dospělých osob a až deseti dětí. Produkt nabízí širokou škálu pojistného krytí v rámci doplňkových připojištění k hlavnímu pojištění a zároveň možnost investic do vybraných podílových fondů a získání tak zajímavého finančního zhodnocení.

K tomuto typu pojištění lze sjednat unikátní připojištění závažných onemocnění s nejširším počtem diagnóz pro dospělé i pro děti. Pojištění dále nabízí možnost alokace ve výši až 98 % celkového pojistného na krytí pojistných rizik, zajímavou nabídku finančních (podílových) fondů, investice do garantovaného fondu a rovněž možnost výběru finančních prostředků již v prvním roce.

Zájemce o pojištění je před uzavřením pojistné smlouvy seznámen s přehledem poplatků, produktovými limity, sazebníkem poplatků a dále s pojistnými podmínkami všeobecnými a zvláštními. Klient tak dostává kompletní a jasné informace o administrativních poplatcích, správních poplatcích, sazbách, limitech pro vstupní věky apod. Poplatkovou strukturu tak hodnotím jako srozumitelnou a transparentní.

Zájemce dále dostává informaci v podobě klíčových informací obsahující zejména charakteristiku produktu, možných rizicích a zároveň výnosech spojených s investičním životním pojištěním, nákladech investice, daňových souvislostech u tohoto typu pojištění. Zájemce se v neposlední řadě dozvídá o možnostech řešení případných sporů, jak postupovat při podání stížnosti, na koho se může obrátit společně s příslušnými kontakty.

Podpisem návrhu na uzavření pojistné smlouvy pojistník i pojištěný potvrzují, že byli řádně a srozumitelně seznámeni s předloženými dokumenty a měli dostatek času k jejich prostudování. Bylo jim zodpovězeno na jejich písemné dotazy, všemu porozuměli a jsou si vědomi případných rizik spojených s uzavíraným pojištěním.

2. Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group, Investiční životní pojištění Flexi životní pojištění

Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group působí v České republice od roku 1993 a řadí se mezi přední pojišťovny na trhu nabízející životní pojištění. Dle statistik České asociace pojišťoven za rok 2017 dosáhlo předepsané pojistné 7,5 miliard Kč, pojišťovna aktuálně poskytuje pojistnou ochranu 1,5 milionu klientů. V roce 2008 se pojišťovna stala součástí pojišťovací skupiny Vienna Insurance Group.

Investiční životní pojištění Flexi životní pojištění je jedno z nejznámějších životních pojištění v České republice, nicméně jak uvádím výše, je to právě Flexi životní pojištění, které je momentálně v zájmu médií ohledně neplatnosti pojistné smlouvy uzavřené na tento typ životního pojištění. V prvním kvartále 2018 vydal Městský soud v Praze konečné rozhodnutí o neplatnosti pojistné smlouvy Flexi Pojišťovny České spořitelny. Hlavním důvodem bylo nedostatečné informování zájemce o poplatcích a nákladech a tak pojistnou smlouvu označil za neplatnou pro její neurčitost. Rozhodnutí se týká pouze této konkrétní pojistné smlouvy, ostatní pojistné smlouvy Flexi životního pojištění jsou nadále platné. Není tedy pravdou, že předmětné rozhodnutí má dopad na statisíce dalších pojistných smluv životního pojištění Flexi ve smyslu jejich zneplatnění, což ostatně konstatovala i sama Česká národní banka a finanční arbitér.

Pojišťovna nicméně eviduje i opačný rozsudek Obvodního soudu pro Prahu 4, který naopak platnost smluv Flexi životního pojištění potvrzuje a argumentaci klienta o neplatnosti pojistné smlouvy označil za účelovou.

Flexi životní pojištění je flexibilním produktem reagujícím na aktuální situaci na pojistném trhu, který u některých pojistných krytí nabízí komplexní nebo částečnou ochranu podle potřeb pojištěného za odpovídající úměrnou výši stanoveného pojistného. Je vhodným produktem při čerpání hypotečního úvěru.

Pojistné podmínky obsahují například neobvyklé výluky z pojistné ochrany (nevyplacení pojistné částky v případě úmrtí z důvodu onemocnění diagnostikovaného před uzavřením

pojištění a to do dvou let od uzavření pojistné smlouvy, naopak neobsahují oceňovací tabulky. Ty jsou ovšem zveřejněny na internetových stránkách v dostatečném detailu.

Zájemce o pojištění je opět před uzavřením pojistné smlouvy detailně seznámen s přehledem poplatků, sazbami rizik a dále s pojistnými podmínkami všeobecnými, stejně tak zvláštními. Zájemce tak dostává kompletní a jasné informace o administrativních poplatcích, správních poplatcích, sazbách, limitech pro vstupní věky apod. Poplatkovou strukturu hodnotím jako dostatečně jasnou a zřejmou i zde.

I u toho pojistného produktu pojišťovna informuje zájemce o pojištění o klíčových informacích a parametrech produktu, možných rizicích a zároveň výnosech spojených s investičním životním pojištěním, nákladech investice a možnostech daňového odpočtu. Zájemce se v neposlední řadě dozvídá o možnostech řešení případných sporů, jak postupovat při podání stížnosti, na koho se může obrátit společně s příslušnými kontakty.

Podpisem návrhu na uzavření pojistné smlouvy pojistník i pojištěný potvrzují, že byli řádně a srozumitelně seznámeni s předloženými dokumenty a měli dostatek času k jejich prostudování. Bylo jim zodpovězeno na jejich písemné dotazy, všemu porozuměli a jsou si vědomi případných rizik spojených s uzavíraným pojištěním.

3. AXA životní pojišťovna a.s., Investiční životní pojištění Life IN+

AXA životní pojišťovna a.s. působí na českém pojistném trhu od roku 1995 a za tu dobu si vypracovala pozici silné pojišťovny nabízející širokou paletu služeb v podobě kapitálového životního pojištění, investičního životního pojištění, rizikového životního pojištění, úrazového pojištění a doplňkového zdravotního pojištění.

AXA životní pojišťovna a.s. patří do francouzské finanční skupiny AXA, jež na území České republiky poskytuje dále produkty z oblasti neživotního pojištění a dále penzijní produkty a nabízí správu investic.

Investiční životní pojištění Life IN+ poskytuje klientům pojistnou ochranu v kombinaci se zajímavým způsobem investování volných finančních prostředků do mj. čtyř exkluzivních finančních fondů. Produkt nabízí speciální věrnostní bonus vyplácený v závislosti na délce trvání pojištění nezávislým na tržním vývoji zhodnocení investice a rovněž poskytuje flexibilitu během celé pojistné doby umožňující změnu pojistné smlouvy v závislosti na

potřeby pojištěného. K životnímu pojištění je opět možnost sjednání doplňkových připojištění.

Výhodou tohoto produktu je možnost redukce pojistné ochrany na minimum a maximalizace investiční složky, či převod pojištění do tzv. splaceného stavu bez další povinnosti platit pojistné. Před uzavřením toho typu životního pojištění obdrží zájemce o pojištění specifické informace o fondech s ukazateli rizik spojených s investováním do fondů, scénáři výkonnosti a detailním rozpisem nákladů, se kterými je daná investice spojena. Modelace vývoje pojištění včetně výše odkupného. Nedílnou součástí všech podkladů a informací k předmětnému pojištění je rovněž sdělení klíčových informací pro klienty obsahující informace k produktu, pojistném plnění, možných rizicích a nákladech na pojištění v čase.

Podpisem návrhu na uzavření pojistné smlouvy pojistník i pojištěný potvrzují, že byli řádně a srozumitelně seznámeni s předloženými dokumenty a měli dostatek času k jejich prostudování. Bylo jim zodpovězeno na jejich písemné dotazy, všemu porozuměli a jsou si vědomi případných rizik spojených s uzavíraným pojištěním.

3.6 Závěry z provedeného porovnání

Na demonstraci výše vybraných produktů investičního životního pojištění u daných pojistitelů a jejich vzájemného porovnání je patrné, že všechny pojišťovny plní zákonem stanovené povinnosti týkající se poskytování základních informací o typu a parametrech zvoleného pojištění. Všichni tři pojistitelé (prostřednictvím pojišťovacího zprostředkovatele) poskytli důležité informace k nabízenému typu pojištění pro mé rozhodnutí, zda pojištění splňuje mé potřeby a požadavky a zejména představily ucelenou poplatkovou strukturu.

Mám za prokázané, že vybraní poskytovatelé pojistných služeb a pojišťovací zprostředkovatelé splnili právními předpisy stanovené povinnosti upravující problematiku smluv uzavíraných adhezním způsobem (§ 1798 a násl. NOZ), smluv uzavíraných se spotřebitelem (§ 1810 a násl. NOZ), smluv o finanční službě (§ 1841 a násl. NOZ), dále sdělení klíčových informací dle nařízení Evropského parlamentu a Rady EU č. 1286/2014 ze dne 26. listopadu 2014 o sděleních klíčových informací týkajících se strukturovaných detailových investičních produktů a pojistných produktů s investiční složkou (dále jen „nařízení PRIIPs“) a v neposlední řadě oblast informační povinnosti pojišťovacích zprostředkovatelů (§ 21 ZPZ).

Dále povinnost upozornění na výběr investičního typu pojištění a s tím související ukazatele vývoje, rizik a nákladovosti mám z provedeného porovnání za dostatečně splněnou. Zároveň jsem byla jako zájemce o pojištění u všech tří typů investičního životního pojištění důkladně informována a upozorněna na skutečnost, že předmětná investice do zvolených fondů není garantována. V neposlední řadě všichni pojistitelé poskytli kompletní přehledy a sazebníky poplatků, sazby pro jednotlivé vstupní věky atd.

Potvrzuji tedy, že vybraní pojistitelé splnili zákonné povinnosti a proto by klient do budoucna neměl úspěšně nárokovat určení neplatnosti pojistné smlouvy z důvodu neposkytnutí či zamlčení informací. Ve světle stávajících případů řešených před finančním arbitrem a příslušnými soudy je ovšem možné, že se situace, potažmo legislativa, ještě změní a pojišťovny a pojišťovací zprostředkovatelé budou nuceni své postupy upravit. Problematiku proto hodlám i do budoucna sledovat.

Tabulka 5: Výsledky provedeného porovnání nabídky investičního životního pojištění

	NN Životní pojišťovna	Pojišťovna České spořitelny	AXA životní pojišťovna
Doložka odkazující na podmínky uvedené mimo vlastní text smlouvy dle § 1798 NOZ	Ano Součástí návrhu na uzavření pojistné smlouvy	Ano Součástí návrhu na uzavření pojistné smlouvy	Ano Součástí návrhu na uzavření pojistné smlouvy
Sdělení před uzavřením smlouvy dle § 1811 NOZ	Ano Součástí návrhu na uzavření pojistné smlouvy	Ano Součástí návrhu na uzavření pojistné smlouvy	Ano Součástí návrhu na uzavření pojistné smlouvy
Sdělení před uzavřením smlouvy dle § 1820 NOZ	Ano Součástí smluvní dokumentace	Ano Součástí smluvní dokumentace	Ano Součástí smluvní dokumentace
Sdělení před uzavřením smlouvy dle § 1843 NOZ	Ano Součástí návrhu na uzavření pojistné smlouvy	Ano Součástí návrhu na uzavření pojistné smlouvy	Ano Součástí návrhu na uzavření pojistné smlouvy
Sdělení klíčových informací dle nařízení PRIIPs	Ano Samostatný třístránkový dokument shrnující klíčové informace k produktu	Ano Samostatný třístránkový dokument shrnující klíčové informace k produktu	Ano Samostatný třístránkový dokument shrnující klíčové informace k produktu
Modelace vývoje pojištění včetně výše odkupného	Ano Samostatný dokument s modelovým výnosem	Ano Samostatný dokument včetně předpokládaného vývoje kapitálové hodnoty	Ano Samostatný dokument včetně ukazatele nákladovosti
Všeobecné a zvláštní (speciální) pojistné podmínky	Ano Součástí smluvní dokumentace	Ano Součástí smluvní dokumentace	Ano Součástí smluvní dokumentace
Přehledy a sazebníky poplatků	Ano Součástí smluvní dokumentace	Ano Součástí smluvní dokumentace	Ano Součástí smluvní dokumentace
Upozornění na investiční životní pojištění	Ano informační nástroj Informace o finančních fondech na internetových stránkách	Ano Samostatný dokument Informace o podkladové investici	Ano Samostatný dokument Specifické údaje o fondech
Informační povinnost pojišťovacích zprostředkovatelů dle § 21 ZPZ	Ano Součástí Záznamu z jednání s klientem	Ano Součástí Záznamu z jednání s klientem	Ano Součástí Záznamu z jednání s klientem

Zdroj: Vlastní zpracování

3.7 Situace na českém pojistném trhu

Česká asociace pojišťoven každoročně vydává výroční zprávu obsahující detailní informace k fungování asociace a jejích členů, struktuře českého pojistného trhu a pojistného trhu EU, legislativnímu vývoji a regulaci v oblasti pojišťovnictví. Výroční zpráva rovněž zpracovává statistické výsledky členských pojišťoven a dává tak jasné ukazatele o směřování pojistného trhu jednotlivých svých odvětví.

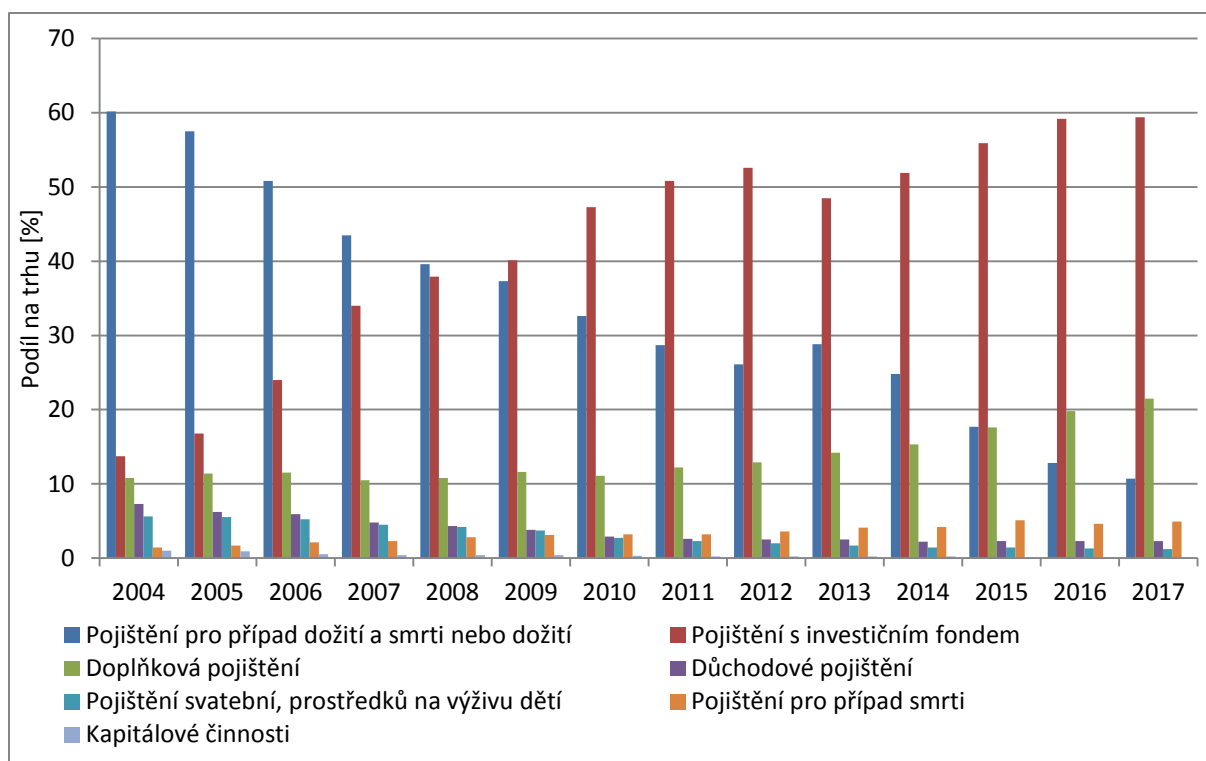
V rámci této části rigorózní práce přiblížím na vybraných pasážích statistických ukazatelů z Výroční zprávy ČAP za rok 2017, řešící oblast životního pojištění, i nadále klesající tendenci způsobenou zejména odklonem od jednorázově placených produktů životního pojištění na úkor rizikových pojistných produktů. Naopak u produktů životního pojištění s běžně placeným pojistným vidíme mírný růst související s vyšším zájmem klientů o hypoteční úvěry, jejichž čerpání bývá podmíněno právě uzavřením životního pojištění.

Tabulka 6: Struktura pojistného trhu – životní pojištění (%)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Pojištění pro případ dožití a smrti nebo dožití	60,2	57,5	50,8	43,5	39,6	37,3	32,6	28,7	26,1	28,8	24,8	17,7	12,8	10,7
Pojištění s investičním fondem	13,7	16,8	24,0	34,0	37,9	40,1	47,3	50,8	52,6	48,5	51,9	55,9	59,2	59,4
Doplňková pojištění	10,8	11,4	11,5	10,5	10,8	11,6	11,1	12,2	12,9	14,2	15,3	17,6	19,8	21,5
Důchodové pojištění	7,3	6,2	5,9	4,8	4,3	3,8	2,9	2,6	2,5	2,5	2,2	2,3	2,3	2,3
Pojištění svatební, prostředků na výživu dětí	5,6	5,5	5,2	4,5	4,2	3,7	2,7	2,3	2,0	1,7	1,4	1,4	1,3	1,2
Pojištění pro případ smrti	1,4	1,7	2,1	2,3	2,8	3,1	3,2	3,2	3,6	4,1	4,2	5,1	4,6	4,9
Kapitálové činnosti	1,0	0,9	0,5	0,4	0,4	0,4	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0

Zdroj: ČAP⁶⁰

⁶⁰ Výroční zpráva České asociace pojišťoven 2017, In: Česká asociace pojišťoven [online]. 2018 [cit. 1 – 11 - 2018]. Dostupné z WWW: <http://cap.cz/images/o-nas/vyrocní-zpravy/2017_vyrocní.pdf>, s. 85



Graf 1: Struktura pojistného trhu – životní pojištění (%)

Zdroj: ČAP⁶¹

Tabulka 7: Technické rezervy členů ČAP (milionech Kč)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Celkem	273 475	289 042	303 345	313 648	329 424	333 453	334 905	329 857	330 472	331 732
Životní pojištění	204 843	222 480	245 771	256 958	272 798	278 629	279 915	274 323	273 607	272 309
z toho: technická rezerva v životním pojištění, je-li nositelem investičního rizika pojistník	29 388	42 572	57 693	65 080	75 818	80 625	78 012	79 923	83 850	88 653
Neživotní pojištění	68 632	66 561	57 574	56 690	56 626	54 823	54 989	55 534	56 865	59 423

Zdroj: ČAP⁶²

⁶¹ Výroční zpráva České asociace pojišťoven 2017, In: Česká asociace pojišťoven [online]. 2018 [cit. 1 – 11 - 2018]. Dostupné z WWW: <http://cap.cz/images/o-nas/vyrocní-zpravy/2017_vyrocní.pdf>, s. 85

⁶² Výroční zpráva České asociace pojišťoven 2017, In: Česká asociace pojišťoven [online]. 2018 [cit. 1 – 11 - 2018]. Dostupné z WWW: <http://cap.cz/images/o-nas/vyrocní-zpravy/2017_vyrocní.pdf>, s. 86

Tabulka 8: Vývoj předepsaného smluvního pojistného členů (milionech Kč)

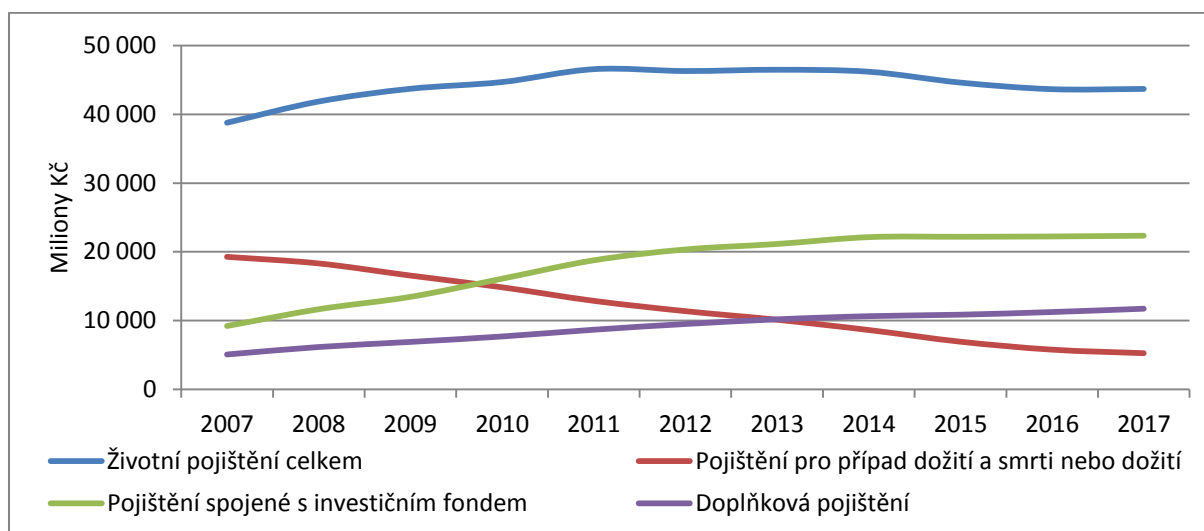
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Předepsané smluvní pojistné celkem	107 974	115 020	117 586	116 196	115 627	113 999	114 329	115 410	116 569	119 052	123 782
Předepsané smluvní pojistné neživotního pojištění	69 175	73 145	73 857	71 492	69 052	67 697	67 839	69 209	71 943	75 381	80 078
Předepsané pojistné životního pojištění	38 799	41 875	43 728	44 703	46 575	46 302	46 489	46 201	44 625	43 670	43 704

Zdroj: ČAP⁶³

Tabulka 9: Životní pojištění členů ČAP – předepsané pojistné (milionech Kč)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Životní pojištění celkem	38 799	41 875	43 728	44 703	46 575	46 302	46 489	46 201	44 625	43 670	43 704
Pojištění pro případ dožití a smrti nebo dožití	19 269	18 310	16 544	14 842	12 872	11 367	10 118	8 624	6 927	5 768	5 253
Pojištění spojené s investičním fondem	9 211	11 648	13 447	16 082	18 759	20 338	21 132	22 129	22 185	22 228	22 336
Doplňková pojištění	5 052	6 137	6 879	7 670	8 650	9 480	10 163	10 621	10 839	11 222	11 707

Zdroj: ČAP⁶⁴



Graf 2: Životní pojištění členů ČAP – předepsané pojistné

Zdroj: ČAP⁶⁵

⁶³ Výroční zpráva České asociace pojišťoven 2017, In: Česká asociace pojišťoven [online]. 2018 [cit. 1 – 11 - 2018]. Dostupné z WWW: <http://cap.cz/images/o-nas/vyrocní-zpravy/2017_vyrocní.pdf>, s. 87

⁶⁴ Tamtéž

⁶⁵ Tamtéž

4 Institut pojistné smlouvy a vymahatelnost práv a povinností z ní plynoucích

Uzavřením pojistné smlouvy vzniká mezi smluvními stranami pojistný vztah založený na nabídce jedné strany a její akceptaci strany druhé. Jedná se tak o synallagmatický soukromoprávní vztah, který vznikl na základě dobrovolného jednání dvou subjektů, budoucích smluvních stran.

NOZ definoval právní principy (pravidla), která tvoří jeho základ a v jejichž souladu je NOZ v praxi vykládán při jeho aplikaci. Základním pravidlem NOZ je, že osoby si mohou sjednat práva a povinnosti odchylně od zákona, pokud to zákon výslovně nezakazuje. Jedná se o zásadu tzv. legální licence. Jsou zakázána však ujednání, která by byla v rozporu s dobrými mravy, veřejným pořádkem nebo s právy týkajícími se postavení osob. Všechna ustanovení NOZ jsou posuzována jako dispozitivní s možností se od nich odchýlit, pokud zákon výslovně nestanoví, že se jedná o ustanovení kogentní, od něhož se odchýlit nelze.

Tato zásada je tak promítnuta do úpravy pojistné smlouvy a je na vůli stran, jakým způsobem si svá práva a povinnosti v pojistné smlouvě definují.

Povinnosti smluvních stran upravené zákonem a pojistnou smlouvou na sebe vážou i sankce za jejich porušení. Pokud dojde k porušení povinnosti upravené pojistnou smlouvou, sankce za porušení je zpravidla upravena pojistnou smlouvou, resp. pojistnými podmínkami. V případě porušení povinnosti plynoucí přímo ze zákona definuje pak zákon následky takového porušení a jejich vymahatelnost.

Dle právní úpravy NOZ pojištění patří mezi relativní majetková práva do skupiny závazků z odvážných smluv. Odvážnou smlouvou se rozumí smlouva, u které závisí podle ujednání stran prospěch, anebo nepospěch alespoň jedné ze smluvních stran na nejisté události. NOZ mezi odvážné smlouvy dále řadí např. sázku, hru nebo los.

Pokud je pojistná smlouva uzavírána se spotřebitelem, je smlouvou o finanční službě ve smyslu § 1841 NOZ a vztahují se na ní nejen obecná ustanovení týkající se závazků ze smluv uzavíraných se spotřebitelem, ale také ustanovení upravující finanční služby, a podle způsobu

sjednání pojištění na ni mohou dopadat i ustanovení upravující uzavírání smluv distančním způsobem a závazky ze smluv uzavíraných mimo obchodní prostory.⁶⁶

Zvláštním typem spotřebitelských smluv jsou tzv. distanční smlouvy, tedy smlouvy uzavřené na dálku bez fyzické přítomnosti smluvních stran za pomoci prostředků komunikace na dálku. Pro tyto případy uzavřené smlouvy upravuje NOZ v rámci ustanovení § 1820 – 1840 přísnější pravidla, kdy zohledňuje vyšší rizika pro spotřebitele v souvislosti s tímto způsobem sjednání smlouvy. Speciální úprava je tak zohledněna zejména v informační povinnosti podnikatele a dále např. v podmínkách pro odstoupení.

Za využití prostředků komunikace na dálku dochází rovněž k uzavření smluv o finančních službách specificky upravených v ustanovení § 1841 – 1851 NOZ. Tématu se detailněji věnuje Česká národní banka, která institut smluv o finanční službě vysvětluje na svých internetových stránkách následovně. Smlouvami o finančních službách uzavíranými na dálku jsou smlouvy mezi spotřebitelem (pro tyto účely však pouze fyzickou osobou) a dodavatelem, které byly uzavřeny pomocí prostředků komunikace na dálku (např. telefon, fax, elektronická pošta, internet), které umožňují uzavřít smlouvu bez současné fyzické přítomnosti smluvních stran, týkající se bankovních, platebních, úvěrových nebo pojistných služeb, smlouvy týkající se penzijního připojištění, smlouvy týkající se poskytování investičních služeb nebo smlouvy týkající se obchodů na trhu s investičními nástroji.⁶⁷

Pojistitelé se v rámci udržení moderních trendů snaží přizpůsobovat své procesy sjednávání pojistných smluv tak, aby zájemce o pojištění měl možnost uzavřít pojistnou smlouvu i zmíněným distančním způsobem. Jedná se o pohodlnější způsob sjednání pojištění z domova bez nutnosti setkání se s pojišťovací zprostředkovatelem. Domnívám se, že tato forma uzavření životního pojištění je u klientů preferovaná, nicméně zde pramení mnoho rizik jak pro pojistníka, tak pojistitele. Především jde o sdělení pravdivých informací o zdravotním stavu, pochopení složitého mechanismu životního pojištění (zejména investičního či kapitálového), důkladné seznámení se s pojistnými podmínkami, výlukami z pojištění atd.). S ohledem na velmi přísnou regulaci v oblasti životního pojištění nepovažuji tento formát uzavírání pojistných smluv životního pojištění za vhodný a do budoucna častěji ze strany pojistitelů využívaný.

⁶⁶ KARFÍKOVÁ, M., PŘIKRYL, V., R. VYBÍRAL a kolektiv: *Pojišťovací právo*, 2. přepracované vydání. Praha: Leges 2018. ISBN 978-80-7502-271-4, s. 275

⁶⁷ Smlouvy o finančních službách uzavírané na dálku, In: *Česká národní banka* [online]. [cit. 1 – 11 - 2018]. Dostupné z WWW: <http://www.cnb.cz/cs/spotrebitel/ochrana_spotrebitele/smlouvy_na_dalku.html>

Pro pojistnou smlouvu je dále typický způsob jejího uzavírání prostřednictvím předem připravených formulářů jednou ze smluvních stran známý jako adhezní způsob uzavření smlouvy. Adhezními smlouvami se rozumí smlouvy, u kterých nedochází mezi kontrahenty k vyjednávání obsahu smlouvy, nýbrž jsou založeny na principu „*take it or leave it*“ („ber nebo nech být“). Tento typ smluv je užíván v hromadném smluvním styku, při kterém šetří náklady smluvních stran a přináší úsporu času. V takovém případě ovšem smluvní strana, která nemá možnost podobu smluvních ujednání ovlivnit, se ocitá ve slabším postavení s možností podmínky přijmout jako celek a pojistnou smlouvu uzavřít, nebo naopak nepřijmout a smlouvu neuzavřít.

V rámci ustanovení § 1798 je stanovena vyvratitelná právní domněnka, kdy použije-li se k uzavření smlouvy formulář užívaný v obchodním styku nebo jiný podobný prostředek, jde o smlouvu adhezní. NOZ tímto způsobem určuje ochranu slabší strany smlouvy tak, že pro každou obsaženou doložku vždy platí několik základních pravidel.

Za prvé platí, že pokud odkazuje adhezní smlouva na podmínky uvedené mimo vlastní text smlouvy, jsou platné pouze tehdy, byla-li slabší strana s nimi a jejich významem prokazatelně seznámena nebo prokáže-li se, že význam takové doložky musela znát. Za druhé platí podmínka upravující pravidlo, pokud adhezní smlouva obsahuje doložky, které lze přečíst jen se zvláštními obtížemi nebo je-li pro osobu průměrného rozumu nesrozumitelná, je platná pouze tehdy, nezpůsobí-li slabší straně újmu nebo prokáže-li druhá strana, že slabší straně byl význam doložky dostatečně vysvětlen. V neposlední řadě platí poslední pravidlo, kdy pokud je pro slabší stranu bez rozumného důvodu smlouva zvláště nevýhodná, zejména obsahuje-li bez vážného důvodu významné odchylky od podmínek aplikovaných v obdobných případech, je uzavřená smlouva neplatná.

V praxi je adhezní způsob uzavírání smluv používán zejména vůči spotřebitelům a typicky právě při uzavírání pojistných smluv. Pro pojišťovny, jakožto silnější stranu smluvního vztahu, stanovily takto definované ochranné mantinely slabší straně před nabytím účinnosti NOZ povinnost připravit formuláře pojistných smluv jednoznačně a srozumitelně. Pojišťovny musely být rovněž připraveny na situace, aby byly schopny prokázat, že ta která doložka obsažená mimo vlastní text smlouvy byla spotřebiteli před podpisem smlouvy dostatečně vysvětlena.

Předem připravené formuláře návrhů na uzavření pojistné smlouvy tedy logicky obsahují prohlášení o tom, že pojistník a pojištěný byl seznámen s obsahem pojistné smlouvy,

pojistných podmínek a dalšími přílohami pojistné smlouvy. Svým podpisem potvrdí, že předloženému textu porozuměl a souhlasí s ním.

Pojistné smlouvy životního pojištění jsou v převážné většině uzavírány prostřednictvím spolupracujících pojišťovacích zprostředkovatelů a jsou to tedy oni, kdo jsou povinni dle uvedené dikce postupovat. Ze své praxe bohužel vím, jakým způsobem k uzavírání pojistných smluv dochází, že zájemci mnohdy nejsou ze strany zprostředkovatele vysvětleny základní koncepce uzavíraného produktu životního pojištění, přesto podpisem takového prohlášení dochází k platnému uzavření smlouvy v souladu s právními předpisy a následná obrana pojistníka, potažmo pojištěného, bývá v takových případech složitá.

Vzhledem k výše uvedenému považuji za nutné, aby pojišťovny v rámci svých interních postupů měly nastaveny kontrolní mechanismy pro detekci podezřele sjednaných pojistných smluv. Taková kontrola by mohla spočívat například ve stanovení jasných pravidel pro způsoby uzavření pojistné smlouvy, kdy lze jednat se zájemcem o pojištění (klientem pojištění) prostřednictvím telefonické či emailové komunikace, kdy naopak výhradně osobně apod. Rovněž bych uvažovala o zavedení přísných pravidel s limity pro výši pojistného v poměru k pracovní pozici pojistníka, která by zamezila účelovému sjednávání pojistných smluv s pojistníky na pozici např. technických dělníků s platbou pojistného ve výši 5.000 Kč měsíčně.

Na tomto místě považuji za vhodné zmínit institut tzv. překvapivých ustanovení upravený § 1753 NOZ. Dotčené ustanovení NOZ stanoví následující: Ustanovení obchodních podmínek, které druhá strana nemohla rozumně očekávat, je neúčinné, nepřijala-li je tato strana výslovně; k opačnému ujednání se nepřihlíží. Zda se jedná o takové ustanovení, se posoudí nejen vzhledem k jeho obsahu, ale i ke způsobu jeho vyjádření.⁶⁸

Pojistné podmínky, jež tvoří nedílnou součást pojistné smlouvy, podrobně konkretizují vznik, trvání a zánik pojištění, definují pojistnou událost, výluky, rozsah pojistného plnění atd., a proto je třeba, aby při uzavírání pojistné smlouvy pojistník postupoval obezřetně a předložené podmínky důsledně četl a na případné nejasnosti se ptal pojišťovacího zprostředkovatele. Pojistník svým podpisem pojistné smlouvy totiž potvrdí, že byl na pojistné podmínky jako součást pojistné smlouvy upozorněn, byl s jejich zněním seznámen a porozuměl jim. Tato skutečnost v případě domáhání se svých práv vůči pojistiteli je stěžejní

⁶⁸ Ustanovení § 1753 NOZ

v souvislosti s občanskoprávní zásadou *vigilantibus iura skripta sunt* (práva přejí bdělým), kdy každý je odpovědný za svoje jednání.

Předmětné ustanovení § 1753 NOZ je problematické zejména v tom ohledu, že již dopředu potvrzuje fakt, že spotřebitel (pojistník) obchodní podmínky nečte a rozhodující je skutečnost, zda to které ustanovení podmínek spotřebitel nemohl rozumě očekávat a nikoliv to, zda před podpisem smlouvy si ji důkladně přečetl. Z pohledu spotřebitele jde o ustanovení zvyšující jeho právní ochranu a jistotu, nicméně v obecné rovině mám za to, že dané ustanovení podporuje nezodpovědnost a právní nejistotu.

Pokud jde o zmíněnou nezodpovědnost, připomínám rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 26. 2. 2009 ve věci 33 Odo 1560/2006, který je jeden z nesčetných soudních závěrů věnující se této problematice. V daném rozsudku bylo mj. konstatováno následující: „...o omyl, který lze omluvit, nepůjde tehdy, měla-li jednající (a omylu se pak dovolávající) osoba možnost se takovému omylu vyhnout vlastní pečlivostí při seznání skutečností rozhodujících pro uskutečnění právního úkonu. Nelze totiž akceptovat, že by bylo možno se účinně dovolat neplatnosti pro omyl podle § 49a zákona č. 40/1964 Sb., občanského zákoníku za situace, kdy by omylu se dovolávající osoba zanedbala pro ni ve věci objektivně existující možnost přesvědčit se o pravém stavu věci a bez příčiny se ve svém úsudku nechala mylně ovlivnit případnými dojmy, náznaky řešení, resp. hypotézami o vlastnostech předmětu zamýšleného právního úkonu.“⁶⁹ Za předpokladu, že obecné soudy budou i nadále omyly při právním jednání posuzovat v tomto duchu (viz například ustanovení § 583 NOZ), dá se očekávat jistý nesoulad mezi naznačeným výkladem § 1753 NOZ (spotřebitelé nemusí číst smlouvy a zároveň mohou získávat výhody).

Odhlédnu-li od těchto hypotetických úvah, kladu si otázku, co vše dnes může průměrný spotřebitel v případě pojistných smluv očekávat. Mám za to, že i byť jen základní vymezení rozumných očekávání bude dlouhou dobu tvořit právní nejistotu u nespočtu smluv a bude tedy na obecných soudech a jejich soudních závěrech.

Domnívám se, že § 1753 NOZ není potřeba, neboť dané ustanovení by jistě bylo možné napadnout i podle jiných ustanovení právního řádu. V tomto směru však pro úplnost připomínám, že předmětné ustanovení nepojímá pouze překvapení stran obsahu té které klauzule, ale i stran jejího vyjádření, dle důvodové zprávy například kvůli nejasnosti, nečitelnosti apod.

⁶⁹ Rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 26. 2. 2009, sp. zn. 33 Odo 1560/2006

4.1 Definice pojistné smlouvy dle nového občanského zákoníku a předchozí legislativy

Nový občanský zákoník přinesl řadu významných změn i do oblasti pojištění, i když se jednalo zpravidla o změny formálního charakteru. Otázka začlenění úpravy pojistné smlouvy do občanského zákoníku byla dlouho diskutována, řešila se i varianta ponechání dané úpravy vlastním právním předpisem, nicméně konečná verze ji obsahovala. Tímto krokem tak došlo k nejvýznamnější legislativní změně v oblasti pojištění.

Oblast pojištění je novým občanským zákoníkem zařazena do čtvrté části mezi Relativní majetková práva, hlavy druhé upravující Závazky z právních jednání, dílu patnáctého upravující Závazky z odvážných smluv a oddílu druhého, jež se týká samotného pojištění.

Pojištění má v rámci NOZ bezprostřední návaznost na řadu dalších oblastí soukromého práva a tudíž na něj nelze pohlížet samostatně, ale vždy jej dávat do kontextu s úpravou ostatních závazkových vztahů a tudíž aplikovat ustanovení ostatních částí NOZ souvisejících s pojištěním.

Jak uvádím výše v kapitole 1.3.3 rigorózní práce, přijetím nového občanského zákoníku došlo k dvoukolejnosti, resp. trojkolejnosti právních předpisů aplikovatelných pro uzavřené pojistné smlouvy. To znamená, že na pojistné smlouvy uzavřené do 31. 12. 2004 je aplikován zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, na pojistné smlouvy uzavřené do 31. 12. 2013 zákon č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvy a pojistné smlouvy uzavřené po datu 1. 1. 2014 se řídí novým občanským zákoníkem. Rozhodujícím kritériem pro určení správného režimu pojistné smlouvy přitom není počátek pojištění, ale okamžik uzavření pojistné smlouvy. Podle přechodných ustanovení NOZ platí (a dle přechodných ustanovení ZPS platilo), že jiné právní poměry vzniklé přede dnem nabytí účinnosti tohoto zákona, jakož i práva a povinnosti z nich vzniklé se řídí dosavadními právními předpisy.⁷⁰ Vzhledem k tomu, že pojistné smlouvy bývají uzavírány většinou na delší pojistnou dobu, nelze předjímat, jak dlouho tento souběh tří právních úprav bude trvat.

Pojistná smlouva tvoří základ smluvního pojistného vztahu, jenž vzniká na základě nabídky, která je následně druhou smluvní stranou akceptována. Definice pojistné smlouvy se lišila napříč platnými právními úpravami a níže nastíním jejich znění a rozdíly mezi nimi.

⁷⁰ KARFÍKOVÁ, M., PŘIKRYL, V., R. VYBÍRAL a kolektiv: *Pojišťovací právo*, 2. přepracované vydání. Praha: Leges 2018. ISBN 978-80-7502-271-4, s. 274

Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, obsahoval úpravu pojistného vztahu a pojistné smlouvy v hlavě patnácté (§ 788-828). Tato původní úprava je považována za velmi stručnou (obsahovala pouze 41 paragrafů) a postupně přestala vyhovovat potřebám a požadavkům pojistného trhu a účastníků pojištění. Dle původní právní úpravy se pojistnou smlouvou pojistitel zavazoval poskytnout v plném rozsahu plnění, nastala-li nahodilá událost ve smlouvě blíže označená, a fyzická nebo právnická osoba, která s pojistitelem pojistnou smlouvu uzavřela, byla povinna platit pojistné.⁷¹

Zákon č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, definoval pojistnou smlouvu jako smlouvu o finančních službách, ve které se zavazuje pojistitel v případě vzniku nahodilé události poskytnout ve sjednaném rozsahu pojistné plnění a pojistník se zavazuje platit pojistiteli pojistné.

Nový občanský zákoník tuto definici nepřejímá, byť ji formálně a obsahově ponechává a určuje práva a povinnosti jsou spojena s pojistnou smlouvou. Pojistnou smlouvou se pojistitel zavazuje vůči pojistníkovi poskytnout jemu nebo třetí osobě pojistné plnění, nastane-li nahodilá událost krytá pojištěním (pojistná událost), a pojistník se zavazuje zaplatit pojistiteli pojistné.⁷²

Pro úplnost výčtu právních úprav pojistné smlouvy považuji za vhodné jmenovat rovněž právní předpis Evropské unie upravující oblast pojistné smlouvy, kterým je Nařízení Evropského parlamentu a Rady č. 593/2008 o právu rozhodném pro smluvní závazkové vztahy známé jako Řím I. Obsahově navazuje na Římskou úmluvu z roku 1980 a použije se před soudy členských států EU na smluvní závazkové vztahy. Nařízení upravuje pravidla pro určení rozhodného práva, přičemž pro smlouvy uzavírané se slabší stranou (typicky pojistné smlouvy) platí zvláštní pravidla. Pojistná smlouva kryjící velké riziko se řídí právem, které si smluvní strany zvolí a pokud tak neučiní, právem země, kde má pojistitel obvyklé sídlo. V případě ostatních pojistných smluv platí omezená možnost volby práva. Pokud si strany právo nezvolí, řídí se pojistná smlouva právem země, v níž se v okamžiku uzavření smlouvy nachází riziko.

⁷¹ Ustanovení § 788 zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník

⁷² Ustanovení § 2758 NOZ

4.2 Základní pojmy pojištění

Jak uvádím výše, pro pojistnou smlouvu je charakteristický prvek nahodilostí, což znamená, že pojistné plnění je pojištěné osobě nebo třetí osobě poskytnuto pojistitelem jen v případě vzniku nahodilé události, která je krytá pojištěním definovaným uzavřenou pojistnou smlouvou.

Podmínkou nahodilosti je, že se jedná o skutečnost, která je možná a u které není jisté, zda v době trvání pojištění vůbec nastane (např. úraz, nemoc), nebo není známa doba jejího vzniku (typicky smrt).⁷³

Mezi důležité pojmy pojištění v praxi patří pojem škodná událost a pojistná událost. Oba mají vazbu na pojistné plnění a je třeba mezi nimi rozlišovat. Škodná událost není současnou právní úpravou upravena a v principu se jedná o skutečnost, ze které vznikla škoda a jež by mohla být důvodem vzniku pojistné události a mohla by zakládat právo na pojistné plnění z pojištění. Jednotlivé škody mohou být různé povahy, přičemž v případě škody na zdraví jde zejména o úraz, nemoc, smrt. Pojistnou událostí se rozumí nahodilá událost, se kterou je spojen vznik povinnosti pojistitele plnit. Konkrétní podmínky vzniku pojistné události určují pojistné podmínky.

V oblasti pojištění se setkáváme s dalšími pojmy a to s pojmem pojistné nebezpečí a pojistné riziko. Oba pojmy byly definovány původním ZPS v rámci § 3, NOZ uvedené definice již nepřevzal.

V případě pojistného nebezpečí rozumíme možnou příčinu vzniku pojistné události. Jedná se tak o konkrétní situace, při kterých může dojít k pojistné události, a u každého typu pojištění jsou pojistná nebezpečí definována odlišně. Vymezení těchto situací bývá standardně upraveno pojistnými podmínkami a v zásadě se jedná o soupis různých příčin, které mohou způsobit pojistnou událost.

Pojistným rizikem se pak rozumí míra pravděpodobnosti vzniku pojistné události vyvolané pojistným nebezpečím. Pojistné riziko představuje vyhodnocení míry rizika, že se přihodí událost, která bude pojistnou událostí a vyústí v povinnost pojistitele vyplatit pojistné plnění. Obecně lze konstatovat, že při vysoké míře pojistného rizika odpovídá této míře i cena pojištění. Vyhodnocení pojistného rizika bude v mnoha případech jedním z faktorů

⁷³ KARFÍKOVÁ, M., PŘIKRYL, V., R. VYBÍRAL a kolektiv: *Pojišťovací právo*, 2. přepracované vydání. Praha: Leges 2018. ISBN 978-80-7502-271-4, s. 280

ovlivňujících rozhodnutí pojistníka pojistnou smlouvu uzavřít (míra pravděpodobnosti vzniku pojistné události je taková, že pojistník má zájem se proti pojistnému nebezpečí, které ji vyvolá, chránit).⁷⁴

Dalším pojmem pojištění je tzv. pojistný zájem. Definici pojistného zájmu zavedl již ZPS, nicméně s pojmem detailněji nepracoval ve smyslu jeho důsledků. V rámci ustanovení § 2761 NOZ je definován jako oprávněná potřeba ochrany před následky pojistné události.⁷⁵ Pojistný zájem je nutnou podmínkou pro vznik a trvání pojištění a jeho existence tak brání spekulativním jednáním při uzavírání pojištění. V případě zániku pojistného zájmu během trvání pojištění toto zaniká.

I přes podrobnější stávající právní úpravu pojistného zájmu se domnívám, že samotný význam daného institutu je vhodněji popsán v Důvodové zprávě k NOZ následovně: pojistný zájem se odráží v přání, aby škodné následky pojistné události nenastaly, jakož i v obavě, že hodnota, na níž má zájemce o pojištění (posléze pojistník) zájem, bude pojistnou událostí zničena, zmenšena nebo jinak dotčena.⁷⁶

Pojistný zájem se posuzuje u pojistníka a jeho neexistence může způsobit neplatnost pojistné smlouvy.⁷⁷ Pojistník je tak ta osoba, která má potřebu ochrany před následky pojistné události na svém životě, zdraví, majetku, tak i na cizím. V takovém případě je pojistný zájem považován za prokázaný, pokud s ním pojištěný vysloví souhlas. Zákon připouští i možnost budoucího pojistného zájmu.

V případě neexistence pojistného zájmu u zájemce o pojištění NOZ rozlišuje situace, kdy pojistitel o dané skutečnosti věděl nebo vědět musel. V obou případech ovšem takový stav znamená neplatnost pojistné smlouvy. Pokud o absenci pojistného zájmu u pojistníka pojistitel nevěděl nebo nemohl vědět, je pojistná smlouva také neplatná s tím, že pojistiteli náleží pojistné do doby, kdy se o neplatnosti dozvěděl.

⁷⁴ KARFÍKOVÁ, M., PŘIKRYL, V., R. VYBÍRAL a kolektiv: *Pojišťovací právo*, 2. přepracované vydání. Praha: Leges 2018. ISBN 978-80-7502-271-4, s. 281

⁷⁵ Ustanovení § 2761 NOZ

⁷⁶ Důvodová zpráva NOZ konsolidovaná verze[online]. Justice, [cit. 1 – 11 - 2018]. Dostupné z WWW: <http://obcanskyzakonik.justice.cz/fileadmin/Duvodova-zprava-NOZ-konsolidovana-verze.pdf> s. 545

⁷⁷ KARFÍKOVÁ, M., PŘIKRYL, V., R. VYBÍRAL a kolektiv: *Pojišťovací právo*, 2. přepracované vydání. Praha: Leges 2018. ISBN 978-80-7502-271-4, s. 282

4.2.1 Základní pojmy a pravidla pojištění osob

Pojištění osob představuje jednu z nejrychleji se rozvíjejících kategorií pojištění.⁷⁸ Jedná se o specifickou oblast pojištění, která v sobě nese řadu speciálních pojmů a pravidel typických právě pouze pro životní pojištění. Některé pojmy a pravidla představují a popisují v kapitole věnující se životnímu pojištění, zde jejich výčet doplním tak, aby byl kompletní a čtenáři mé rigorózní práce srozumitelný při jejím dalším čtení.

Skupinové pojištění

Skupinové pojištění představuje svou konstrukcí speciální úpravu v rámci životního pojištění, která je odlišná od standardních individuálních pojistných smluv. Jedná se o stále oblíbenější benefit, jež nabízejí zaměstnavatelé svým zaměstnancům.

V případě skupinového pojištění dochází k uzavření jedné pojistné smlouvy mezi pojistníkem (zpravidla zaměstnavatelem, spolkem, bankou, cestovní kanceláří) a pojistitelem. Pojištěna je pak skupina osob. Tyto osoby musí být určeny dostatečně konkrétně, nemusí být určeny předem jménem, postačí jejich určitelnost v době pojistné události.⁷⁹ Vzhledem k této okolnosti NOZ v rámci ustanovení § 2827 odst. 2 vylučuje povinnost pojištěného vyjádřit souhlas s pojištěním. I nadále ovšem platí povinnost existence pojistného zájmu u pojistníka.

Mezi hlavní odlišnosti oproti individuálním pojistným smlouvám lze řadit jednodušší underwriting (ohodnocení životních rizik na základě zjišťování zdravotního stavu). V pojistné smlouvě bývá stanovena maximální výše pojistné částky pro jednoho pojištěného v rámci dané skupinové pojistné smlouvy, na kterou může být pojištěn bez zkoumání zdravotního stavu na základě vyplnění zdravotního dotazníku. Dalšími odlišnostmi jsou jednotná sazba pojistného s náklady výrazně nižšími než u individuální pojistné smlouvy a v neposlední řadě jednodušší administrativa na straně pojistitele.

V České republice zatím tento typ pojištění není tolik rozšířen, nicméně s ohledem na jeho klady a přínosy se dá očekávat jeho vzestup a oblíbenost jak u zaměstnavatelů, tak u dalších skupin.

⁷⁸ KARFÍKOVÁ, M., PŘIKRYL, V., R. VYBÍRAL a kolektiv: *Pojišťovací právo*, 2. přepracované vydání. Praha: Leges 2018. ISBN 978-80-7502-271-4, s. 318

⁷⁹ KARFÍKOVÁ, M., PŘIKRYL, V., R. VYBÍRAL a kolektiv: *Pojišťovací právo*, 2. přepracované vydání. Praha: Leges 2018. ISBN 978-80-7502-271-4, s. 322

Právo pojistitele na zkoumání zdravotního stavu

Dalším typickým principem u životního pojištění je právo pojistitele na zkoumání zdravotního stavu pojištěného. Zjišťovat zdravotní stav je pojistitel oprávněn nejen při uzavření pojistné smlouvy, ale dále v případě její změny a rovněž v případě šetření pojistné události.

Pojistitel zjišťuje zdravotní stav pojištěného na základě dotazů položených v rámci zdravotního dotazníku, který bývá nedílnou součástí pojistné smlouvy. Nepravdivé či neúplné zodpovězení položených dotazů má dopady do existence pojistné smlouvy i výplaty pojistného plnění. Detailněji se dané problematice věnuji v následujících podkapitolách.

Neuvedení správného data narození

V životním pojištění je datum narození pojištěného (spolu s jeho zdravotním stavem) zásadní informací pro rozhodnutí pojistitele, zda jej pojistit a za jakých podmínek.⁸⁰ V případě neuvedení správného data narození a na jeho základě k určení nižšího pojistného má pojistitel právo na snížení výplaty pojistného plnění, v případech upravených NOZ může rovněž od pojistné smlouvy odstoupit.

Výluka z pojištění – sebevražda

Dle ustanovení § 2837 NOZ není pojistitel povinen vyplatit pojistné plnění v případě sebevraždy pojištěného, kterou spáchal do dvou let od uzavření pojištění. Jedná se o jednu z mála zákonem upravených výluk a jde o tradiční výluku, jejímž účelem je vyloučit spekulativní záměr pojištěného úmyslným zbavením se života a využít tak pojištění k finančnímu zabezpečení osob, kterým bude svědčit právo na pojistné plnění pro případ jeho smrti.⁸¹

V tomto případě se jedná o časově limitovanou výluku z pojištění, která jejím uplynutím zaniká a v případě sebevraždy pojištěného je pak pojistitel pojistné plnění vyplatit povinen.

⁸⁰ KARFÍKOVÁ, M., PŘIKRYL, V., R. VYBÍRAL a kolektiv: *Pojišťovací právo*, 2. přepracované vydání. Praha: Leges 2018. ISBN 978-80-7502-271-4, s. 330

⁸¹ KARFÍKOVÁ, M., PŘIKRYL, V., R. VYBÍRAL a kolektiv: *Pojišťovací právo*, 2. přepracované vydání. Praha: Leges 2018. ISBN 978-80-7502-271-4, s. 330

Odkupné

Odkupným se rozumí částka, kterou pojišťovna vyplatí klientovi při předčasném ukončení rezervotvorného životního pojištění. Jeho výše se stanoví jako technická rezerva na základě pojistně-matematických metod k datu zániku pojištění, tedy jako konkrétní část z kapitálové hodnoty pojištění. Při výpočtu odkupného se zohledňují i další závazky smluvních stran (např. přeplatky pojistného či naopak dlužné pojistné, poplatky za výplatu odkupného, srážková daň, která je odváděna pojistitelem za pojistníka finančnímu úřadu). Odkupné tedy nikdy nemůže odpovídat zaplacenému pojistnému.⁸² U pojistných smluv uzavřených do 31. 12. 2004 hovoříme o termínu odbytné, přičemž oba pojmy odbytné i odkupné mají stejný význam.

Podmínky pro určení odkupného a jeho výpočet jsou jednak upraveny v rámci ustanovení § 2842 NOZ a dále v ustanovení § 21f ZPZ. NOZ podmiňuje vznik práva na výplatu odkupného kumulativním splněním následujících podmínek: běžné pojistné bylo zaplaceno za dobu nejméně dvou let, nebo u pojištění za jednorázové pojistné sjednané na dobu delší než jednoho roku, nebo u pojištění se sníženou pojistnou částkou a zároveň pojistná smlouva výplatu odkupného nevylučuje.

Úprava výpočtu výše odkupného dle ZPZ je platná pro pojistné smlouvy uzavřené po 1. 12. 2016. Dne 1. 12. 2016 nabyla účinnosti novela ZPZ, která zavedla regulaci tzv. zálohových provizí u životního pojištění formou storno lhůty s lineárním rozložením 1/60. Předmětná regulace se netýká pojistných smluv s jednorázovým pojistným. Na základě nové právní úpravy je tak pojistitel oprávněn v prvních pěti letech ode dne vzniku pojištění odečíst za každý započatý měsíc trvání daného pojištění nejvýše jednu šedesátinu z celkových pořizovacích nákladů vzniklých v souvislosti se vznikem pojištění. Jedná se tedy o situaci, kdy celkové pořizovací náklady jsou rozloženy v čase. Pro pojistné smlouvy sjednané na pojistnou dobu kratší než pět let je měsíční odečitatelná částka stanovena jako podíl celkových pořizovacích nákladů pojistitele se vznikem pojištění a sjednané pojistné doby v měsících. Za celkové pořizovací náklady se považují náklady, jež pojistitel vynaložil v souvislosti se vznikem pojištění – typicky náklady spojené s distribucí (odměna pojišťovacímu zprostředkovateli), náklady spojené se změnou pojistné smlouvy, s přijetím návrhu na uzavření pojistné smlouvy, náklady v souvislosti s lékařskou prohlídkou, oceněním přebíraného pojistného rizika apod.

⁸² KARFÍKOVÁ, M., PŘIKRYL, V., R. VYBÍRAL a kolektiv: *Pojišťovací právo*, 2. přepracované vydání. Praha: Leges 2018. ISBN 978-80-7502-271-4, s. 333

Pojistník je oprávněn kdykoliv za trvání pojištění požádat pojistitele o sdělení výše odkupného společně se způsobem jeho výpočtu. Pojistitel je povinen mu uvedené dotazy zodpovědět nejpozději do jednoho měsíce od data doručení dané žádosti.

Odkupné je splatné do tří měsíců od data doručení písemné žádosti pojistiteli, jeho výplatou pojištění zaniká. Právo na výplatu odkupného náleží osobě pojistníka, nicméně platí, že v případě, kdy je pojistník odlišný od osoby pojištěného, je k výplatě odkupného vyžadován písemný souhlas pojištěného. Bez jeho výslovného souhlasu není možné výplatu odkupného realizovat. V souvislosti se zněním zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, v platném znění, doplňuji, že v uvedených případech je pojistitel oprávněn před výplatou odkupného pojistníka vyzvat, aby se podrobil tzv. identifikaci klienta v souladu s ustanovením § 7 výše zmíněného zákona.

V praxi se pojistitelé setkávají se dvěma případy, kdy dochází k výplatě odkupného. V prvním případě jde typicky o situaci, kdy pojistník žádá o ukončení pojistné smlouvy a určí tak zánik pojistné smlouvy sám na základě podané písemné žádosti pojistiteli. Pojišťovny se ovšem často setkávají se situací, kdy k zániku pojistné smlouvy dojde např. z důvodu neplacení pojistného. Pokud je po zániku pojistné smlouvy evidována kladná kapitálová hodnota pojištění, strany pojistné smlouvy musí následně postupovat dle sjednaných pojistných podmínek tak, aby pojistitel dostal své povinnosti odkupné včas a řádně vyplatit. Ze své pracovní zkušenosti mohu potvrdit, že uvedené situace nejsou neobvyklé a pojišťovny musí mnohdy několik let zůstatkové kapitálové hodnoty pojištění „vést“ na speciálním účtu, protože není výjimkou, že se klienti hlásí o výplatu odkupného se zpožděním v řádu několika let.

Závěrem této části upozorňuji rovněž na pojem částečného odkupu pojištění. Pokud to pojistná smlouva umožňuje, pojistník je oprávněn za trvání pojištění provádět částečné odkupy pojištění (žádat o jejich výplatu), přičemž tato výplata ve snížení rezervy pojištění.⁸³ Předmětná výplata částečného odkupu pojištění nemá vliv na jeho trvání, pojištění nezaniká, nicméně má dopad na daňovou odečitatelnost pojištění – o tom více v kapitole 3.3 této rigorózní práce.

⁸³ KARFÍKOVÁ, M., PŘIKRYL, V., R. VYBÍRAL a kolektiv: *Pojišťovací právo*, 2. přepracované vydání. Praha: Leges 2018. ISBN 978-80-7502-271-4, s. 335

4.3 Uzavření pojistné smlouvy, vznik pojistné smlouvy

Jak uvádím výše, na základě uzavřené pojistné smlouvy dochází ke vzniku pojištění. Pro uzavření pojistné smlouvy je vyžadována písemná forma, nicméně pokud se jedná o pojištění na dobu kratší než jeden rok, povinnost písemné formy odpadá (typicky smlouva o cestovním pojištění). Pojistná smlouva musí být podepsána oběma smluvními stranami.

Pojistná smlouva je uzavřena přijetím nabídky.⁸⁴ V praxi pojistitelé v převážné většině činí nabídku zájemci o pojištění a ten svým podpisem formuláře pojistné smlouvy nabídku akceptuje. Nejsou ovšem vyloučeny ani opačné modely, tedy kdy podpisem konkrétního formuláře činí zájemce o pojištění návrh na uzavření pojistné smlouvy pojistiteli a ten v případě jeho akceptace vydá jako potvrzení uzavření pojistné smlouvy pojistníkovi pojistku. Nabídku lze též přijmout konkludentně, a to včasným zaplacením pojistného ve výši uvedené v nabídce.

Považuji za důležité uvést skutečnost, že NOZ samotný proces přijetí nabídky v části věnované pojištění neupravuje a proto se běžně aplikují obecná pravidla platná pro právní jednání a závazky. S takovým uspořádáním zákona souhlasím, samostatná úprava pro pojistné smlouvy by byla nadbytečná a v jistých ohledech i komplikovaná.

Jediným aspektem vztahujícím se k uzavření pojistné smlouvy upravené NOZ jsou lhůty, které zákon stanoví v rámci ustanovení § 2759. Neurčí-li se v nabídce, do kdy má být přijata, vyžaduje se její přijetí do jednoho měsíce ode dne doručení nabídky druhé straně; je-li však uzavření smlouvy podmíněno lékařskou prohlídkou, vyžaduje se přijetí nabídky do dvou měsíců.⁸⁵ Uvedená pravidla jsou aplikována i pro případ změny pojistné smlouvy.

V praxi se setkáváme se situacemi, kdy návrh oferenta na uzavření pojistné smlouvy, případně její změny, který je činěn ze strany pojistníka, není možné pojistitelem akceptovat s ohledem zejména na zdravotní stav pojištěného. V takovém případě platí (pokud nebyl původní návrh přijat), že odpověď na nabídku je považována za nový návrh, pro který je opět stanovena lhůta jednoho měsíce k přijetí.

Od okamžiku uzavření pojistné smlouvy je třeba odlišit okamžik vzniku pojištění.⁸⁶ Není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak, počátek pojištění nastává první den po uzavření pojistné

⁸⁴ KARFÍKOVÁ, M., PŘIKRYL, V., R. VYBÍRAL a kolektiv: *Pojišťovací právo*, 2. přepracované vydání. Praha: Leges 2018. ISBN 978-80-7502-271-4, s. 292

⁸⁵ Ustanovení § 2759 NOZ

⁸⁶ KARFÍKOVÁ, M., PŘIKRYL, V., R. VYBÍRAL a kolektiv: *Pojišťovací právo*, 2. přepracované vydání. Praha: Leges 2018. ISBN 978-80-7502-271-4, s. 293

smlouvy. Pojistitelé běžně v pojistných podmínkách upravují vznik pojištění časovým údajem v rámci dne sjednaného jako počátek pojištění (standardně v 0:00 hod.). Obvyklé jsou také případy, kdy pojištění vzniká den následující po dni uzavření pojistné smlouvy.

Někteří pojistitelé nevylučují rovněž situace, kdy se pojištění vztahuje na dobu před uzavřením pojistné smlouvy. V takových případech jsou ovšem vyloučeny škodné události, o kterých pojištěný věděl nebo měl/mohl vědět již před datem uzavření pojistné smlouvy. Na tyto se uzavřené pojištění dále nevztahuje.

Závěrem doplňuji, že pojistnou smlouvu lze uzavřít osobně, prostřednictvím pojišťovacího zprostředkovatele, při využití prostředků komunikace na dálku (on-line na internetových stránkách pojistitele, v rámci speciálního klientského portálu), případně prostřednictvím dalších prodejních kanálů v rámci nastavených prodejních modelů toho kterého pojistitele.

4.4 Pojistka jako potvrzení o uzavření pojistné smlouvy

Uzavření pojistné smlouvy pojistitel pojistníkovi potvrdí vydáním pojistky. Pojistka však sama o sobě nenahrazuje pojistnou smlouvu a v případě rozdílných údajů mezi pojistnou smlouvu a pojistkou je rozhodující pojistná smlouva.

NOZ určuje v ustanovení § 2777 základní náležitosti pojistky, přičemž tyto se liší pro případ, že je pojistná smlouva uzavřena písemně a pro případ, kdy nikoliv. Pokud pojistná smlouva nebyla uzavřena písemně, náležitosti pojistky jsou detailnější a obsahově odpovídají pojistné smlouvě. Smluvní volnost stran pojistné smlouvy ve věci náležitostí pojistky je omezena, k odlišným ujednáním NOZ se nepřihlíží.

Pokud dojde ke ztrátě, poškození nebo zničení pojistky, vydá pojistitel na žádost a náklady pojistníka druhopis pojistky. Jestliže pojistná smlouva upravuje povinnost předložit pojistku k uplatnění práva na pojistné plnění, pojistitel je oprávněn požadovat umožnění původní pojistky před vydáním pojistky nové. I přes tento speciální režim pojistky není tato považována za cenný papír.

Všechny fyzické i právnické osoby uvedeny v pojistné smlouvě a pojistce, jsou identifikovány jménem, bydlištěm (sídlem) a datem narození.

4.5 Obsah pojistné smlouvy

Uzavření pojistné smlouvy obvykle předchází jednání zájemce o pojištění s pojistitelem. Zájemce je dotazován na základní charakteristiku požadovaného pojištění, potřeby pojištění společně s osobními údaji. Zájemce je povinen uvést pravdivé údaje o věku, pohlaví, datu narození, zdravotním stavu a případných rizikových aktivitách. V případě životního pojištění bývá zdravotní stav zkoumán podrobněji, je povinen zodpovědět pojistitelem položené dotazy v předloženém zdravotním dotazníku a poskytnout kontakt na svého praktického lékaře.

Zájemci jsou následně předloženy nabídky jednotlivých typů produktů a ten je seznámen s jejich vlastnostmi a parametry. Pojišťovací zprostředkovatel posléze připraví konkrétní návrh na uzavření pojistné smlouvy a zájemce svým podpisem tento návrh přijme, případně v opačném obchodním modelu učiní z tohoto návrhu nabídku pro pojistitele, který ji následně akceptuje vystavením pojistky nebo reaguje novým návrhem na uzavření pojistné smlouvy.

Jak je uvedeno výše, při podpisu návrhu pojistné smlouvy musí být zájemce o pojištění seznámen se všemi náležitostmi a přílohami pojistné smlouvy, zejména s pojistnými podmínkami, přehledy a sazebníky poplatků atd.

Pojistná smlouva musí obsahovat vždy náležitosti definované NOZ, které se liší podle formy uzavření, tedy zda byla uzavřena písemně či nikoliv.

Pokud nebyla pojistná smlouva uzavřena v písemné formě, musí pojistka obsahovat alespoň následující údaje:

1. Číslo pojistné smlouvy
2. Určení základních informací o pojistiteli jako název, sídlo, právní forma, identifikační číslo, kontaktní údaje
3. Určení pojistníka jménem a příjmením, rodným číslem, bydlištěm
4. Určení oprávněné osoby nebo způsobu, jakým bude určena. V pojistné smlouvě může pojistník pojistit své vlastní riziko, potom je současně i pojištěným. Pojistník je dále určit další oprávněné osoby, jejichž výčet v pojistné smlouvě uvede společně s jejich identifikačními údaji a podíly, jakými se budou oprávněné osoby podílet na výnosech z pojištění.
5. Konkrétní výčet pojistných nebezpečí krytých sjednaným pojištěním a připojištěním, stejně tak pojistných událostí vymezujících podmínky realizace pojistného nebezpečí.

6. Konkrétní cenu smlouveného pojištění a připojištění, tedy výši pojistného a jeho splatnost společně s údajem, zda se jedná o pojistné jednorázové nebo běžné. Pojistitel je povinen uvést pojistné odděleně za jednotlivé druhy pojištění a připojištění. Pojistné bývá určeno na dohodnuté pojistné období, obvykle na dobu 1 roku, nicméně je možné jej sjednat na půlroční, čtvrtletní či měsíční pojistné období dle zvyklostí a podmínek pojistitele a preferencí pojistníka. Existují i případy zaplacení pojistného na celé období platnosti pojištění jednorázově dopředu.
7. Určení pojistné doby, tedy údaj o tom, na jak dlouho či do kdy je pojistná smlouva uzavřena. Je ohraničena datem vzniku pojištění a datem jeho zániku. Dělí se na pojistná období rozhodující pro placení pojistného a pro případnou výpověď pojistné smlouvy.
8. Případná odchylná ujednání od pojistných podmínek
9. Způsob výše určení podílu na výnosu z pojištění, tedy jakým způsobem bude pojistitel nakládat s přebytky zisku z investování pojistných rezerv (namísto sjednané technické úrokové míře), tj. v jaké výši a jakým způsobem je bude pojistníkovi poskytovat.

Pojistná smlouva uzavřená v písemné podobě musí obsahovat výše uvedené údaje, pojistka k ní pak:

1. Číslo pojistné smlouvy
2. Určení pojistitele a pojistníka
3. Určení oprávněné osoby nebo způsobu, jakým bude určena
4. Pojistnou událost a pojistné nebezpečí
5. Pojistnou dobu.

Vedle těchto zákonem definovaných položek může pojistná smlouva obsahovat další náležitosti. Forma pojistné smlouvy bývá u jednotlivých pojistitelů individuální, a proto není možné definovat výčet všech položek. V následujícím textu proto uvádím ty náležitosti pojistné smlouvy, které považuji za nejvýznamnější.

1. Určení typu a druhu pojištění, tj. o jaký druh pojištění se jedná (pojištění pro případ smrti, pojištění pro případ dožití atd.)
2. Pojistné podmínky pojistitele vymezující detaily pojištění a ne než pojistná smlouva zpravidla odkazuje jako na svoji nedílnou součást. Pojistné podmínky bývají zpravidla ve formě všeobecných pojistných podmínek a zvláštních pojistných podmínek pro ten

který pojistný produkt z nabídky pojistitele. Pojistník musí být vždy před podpisem pojistné smlouvy s obsahem pojistných podmínek seznámen.

3. Počátek pojištění určený datem a hodinou, od které je pojistitelem poskytována pojistná ochrana.
4. Zánik pojištění určený datem a hodinou, ve kterém pojištění zaniká. Předmětný údaj je důležitý z hlediska vzniku a zániku práv pojištěného na pojistné plnění a práv pojistitele na úhradu pojistného. Pojištění zpravidla zaniká uplynutím pojistné doby, výpovědí pojistníka, smrtí pojištěného, neplacením pojistného atd.
5. Určení pojistných částek v podobě maximální výše plnění pojistitele sjednané v pojistné smlouvě. Tyto mohou být určeny pro jednu pojistnou událost, na pojistné události ve stanoveném pojistném období nebo jako maximální částka plnění během celého trvání pojištění (typicky pro dožití). Skutečnou výši vyplacené pojistné částky však ovlivňují i další smluvní podmínky pojistné smlouvy (opět typicky u dožití), jako je indexace, podíl na zisku, podíl na přebytcích apod.) a okolnosti realizace pojistného rizika.
6. Indexace bývá pro pojistníka volitelnou náležitostí pojistné smlouvy, a pokud je smluvena, pojistná smlouva obsahuje její formu sjednání. U vybraných typů pojistných produktů je možné indexaci zvolit pouze na počátku pojištění a je neodvolatelná, u dalších typů produktů lze indexaci v průběhu pojištění měnit. Pojistné podmínky upravují podrobné informace k vybranému typu indexace.
7. Konkrétní sjednaná výše pojistného plnění, způsob a termíny výplaty dle sjednaných podmínek. Vedle výplaty pojistného plnění při zániku pojištění lze v pojistné smlouvě sjednat i jiné způsoby plnění, např. výplata části naspořené finanční rezervy.
8. Stanovení pojistně-technické úrokové míry, kdy se v zásadě jedná o zaručenou míru výnosu vložených finančních prostředků. Tyto výnosy spolu se zaplaceným pojistným tvoří během pojistné doby pojistnou částku. Výše pojistně-technické úrokové míry je regulována zákonem, tj. pro pojistitele závazná a na dané období uzavření pojistné smlouvy pevně daná. S ohledem na tuto skutečnost pojistitelé vždy při určování parametrů konkrétní pojistné smlouvy kalkulují s procesem výnosnosti z rezerv pojistného.
9. Alokační poměr bývá určen ve smlouvách o investičním životním pojištění a stanoví pojistníkem zvolený poměr investování vložených prostředků do nabízených fondů. Pojistné podmínky určují způsob a frekvenci změny tohoto poměru.

10. Vinkulace pojistného plnění bývá v pojistné smlouvě uvedena pro případy, že je případné pojistné plnění vinkulováno ve prospěch třetí osoby. Tradičně bývá životní pojištění vinkulováno ve prospěch banky, u které pojistník čerpá hypoteční úvěr.
11. Výčet a specifikace zvolených připojištění a jejich rozsah, výše, způsob a podmínky výplaty pojistného plnění a výše pojistného.

4.6 Pojistné podmínky

Nedílnou součástí pojistné smlouvy mohou být dále pojistné podmínky vydané pojistitelem, které zpravidla vymezují podmínky vzniku, trvání a zániku pojištění, upravují pojistnou událost, výluky z pojištění a způsob určení rozsahu pojistného plnění včetně jeho splatnosti.

Pojistitel je povinen před uzavřením pojistné smlouvy pojistníka s pojistnými podmínkami seznámit. Tento postup ovšem neplatí pro situace, kdy je pojistná smlouva uzavřena prostřednictvím prostředků komunikace na dálku. V takovém případě musí pojistitel splnit tuto povinnost okamžitě po uzavření smlouvy.⁸⁷ Daná povinnost vyplývá z ustanovení § 1845 NOZ, podle kterého je podnikatel povinen sdělit smluvní podmínky spotřebiteli bezprostředně po uzavření pojistné smlouvy, pokud mu to použité prostředky komunikace neumožnily sdělit předem.

Nová právní úprava samotných pojistných podmínek již neurčuje povinnost pojistitele zahrnout pojistné podmínky jako nutnou součást pojistné smlouvy, nicméně z praxe a také z kontextu pojistných podmínek vyplývá, že pojistné podmínky jsou i nadále nedílnou součástí. Oblast pojištění je velmi složitá a je prakticky nemožné zahrnout všechny detaily a aspekty do těla pojistné smlouvy. V průběhu trvání pojištění dochází k velkému množství situací, které je třeba v pojistných podmínkách dostatečně zohlednit a popsat a pokud by tyto detaily měly být včleněny do pojistné smlouvy, stala by se tato velmi nepřehlednou a pro pojistníka (spotřebitele) nečitelnou.

Pojistitelé obvykle vydávají všeobecné pojistné podmínky platné pro všechny subjekty sjednávající pojištění vymezující základní rámeček vzniku, trvání a zániku pojištění a dále speciální (zvláštní) pojistné podmínky, které upravují detaily toho kterého pojištění (připojištění), definují pojistné nebezpečí, určují limity apod.

⁸⁷ KARFÍKOVÁ, M., PŘIKRYL, V., R. VYBÍRAL a kolektiv: *Pojišťovací právo*, 2. přepracované vydání. Praha: Leges 2018. ISBN 978-80-7502-271-4, s. 284

4.7 Pojistné

V rámci nové právní úpravy NOZ není upravena legální definice pojistného, nicméně nebude sporu o tom, že pojistné je úplatou pojistníka za závazek pojistitele poskytnout pojistné plnění v případě vzniku pojistné události v době trvání pojištění. Povinnost hradit pojistné je jednou ze základních povinností pojistníka a právo na pojistné jedním ze základních práv pojistitele. Není-li sjednáno jinak, právo na pojistné vzniká dnem uzavření pojistné smlouvy.

Pojistitelé stanoví výši pojistného na základě pojistně-matematických zásad v souladu s ustanovením § 56 odst. 1 ZPOJ tak, aby byla zajištěna trvalá splnitelnost závazků z pojišťovací činnosti a bylo dostatečné.

Pojistník je oprávněn v souladu s ustanovením § 2783 odst. 3 NOZ požádat pojistitele o sdělení zásad pro stanovení výše pojistného a ten je povinen mu tyto sdělit. Stejně tak je povinen dodržovat při výpočtu výše pojistného zásadu rovného zacházení dle ustanovení § 2769 NOZ, potažmo zvláštního zákona č. 198/2000 Sb., o rovném zacházení a právních prostředcích ochrany před diskriminací a změně některých zákonů.

Základním principem pojištění je přenesení nahodilých negativních důsledků ze subjektů pojištění na pojistitele, pojistitel tak musí mít k dispozici informace o rozsahu pojistných nebezpečí relevantních pro ten který druh sjednávaného pojištění u pojišťovaného subjektu tak, aby byl schopen správnou výši pojistného. V souladu s ustanovením § 2788 je pojistitel oprávněn pokládat písemné dotazy směřující ke zjištění skutečností rozhodných pro rozhodnutí pojistitele ve věci ohodnocení pojistného rizika a stanovení podmínek pojištění. Tomuto oprávnění pojistitele odpovídá povinnost zájemce o pojištění, respektive pojistníka a pojištěného při jednání o změně pojistné smlouvy, na položené dotazy úplně a pravdivě odpovědět. Předmětná povinnost je považována za splněnou, pokud nebylo v odpovědi zatajeno nic podstatného.

Pojistné může být sjednáno jako jednorázové nebo běžné.⁸⁸ Běžné pojistné je stanovené na časové úseky, tzv. pojistná období, přičemž nejčastějšími pojistnými obdobími jsou měsíc, čtvrtletí, pololetí, rok. Běžné pojistné bývá používáno zejména u pojištění na dobu neurčitou, typicky pojištění osob. Jednorázové pojistné je stanoveno za celou dobu trvání pojištění,

⁸⁸ KARFÍKOVÁ, M., PŘIKRYL, V., R. VYBÍRAL a kolektiv: *Pojišťovací právo*, 2. přepracované vydání. Praha: Leges 2018. ISBN 978-80-7502-271-4, s. 286

přičemž se většinou využívá u krátkodobých smluv pojištění, respektive u pojištění uzavíraných na dobu určitou.

Splatnost pojistného se liší podle toho, zda se jedná o pojištění jednorázové, či běžné.⁸⁹ V případě běžného pojistného je pojistné splatné prvním dnem pojistného období, pokud není v pojistné smlouvě dohodnuto jinak. Pokud pojistné období není sjednáno jako časové období, za které se platí běžné pojistné, za ujednané pojistné období platí rok. Jednorázové pojistné je splatné dnem počátku pojištění. Doplnuji, že splatnost běžného i jednorázového pojistného je možné v rámci pojistné smlouvy upravit rovněž formou splátek.

V souladu s ustanovením § 2782 NOZ má pojistitel právo na pojistné za dobu trvání pojištění. Zanikne-li pojištění v důsledku pojistné události, náleží pojistiteli běžné pojistné do konce pojistného období, ve kterém došlo k pojistné události, naproti tomu jednorázové pojistné náleží pojistiteli celé.

Výše pojistného je určena v pojistné smlouvě a pojistce a jeho změna je možná zásadně jen se souhlasem obou stran, tedy pojistitele a pojistníka. NOZ ovšem připouští výjimku v podobě vzniku situace, kdy pojistitel může jednostranně změnit výši pojistného. Uvedený postup je možný pouze v případě, že si jej smluvní strany ujednaly v pojistné smlouvě a změna výše pojistného může nastat výhradně v souvislosti se změnou podmínek rozhodných pro stanovení výše pojistného. Ke změně pojistného z jiného důvodu se nepřihlíží. Změnu pojistného je pojistitel povinen pojistníkovi sdělit nejpozději dva měsíce přede dnem splatnosti pojistného za pojistné období, ve kterém má ke změně pojistného dojít společně s upozorněním na zánik pojištění v případě nesouhlasu s novou výší pojistného. V případě, že pojistník s navrhovanou změnou pojistného nesouhlasí, musí tento svůj nesouhlas projevit nejpozději do jednoho měsíce ode dne, kdy se o navrhované změně dozvěděl. V takovém případě dochází k zániku pojištění uplynutím pojistného období, na které bylo pojistné zapláceno. Pokud ovšem na možnost zániku pojištění pojistitelem upozorněn nebyl, pojištění trvá dál s platbou pojistného zachovanou v původní výši. Pokud pojistník s navrhovanou změnou souhlasí nebo s ní neprojevuje nesouhlas ve stanovené lhůtě, pro další pojistné období dochází ke změně výše pojistného.

V souladu s ustanovením § 2784 NOZ je pojistitel povinen přijmout splatné pojistné a jiné splatné pohledávky od třetích osob majících pojistný zájem na trvání pojistné smlouvy. Daná

⁸⁹ KARFÍKOVÁ, M., PŘIKRYL, V., R. VYBÍRAL a kolektiv: *Pojišťovací právo*, 2. přepracované vydání. Praha: Leges 2018. ISBN 978-80-7502-271-4, s. 287

úprava zejména chrání zájmy oprávněných osob odlišných od osoby pojistníka a v praxi se může jednat zejména o osobu pojištěného, pojistníkovu zástavního věřitele či jiné oprávněné osoby.

Při splnění podmínek upravených § 2787 NOZ je pojistitel naopak oprávněn odečíst od pojistného plnění splatné pohledávky pojistného nebo jiné pohledávky z pojištění, vyjma pojistného plnění z povinného pojištění, které je zákonem přímo chráněno a tento odečet je výslovně zakázán bez možnosti se od něj odchýlit.

Problematicke přerušeni pojištění v souvislosti pojistným a dále jednostranných změn (úprav) výše pojistného ze strany pojistitele věnuji zvláštní pozornost v samostatné následující kapitole.

4.8 Základní práva a povinnosti subjektů pojistné smlouvy

Obsah pojištění tvoří souhrn práv a povinností jeho účastníků. Daná práva jsou určeny základními právními normami, pojistnými podmínkami a samozřejmě obsahem pojistné smlouvy.

V této kapitole své práce popíši práva a povinnosti pojistitele, pojistníka a pojištěného, přičemž s ohledem na důležitost tématu se budu věnovat jejich právům a povinnostem před uzavřením pojistné smlouvy a během trvání pojištění vždy samostatně.

4.8.1 Základní práva a povinnosti pojistitele

Základní práva a povinnosti pojistitele jsou definovány NOZ, přičemž hlavní povinností pojistitele před uzavřením pojistné smlouvy je informační povinnost. Pojistitel je tak povinen pravdivě a úplně odpovědět na všechny písemné dotazy pojistníka, které se týkají sjednávání nebo změny pojistné smlouvy. Pokud si je pojistitel vědom nesrovnalostí při uzavírání smlouvy mezi nabízeným pojištěním a požadavky zájemce o pojištění, je povinen je na tyto nesrovnalosti upozornit. Pojistitel je dále povinen pojistníkovi na základě jeho žádosti sdělit zásady rozhodné pro stanovení výše pojistného. Obecně lze konstatovat, že dotazy pojistníka před sjednáním pojištění směřují zejména na rozsah pojistného krytí, výluky plynoucí z pojistných podmínek atd.

Porušení informačních povinností může mít mnohdy značné následky v podobě i možnosti odstoupení od pojistné smlouvy, o čemž pojednávám v kapitole 4.14 této práce.

Základní povinností pojistitele, která plyne ze samotné podstaty pojištění, je vyplatit oprávněné osobě pojistné plnění v případě vzniku pojistné události. S uvedeným bodem souvisí i povinnost poskytnout oprávněné osobě na žádost přiměřenou zálohu na pojistné plnění. Pojistitel je dále povinen pojistníkovi vydat pojistku jako potvrzení o uzavření pojistné smlouvy a v případě její ztráty, zničení nebo poškození vydat na žádost a náklady pojistníka druhopis pojistky. Pojistitel je rovněž povinen přijmout splatné pojistné a jiné splatné pohledávky z pojištění i od zástavního věřitele pojistníka, oprávněné osoby či od pojištěného. V případě podstatného snížení pojistného rizika je pojistitel také povinen snížit pojistné.

Při určení výše pojistného a pro výpočet pojistného plnění pojistitel nesmí použít hledisko odporující zásadě rovného zacházení, přičemž tím není dotčeno použití pojistně-matematických zásad zohledňujících hledisko pohlaví pro hodnocení pojistného rizika. Daná povinnost souvisí s rozsudkem Soudního dvoru Evropské unie ze dne 1. března 2011 ve věci C-236/09, Association belge des Consommateurs Test-Achts ASBL a další, který se zabývá problematikou diskriminace z důvodu pohlaví v oblasti pojišťovnictví. Konkrétně se Soudní dvůr vyjádřil ke kritériu pohlaví pojištěné osoby jakožto rizikovému faktoru v uzavřených pojistných smlouvách. V důsledku tohoto rozsudku se s účinností od 21. prosince 2012 ve všech členských státech Evropské unie uplatňuje pravidlo stejné výše pojistného a stejného pojistného plnění pro obě pohlaví. Doplnuji, že otázka diskriminace se netýkala biologických rozdílů mezi pohlavími, nýbrž se jednalo o statisticky generované rozdíly souvisejícími s pohlavím jako např. skutečnost, že ženy žijí statisticky déle než muži. Soudní dvůr tak dospěl k jednoznačnému závěru, že daný přístup není v souladu se zásadou rovného zacházení mezi muži a ženami. V důsledku tohoto rozhodnutí došlo na základě zákona č. 99/2013 Sb., kterým se mění některé zákony v oblasti pojišťovnictví a penzijního připojištění v souvislosti se zrušením výjimky ze zásady rovného zacházení v právu Evropské unie, ke změně ZPOJ. Pojistitelé poté byli nuceni postupně zvyšovat pojistné tak, aby se vyrovnaly původní rozdíly mezi muži a ženami a pojištění zejména v oblasti životního pojištění a povinného ručení se tak zdražilo.

Mezi nejdůležitější práva pojistitele patří právo na pojistné za dobu trvání pojištění, právo na zvýšení pojistného v případě podstatného zvýšení pojistného rizika, dále právo na úplné a pravdivé informace ohledně skutečností rozhodných pro výpočet pojistného a hodnocení pojistného rizika. Pojistitel je rovněž oprávněn od pojistného plnění odečíst splatné pohledávky pojistného či jiné pohledávky z pojištění, má právo na náhradu nákladů spojených s šetřením pojistné události, pokud byly uvedeny nepravdivé nebo hrubě zkreslené podstatné

údaje týkající se pojistné události nebo byly podstatné údaje zamlčeny. Jak uvádím v kapitolách níže, pojistitel je rovněž oprávněn od pojistné smlouvy odstoupit či ji vypovědět při splnění podmínek upravených NOZ. V neposlední řadě je pojistitel oprávněn výplatu pojistného plnění v souladu s příslušnými ustanoveními NOZ odmítnout.

Obecnou povinností pojistitele je jednat s odbornou péčí a v tomto ohledu vydala Česká národní banka dohledový benchmark č. 2/2016 – Ke zdravotním dotazníkům překládaným pojišťovny při uzavírání a změnách pojistných smluv. ČNB v rámci předmětného benchmarku apeluje na pojišťovny v tom smyslu, aby dotazy položené prostřednictvím zdravotních dotazníků zájemcům o pojištění, pojistníkům a pojištěným byly formulovány srozumitelně, jasně, určitě a jednoznačně tak, aby nedocházelo k pochybnostem ve věci jejich výkladu. V praxi se totiž nezdá, že se setkáváme s dotazy zavádějícími a není mnohdy jasné, jaké konkrétní údaje pojišťovna vyžaduje. ČNB současně upozorňuje na povinnost pojišťovny zájemce o pojištění, pojistníky a pojištěné dostatečně jasně a přesně poučit o možných důsledcích nepravdivého či neúplného zodpovězení položených dotazů.

Při své analýze pojistných produktů několika vybraných pojišťoven (viz kapitola 3.5 této práce) jsem dospěla k závěru, že položené dotazy ve zdravotních dotaznících jsou formulovány dle mého názoru dostatečně jasně a přesně, nejsou zavádějící a tudíž by tak nemělo docházet k rozporům při jejich výkladu. V rámci sdělení klíčových informací a rovněž pojistných podmínek jsou klienti důrazně upozorňováni na důsledky zamlčení informací o zdravotním stavu a nezodpovězení dotazů ze zdravotního dotazníku.

4.8.2 Základní práva a povinnosti pojistníka

Práva a povinnosti pojistníka se ve většině případů analogicky odrážejí v právech a povinnostech pojistitele a tak jako je základní povinností pojistitele vyplatit pojistné plnění v případě pojistné události, je pojistník povinen platit řádně a včas pojistiteli pojistné.

Pojistník je povinen před uzavřením pojistné smlouvy pravdivě a úplně zodpovědět písemné dotazy pojistitele týkající se sjednávaného pojištění. Na straně pojistitele se v převážné většině případů bude jednat o dotazy položené na formuláři pojistitele ve formě dotazníku, který se nezdá, že kdy stává i součástí pojistné smlouvy.⁹⁰ V případě životního pojištění směřují dotazy pojistitele na zdravotní stav pojištěného, rodinnou anamnézu apod.

⁹⁰ KARFÍKOVÁ, M., PŘIKRYL, V., R. VYBÍRAL a kolektiv: *Pojišťovací právo*, 2. přepracované vydání. Praha: Leges 2018. ISBN 978-80-7502-271-4, s. 289

Pokud je pojištěný osobou odlišnou od pojistníka, platí pro něj z hlediska zodpovězení dotazů pojistitele v písemné formě obdobně totéž, co pro pojistníka.⁹¹

Pojistník je povinen bez zbytečného odkladu oznámit pojistiteli změnu nebo zánik pojistného nebezpečí, přičemž v případě pojištění cizího pojistného nebezpečí má tuto povinnost pojištěný. Daná povinnost platí obdobně i pro situaci zvýšení pojistného rizika, kterou musí pojistník bez zbytečného odkladu oznámit. Pojistník není dále oprávněn činit nic, co by pojistné riziko zvyšovalo.

Pojistník je v případě vzniku pojistné události bez zbytečného odkladu tuto skutečnost oznámit pojistiteli, vysvětlit okolnosti jejího vzniku a předložit související podklady. Dále je povinen poskytnout potřebnou součinnost při šetření pojistné události a postupovat dle ujednání v pojistné smlouvě. Stejně povinnosti platí i pro osobu oznamující pojistnou událost, která má pojistném plnění právní zájem.

Základním právem pojistníka je právo být seznámen s rozsahem a obsahem pojištění, dále právo na pojistné plnění a přiměřenou zálohu na pojistné plnění při splnění zákonných podmínek a je-li současně i osobou oprávněnou. Pokud se za trvání pojištění výrazně sníží pojistné riziko, má právo na snížení pojistného a v neposlední řadě je oprávněn odstoupit od pojistné smlouvy odstoupit či ji vypovědět dle podmínek NOZ.

V případě předčasného ukončení pojistné smlouvy mají pojistník a pojistitel současně právo i povinnost ke vzájemnému vypořádání v podobě doplacení pojistného na straně pojistníka nebo vrácením zaplaceného pojistného. Práva a povinnosti nad rámec právních předpisů bývají sjednána v pojistné smlouvě či přímo upraveny v rámci pojistných podmínek.

4.9 Následky porušení povinností

V případě porušení povinností upravených příslušnými právními předpisy a/nebo pojistnou smlouvou se subjekty pojištění vystavují riziku sankcí a značných následků lišících se druhem porušení povinnosti a míry jeho závažnosti. Porušení povinností tak může vést k odstoupení od smlouvy, její výpovědi, snížení pojistného plnění případně jeho odmítnutí. NOZ upravuje i situace, kdy jsou následkem porušení povinností vygenerovány úroky z prodlení nebo náhrada škody.

⁹¹ KARFÍKOVÁ, M., PŘIKRYL, V., R. VYBÍRAL a kolektiv: *Pojišťovací právo*, 2. přepracované vydání. Praha: Leges 2018. ISBN 978-80-7502-271-4, s. 290

Následkem porušení povinností při sjednávání nebo změně pojistné smlouvy, v jehož důsledku je stanoveno nižší pojistné, je oprávněním pojistitele snížit případné pojistné plnění. Více k dané problematice popisují v kapitole 4.11 této práce.

Pokud dojde k porušení smluvní povinnosti, vzniká druhé smluvní straně nebo osobě, mající zájem na splnění předmětné povinnosti, právo na náhradu škody bez ohledu na škůdcovo zavinění. V daném případě hovoříme o tzv. objektivní odpovědnosti, která se liší od situace porušení zákonné povinnosti, kdy je škůdce odpovědný za škodu pouze tehdy, pokud ji zavinil.

4.10 Promlčení

Promlčení je soukromoprávní institut, v jehož důsledku dojde k oslabení subjektivního práva díky marnému uplynutí času, tzv. promlčecí lhůty. Oslabení spočívá v tom, že pokud je promlčení u soudu namítnuto, soud nemůže promlčenou pohledávku přiznat. Promlčení zakládá pouze právo se ho dovolat, což znamená, že pokud dlužník promlčení nenamítne, soud žalobě vyhová. Dlužník je oprávněn svůj dluh splnit i dobrovolně, ale nelze jej k plnění donutit. Pokud již dlužník splní promlčenou, ale nenamítnutou pohledávku, nejedná se na straně věřitele o bezdůvodné obohacení a dlužník se nemůže domáhat jejího vrácení. Obecně určeným objektivním počátkem běhu promlčecí lhůty je den, kdy mohlo být právo vykonáno poprvé (*actio nata*).

Co se týče délky promlčecí lhůty, v rámci NOZ byla sjednocena na tři roky. Tímto krokem došlo k odstranění rozporu v délce trvání promlčecí lhůty upravené dřívějším občanským zákoníkem č. 40/1964 Sb. (tři roky) a obchodním zákoníkem č. 513/1991 Sb. (čtyři roky). Doplnuji, že NOZ připouští možnost smluvních stran vzájemně sjednat jinou délku trvání promlčecí lhůty, přičemž tato nesmí být kratší než jeden rok a delší než patnáct let. Platí pak pravidlo, že takto sjednaná promlčecí lhůta nesmí být nikdy v neprospěch slabší strany.

U práva na pojistné plnění však zákon stanoví, že promlčecí lhůta počne běžet za jeden rok od pojistné události.⁹² V daném případě NOZ nerozlišuje, zda poškozenému vzniklo přímé právo na pojistné plnění vůči pojistiteli, nebo zda pojištěný uplatňuje vůči pojistiteli úhradu toho, co poškozenému poskytl při plnění povinnosti nahradit škodu nebo jinou újmu.

⁹² KARFÍKOVÁ, M., PŘIKRYL, V., R. VYBÍRAL a kolektiv: *Pojišťovací právo*, 2. přepracované vydání. Praha: Leges 2018. ISBN 978-80-7502-271-4, s. 285

Samostatná délka promlčecí lhůty je dle NOZ upravena pro životní pojištění, u kterého platí, že se právo na pojistné plnění promlčí za deset let.

4.11 Šetření pojistné události

Definici škodné události a pojistné události a rozdíly mezi uvedenými pojmy detailněji popisují v kapitole 4.2 této práce, proto na tomto místě připomenu, že pojistná událost je definována objektivně v ustanovení § 2758 NOZ jako nahodilá událost krytá pojištěním.⁹³ Vedle ní stojí subjektivní definice škodné události, kterou je událost, se kterou ten, kdo se pokládá za oprávněnou osobu, spojuje požadavek na pojistné plnění. Cílem šetření, které pojistitel po doručení oznámení vzniklé události zahájí je zjistit, zda je nahlášená škodná událost pojistnou událostí krytou sjednaným pojištěním.

Nastane-li událost, se kterou ten, kdo se pokládá za oprávněnou osobu, spojuje požadavek na pojistné plnění, oznámí to pojistiteli bez zbytečného odkladu.⁹⁴ Tato osoba má povinnost podat pojistiteli pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu škodné události, o právech třetích osob a o jakémkoli vícenásobném pojištění (pouze v případě škodového pojištění). S oznámením takové události je osoba povinna pojistiteli předložit potřebné podklady a postupovat způsobem sjednaným v pojistné smlouvě. Pokud ten, kdo se pokládá za oprávněnou osobu, není současně pojistníkem nebo pojištěným, mají tyto povinnosti i pojistník a pojištěný.⁹⁵ V souladu s ustanovením § 2773 odst. 2 NOZ nemusí mít oznámení škodné události písemnou formu, pokud si ji strany nesjednaly v pojistné smlouvě. Takový postup je praktický zejména při užívání mobilních aplikací, elektronické pošty, klientských portálů apod., nicméně pro splnění podmínky doložení nutných dokladů související s oznamovanou událostí a nárokem vůči pojistiteli na pojistné plnění je vhodné vše činit právě písemnou formou. Pojistitelé dnes běžně disponují připravenými formuláři k oznámení škodné (pojistné) události, které jsou ke stažení na internetových stránkách a klienti je tak mají v případě takových událostí snadno dostupné. Považuji za nutné uvést i skutečnost, že v případě vzniklého soudního sporu o pojistné plnění musí být oprávněná osoba schopna svůj postup vůči pojistiteli prokázat, tudíž je písemná forma komunikace s pojistitelem vhodná již od počátku.

⁹³ Ustanovení § 2758 NOZ

⁹⁴ Ustanovení § 2796 NOZ

⁹⁵ KARFÍKOVÁ, M., PŘIKRYL, V., R. VYBÍRAL a kolektiv: *Pojišťovací právo*, 2. přepracované vydání. Praha: Leges 2018. ISBN 978-80-7502-271-4, s. 297

Ten, kdo oznamuje pojistiteli škodnou událost, se buď považuje za oprávněnou osobu ve smyslu ustanovení § 2770 NOZ, tzn. za osobu, které v důsledku pojistné události vzniklo právo na pojistné plnění (pojistník, pojištěný, osoba, v jejíž prospěch bylo pojištění sjednáno) nebo má na pojistném plnění právní zájem. V takovém případě hovoříme o obmyšleném, o dalších osobách uvedených v ustanovení § 2831 NOZ nebo zástavním věřiteli. Pro důkladné šetření oznámené škodné události je oznamující osoba povinna podat pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu předmětné události, uvést informace o případných právech třetích osob včetně doložení všech souvisejících podkladů.

Po výše popsaném oznámení zahájí pojistitel bez zbytečného odkladu šetření vedoucí ke zjištění existence a rozsahu jeho povinnosti plnit. Šetření je skončeno sdělením výsledků takového šetření osobě, která uplatnila právo na pojistné plnění.⁹⁶ Pokud tato osoba žádá zdůvodnění výše pojistného plnění nebo důvod zamítnutí výplaty, pojistitel je povinen jí v písemné podobě odpovědět.

Pokud oznámení události obsahuje vědomě nepravdivé nebo hrubě zkreslené podstatné údaje týkající se rozsahu oznámené události nebo pokud jsou v něm zamlčeny vědomě údaje týkající se události, má pojistitel právo na náhradu nákladů účelně vynaložených na šetření skutečností, o nichž mu byly tyto údaje sděleny či zamlčeny.⁹⁷ Jedná se o novou úpravu v rámci NOZ, která je oproti dřívější úpravě ZPS mírnější v tom smyslu, že při vzniku výše popsané situace již pojistné plnění nelze odmítnout s následným zánikem pojištění. Vzhledem k výše popsané vícekolejnosti právních režimů použitelných pro tu kterou pojistnou smlouvu je nutné, aby zaměstnanci pojistitele odpovědní za šetření pojistné události tuto skutečnost vždy brali v potaz a nedocházelo tak ke zbytečným odvolávacím a soudním jednáním zatěžujícím oprávněnou osobu už v tak náročných situacích při řešení pojistné události.

Pojistné plnění je v souladu s ustanovením § 2798 odst. 1 NOZ splatné do patnácti dnů ode dne skončení šetření, pokud se strany nedohodly jinak. Není-li možné šetření ukončit nebo zjistit osobu oprávněnou pro přijetí pojistného plnění do tří měsíců od dne přijetí oznámení, sdělí pojistitel osobě, která událost oznámila, důvody proč nelze šetření ukončit. Osoba uplatňující právo na pojistné plnění, poskytne pojistitel na její žádost přiměřenou zálohu na pojistné plnění, neexistuje-li rozumný důvod pro její odmítnutí.

⁹⁶KARFÍKOVÁ, M., PŘIKRYL, V., R. VYBÍRAL a kolektiv: *Pojišťovací právo*, 2. přepracované vydání. Praha: Leges 2018. ISBN 978-80-7502-271-4, s. 298

⁹⁷KARFÍKOVÁ, M., PŘIKRYL, V., R. VYBÍRAL a kolektiv: *Pojišťovací právo*, 2. přepracované vydání. Praha: Leges 2018. ISBN 978-80-7502-271-4, s. 298

Výše pojistného plnění může být rovněž ovlivněna porušením povinností pojistníka, pojištěného nebo osoby oprávněné k pojistnému plnění, kdy případné pojistné plnění je následně sníženo. Typicky se jedná o stanovení nižšího pojistného v důsledku porušení povinností při jednání o uzavření pojistné smlouvy. Výplata pojistného plnění je poté snížena o část rovnající se poměru pojistného, které pojistitel obdržel, k pojistnému, které obdržet měl.

Považuji za důležité uvést na tomto místě praktické příklady ze zvláštních pojistných podmínek pojistitelů upravující lhůty pro oznámení pojistné události u vybraných typů připojištění. Pojistitelé standardně informují oprávněnou osobu o povinnosti oznámení pojistné události bez zbytečného odkladu na předepsaném tiskopise pojistitele, který je k dispozici na internetových stránkách pojistitele, popřípadě v prostředí servisních portálu.

Situace se liší např. u připojištění pracovní neschopnosti z důvodu nemoci nebo úrazu. Zde je stanovena výjimka z hlediska lhůty pro oznámení pojistné události tak, že nebrání-li včasnému oznámení pojistné události zdravotní stav pojištěného a pojistná událost byla oznámena opožděně až po 59. dni trvající pracovní neschopnosti, je pojistitel povinen plnit pouze za dobu ode dne, kdy obdržel oznámení pojistné události. Nebrání-li včasnému oznámení pojistné události zdravotní stav pojištěného a dojde-li k oznámení pojistné události až po skončení pracovní neschopnosti, pojistitel není povinen vyplatit pojistné plnění. Brání-li oznámení pojistné události zdravotní stav pojištěného, pojistná událost musí být oznámena nejpozději do 15 kalendářních dnů poté, co překážka odpadne. Dále platí, že nebude-li pojištěný s ohledem na vážnost zdravotního stavu schopen pojistiteli oznámit pojistnou událost společně se žádostí o pojistné plnění, je k takovému kroku oprávněn i pojistník, osoba blízká k pojištěnému, osoba žijící s pojištěným ve společné domácnosti, popř. jiná osoba, která prokáže právní zájem na pojistném plnění. Pojistné plnění je pak vyplaceno dle dispozici uvedených v pojistné smlouvě, není-li stanoveno jinak.

V případě připojištění hospitalizace z důvodu nemoci či úrazu se pojistná událost opět oznamuje bez zbytečného odkladu způsobem uvedeným v předchozím odstavci. Při opožděném oznámení pojistné události je pojistitel oprávněn pojistné plnění přiměřeně snížit, a to až o 50%. Pro osobu oznamující pojistnou událost opět platí výše uvedené.

Na uvedených příkladech lze demonstrovat výjimky standardních procesů při oznámení pojistné události, na jejichž základě se pojistitelé mohou bránit proti pokusům o pojistné podvody. Povinností pojistitele je objektivně a kvalifikovaně ohlášenou událost prošetřit

a zdokumentovat, dále zjistit okolnosti rozhodné pro posouzení vzniku nároku na pojistné plnění a jeho výši. U vybraných typů připojištění je tedy pro pojistitele klíčové, aby se o pojistné události dozvěděl co nejdříve, pokud tomu samozřejmě nebrání vážné důvody, a pojistitel tak mohl během šetření pojistné události vycházet z aktuální situace a podkladů, případně provést šetření na místě.

Je tedy velmi důležité, aby zájemci o pojištění důkladně četli předložené dokumenty, jež jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy, a zbytečně pak nedocházelo k opožděným hlášením pojistných událostí. V případě soudního i mimosoudního řešení sporu mezi pojistitelem a pojištěným ve věci sníženého/odmítnutého pojistného plnění z předmětného důvodu totiž soudy dávají z velké části za pravdu pojistitelům. Pojistníci jsou pak nespokojení a pojištění jednostranně ukončují, čímž přichází o vložené finanční prostředky.

4.12 Změna pojistného rizika

V případě, že dojde v průběhu trvání pojistného vztahu ke změně okolností mající vliv na jeho obsah, hovoříme o změně pojistného rizika a to zvýšení či snížení pojistného rizika.

Změní-li se okolnosti, které byly uvedeny ve smlouvě nebo na které se pojistitel tázal tak podstatně, že zvyšují pravděpodobnost vzniku pojistné události z výslovně ujednaného pojistného nebezpečí, zvýší se pojistné riziko.⁹⁸ O zvýšení pojistného rizika nejde v případech, kdy k němu došlo v důsledku odvracení nebo zmenšení škody vyšší, nebo v důsledku pojistné události, anebo v důsledku jednání z příkazu lidskosti. Aplikace předmětného ustanovení § 2790 NOZ je rovněž vyloučena u pojištění osob pro případ nemoci a dále pro pojištění osob pro jiné případy, mění-li se pojistné riziko v průběhu trvání pojištění.

Nová právní úprava NOZ v zásadě přejímá původní právní úpravu ZPS. Pojistník, stejně tak v případě pojištění cizího pojistného rizika pojištěný, je povinen nečinit nic, co by zvýšilo pojistné nebezpečí. Zároveň je povinen nedovolit třetí osobě, aby tak činila. V případě zvýšení pojistného rizika je tuto skutečnost povinen bez zbytečného odkladu oznámit pojistiteli.

Změna pojistného rizika se promítá do práva pojistitele reagovat na tuto změnu způsobem stanoveným zákonem.⁹⁹ Pokud pojistitel prokáže, že by pojistnou smlouvu uzavřel za jiných podmínek v situaci, kdy by zvýšené pojistné riziko existovalo již při uzavření pojistné

⁹⁸ Ustanovení § 2790 NOZ

⁹⁹ KARFÍKOVÁ, M., PŘIKRYL, V., R. VYBÍRAL a kolektiv: *Pojišťovací právo*, 2. přepracované vydání. Praha: Leges 2018. ISBN 978-80-7502-271-4, s. 294

smlouvy, má právo pojistníkovi navrhnout novou výši pojistného. Dané právo je pojistitel oprávněn uplatnit do jednoho měsíce ode dne, kdy mu změna byla oznámena. Marným uplynutím této doby dané právo pojistitele zanikne.

Pokud pojistitel své právo ve stanovené době využije a pojistník návrh nepřijme nebo pojistné v nové výši nezaplatí, je pojistitel oprávněn pojištění vypovědět s osmidenní výpovědní dobou. Na tuto možnost výpovědi však musí pojistníka v návrhu nové výše pojistného upozornit, jinak právo vypovědět pojištění nemá.¹⁰⁰ Právo pojistitele vypovědět pojištění zaniká v době dvou měsíců ode dne, kdy obdržel nesouhlas s návrhem nové výše pojistného nebo po marném uplynutí stanovené doby k zaplacení pojistného.

Pro situaci, kdy pojistník, resp. pojištěný, nesplní svou oznamovací povinnost vůči pojistiteli o zvýšení pojistného rizika, je pojistitel oprávněn pojištění vypovědět bez výpovědní doby. Zákon pro tento postup určuje pojistiteli dvouměsíční prekluzivní lhůtu s počátkem ke dni, ve kterém se pojistitel dozvěděl o zvýšení pojistného rizika.

Porušení povinnosti pojistníka, resp. pojištěného oznámit pojistiteli zvýšení pojistného rizika má rovněž za následek právo pojistitele poměrně snížit případné pojistné plnění, pokud se o zvýšení pojistného rizika pojistitel dozví až po vzniku pojistné události.

Dojde-li v průběhu pojistné doby ke snížení pojistného rizika, je pojistitel povinen úměrně snížit pojistné s účinností ke dni, kdy se o snížení dozvěděl.

Ustanovení NOZ upravující problematiku změny pojistného rizika jsou dispozitivní, platí tedy, že se strany mohou vzájemnou dohodou od nich odchýlit, přičemž důsledky takového odchýlení budou vždy posuzovány ad hoc.

4.13 Přerušování pojištění

Institut přerušování pojištění převzal NOZ z původní právní úpravy ZPS a ustanovení § 2801 NOZ jsou dispozitivní povahy, strany se tedy mohou v pojistné smlouvě odchýlit či přerušování pojištění zcela vyloučit. Není vyloučena ani možnost upravení jiných důvodů pro přerušování pojištění za předem ujednaných podmínek. Smluvní strany jsou ovšem při tomto odklonu limitovány zásadou dobrých mravů, zásadou veřejného pořádku a ochranou slabší strany.

¹⁰⁰ KARFÍKOVÁ, M., PŘÍKRYL, V., R. VYBÍRAL a kolektiv: *Pojišťovací právo*, 2. přepracované vydání. Praha: Leges 2018. ISBN 978-80-7502-271-4, s. 295

Po dobu přerušeni pojištění není pojistník povinen platit pojistné a nevzniká mu tak právo na plnění z událostí, které během přerušeni pojištění nastaly a za trvání pojištění by byly považovány za události pojistné. Bylo-li mezi stranami výslovně ujednáno, doba přerušeni pojištění se do pojistné doby započítává. Ustanovení § 2801 NOZ upravuje přerušeni pojištění v důsledku neplacení pojistného. Pojištění se přeruší, nebylo-li pojistné zapláceno; doba přerušeni pak počíná po uplynutí dvou měsíců ode dne splatnosti pojistného a trvá až do jeho zaplacení.

U povinného pojištění platí podmínka, že toto nelze přerušit, pokud pro to existují zákonné důvody trvání pojištění. Příkladem zákonného důvodu je typicky požadavek ochrany třetích osob při povinném pojištění odpovědnosti.

Životní pojištění lze přerušit pouze, pokud byla tato možnost výslovně ujednána v pojistné smlouvě. Pojistitelé nabízející produkty investičního a kapitálového životního pojištění tuto možnost ve svých pojistných podmínkách v zásadě připouští, ovšem při splnění daných podmínek. Jednou z hlavních podmínek je dostatek vložených finančních prostředků tak, aby rezerva byla dostatečná na pokrytí poplatků a uhrazení sjednaných rizik. Nebývá výjimkou požadavek na finanční rezervu odpovídající šestiměsíčnímu pojistnému. Další podmínkou může být trvání pojištění, např. minimálně dva roky.

Někteří pojistitelé nabízejí rovněž možnost pozastavení placení pojistného (při zohlednění délky existence pojistné smlouvy) a po ukončení dohodnuté doby takového „přerušeni“ placení pojistného je pojistník povinen evidované dlužné pojistné doplatit.

V tomto případě se nejedná o přerušeni pojištění dle ustanovení § 2801 NOZ, nýbrž o jakýsi kvazi institut přerušeni pojištění. Pojistitelé se tak snaží hledat alternativní řešení pro situace, kdy se pojistník dostane do nepříznivé finanční situace a zrušení pojistné smlouvy považuje za jediné řešení. Zrušení životního pojištění je ovšem velmi nevýhodné a mělo by být vždy až tou poslední variantou.

4.14 Zánik pojištění

Dle nové právní úpravy NOZ jsou důvody zániku pojištění různorodé, což je v kontrastu se vznikem pojistné smlouvy, který je co do důvodu vzniku i způsobu uzavření zákonem pevně dán. Účelem takto podrobné úpravy jednotlivých druhů zániku pojištění je stanovení jasných podmínek s cílem ochrany slabší strany, proto se domnívám, že uvedená ustanovení je nutno považovat za kogentní a není tak možné se odchýlit od jejich dispozice.

Hlavní důvody zániku pojištění jsou upraveny v rámci ustanovení §§ 2802 až 2810 NOZ, přičemž jednotlivé druhy zániku pojištění lze řadit podle toho, zda k zániku pojištění došlo jednostranným jednáním jedné ze stran, na základě konsensu smluvních stran nebo na základě objektivní skutečnosti. Uvedené typy zániku pojištění se tak dále liší svými následky zejména s ohledem na časovou působnost toho kterého způsobu zániku. V případě zániku pojištění např. výpovědí zaniká pojištění s účinností od nyní, tedy ex nunc a pojistitel má právo na pojistné a pojištěný na pojistnou ochranu za celou dobu pojištění. Naproti tomu zanikne-li pojištění z důvodu odstoupení smluvní strany od pojistné smlouvy, pojištění zaniká s účinky od počátku, tedy ex tunc, a strany jsou povinny si vrátit poskytnutá plnění. Dojde-li k zániku pojištění v důsledku pojistné události, náleží pojistiteli pojistné do konce pojistného období.

Konsenzuální zánik pojištění

Dle ustanovení § 2802 NOZ lze pojištění ukončit na základě souhlasené vůle obou smluvních stran, tedy vzájemnou dohodou. Platnost dohody je podmíněna ujednáním o vzájemném vyrovnání. Vzájemným vyrovnáním je třeba chápat jak závazky k pojistnému (typicky povinnost pojistníka doplatit dlužné pojistné či povinnost pojistitele vrátit přeplatek na pojistném), tak závazky k pojistným událostem jako je povinnost pojistitele vyplatit pojistné plnění.

Pokud dohoda neobsahuje okamžik zániku pojištění, platí nevyvratitelná domněnka, že pojištění zaniklo ke dni nabytí účinnosti dohody.

Zánik pojištění na základě jednání jedné ze smluvních stran

Důvodem zániku pojištění na základě jednání jedné ze smluvních stran je zánik pojištění výpovědí. Smluvní strany pojistné smlouvy jsou oprávněny vypovědět pojištění s běžným pojistným nejpozději šest týdnů přede dnem, ve kterém uplyne pojistné období. Pojištění v tomto případě zaniká ke konci pojistného období. Dle poslední věty ustanovení § 2807 NOZ ovšem platí, že pojistitel není oprávněn tímto způsobem vypovědět životní pojištění; v opačném případě se k podané výpovědi nepřihlíží. K zániku pojištění výpovědí dochází dále v případě pojištění uzavřeného na dobu určitou s automatickou prolongací, kdy jedna smluvní strana sdělí druhé smluvní straně nejméně šest týdnů před uplynutím pojistné doby, že již nemá zájem na dalším trvání pojistné smlouvy.

Pojistitel i pojistník jsou oprávněni vypovědět pojištění do dvou měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy. Jedná se o relativně krátkou dobu a vypovídající smluvní strana není

povinna uvádět důvod výpovědi. Daný typ ukončení pojištění dává pojistníkovi možnost ukončit pojištění krátce po jeho uzavření v případě, kdy na jeho dalším trvání nemá zájem. Stejně oprávnění má i pojistitel, který po prostudování pojistné smlouvy a zejména zdravotní dokumentace pojištěného v případě životního pojištění dojde k závěru, že s daným subjektem by pojištění neuzavřel. Důležité je zde rozlišovat mezi dnem uzavření pojistné smlouvy a počátkem pojištění, což dle mých zkušeností v praxi poměrně často způsobuje problémy nejen na straně pojistníků. Výpovědní doba v tomto případě činí osm dní a jejím uplynutím pojištění zaniká.

Obě smluvní strany mohou dále pojištění vypovědět bez udání důvodu s měsíční výpovědní dobou do tří měsíců ode dne oznámení vzniku pojistné události; to neplatí opět pro pojistitele u životního pojištění. Pojistníkovi je tak dáno právo reagovat na případné negativní zkušenosti s vypořádáním své škodné nebo pojistné události, přičemž pojistiteli je zákonem dáno odpovídající oprávnění.

Dle ustanovení § 2806 písm. a) NOZ může pojistník vypovědět pojištění s osmidenní výpovědní dobou do dvou měsíců ode dne, kdy se dozvěděl, že pojistitel použil pro určení výše pojistného nebo pro výpočet pojistného plnění hledisko zakázané v § 2769 NOZ (rasový nebo etnický původ, národnost atd.). Dále je pojistník oprávněn v souladu s ustanovením § 2806 písm. b) NOZ pojištění vypovědět s osmidenní výpovědní dobou do jednoho měsíce ode dne, kdy mu bylo doručeno oznámení o převodu pojistného kmene nebo jeho části nebo přeměně pojistitele. Pojistník v tomto případě může pojištění ukončit, pokud již dále nechce setrvávat v pojistném vztahu s novým subjektem. Pojistník může dle ustanovení § 2806 písm. c) NOZ pojištění vypovědět s osmidenní výpovědní dobou do jednoho měsíce od dne, kdy bylo zveřejněno oznámení, že pojistiteli bylo odňato povolení k provozování pojišťovací činnosti. Jednotlivé důvody k odnětí povolení k provozování pojišťovací činnosti jsou upraveny zákonem č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů.

Jako důsledek porušení podmínek stanovených právními předpisy může pojištění zaniknout na základě odstoupení pojistníka či pojistitele. Pojistník je oprávněn od pojistné smlouvy odstoupit v situaci, kdy pojistitel porušil svoji povinnost stanovenou ustanovením § 2789 NOZ. Předmětné ustanovení dává pojistiteli povinnost upozornit zájemce o pojištění na nesrovnalosti mezi nabízeným pojištěním a jeho požadavky zjištěnými na základě analýzy požadavků a potřeb, kterých si pojistitel musel být vědom. Zákon pro tento případ stanoví

prekluzivní dvouměsíční lhůtu s počátkem v den, kdy pojistník zjistí nebo musel zjistit porušení dané povinnosti pojistitelem.

Pojistník je dále oprávněn v souladu s ustanovením § 2808 odst. 3 NOZ odstoupit bez udání důvodu od pojistné smlouvy uzavřené formou obchodu na dálku ve lhůtě čtrnácti dnů ode dne jejího uzavření nebo ode dne, kdy mu byly sděleny pojistné podmínky, pokud byly sděleny na žádost pojistníka. Jedná-li se o pojištění spadající do odvětví životních pojištění podle zákona o pojišťovnictví, je pojistník oprávněn odstoupit od smlouvy ve lhůtě třiceti dnů ode dne, kdy obdržel sdělení o uzavření obchodu na dálku, nebo ode dne, kdy mu byly sděleny pojistné podmínky, pokud k tomuto sdělení dojde na jeho žádost po uzavření smlouvy.¹⁰¹ Pokud byla pojistná smlouva životního pojištění uzavřena jinak než formou obchodu na dálku, použije se dané pravidlo pro odstoupení od smlouvy stejně. Daná možnost odstoupení od pojistné smlouvy uzavřené formou obchodu na dálku se nevztahuje na smlouvy spadající do pojištění pomoci osobám v nouzi během cestování nebo pobytu mimo místa svého bydliště včetně pojištění finančních ztrát bezprostředně související s cestováním, jestliže byly uzavřeny na dobu kratší než jeden měsíc.

V případě pojištění cizího pojistného nebezpečí, kdy pojištěný vstoupí dnem smrti nebo zániku pojistníka do pojištění, může tento pojistiteli do třiceti dnů od této skutečnosti oznámit, že na trvání pojištění nemá zájem. V takém případě pojištění zanikne dnem smrti nebo zánikem pojistníka.

Pojistitel je oprávněn od pojistné smlouvy odstoupit v případě, kdy pojistník nebo pojištěný úmyslně nebo z nedbalosti porušil povinnost k pravdivým sdělením a prokáže-li, že by při pravdivém a úplném zodpovězení položených dotazů pojistnou smlouvu neuzavřel. Předmětné právo pojistitele zaniká ve lhůtě dvou měsíců ode dne, kdy porušení povinnosti pojistníka zjistil nebo musel zjistit.

Dalším důvodem zániku pojištění je neplacení pojistného, kdy pojistitel učiní zákonem stanovené kroky vedoucí k zániku pojištění pro neplacení pojistného. Placení pojistného řádně a včas je základní povinností pojistníka a v případě prodlení s platbou pojistitel upomene pojistníka o zaplacení pojistného. Zároveň pojistníka upozorní na možnost zániku pojištění, nebude-li pojistné zaplaceno ani v dodatečné lhůtě, která je pojistitelem stanovena nejméně

¹⁰¹ KARFÍKOVÁ, M., PŘIKRYL, V., R. VYBÍRAL a kolektiv: *Pojišťovací právo*, 2. přepracované vydání. Praha: Leges 2018. ISBN 978-80-7502-271-4, s. 306

v trvání jednoho měsíce ode dne doručení upomínky. Pojištění pak zanikne marným uplynutím této lhůty.

Považuji za nutné doplnit, že podmínky výpovědi i odstoupení od pojistné smlouvy lze sjednat i nad rámec shora uvedených ustanovení, nicméně tyto nesmí být v rozporu s danými ustanoveními a zejména s dobrými mravy. V případech pojistných smluv životního pojištění je v pozici pojistníka většinou spotřebitel, slabší strana, kterému právní předpisy přiznávají větší míru ochrany.

Zánik pojištění na základě objektivní skutečnosti

Prvním základním objektivním důvodem zániku je uplynutí doby, na kterou bylo pojištění sjednáno. Pojištění v takovém případě zaniká bez dalšího uplynutím času.¹⁰² NOZ ovšem umožňuje tzv. automatickou prolongaci pojištění, která znamená, že uplynutím doby určité se pojištění automaticky prodlužuje za stejných podmínek na stejnou dobu, pokud není ujednáno jinak. Pojistitel nebo pojistník ovšem mají možnost sdělit druhé smluvní straně minimálně šest týdnů před koncem pojistné doby, že na dalším trvání pojištění již nemají zájem, pojištění tak zanikne uplynutím doby.

Dalším objektivním důvodem zániku pojištění je zejména zánik pojistného zájmu, zánik pojistného nebezpečí, den smrti pojištěného, den zániku právnické osoby bez právního nástupce.

Pojištění v neposlední řadě zaniká odmítnutím pojistného plnění, kdy pojistitel je oprávněn pojistné plnění odmítnout, byla-li příčinou pojistné události skutečnost, o které se dozvěděl až po jejím vzniku, kterou ovšem při sjednávání pojištění nebo jeho změny nemohl zjistit v důsledku zaviněného porušení povinností pojistníka, resp. pojištěného k pravdivým sdělením. Kumulativně pak platí, že pokud by při znalosti této skutečnosti při uzavírání smlouvy tuto smlouvu neuzavřel nebo pokud by ji uzavřel za jiných podmínek, může pojistné plnění odmítnout a pojištění zaniká. Dané právo by měl pojistitel využít ihned po skončení šetření pojistné události, nicméně NOZ lhůtu pro tento postup neupravuje.

K poslednímu důvodu zániku pojištění bych ráda uvedla, že pojistitelé v posledních letech jsou uvedené postupy nuceni využívat častěji vzhledem k rostoucí tendenci páchaní trestných činů pojistného podvodu i v oblasti životního pojištění. Podvody v životním pojištění se

¹⁰² KARFÍKOVÁ, M., PŘÍKRYL, V., R. VYBÍRAL a kolektiv: *Pojišťovací právo*, 2. přepracované vydání. Praha: Leges 2018. ISBN 978-80-7502-271-4, s. 303

nejčastěji týkají záměrného zatajování údajů o zdravotním stavu, zejména pak předchozích úrazů, prodlužování doby léčení v oblasti úrazového pojištění apod. Bohužel se setkáváme také s organizovanými skupinami, kdy se na pojistných podvodech stále častěji podílejí také lékaři a pak je bohužel složitější takovou skupinu odhalit. Pojistitelé ovšem dnes disponují obrannými mechanismy a specializovanými vyšetřovacími týmy, díky kterým se i tento typ jednání daří odkrývat.

5 Způsoby ochrany práv v životním pojištění

Sektor pojišťovnictví je velmi dynamickou oblastí, která během posledních cca 15- ti let zaznamenala významný rozvoj legislativy a s tím jde ruku v ruce stále důslednější oblast ochrany práv klientů pojišťoven a zájemců o pojištění (dále jen „klienti pojišťoven“). Ochrana uvedených osob se stává čím dál více ústředním tématem ve veřejnoprávní sféře u řady ministerstev a v dnešní době dochází rovněž ke zřizování soukromoprávních sdružení hájící zájmy takto poškozených osob.

Poškozeným klientům pojišťoven nabízí právní řád České republiky řadu veřejnoprávních a soukromoprávních institutů, jak se mohou bránit, hájit své zájmy a domoci se svých práv. Tyto osoby, fyzické i právnické, jsou mnohdy vystavovány až agresivním či klamavým obchodním praktikám. Vzhledem k tomu, že se v drtivé většině jedná o osoby bez potřebné finanční gramotnosti a neprofesionály v daném oboru, kteří nejsou schopni si důkladně vyhodnotit informace získané od pojišťovacího zprostředkovatele, jsou vystaveni reálnému nebezpečí v podobě výběru nevhodného pojistného produktu. Ačkoliv se tržní ekonomika v České republice dá považovat za rozvinutou, platí, že konkurenční prostředí na pojistném trhu nepůsobí dostatečně samoregulačně a nezabezpečuje tak zájmy klientů pojišťoven. Proto je nutná na prvním místě důsledná státní regulace pojišťovnictví.

Klienti pojišťoven jsou oprávněni se svých práv z pojistně-právních vztahů domáhat prostřednictvím soukromoprávních i veřejnoprávních institutů. V případě soukromoprávní obrany se mohou klienti pojišťoven obrátit se svými nároky na příslušný soud v rámci soudního řešení věci. Právní řád dále připouští možnost mimosoudního řešení sporu, typicky podáním návrhu na zahájení řízení u finančního arbitra. Předmětný způsob řešení sporů zaznamenal za poslední roky významný nárůst s ohledem na jeho nízké náklady a fakt, že ten který spor řeší profesionálové z oblasti pojišťovnictví. Na druhou stranu ovšem, díky náročnosti a specifčnosti každého jednotlivého případu, jsou řízení neúměrně prodlužována navzdory zákonným lhůtám, což potencionální klienty pojišťoven nezřídka kdy odradí.

Klienti pojišťoven jsou rovněž oprávněni obrátit se na veřejnoprávní instituce dohlížejší na dodržování povinností ze strany pojistitelů a pojišťovacích zprostředkovatelů, případně na profesní organizace zřízené výhradně pro oblast pojišťovnictví. Závěry z takových správních řízení nejsou ovšem právně závazné a meritorně nerozhodují spory pro tu nebo onu stranu sporu. Nezajišťují tak vyřešení sporu, nicméně jejich nálezy slouží jako významný podklad při soudním i mimosoudním civilním řízení. V praxi se setkáváme s případy, kdy pouhé

upozornění klienta pojišťovny na možnost podání návrhu k projednání předmětné věci finančnímu arbitrovi nebo k prověření postupů a dodržení zákonných pravidel ze strany České národní banky zapříčiní opětovné prověření případu na straně pojistitele a není výjimkou rovněž jednání o smírné ukončení věci.

Na tomto místě bych ráda upozornila na institut pojištění právní ochrany jako specifický druh pojištění, jež se řadí mezi komerční neživotní pojištění, a který s tématem mé rigorózní práce úzce souvisí. Hlavním smyslem a účelem jmenovaného pojištění je primárně ochrana klienta pojišťovny před nepříznivými důsledky z právních sporů vznikajících z pojistně-právních vztahů. Pojištění právní ochrany může zahrnovat poplatky a náklady na soudní řízení, výdaje na právní zástupce, náklady na znalecké posudky a další právní jednání atd. Proto eliminace výdajů vynaložených na soudní proces je považována za jeden z hlavních účelů předmětného pojištění. Pojistná ochrana je v případě sjednání daného pojištění poskytována pojištěnému v roli osoby žalované i žalující, vždy se postupy řídí podmínkami v rozsahu vymezeném v pojistné smlouvě.

Pojištění právní ochrany lze sjednat výhradně jako pojištění škodové. Smlouvou o pojištění právní ochrany se pojistitel zavazuje v ujednaném rozsahu uhradit náklady pojištěného spojené s uplatňováním jeho práva na služby s tím spojené.¹⁰³ Pojištění právní ochrany zahrnuje oblast práva trestního, přestupkového, vlastnického, nájemního, pracovního a rovněž i **pojistného**. V rámci pojistných sporů je předmětem pojištění zejména obrana oprávněných zájmů pojištěného v pojistných sporech – typicky se jedná o spory o pojistné plnění z **životního pojištění**, úrazového pojištění, cestovního a odpovědnostního pojištění.

Cílem uvedeného pojištění je v první řadě ochrana pojištěného před nepříznivými dopady skutečností, které jsou spojeny s hrozícími finančními ztrátami vzniklých při řešení právního sporu mezi klientem pojišťovny a pojistitelem. Jedná se o specifickou možnost v rámci soukromoprávní obrany, která se v České republice zatím netěší oblibě a produkty nabízí pouze pár vybraných specializovaných pojistitelů.

¹⁰³ Ustanovení § 2856 NOZ

5.1 Soudní řešení sporů

Každé osobě je čl. 90 Ústavy České republiky garantováno právo na soudní ochranu svých práv před nestranným soudem. Soudy jsou povolány především k tomu, aby zákonem stanoveným způsobem poskytovaly ochranu právům.¹⁰⁴ Na dané ustanovení dále navazuje ustanovení čl. 36 odst. 1 Listiny základních práv a svobod, které určuje právo každého se domáhat stanoveným postupem svého práva u nezávislého a nestranného soudu a ve stanovených případech u jiného orgánu.¹⁰⁵ Domoci se svých práv je klient pojišťovny oprávněn prostřednictvím podané žaloby v rámci civilního procesu.

Základním typem civilního procesu je tzv. nalézací řízení, v rámci kterého je cílem příslušného soudu nalézt právo a závazně posoudit a rozhodnout konkrétní předmět řízení. Nalézací řízení tradičně dělíme na řízení sporné a nesporné. Rozdíl mezi nimi je dle většiny odborníků v tom, že sporné řízení má reparační funkci. Oproti tomu řízení nesporné slouží k prevenci možných sporů.¹⁰⁶ V případě ochrany práv v životním pojištění se ve velké většině setkáme výhradně se spornými řízeními, jelikož mezi účastníky existuje spor o existenci či neexistenci vzájemných práv a povinností.

Sporné řízení je zahájeno na základě žaloby podané žalobcem na žalovaného. Žalobce se na žalovaného obrací výhradně prostřednictvím soudu s návrhem, aby o jeho tvrzeném subjektivním právu, které je ohroženo nebo porušeno, autoritativně rozhodl. Soud je pak povinen poskytnout ochranu tomu, kdo se jí domáhá, pokud to spadá do jeho pravomoci.¹⁰⁷

Co se týče druhů žalob, s účinností novely zákona č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „OSŘ“), která nabyla účinnosti k 1. 1. 2014, došlo ke zrušení demonstrativního výčtu typů žalob v rámci ustanovení § 80 OSŘ. Žaloby tak lze dělit mimo jiné i dle obsahu jejich petitu, kdy rozeznáváme následující typy žalob: 1) žaloba na plnění, 2) žaloba určení, 3) žaloba na založení, změnu, či zrušení právního vztahu a 4) žaloba statusová.

V praxi se klienti pojišťoven domáhají svých nároků u příslušných soudů z velké většiny prostřednictvím podané **žaloby na plnění** (typicky v případě žalob o výplatu pojistného plnění, spor o výši odkupného) a **žaloby na určení** (podává se v případech, kdy klient

¹⁰⁴ Čl. 90 Ústavní zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky, ve znění pozdějších předpisů

¹⁰⁵ Čl. 36 odst. 1 Ústavní zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod, ve znění pozdějších předpisů

¹⁰⁶ WINTEROVÁ, A. a kol. *Civilní právo procesní*. 6., aktualizované vydání. Praha: Linde, 2011, ISBN 978-80-7201-842-0, s. 38-39

¹⁰⁷ SCHELLEOVÁ, I. *Civilní proces*. 1. Vydání. Praha: Eurolex Bohemia, 2006, ISBN 80-8686-10-90, s. 323

zpochybňuje platnost uzavřené pojistné smlouvy nebo jejího ujednání z důvodu závažného porušení právních předpisů ze strany pojistitele).

Výsledkem soudního řešení sporů je vydání meritorního soudního rozhodnutí (rozsudku) poskytujícího ochranu právům. Jakmile je vydaný rozsudek pravomocný, tzn. že již proti němu není možné podat řádný opravný prostředek, povinnosti z něj plynoucí mohou být vynuceny v rámci výkonu rozhodnutí či exekuce. Toto vynucení není vždy dobrovolné, nicméně díky zmíněnému institutu dochází tak ke splnění autoritativního rozhodnutí soudu a v poslední řadě k naplnění práva na soudní ochranu.

5.1.1 Zvláštní soudní ochrana

S tématem soudního řešení sporů úzce souvisí institut zvláštní soudní ochrany, kterému bych se ráda na tomto místě své práce věnovala. S účinností NOZ bylo do českého právního řádu implementováno několik zásadních ustanovení vycházejících z evropské legislativy, zejména evropských směrnic, které určují lepší právní postavení spotřebitelům v občanskoprávním řízení s podnikateli.

Na základě ustanovení § 2989 odst. 2 NOZ dochází k důležitému přenesení důkazního břemene na pojistitele v případě ochrany proti nekalé soutěži. Pojistitel je v takovém případě povinen prokázat, že se nekalé soutěže nedopustil. Pokud spotřebitel uplatňuje právo na náhradu škody, je to opět pojistitel, kdo musí prokázat, že škoda nebyla způsobena nekalou soutěží.

Dle ustanovení § 1839 a 1849 NOZ dále platí, že v případě smluv uzavíraných tzv. distančním způsobem je pojistitel povinen prokázat, že před uzavřením pojistně-právního vztahu sdělil spotřebiteli veškeré údaje, které musí dle předmětného ustanovení NOZ sdělit. Odstoupí-li spotřebitel od smlouvy, může po něm podnikatel požadovat neprodlené zaplacení ceny jen za službu do této doby již skutečně poskytnutou; cena nesmí být nepřiměřená rozsahu poskytnuté služby.¹⁰⁸ Citované ustanovení upravuje ovšem dále výjimky pro situace, kdy k plnění došlo před uplynutím lhůty k odstoupení ze strany pojistníka a tudíž dále procesně upevňuje jeho postavení.

Závěrem dodávám, že institut zvláštní soudní ochrany hraje důležitou roli v kontextu právní ochrany specializovaným a odborným zájmovým organizacím, jež se angažují na poli ochrany klientů pojišťoven, zejména při podávání žalob na zdržení se protiprávního jednání.

¹⁰⁸ Ustanovení § 1849 NOZ

V této souvislosti doplňuji aktualitu týkající se ochrany klientů pojišťoven, kdy v červnu 2018 podal spolek „Podvedení klienti“ prostřednictvím svého právního zástupce žalobu na Českou pojišťovnu a.s., jejímž prostřednictvím se domáhá, aby soud České pojišťovně a.s. nařídil zdržet se jednání poškozující spotřebitele. Jedná se o postup dle ustanovení § 2989 NOZ a tedy jakousi substituci hromadné žaloby, kterou český právní řád nezná. V souladu s daným ustanovením je oprávněna se ze zákonem definovaných případů domáhat zdržení se nekalosoutěžního jednání rovněž právnická osoba hájící zájmy skupiny spotřebitelů. Spolek „Podvedení klienti“ je v takovém případě oprávněn jednat jménem neomezeného počtu klientů pojišťoven a soud tak povinen vydat meritorní rozhodnutí závazné pro žalovaného pojistitele mající dopad na všechny dotčené klienty, resp. jejich pojistné smlouvy.

V době dokončení této práce nebyly zveřejněny výsledky ani průběh projednání předmětné kauzy, proto není možné uvést relevantní závěry s odkazem na tento institut.

5.1.2 Posouzení výhod a nevýhod s odkazem na konkrétní případy

Rozhodne-li se klient pojišťovny v případě vzniku sporu s pojistitelem pro soudní obranu svých práv a nároků, je nutné počítat s následujícími aspekty dané varianty obrany. V první řadě soudní obrana s sebou nese finanční náklady v podobě spodního poplatku ve výši 5% z žalované částky, což mnohdy může znamenat vysoké, až neúnosné finanční částky.

Jak uvádím výše, spory z oblasti životního pojištění jsou velice odborné a specifické, přičemž konkrétní žaloba je podávána k příslušnému obecnému soudu, jehož soudci ve velké většině nebývají specialisté a odborníky na danou oblast pojišťovnictví. Oproti tomu je osoba finančního arbitra v případě řešení sporu u mimosoudní instituce osobou velice kvalifikovanou s důležitými zkušenostmi z oblasti pojišťovnictví, speciálně z oblasti životního pojištění. Na druhou stranu ovšem zdůrazňuji, že výše uvedené tvrzení neplatí rozhodně obecně. Ze své praktické zkušenosti právního zastupování nadnárodní pojišťovny při tzv. klientských sporech v rámci žalob určovacích a rovněž žalob na plnění mohu potvrdit, že soudci na příslušných soudech v místě sídla žalovaného pojistitele začínají být velmi znalí oboru vzhledem ke zvyšujícímu se náporu sporů z pojistně-právních vztahů. Převážně se jedná o obvodní soudy v Praze podle sídla příslušného pojistitele dle obchodního rejstříku a jim nadřazené senáty Městského soudu v Praze.

Dále je ovšem třeba upozornit na delší dobu projednání toho kterého soudního sporu, kdy je třeba počítat s troj-instanční soudní soustavou. Některá soudní řízení tak mohou být co do délky řízení pro klienta pojišťovny velice neefektivní a finančně nákladná.

Na druhou stranu ovšem je soudní rozhodnutí (rozsudek) právně závazný a vynutitelný, meritorně rozhodující danou věc a sloužící jako exekuční titul. Tato varianta obrany se tak dá pokládat za nejdůraznější a nejefektivnější co do právní síly konečného rozhodnutí soudu.

Konkrétní příklady případů z praxe

V březnu 2018 zaznamenal český pojistný trh vydání stěžejního rozsudku Městského soudu v Praze, sp.zn. 25 Co 430/2017 – 190, na jehož základě byla pojistná smlouva investičního životního pojištění Flexi Pojišťovny České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group (dále jen „PČS“) označena za absolutně neplatnou. Na úvod považuji za důležité upozornit na skutečnost, že v daném případě je žalobcem PČS žalující svého klienta (pojistníka) o zaplacení částky ve výši 14.961 Kč s příslušenstvím z titulu dlužného pojistného. V dané věci nejprve rozhodoval soud prvního stupně rozsudkem a uložil žalované straně povinnost zaplatit žalobci žalovanou částku společně s náhradou nákladů řízení. Odvoláním žalované strany odvolací soud usnesením rozhodnutí soudu prvního stupně zrušil a věc vrátil soudu k dalšímu projednání. Soud prvního stupně ovšem opětovně podané žalobě vyhověl a žalovaný tak ve věci podal včasné odvolání. Senát Městského soudu v Praze jako soudu odvolací v předmětném svém rozsudku konstatoval absolutní neplatnost pojistné smlouvy zejména z následujících důvodů: „...pojistné podmínky se odvolávají na přehled poplatků, s nímž žalovaného zprostředkovatel před uzavřením pojistné smlouvy neseznámil...“. „...protože výše poplatků ovlivňuje průběh celého pojištění, včetně výše pojistného plnění ve stanovených případech, nelze tuto část oddělit od zbytku pojistné smlouvy a pojistná smlouva je z tohoto důvodu absolutně neplatná v celém svém rozsahu...“. „...pojistná smlouva je neplatná z důvodu, že je neurčitá, neboť neobsahovala podstatnou náležitost, a to rozsah plnění, protože smluvní podmínky neumožňovaly v důsledku neuvedení výše poplatků určit rozsah pojistného plnění v těch případech, kdy tím je výše kapitálové hodnoty pojistné smlouvy.“¹⁰⁹ Městský soud rovněž upozornil na rozpor s dobrými mravy začlenění důležitých ujednání o poplatcích do speciálních pojistných podmínek.

¹⁰⁹ Anonymizovaný pravomocný rozsudek Městského soudu v Praze ze dne 8. března 2018, sp. zn. 25Co 430/2017 – 190. In: *Podvedení klienti* [online]. 2018 [cit. 1 – 11 - 2018]. Dostupné z WWW:< <http://www.podvedeniklienti.cz/wp-content/uploads/2018/04/ROZSUDEK-PČS.pdf>>, s. 7 - 8

Citované důvody absolutní neplatnosti dané pojistné smlouvy jsou obecného rázu a mohly by tak mít dopad na statisíce dalších pojistných smluv, které má PČS ve svém portfoliu. Nicméně uvedený rozsudek se týká konkrétní pojistné smlouvy, nelze jej vztahovat na další pojistné smlouvy a nelze je tak považovat za jakýsi precedent. Důležitým aspektem tohoto rozsudku je i fakt, že pojišťovacím zprostředkovatelem této konkrétní pojistné smlouvy byl Lukáš Štork, kterému Česká národní banka na podzim roku 2016 udělila peněžitou pokutu za spáchání správního deliktu (nekalé obchodní praktiky) ve výši 6.000.000 Kč. Jelikož časově předmětné nekalé jednání zprostředkovatele spadá do období uzavření této pojistné smlouvy, Městský soud v Praze tuto skutečnost rovněž zohlednil.

Pojistný trh ovšem v dubnu letošního roku zaznamenal rozhodnutí Obvodního soudu pro Prahu 2, který rozhodl o platnosti investičního životního pojištění NN Životní pojišťovny N.V., pobočky pro Českou republiku z důvodu účelovosti namítání neplatnosti pojistné smlouvy s ohledem na skutečnost, že smlouva trvala řadu let předtím, než žalobce začal namítat její neplatnost. Soud tak dospěl ke zcela odlišnému právnímu závěru než Městský soud v Praze nebo finanční arbitr. Obvodní soud tak potvrdil zákonnou zásadu, že na smlouvy má být nahlíženo jako na platné a tyto se mají plnit. Závěr soudu je v souladu s judikaturou Nejvyššího i Ústavního soudu dávající přednost platnosti uzavřených smluv. Nicméně se jedná o nepravomocný rozsudek a dá se tedy očekávat další vývoj. I přesto předmětný rozsudek dává jasný signál společnosti v tom smyslu, že na řešenou problematiku neexistuje jednotný právní názor.

Spory o neplatnost pojistných smluv investičního životního pojištění aktivně řeší také finanční arbitr, který však v případě pojistných smluv PČS zatím k obdobnému závěru jako Městský soud v Praze nedošel a momentálně obdobné případy posuzuje. Nicméně finanční arbitr rozhodl o absolutní neplatnosti pojistných smluv uzavřených s Českou pojišťovnou a.s. a AXA životní pojišťovnou a.s., kdy tito pojistitelé jsou povinni vrátit pojistníkům zaplacené pojistné zpět. Více se k této problematice věnuji dále v podkapitole 5.2.3.

Jako protipól výše uvedeného případu zmiňuji případ vedený pod sp.zn. 25 C 320/2011 – 27, který vyniká svou rychlostí a efektivitou. V daném případě se jednalo o žalobu pojištěného na pojistitele na zaplacení částky z titulu odmítnuté výplaty pojistného plnění. Žalobce nárokoval výplatu pojistného plnění na základě uzavřené pojistné smlouvy kapitálového životního pojištění s řadou doplňkových připojištění. Žalované straně se ovšem v rámci své procesní obrany podařilo prokázat, že na základě uzavřené pojistné smlouvy, jejíž

nedílnou součástí jsou všeobecné a zvláštní pojistné podmínky, k právu na výplatu pojistného plnění právě s odkazem na příslušná ustanovení pojistných podmínek nedošlo. Žaloba tak byla v plném rozsahu zamítnuta.

Pro úplnost uvádím, že řízení bylo zahájeno v říjnu 2011, následně v květnu a v červnu 2012 došlo k projednání věci samotné v rámci nařízených jednání, přičemž v červnu 2012 došlo k vydání rozhodnutí. Vydané rozhodnutí nabylo právní moci v srpnu 2012, čímž došlo ke skončení věci.

5.2 Mimosoudní řešení sporů

5.2.1 Institut finančního arbitra, právní zakotvení a vývoj v ČR

Institut finančního arbitra je podle hlavy třetí zákona č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky, veden jako součást moci výkonné, ačkoliv by se k jeho pravomoci závazně rozhodovat spory soukromoprávního charakteru dalo očekávat jeho zařazení do moci soudní. Jeho stávající zahrnutí mezi orgány veřejné správy je tedy problematické, na což poukazuje rovněž odborná literatura.

V minulosti bylo zařazení finančního arbitra komplikovanější s ohledem na skutečnost, že neexistovala žádná specializovaná instituce nebo úřad, v jehož čele by finanční arbitr stál, ale vystupoval pouze jako jednotlivec jmenovaný do funkce Poslaneckou sněmovnou Parlamentu České republiky. Náklady na výkon této činnosti nesla Česká národní banka. S účinností k 1. červenci 2011 došlo ke změně zákona č. 229/2002 Sb. o finančním arbitrovi, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „ZFA“). Byla zřízena samostatná organizační složka státu, Kancelář finančního arbitra. V čele kanceláře stojí finanční arbitr, náklady jsou zahrnuty do rozpočtu Ministerstva financí.

Finanční arbitr je v souladu s ustanovením § 1 odst. 1 ZFA oprávněn rozhodovat spory mezi spotřebitelem a poskytovatelem platebních služeb, věřitelem či zprostředkovatelem spotřebitelského úvěru, poskytovatelem investic, pojistitelem nebo pojišťovacím zprostředkovatelem životního pojištění, osobou provozující směnářenskou činnost a stavební spořitelnou.

Řešit spory mezi pojistitelem nebo pojišťovacím zprostředkovatelem a spotřebitelem při nabízení, poskytování a zprostředkování životního pojištění je finanční arbitr příslušný v souladu s ustanovením § 1 odst. 1 písm. e) ZFA, a to s účinností od 1. listopadu 2013, kdy na základě novely ZFA došlo k rozšíření působnosti finančního arbitra u produktů životního

pojištění. Mezi uvedené spory ze životního pojištění (typicky se jedná o pojištění fyzické osoby pro případ dožití se určitého věku, smrti nebo dne stanoveného jako konec pojištění) lze zařadit zejména spory o platnost pojistné smlouvy, spor o výši odkupného nebo spor s pojišťovací zprostředkovatelem nebo pojistitelem o náhradu škody způsobenou porušením pojistné smlouvy nebo při jejím sjednávání.

Pozici finančního arbitra zastává s účinností od 16. 11. 2011 Mgr. Monika Nedelková, která byla jmenována Vládou České republiky na návrh Ministerstva financí České republiky. Funkční období je pětileté a svou veškerou činností odpovídá finanční arbitru Vládě České republiky.¹¹⁰

5.2.2 Řízení před finančním arbitrem

Jak uvádím v předchozí kapitole, finanční arbitr jako orgán mimosoudního řešení spotřebitelských sporů na finančním trhu je s účinností od 1. listopadu 2013 oprávněn řešit mimo jiné i spory z životního pojištění. Spor před finančním arbitrem je zahájen výhradně na návrh klienta pojišťovny. Úkolem finančního arbitra je shromáždit relevantní podklady od navrhovatele i instituce, proti které návrh směřuje, vše důkladně prošetřit a posoudit v souladu s právními předpisy a vydat nález.

V případě, kdy na základě doložených podkladů obou stran sporu je finanční arbitr přesvědčen, že klient pojišťovny je v právu, jeho hlavním cílem je dovést strany ke smírnému řešení, na jehož základě se klient pojišťovny následně nemusí obracet s danou věcí na příslušný soud a je tak ušetřen nákladů na soudní řízení. Samotné řízení před finančním arbitrem není zpoplatněno, každá ze stran sporu si nese své náklady řízení. Náklady na řízení nejsou přiznávány. ZFA nevyžaduje právní zastoupení pro navrhovatele, naopak např. při sepisování návrhu na zahájení řízení je klientovi pojišťovny finanční arbitr nebo jeho zástupce nápomocen.

Na úvod upozorňuji, že co se týče promlčení a prekluze, podání návrhu na zahájení řízení před finančním arbitrem má stejné účinky jako podání žaloby k příslušnému soudu. Dále platí, že byla-li mezi stranami sjednána rozhodčí doložka, tato nevylučuje možnost se s návrhem obrátit na finančního arbitra. Nicméně pokud již o dané věci rozhoduje nebo již bylo rozhodnuto arbitrem či soudem, není takový návrh k finančnímu arbitrovi přípustný.

¹¹⁰ Finanční arbitr – základní informace. In: *Finanční arbitr* [online]. 2018 [cit. 1 – 11 - 2018]. Dostupné z WWW: <<https://www.finarbitr.cz/cs/financni-arbitr/zakladni-informace.html>>

Dle ustanovení § 10 ZFA musí návrh navrhovatele obsahovat označení a identifikační údaje účastníků řízení, tedy instituce, proti které je návrh směřován i klienta, případně jeho právního zástupce a plnou moc. Dále je vyžadován doklad o neúspěšné výzvě instituci k nápravě (doklad o podání reklamace, doklad o jejím zamítnutí), úplné a srozumitelné vyličení rozhodných skutečností (popis předmětu sporu a dosavadního průběhu jednání s institucí) a označení relevantních důkazů. Za důkazy jsou považovány zejména listiny, znalecké posudky, svědecké výpovědi atd. Důkazy, které má navrhovatel k dispozici, připojí k návrhu jako jeho nedílnou přílohu. Další navrhovatelem označené důkazy, o jejichž existenci ví, ale nemá je k dispozici, je nutné blíže určit např. názvem, datem, uvedením osoby, která je vydala apod. Návrh musí rovněž obsahovat označení, čeho se navrhovatel domáhá (určení neplatnosti pojistné smlouvy, vrácení zaplacených peněžních prostředků, náhrady škody). V řízení před finančním arbitrem se lze domáhat splnění povinnosti plynoucí ze zákona, právního vztahu (pojistné smlouvy) či z titulu porušení práva. Náhradu škody je nutné vždy vyčíslit. Popis skutečnosti, že se klient pojišťovny cítí jejím jednáním poškozen, není dostačující. Vždy je třeba odkázat na konkrétní ustanovení zákona, který byl pojistitelem porušen. V současné době se typicky může jednat o ustanovení § 37 odst. 1 zákona č. 40/1964 Sb., občanský zákoník (u pojistných smluv sjednaných do 31. 12. 2013), upravující požadavky na určitost právního úkonu (např. v případech o neurčitých ujednáních o poplatkové struktuře vybraných typů investičního životního pojištění). Návrh dále obsahuje prohlášení navrhovatele, že v téže věci nepodal žalobu k soudu nebo k rozhodčímu soudu (rozhodci) a zároveň nedošlo k uzavření mimosoudního vyrovnání ve věci. Návrh je datován a podepsán navrhovatelem a musí v neposlední řadě splnit podmínky podání dle ustanovení § 37 zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů (dále také jen „SŘ“), tedy kdo jej činí, co navrhuje a v jaké věci má být rozhodnuto. Celkově lze konstatovat, že požadavky na návrh podaný k finančnímu arbitrovi jsou analogické k požadavkům na návrh na zahájení řízení dle ustanovení § 79 OSŘ.

Návrh na zahájení řízení lze rovněž podat prostřednictvím formuláře zveřejněného na internetových stránkách finančního arbitra¹¹¹, případně prostřednictvím aplikace Návrh na zahájení řízení – Průvodce¹¹². Formulář je velmi návodný a slouží zejména k předejití případných problémů s přípravou návrhu. O existenci vad podaného návrhu je finanční arbit

¹¹¹ Formulář návrhu na zahájení řízení. In: *Finanční arbitř* [online]. 2018 [cit. 1 – 11 - 2018]. Dostupné z WWW: <<http://www.finarbitr.cz/cs/resenisporu/formulare.html>>

¹¹² Průvodce podáním návrhu. In: *Finanční arbitř* [online]. 2018 [cit. 1 – 11 - 2018]. Dostupné z WWW: <<http://www.finarbitr.cz/cs/reseni-sporu/pruvodce-podanimnavrhu.html>>

povinen navrhovatele uvědomit s poučením, jak mají být tyto odstraněny a současně stanoví k nápravě lhůtu 15 dnů, která může být opakovaně prodlužována. Návrh na zahájení řízení před finančním arbitrem lze podat písemně s vlastnoručním podpisem navrhovatele, ústně do protokolu nebo elektronicky se zaručeným elektronickým podpisem navrhovatele, případně prostřednictvím datové schránky navrhovatele. Elektronické podání do emailové schránky finančního arbitra bez zaručeného podpisu vyžaduje následné potvrzení podání jedním ze shora uvedených způsobů.

Po odstranění nedostatků a vad návrhu navrhovatelem zašle finanční arbitr instituci Oznámení o zahájení řízení společně s Výzvou k vyjádření k návrhu a kopií samotného Návrhu na zahájení řízení před finančním arbitrem. Instituce je tak povinna se ve stanovené lhůtě k podanému návrhu vyjádřit a předložit související, finančním arbitrem vyžádané podklady. Lhůta je dle ustanovení § 11 ZFA stanovena na 15 dnů a v odůvodněných případech může být prodlužována, a to opakovaně. Finanční arbitr je oprávněn v řízení vyzývat k vyjádření i třetí osoby a instituce.

Již v úvodu této části upozorňuji na skutečnost, že úkolem finančního arbitra je předmětnou věc posoudit v souladu s právními předpisy, vše důkladně prošetřit, rozhodnout podle svého nejlepší vědomí a svědomí, zůstat v rámci jednání spravedlivý a nestranný. Předložené podklady finanční arbitr během řízení průběžně posuzuje, věc projednává jak osobně, tak telefonicky, s navrhovatelem i institucí, objektivně zhodnocuje postavení obou stran a před vydáním nálezu předestře stranám sporu jejich situaci a zamýšlené rozhodnutí.

Hlavním cílem finančního arbitra v rámci projednávaného řízení je dovést strany sporu k jeho smírnému řešení. Předmětný smír však nemá povahu uzavřeného smíru ve smyslu ustanovení § 141 odst. 8 SŘ, který se stává při splnění zákonných podmínek vykonatelným a exekučním titulem dle ustanovení § 104 SŘ. Finanční arbitr smír uzavřený mezi stranami neschvaluje ani nepotvrzuje, přičemž se jedná o ryze soukromoprávní dohodu stran sporu. Po uzavřeném smíru obvykle dochází ke zpětvzetí návrhu ze strany navrhovatele případně k zastavení řízení.

Pokud není možné spor vyřešit smírně, vydá finanční arbitr náleze, proti kterému jsou přípustné odůvodněné námitky jedné či druhé strany sporu, o kterých opět rozhoduje finanční arbitr. Rozhodnutí o námitkách je konečné a nabývá tak právní moci. Pravomocné rozhodnutí se stává po uplynutí lhůty, která byla stanovena ke splnění povinností z něj plynoucích, vykonatelné. Pravomocný náleze může být následně postoupen stranou sporu k věcně a místně

příslušnému soudu k soudnímu přezkumu a to formou žaloby o nahrazení rozhodnutí finančního arbitra rozhodnutím soudu podle části páté zákona č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád, ve znění pozdějších předpisů. Náklady soudního řízení už nesou strany sporu tak, jak určí soud ve svém rozhodnutí.

Závěrem bych ráda zmínila aktivitu společností nabízející pomoc při právním zastupování klientů v řízeních před finančním arbitrem. Takových subjektů bylo zaznamenáno několik, přičemž nejvýznamnější z nich byla společnost KLV Consulting s.r.o. Tento subjekt v letech 2015 – 2016 hromadně oslovoval pojistníky s uzavřenými pojistnými smlouvami investičního životního pojištění s nabídkou zajištění určení neplatnosti pojistné smlouvy s následným vrácením zaplaceného pojistného či náhrady škody. Během zahájených řízení ovšem jednání zástupců předmětné společnosti svědčilo o jejich neprofesionalitě a zejména nepochopení základních institutů a principů investičního životního pojištění. Výsledkem tak byly zamítnuté návrhy na zahájení řízení u finančního arbitra a prohrané soudní spory, přičemž klienti byli následně povinni uhradit náklady soudního řízení a právního zastoupení.

5.2.3 Posouzení výhod a nevýhod s odkazem na konkrétní případy

O nesporných výhodách předání sporu k jeho vyřešení finančnímu arbitrovi se zmiňuji v předchozí kapitole a není pochyb o tom, že jsou relevantní ať už z pohledu finanční úspory na straně klienta pojišťovny (spotřebitele), tak i z pohledu odbornosti finančního arbitra jakožto specialisty na oblast pojistného trhu a pojistných produktů.

Jako hlavní nedostatek řízení před finančním arbitrem bývá označována skutečnost, že o námitkách proti nálezů finančního arbitra rozhoduje opět finanční arbitr a tyto nemají devolutivní účinek, jak bývá pravidlem u soudních řízení. Daný postup tak mnohdy budí pochybnosti o nestranném způsobu rozhodnutí u klientů pojišťoven zvažující předat svůj spor s pojistitelem k vyřízení právě finančnímu arbitrovi. Nicméně shora nastíněný postup vychází přímo z ustanovení § 16 ZFA, který žádný další orgán, který by byl nadřízený finančnímu arbitrovi, nezřizuje, je tudíž *de lege lata*. V případě, kdy s rozhodnutím o námitkách některá ze stran sporu nesouhlasí, může být dále postoupen k soudnímu přezkumu věcně a místně příslušnému soudu. Mám tedy za to, že stávající právní úprava je dostatečná co do procesních práv účastníků řízení a domáhání se svých práv u nezávislého soudu.

Vzhledem k tomu, že kancelář finančního arbitra je přímo podřízena a odpovídá Vládě České republiky, dalo by se za jistých okolností uvažovat např. o zřízení specializovaného

odboru či komise na půdě vlády, který by rozhodoval o takto podaných návrzích na přezkum či námitkách. Mohlo by se tak jednat o další specializovaný orgán složený z odborníků na pojišťovací trh, pojišťovací produkty z oblasti životního pojištění a ochranu spotřebitele, který by byl ve svém důsledku oprávněný rozhodnout ve věci s konečnou platností. Domnívám se ale, že náklady na takový aparát by zvedly celkové náklady na řízení před finančním arbitrem a vedly k časovým průtahům, proto by takové řízení přestalo být efektivní a ztratilo by svou atraktivnost a výhody oproti soudnímu řízení. Z toho důvodu se vracím ke svým úvodním slovům této podkapitoly a stávající právní úpravu považuji za přijatelnou.

Pokud se podíváme na srovnání řízení před finančním arbitrem s řízením před Českou národní bankou, tak konstatuji následující. Česká národní banka v rámci své dohledové činnosti není příslušná rozhodovat konkrétní spory mezi klienty pojišťoven a samotnou pojišťovnou a k namítanému porušení právních předpisů pojišťovnou vždy přistupuje pouze v obecné rovině. Naproti tomu je to právě finanční arbitr, kdo rozhoduje o porušení zákona, určuje náhradu škody apod. Na druhou stranu znovu upozorňuji na fakt, že i přesto, že Česká národní banka dojde k závěru, že k porušení práva ze strany pojistitele skutečně došlo, přísluší jí na základě takového zjištění v rámci své dohledové činnosti zahájit kontrolu dodržování zákonů a vyhlášek a opatření vydaných Českou národní bankou u pojistitele. Takový postup ovšem může mít dopady i na udělenou licenci a zavedení nápravných opatření, což má velmi negativní vliv na mediální obraz daného pojistitele a jeho, nezřídka kdy zahraničních akcionářů.

Konkrétní příklady případů z praxe

V kapitole 5.1.2 jsem se detailně věnovala aktuálnímu pravomocnému rozsudku Městského soudu, který konstatoval absolutní neplatnost pojišťovací smlouvy investičního životního pojištění Flexi PČS. Jak uvádím výše, problematice pojišťovacích smluv životního pojištění se aktivně věnuje i kancelář finančního arbitra, které obdobné případy nyní posuzuje.

Typickým sporem z oblasti životního pojištění, které finanční arbitr v rámci své pravomoci rozhoduje, jsou spory o platnost, resp. neplatnost pojišťovací smlouvy z důvodu uvedení v omyl ze strany pojišťovacího zprostředkovatele či pojistitele při uzavírání pojišťovací smlouvy. Zejména se jedná o případy, kdy spotřebitel (klient pojišťovny) měl zájem o spořicí produkt, nicméně skutečná povaha produktu byla zamlčena, zkreslena a daný klient uzavřel pojišťovací smlouvu typu investičního životního pojištění. V případě úplného vyhovění návrhu je pojistitel povinen vydat zaplacené pojištění v plné výši. Pokud v průběhu trvání pojištění

smlouvy došlo k pojistné události s výplatou pojistného plnění, pak je v takovém případě pojištěný povinen naopak vydat vyplacené pojistné plnění zpět pojistiteli.

Druhým častým typem sporů ze životního pojištění představují spory o neplatnost pojistné smlouvy v části o poplatcích vzhledem k jejich zamlčení, skrytí či neuvedení v pojistné smlouvě. Poplatky jsou nepřiměřeně vysoké, velká část poplatků slouží k pokrytí provize pojišťovacích zprostředkovatelů a s ohledem na množící se závěry finančního arbitra ohledně neplatnosti pojistných smluv vyzval předseda podvýboru pro ochranu spotřebitele Poslanecké sněmovny Patrik Nacher pojišťovny, aby se do vydání pravomocného soudního rozhodnutí zdržely vybírání poplatků a nezvyšovaly tak škodu na straně klientů pojišťovny.¹¹³

Z Výroční zprávy o činnosti finančního arbitra za rok 2017 předkládané podle § 21 ZFA vyplývá, že finanční arbitr v roce 2017 přijal celkem 1.337 návrhů na zahájení řízení, přičemž nejvíce návrhů na zahájení řízení představovaly spory ze životního pojištění a dále ze spotřebitelských úvěrů. V roce 2018 k datu 25. 6. 2018 finanční arbitr přijal již 750 nových návrhů na zahájení řízení.¹¹⁴

¹¹³ Právní prostor, Aktuality ČTK, 30. 10. 2018; Arbitr vydal přes 100 rozhodnutí o neplatnosti pojistek. [online]. 2018. [cit. 1 – 11 - 2018]. Dostupné z WWW:< <https://www.pravniprostor.cz/aktuality/aktuality/arbitr-vydal-pres-100-rozhodnuti-o-neplatnosti-pojistek>>

¹¹⁴ Výroční zpráva o činnosti finančního arbitra za rok 2017 předkládané podle § 21 ZFA. In: *Finanční arbitr* [online]. 2018. [cit. 1 – 11 - 2018]. Dostupné z WWW: < https://www.finarbitr.cz/galerie/tinymce/vyrocní_zpráva_o_cinnosti_financniho_arbitra_za_rok_2017_1.pdf> s.10-11

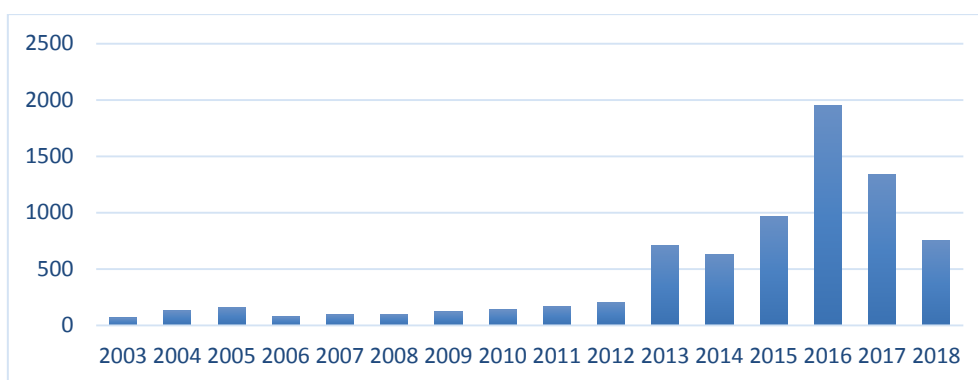
Tabulka 10: Počet zahájených řízení v jednotlivých letech od vzniku finančního arbitra (2003 – 2018)

Rok	Počet
2003	66
2004	130
2005	160
2006	77
2007	95
2008	99
2009	118
2010	135
2011	167
2012	204
2013	706*
2014	629
2015	962
2016	1951
2017	1337
2018	750**

* v roce 2013 finanční arbitr současně řešil i 93.139 hromadně podaných sporů o poplatek za správu úvěru (informace o vyřízení sporů obsahovala Výroční zpráva o činnosti finančního arbitra za rok 2014)

** stav ke dni 25. 6. 2018

Zdroj: Výroční zpráva finančního arbitra za rok 2017 ¹¹⁵



Graf 3: Počet zahájených řízení v jednotlivých letech od vzniku finančního arbitra (2003 – 2018)

Zdroj: Výroční zpráva finančního arbitra za rok 2017 ¹¹⁶

¹¹⁵ Výroční zpráva o činnosti finančního arbitra za rok 2017 předkládané podle § 21 ZFA. In: *Finanční arbitr* [online]. 2018. [cit. 1 – 11 - 2018]. Dostupné z WWW:

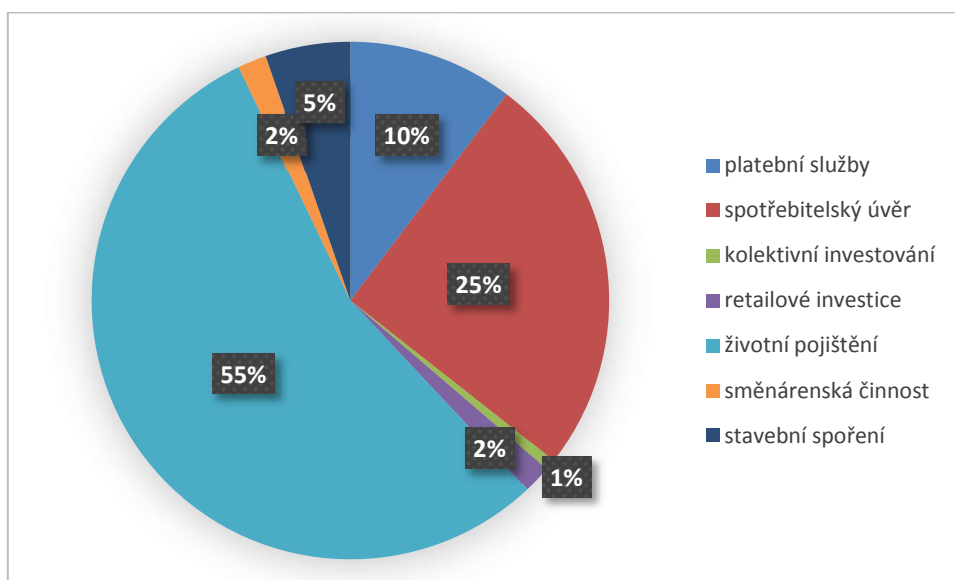
< https://www.finarbitr.cz/galerie/tiny/mce/vyrocní_zpráva_o_činnosti_financního_arbitra_za_rok_2017_1.pdf >
s.10-11

¹¹⁶ Tamtéž

Tabulka 11: Rozdělení zahájených řízení podle oblastí v roce 2017

Oblast	Řízení zahájená v roce 2017
platební služby	138
spotřebitelský úvěr	338
kolektivní investování	9
retailové investice	23
životní pojištění	734
směnářská činnost	24
stavební spoření	71
celkem	1337

Zdroj: Výroční zpráva finančního arbitra za rok 2017¹¹⁷



Graf 4: Řízení zahájená v roce 2017

Zdroj: Výroční zpráva finančního arbitra za rok 2017¹¹⁸

¹¹⁷ Výroční zpráva o činnosti finančního arbitra za rok 2017 předkládané podle § 21 ZFA. In: *Finanční arbitráž* [online]. 2018. [cit. 1 – 11 - 2018]. Dostupné z WWW:

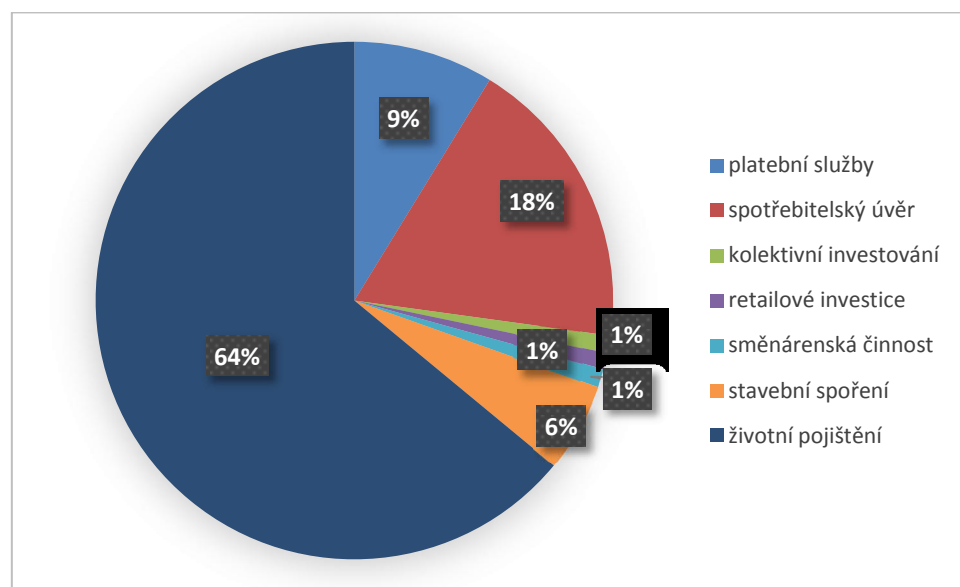
< https://www.finarbitr.cz/galerie/tinymce/vyrocní_zpráva_o_cinnosti_financního_arbitra_za_rok_2017_1.pdf >
s.10-11

¹¹⁸ Tamtéž

Tabulka 12: Rozdělení řešených sporů v roce 2017 podle oblastí

Oblast	Celkem řešeno v roce 2017
platební služby	282
spotřebitelský úvěr	593
kolektivní investování	35
retailové investice	33
směnárenská činnost	37
stavební spoření	179
životní pojištění	2061
celkem	3220

Zdroj: Výroční zpráva finančního arbitra za rok 2017¹¹⁹



Graf 5: Celkem řešeno v roce 2017

Zdroj: Výroční zpráva finančního arbitra za rok 2017¹²⁰

¹¹⁹ Výroční zpráva o činnosti finančního arbitra za rok 2017 předkládané podle § 21 ZFA. In: *Finanční arbitráž* [online]. 2018. [cit. 1 – 11 - 2018]. Dostupné z WWW:

< https://www.finarbitr.cz/galerie/tiny/mce/vyrocní_zpráva_o_cinnosti_financního_arbitra_za_rok_2017_1.pdf >
s.10-11

¹²⁰ Tamtéž

Vybraná vydaná rozhodnutí finančního arbitra zveřejněná ve Sbírce rozhodnutí

Ve Sbírce rozhodnutí finanční arbitr zveřejňuje jak rozhodnutí, ve kterých vyhověl návrhu klientů pojišťovny zcela, zčásti i rozhodnutí, na jejichž základě byly návrhy na zahájení řízení odmítnuty. Každé uveřejněné rozhodnutí obsahuje tvrzení a námitky obou stran sporu a velmi podrobně zpracované právní posouzení sporu a vypořádání všech námitek navrhovatele i finanční instituce a samozřejmě i citace a odkazy na soudní judikaturu, o kterou se finanční arbitr při svém rozhodování opíral.¹²¹

Během roku 2017 finanční arbitr vydal mimo jiné dva stěžejní nálezy, na jejichž základě rozhodl o absolutní neplatnosti pojistných smluv uzavřených s Českou pojišťovnou a.s. a AXA životní pojišťovnou a.s.

Česká pojišťovna a.s.

Nález finančního arbitra vedený pod spisovou značkou: FA/ZP/71/2014

Rozhodnutí o námitkách vedené pod č.j.: FA/SR/ZP/71/2014

V případě pojistných smluv u České pojišťovny a.s. (dále jen „ČP“) se navrhovatel v rámci řízení před finančním arbitrem domáhá určení neplatnosti smluvních ujednání o poplatcích a účtování počátečních a správních nákladů a dále určení neplatnosti smluvních ujednání o odkupném. Současně s tím se navrhovatel domáhá vrácení zaplaceného pojistného po odečtení vyplacených mimořádných výběrů kapitálové hodnoty pojištění a odkupného. To vše z důvodu neplatnosti pojistných smluv stanovené v souvislosti s dostatečným neinformováním o poplatkové a nákladové struktuře sjednaného investičního životního pojištění.

Finanční arbitr ve svém nálezu ze dne 26. 9. 2017 dovodil následující. Z Doplnkových pojistných podmínek není ani výkladem seznatelná reálná výše ani vodítko ke stanovení poměrné výše nákladů k placenému běžnému měsíčnímu pojistnému, které Instituce Navrhovateli strhává. Doplnkové podmínky nejsou doplněny žádným dalším ustanovením pojistných podmínek, které by upřesňovalo výši počátečních, správních a inkasních nákladů.¹²²

Finanční arbitr dále v rámci nálezu stanovil neplatnost konkrétních ustanovení Doplnkových pojistných podmínek pro jejich neurčitost, přičemž mezi uvedenými

¹²¹ Výroční zpráva o činnosti finančního arbitra za rok 2017 předkládané podle § 21 ZFA. In: *Finanční arbitr* [online]. 2018 cit. 1 – 11 - 2018]. Dostupné z WWW:

< https://www.finarbitr.cz/galerie/tinymce/vyrocní_zprava_o_cinnosti_financniho_arbitra_za_rok_2017_1.pdf > s. 25

¹²² Nález finančního arbitra vedený pod spisovou značkou: FA/ZP/71/2014 ze dne 26. 9. 2017, In: *Finanční arbitr, Sbírka rozhodnutí* [online]. 2018 [cit. 1 – 11 - 2018]. Dostupné z WWW:

<https://www.finarbitr.cz/download/sbirka_sbirka_cs/1518701898_cs_fa_zp_71_2014_nalez.pdf> s.19

ustanoveními Doplnkových pojistných podmínek řadí i ustanovení upravující výpočet odkupného za využití pojistně technických zásad, se kterými se ovšem pojistník neměl možnost před uzavřením pojistné smlouvy seznámit.

Pojistné smlouvy jsou neplatné jako celek, protože jsou neplatná ujednání o počátečních, správních a inkasních nákladech, rizikovém pojistném, odkupném a podílech na výnosech a tato ujednání nejsou oddělitelná od dalších ujednání Pojistných smluv.¹²³

Proti vydanému nálezu v části výroku I. a výroku III. podala ČP včasné námitky, nicméně ve vydaném rozhodnutí o námitkách finanční arbitr svůj nález vedený pod spisovou značkou FA/ZP/71/2014 v souladu s ustanovením § 16 odst. 2 ZFA potvrdil a námitky ČP tak zamítl.

Při posuzování oddělitelnosti neplatných ujednání od ostatních částí pojistných smluv finanční arbitr zjistil, že s ohledem na vůli smluvních stran jsou neplatná ujednání neoddělitelná od ostatních ujednání pojistných smluv a pojistné smlouvy jsou neplatné jako celek.¹²⁴

V současné době byl pravomocný nález finančního arbitra postoupen ČP příslušnému soudu k soudnímu přezkumu a vyčkává se na jeho posouzení a stanovisko. Předmětný nález a následný výsledek soudního přezkumu má dopad pouze na konkrétní dvě pojistné smlouvy pojistníka a není tedy pravdou, že by snad měl zneplatňovat celé portfolio pojistných smluv investičního životního pojištění ČP, jak bylo prezentováno médií. Svá odborná stanoviska a doporučení na dané téma vydala Kancelář finančního arbitra, která se tak snaží mírnit chaos a nervozitu na pojistném trhu.¹²⁵

AXA životní pojišťovna a.s.

Nález finančního arbitra vedený pod spisovou značkou: FA/ZP/211/2014

Rozhodnutí o námitkách vedené pod č.j.: FA/SR/ZP/211/2014

S účinností ke dni 4. 1. 2016 vydal finanční arbitr nález vedený pod spisovou značkou FA/ZP/211/2014 týkající se pojistné smlouvy navrhovatele uzavřené s AXA životní pojišťovna a.s. (dále jen „AXA“). V předmětném řízení se navrhovatel domáhal náhrady škody z titulu absolutní neplatnosti smlouvy z důvodu porušení informační povinnosti,

¹²³ Nález finančního arbitra vedený pod spisovou značkou: FA/ZP/71/2014 ze dne 26. 9. 2017, In: *Finanční arbitr, Sbirka rozhodnutí* [online]. 2018 [cit. 1 – 11 - 2018]. Dostupné z WWW: :

<https://www.finarbitr.cz/download/sbirka_sbirka_cs/1518701898_cs_fa_zp_71_2014_nalez.pdf> s.26

¹²⁴ Rozhodnutí o námitkách vedené pod č.j.: FA/SR/ZP/71/2014, In: *Finanční arbitr, Sbirka rozhodnutí* [online]. 2018 [cit. 1 – 11 - 2018]. Dostupné z WWW: <https://www.finarbitr.cz/download/sbirka_sbirka_cs/1518702012_cs_fa_zp_71_2014_rozhodnuti_o_namitkach.pdf>: s. 2

¹²⁵ Vydání rozhodnutí o neplatnosti smlouvy o životním pojištění. In: *Finanční arbitr* [online]. 2018 [cit. 1 – 11 - 2018]. Dostupné z WWW: <<https://www.finarbitr.cz/cs/informace-pro-verejnost/aktuality/tiskova-zprava-vydani-rozhodnuti-o-neplatnosti-smlouvy-o-zivotnim-pojisteni-380.html>>

chybějícímu pojistnému zájmu a zejména nepřebírání pojistného rizika a nesjednání pojištění u pojistných smluv s nulovou pojistnou částkou pro případ smrti nebo dožití.

Finanční arbitr v rámci vydaného nálezu výše citované spisové značky konstatoval absolutní neplatnost pojistné smlouvy z důvodu nepřebírání pojistného rizika ze strany AXA a zároveň nenaplnění pojistného zájmu navrhovatelem. Oba tyto instituty tvoří esenciální náležitosti pojistně-právního vztahu a jejich absence zakládá absolutní neplatnost pojistné smlouvy.

Z výše uvedených důvodů považuje finanční arbitr pojistnou smlouvu za neplatnou, neboť neposkytuje pojistnou ochranu a neplní hospodářský účel pojištění, současně také neobsahuje pojistný zájem navrhovatele, a je tak v rozporu se zákonem o pojistné smlouvě, jakož je i v rozporu se zákonem o pojišťovnictví, jelikož Instituce pojistnou smlouvou nepřebrala pojistné riziko. Tyto důvody neplatnosti jsou natolik zřejmé, že finanční arbitr musel otázku neplatnosti Pojistné smlouvy posoudit bez ohledu na námitku kterékoliv ze stran.¹²⁶

Daná smluvní konstrukce, kdy v pojistné smlouvě absence garantované výše pojistné plnění záměrně chybí, je na českém pojistném trhu poměrně běžná a v minulosti řada pojistitelů obdobné typy produktů investičního životního pojištění měla standardně ve své nabídce. Finanční arbitr si je této skutečnosti vědom, eviduje několik obdobných zahájených řízení, které nyní posuzuje a řeší. Jedná se ovšem opět o konkrétní případy, které rozhodně nebudou mít vliv na zneplatnění pojistných smluv v paušálním měřítku.

I v případě absolutně neplatné pojistné smlouvy AXA byl pravomocný nález finančního arbitra postoupen příslušnému soudu k soudnímu přezkumu a vyčkává se na jeho posouzení a stanovisko.

5.2.4 Další typy alternativního řešení sporů

K datu 1. 2. 2016 nabyl účinnosti očekávaný zákon č. 378/2015 Sb., kterým se mění zákon č. 634/1992 Sb., o ochraně spotřebitele (dále jen „ZOchrS“), ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony včetně zákona o finančním arbitrovi. Předmětná novela ZOchrS mimo jiné implementovala následující evropskou legislativu: směrnice Evropského parlamentu a Rady 2013/11/EU ze dne 21. 5. 2013 o alternativním řešení spotřebitelských sporů a o změně nařízení (ES) č. 2006/2004 a směrnice 2009/22/ES o alternativním řešení

¹²⁶ Nález finančního arbitra vedený pod spisovou značkou: FA/ZP/211/2014 ze dne 4. 1. 2016, In: *Finanční arbitr, Sbirka rozhodnutí* [online]. 2018 [cit. 1 – 11 - 2018]. Dostupné z WWW: : < https://www.finarbitr.cz/download/sbirka_sbirka_cs/1519649928_cs_fa_zp_211_2014_nalez.pdf>, s. 24

spotřebitelských sporů, tzv. ADR a nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 524/2013 ze dne 21. 5. 2013 o řešení spotřebitelských sporů on-line, tzv. ODR.

Česká republika tak dostala povinnosti k implementaci a nastavení pravidel pro fungování systému mimosoudního řešení sporů spotřebitelských sporů při zajištění nestrannosti, odbornosti a transparentnosti. Novela přinesla několik základních novinek v oblasti poskytování a zprostředkování finančních služeb, nicméně tato čelila kritice z důvodu nekoncepčního rozdělení pravomocných institucí řešících tyto mimosoudní spory. Pro spory ze životního pojištění nadále zůstává příslušným orgánem k řešení finanční arbitr, přičemž spory z oblasti neživotního pojištění nově řeší Česká obchodní inspekce. Vzniklé rozdělení pravomocí ovšem v praxi způsobuje komplikace vzhledem ke vzájemnému propojení obou odvětví pojištění a proto je otázkou, zda i tato oblast nebude do budoucna upravena.

Rozhodčí řízení

Smluvní strany byly oprávněny v souladu s ustanovením § 2 odst. 1 zákona č. 216/1994 Sb., o rozhodčím řízení, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „ZRŘ“), se domluvit na řešení vzájemných sporů před rozhodci nebo stálým rozhodčím soudem. Rozhodci tak řadu let rozhodovali spotřebitelské spory, to vše v souladu s příslušnými právními předpisy.

V souladu s novelou ZRŘ účinnou k datu 1. 12. 2016 již není možné před Rozhodčím soudem vést spory ze spotřebitelských smluv (tedy i pojistných), které byly uzavřeny po datu 1. 12. 2016, proto tento způsob ochrany práv v životním pojištění již není přípustné.

5.3 Veřejnoprávní regulace a dohled v pojišťovnictví

V této části své práce uvedu veřejnoprávní orgány zajišťující regulaci a dohled nad finančním, resp. pojistným trhem. Vzhledem ke skutečnosti, že pojistný trh není schopen se dostatečně samoregulovat a klienty pojišťoven (spotřebitele) je třeba chránit a zajistit jim získání maximálního počtu relevantních informací k zamýšlenému sjednání pojistné ochrany, je nutné na tento nesoulad reagovat.

5.3.1 Regulace v pojišťovnictví

Oblast regulace v pojišťovnictví má na starosti Ministerstvo financí České republiky zřízené podle zákona ČNR č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných státních orgánů České republiky. Hlavní činností Ministerstva financí je tvorba legislativních návrhů, správa

státního rozpočtu, státního závěrečného účtu, státní pokladny České republiky a výkon dohledu nad finančním, potažmo pojistným trhem.

V souvislosti s agendou ochrany spotřebitele na pojistném trhu zřídilo ministerstvo specializované oddělení Pojišťovnictví a penzijní produkty a dále oddělení Retailové finanční služby a ochrana spotřebitele na finančním trhu. Uvedené oddělení má mimo jiné na starosti správu internetového portálu „Proč se finančně vzdělávat“¹²⁷. Portál poskytuje základní informace k institutům finančního trhu včetně trhu pojistného. Spotřebitel tak má možnost získat základní přehled o typech pojištění včetně životního pojištění, tipy a návody, detaily k možnostem řešení sporů apod.

Uvedený internetový portál považuji za důležité místo k získání základního přehledu o pojistném trhu a možnostech ochrany svých práv. Na druhou stranu mám za to, že o této aktivitě ministerstva široká veřejnost zdaleka neví, informace nezřídka kdy dohledávají zejména na různých diskusních portálech, které nezaručují poskytnutí relevantních informací a dostávají tak zejména dezinformace nezaručující úspěšné řešení jejich sporů s pojistiteli.

5.3.2 Dohled ČNB nad pojistným trhem

V souladu s ustanovením § 44 odst. 1 písm. c) zákona č. 6/1993 Sb., o České národní bance, ve znění pozdějších předpisů, má Česká národní banka (dále jen „ČNB“) pravomoc k dohledu nad pojišťovnami, pojišťovacími zprostředkovateli, likvidátory pojistných událostí a dalšími osobami v pojišťovnictví.

Dohled nad pojišťovnami zahrnuje zejména: ochranu zájmů klientů pojišťoven, dohled nad dodržováním zákonů, udělování sankcí, dohled nad stabilitou pojistného trhu, dohled nad činností pojišťoven a zajišťoven a tvorba sekundárních právních norem (vyhlášek).

Novelou ustanovení § 23 odst. 8 ZOchrS došlo k rozšíření ochrany spotřebitele v oblasti pojišťovnictví, kterou spravuje ČNB a nově tak začala přijímat stížnosti a další upozornění na činnost pojistitelů. Na základě těchto doručených podnětů ČNB kontroluje, zda nedochází k nekalým obchodním praktikám (§ 4), klamavým (§ 5) či agresivním obchodním praktikám (§ 5a) nebo diskriminaci spotřebitele (§ 6). Jmenované kontroly je ČNB oprávněna zahájit rovněž ex offo.

¹²⁷ Proč se finančně vzdělávat. In: *Ministerstvo financí České republiky; Proč se finančně vzdělávat* [online]. 2018. [cit. 1 – 11 - 2018]. Dostupné z WWW: : < <https://www.psvf.cz> >

Spotřebitel v zahájených správních řízeních vystupuje výhradně jako svědek a je informován pouze o výsledku řízení, kdy mu je sdělen výrok pravomocného rozhodnutí vez odůvodnění.

Jak uvádím výše v úvodu této páté kapitoly své práce, závěry ČNB nejsou právně závazné a nezaručují tak meritorní vyřešení sporu. Správní rozhodnutí ČNB ve věci ovšem slouží jako významný podklad pro soudní i mimosoudní řízení a dávají jisté vodítko pro příslušné instituce, jak věc posoudit a jakou optikou na ní nahlížet.

5.3.3. Česká obchodní inspekce

Dozorujícím orgánem státní správy nad subjekty působícími na finančním trhu a poskytující ochranu spotřebitelům je v souladu s ustanovením § 23 ZOchrS i Česká obchodní inspekce.

Česká obchodní inspekce je příslušná k zahájení a řešení mimosoudního řízení sporu s pojišťovnou ohledně uzavřeného neživotního pojištění. Pro oblast sporů ze životního pojištění je příslušný finanční arbitr. Toto vzniklé nesystémové rozdělení v praxi způsobuje klientům pojišťoven problémy s orientací, který orgán je k jejich sporu příslušný.

5.4 Profesionální a zájmová sdružení v oblasti pojišťovnictví

Vedle shora uvedených veřejnoprávních orgánů, které zajišťují oblast regulace a dohledu nad pojistným trhem, aktivně působí v této oblasti i profesionální a zájmová sdružení, asociace a komory, jejichž členové a zástupci jsou připraveni pomoci při řešení sporů, zodpovědět dotazy a objasnit vzniklé nejasnosti. Uvedené instituce aktivně spolupracují s veřejnoprávními orgány a mnohdy se podílí i na přípravě právních předpisů pro oblast pojišťovnictví.

Česká asociace pojišťoven (dále jen „ČAP“)

ČAP je zájmovým sdružením sdružujícím v tuto chvíli 27 pojistitelů podnikajících na území České republiky v souladu se zákonem č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů. Nadto sdružuje 2 členy se zvláštním statutem, což jsou v zásadě sdružení odborníků a specializované právnické osoby z oblasti pojišťovnictví. Všichni členové ČAP jsou povinni řídit se a dodržovat stanovy a etický kodex ČAP.

ČAP vedle široké škály svých úkolů působí také v oblasti prevence a odhalování pojistných podvodů a dalších protiprávních jednání a zajišťuje výměnu informací mezi

pojistiteli za účelem prevence a odhalování pojistných podvodů. Jak vyplývá ze Stanov ČAP, úkolem ČAP není rozhodování sporů z pojistně-právních vztahů mezi pojistníkem a pojistitelem. Primárním předmětem činnosti tak zůstává hájení zájmů pojistitelů a spolupráce na tvorbě právních předpisů, zejména zpracování připomínek k legislativním návrhům. Od roku 1998 je řádným členem Insurance Europe (dříve Evropská pojišťovací a zajišťovací federace – CEA). Jejím posláním je koordinovat, zastupovat, hájit a prosazovat společné zájmy pojišťoven ve vztahu k orgánům státní správy a dalším osobám i ve vztahu k zahraničí.¹²⁸

Asociace finančních zprostředkovatelů a finančních poradců České republiky, z.s.

Cílem Asociace finančních zprostředkovatelů a finančních poradců České republiky, z.s. (dále jen „AFIZ“) je primárně zvýšení ochrany spotřebitelů na pojistném trhu a zároveň zvýšení finanční gramotnosti. AFIZ v rámci klientské poradny zodpovídá položené obecné dotazy a poskytuje základní informace z oblasti pojišťovnictví. Členové AFIZ jsou opět povinni řídit se Etickým kodexem.

Asociace českých pojišťovacích makléřů

Hlavní úlohou Asociace českých pojišťovacích makléřů (dále jen „AČPM“) je hájení zájmů svých členů a s tím související prosazování společných zájmů. Vedle toho patří do předmětu činnosti i dohled nad dodržováním Etického kodexu členy asociace, což přímo souvisí s ochranou spotřebitelů na pojistném trhu. Ti se mohou na AČPM obrátit ve věci sporu či stížnosti na pojišťovacího makléře, který je členem asociace, a to zejména pro porušení Etického kodexu. Výsledkem je jednání před Etickou komisí AČPM, která je rovněž v případě zjištění porušení oprávněna svým členům udělit sankci.

Česká kancelář pojistitelů

Nejvýznamnějším profesním sdružením vstupujícím do vztahu mezi pojistitelem a spotřebitelem je Česká kancelář pojistitelů (dále jen „ČKP“). ČKP vystupuje výhradně na poli neživotního pojištění a konkrétně sdružuje všechny pojistitele, kteří jsou oprávněni poskytovat konkrétní typ pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou provozem vozidla, tzv. povinné ručení.

¹²⁸ Základní údaje ČAP. In: *Česká asociace pojišťoven* [online]. 2018. [cit. 1 – 11 - 2018]. Dostupné z WWW: < <http://cap.cz/onas/organizacni-struktura/zakladni-udaje> >

Vzhledem k zaměření mé práce na ochranu práv v životním pojištění tak více informací k této organizaci popisovat nebudu.

Spotřebitelská sdružení

Jak uvádím výše, česká i evropská legislativa začínají aktivně podporovat vznik spotřebitelských sdružení hájících zájmy spotřebitelů a poskytující základní informace a orientaci na trhu. Dané subjekty jsou rovněž oprávněny spotřebitele zastupovat v rámci soukromoprávních řízení, podávat podněty a stížnosti a rovněž tak návrhy na zahájení veřejnoprávních řízení.

Jako příklad uvádím Sdružení obrany spotřebitelů, Sdružení českých spotřebitelů, Poradna při finanční tísni atd. Agenda pojišťovnictví se aktivně řeší např. na webových portálech Měšec: www.mesec.cz, Peníze: www.penize.cz, Investujeme: www.investujeme.cz.

I zde se mohou klienti pojišťoven dotázat na konkrétní nejasnosti z životního pojištění, jelikož odpovědi z velké většiny řeší odborníci z řad právníků pojišťoven, advokátů či pojišťovacích zprostředkovatelů a jiných zaměstnanců pojišťoven. Z toho důvodu by měla být zaručena určitá kvalita poskytnuté odpovědi, čímž se předchází k dezinformacím kolujícím na internetových diskusích.

6 Zamyšlení de lege lata a zhodnocení

V rámci páté, stěžejní kapitoly rigorózní práce, jsme uvedla a zhodnotila jednotlivé možnosti ochrany klientů pojišťoven, které jim dává právní řád České republiky a jak je patrné, spotřebitel má možnost hájit své zájmy a nároky prostřednictvím řady veřejnoprávních a soukromoprávních institutů. Cítí-li se klient pojišťovny na svých právech poškozen, je důležité, aby pro svou obranu zvolil vhodné právní nástroje a dosáhl tak svého cíle. Jak bylo shrnuto v předchozí kapitole, jako nejefektivnější a nejrychlejší možnost obrany, i s ohledem na náklady řízení, zůstává vedení sporu před finančním arbitrem. Finanční arbitři hodlá i nadále zvyšovat povědomí o své činnosti u široké veřejnosti prostřednictvím komunikací a prezentací s médii, zveřejňováním nálezů ve Sbírce rozhodnutí apod. Zároveň se zavázal k co nejvyššímu zkrácení doby řízení jednotlivého sporu, kdy aktuální délka projednávání stěžejních případů budí v zásadě negativní dojem.

Důležitou institucí ochrany klientů pojišťoven je ČNB zajišťující veřejnoprávní dohled nad pojišťovnictvím. Klient pojišťovny je oprávněn podávat podněty a stížnosti k prošetření, spolupracovat s profesními a zájmovými organizacemi a na základě výsledků z šetření ČNB spor dále převést k soudnímu či mimosoudnímu projednání, přičemž závěry učiněné ČNB sehrávají v dalším projednání klíčovou úlohu.

V předchozí kapitole několikrát zmiňuji slabší postavení klienta pojišťovny, který v případě sporu nedisponuje takovými prostředky a informacemi jako pojistitel. Mezi smluvními stranami existuje nerovnováha, a proto v České republice existuje nemalé množství veřejnoprávních a soukromoprávních institutů pro obranu. Dohledové orgány zároveň prostřednictvím vydaných zákonů, směrnic a dalších právních předpisů regulují zejména informovanost klientů (zájemců o pojištění).

Zajímavé otázky momentálně vzbuzují právní závěry Městského soudu v Praze jako soudu odvolacího, který konstatoval absolutní neplatnost pojistné smlouvy investičního životního pojištění Flexi od PČS. Předmětný rozsudek ve spojení s nálezy finančního arbitra dává představu o tom, jak se do budoucna budou hodnotit spory klientů s pojistiteli ve věci informování o nákladech a poplatkovém schématu u pojistných smluv investičního životního pojištění. Pojišťovny i ČNB shodně tvrdí, že se v daných případech jedná výhradně o individuální pojistné smlouvy a tyto tak nelze vztáhnout plošně na celé portfolio pojistných smluv vybraného pojistného produktu, nicméně pokud budou rozhodnutí finančního arbitra,

stejně tak příslušných soudů přibývat, bude nutné, aby se k tomu pojistný trh jasně postavil a učinil příslušné závěry.

V souvislosti s dovoláním se neplatnosti uzavřené pojistné smlouvy upozorňuji na ještě jeden důležitý aspekt. Tím je možnost odmítnutí výplaty pojistného plnění ze strany pojistitele. Dovolat se neplatnosti pojistné smlouvy je oprávněn, dle mého názoru dokonce i povinen, sám pojistitel, který vůči svým akcionářům jedná s péčí řádného hospodáře. Pokud by se výše uvedený rozsudek aplikoval na další pojistné smlouvy, jejichž součástí je stejný typ neplatných pojistných podmínek, můj vyslovený názor by tak nabýval na intenzitě. Pokud i přesto dojde k výplatě pojistného plnění, platí zde stále dvouletá promlčecí lhůta (od nabytí právní moci rozsudku), během které je pojistitel oprávněn se neplatnosti pojistné smlouvy stále dovolat a žádat vydání bezdůvodného obohacení, čímž vyplacené pojistné plnění v případě neplatné pojistné smlouvy je.

Vzhledem k absenci institutu hromadné žaloby je tedy potřeba, aby se každý klient pojišťovny obracel na příslušný soud či finančního arbitra se svým nárokem sám. Já osobně jsem velmi zvědavá, jak se předmětná problematika bude vyvíjet a co konkrétně to bude pro pojistný trh do budoucna znamenat.

Závěr

Rigorózní práce pojednává o způsobech a možnostech ochrany práv v životním pojištění a jsem přesvědčená o tom, že na v úvodu stanovené otázky se mi podařilo odpovědět a dosáhnout mnou vymezeného cíle. Tedy pojednání o tom, kdo je nositelem práv a povinností v životním pojištění a jaké možnosti ochrany těmto osobám dává právní řád České republiky, jsem dosáhla. Institut životního pojištění je velmi dynamická a rychle se vyvíjející oblast zasluhující velkou pozornost s ohledem na probíhající mediální kauzy, tedy řízení před finančním arbitrem a pravomocné rozsudky příslušných soudů.

Svoji práci jsem rozdělila do šesti hlavních kapitol a při jejím psaní jsem využila zejména metody jazykového výkladu, historického výkladu, dále metody komparativní a deskriptivní.

V první kapitole popisují institut pojišťovnictví a pojištění, jeho základní charakteristiky a rysy včetně historického vývoje s upozorněním nejvýznamnějších milníků. V kapitole se rovněž detailně věnuji aktuálnímu zakotvení pojišťovnictví v právním řádu České republiky.

V druhé kapitole popisují základní kvalifikaci pojištění a jeho dalšího dělení, přičemž jsem se zaměřila na jednotlivé typy a instituty pojištění včetně popisu základních pojmů. Následující třetí kapitola popisuje samotné životní pojištění, jeho specifika a odlišnosti, jakož i dělení životního pojištění. Zároveň jsem v rámci třetí kapitoly věnovala prostor popisu subjektům životního pojištění, jež jsou stěžejními nositeli práv a povinností.

Čtvrtá kapitola primárně pojednává o pojistné smlouvě jako takové z pohledu předchozí a platné legislativy, dále se věnuji povinnostem subjektů pojistné smlouvy při jejím uzavírání, upozorňuji na institut pojistných podmínek, výluk z pojištění, zakázaných ujednání apod. V závěru kapitoly shrnuji jednotlivé způsoby ukončení pojistné smlouvy.

Pátá, stěžejní kapitola rigorózní práce, shrnuje možnosti ochrany práv v životním pojištění, poskytuje jasný přehled o veřejnoprávních a soukromoprávních institutech sloužících k hájení práv a nároků klientů pojišťoven tak, jak je zakotven v českém právním řádu. Dále metodou komparativní porovnávám výhody a nevýhody té které možnosti s odkazem na konkrétní případy.

Závěrečná šestá kapitola přináší zhodnocení tématu dle platných zákonů de lege lata. Zkoumaná oblast je vyhodnocena zejména s ohledem na způsoby ochrany práv v životním

pojištění, přičemž výstupem je hodnocení, zda dané možnosti jsou v souladu se základními principy ochrany spotřebitele.

S odkazem na výše uvedené mám za to, že cíle, které jsem si v úvodu práce vytyčila, jsem dosáhla. V práci se mi podařilo upozornit na všechny způsoby a možnosti, rovněž tak právní nástroje, které slouží k ochraně práv klientů pojišťoven. Odkazy na konkrétní příklady dávají základní představu o tom, jak ten který typ řešení probíhal, jaké byly jeho výhody a úskalí a co tedy může klient pojišťovny v podobném typu sporu před takovou institucí očekávat.

S ohledem na aktuálně probíhající spory o neplatnost pojistných smluv či jejich ustanovení před finančním arbitrem nebo příslušným soudem jsem však přesvědčená, že danou problematiku by bylo do budoucna potřeba komplexněji dořešit v závislosti na výsledky projednávaných sporů. Jedná se o zásadní právní otázky na to, jakou optikou se bude pohlížet na dříve uzavřené pojistné smlouvy, kterých je v portfoliu pojišťoven v řádu statisíců v hodnotě desítek miliard korun českých.

Seznam použité literatury a dalších zdrojů

Právní předpisy

Všechny právní předpisy, na které odkazuje tato práce, jsou citovány ve znění účinném ke dni uzavření rukopisu, není-li uvedeno jinak.

1. Ústavní zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky, ve znění pozdějších předpisů.
2. Ústavní zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod, ve znění pozdějších předpisů.
3. Zákon č. 1/1863 Sb. ř. z., obchodní zákoník, ve znění pozdějších předpisů.
4. Zákon č. 501/1917 Sb. ř. z., o smlouvě pojišťovací, ve znění pozdějších předpisů.
5. Zákon č. 145/1934 Sb., o pojistné smlouvě, ve znění pozdějších předpisů.
6. Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.
7. Zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád, ve znění pozdějších předpisů.
8. Zákon č. 185/1991 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů.
9. Zákon č. 513/1991 Sb., obchodní zákoník, ve znění pozdějších předpisů.
10. Zákon č. 634/1992 Sb., o ochraně spotřebitele, ve znění pozdějších předpisů.
11. Zákon č. 6/1993 Sb., o České národní bance, ve znění pozdějších předpisů.
12. Zákon č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o pojišťovnictví).
13. Zákon č. 216/1994 Sb., o rozhodčím řízení a o výkonu rozhodčích nálezů, ve znění pozdějších předpisů.
14. Zákon č. 150/2002 Sb., soudní řád správní, ve znění pozdějších předpisů.
15. Zákon č. 229/2002 Sb., o finančním arbitrovi, ve znění pozdějších předpisů.
16. Zákon č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě a o změně souvisejících zákonů (zákon o pojistné smlouvě)
17. Zákon č. 38/2004 Sb., o pojišťovacích zprostředkovatelích a samostatných likvidátorech pojistných událostí a o změně živnostenského zákona (zákon o pojišťovacích zprostředkovatelích a likvidátorech pojistných událostí), ve znění pozdějších předpisů.
18. Zákon č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů.
19. Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník.
20. Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2002/83/ES ze dne 5. listopadu 2002, o životním pojištění.
21. Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2002/92/ES ze dne 9. prosince 2002, o zprostředkování pojištění.
22. Směrnice Rady 2004/113/ES ze dne 13. prosince 2004, kterou se zavádí zásada rovného zacházení s muži a ženami v přístupu ke zboží a službám a jejich poskytování.
23. Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2005/29/ES ze dne 11. května 2005, o nekalých obchodních praktikách vůči spotřebitelům na vnitřním trhu a o změně směrnice Rady 84/450/EHS, směrnic Evropského parlamentu a Rady 97/7/ES, 98/27/ES a 2002/65/ES a nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 2006/2004 (směrnice o nekalých obchodních praktikách).
24. Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2006/114/ES ze dne 12. prosince 2006, o klamavé a srovnávací reklamě.

25. Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2013/11/EU ze dne 21. května 2013, o alternativním řešení spotřebitelských sporů a o změně nařízení (ES) č. 2006/2004 a směrnice 2009/22/ES.
26. Nařízení Evropského parlamentu a Rady č. 524/2013 ze dne 21. května 2013, o řešení spotřebitelských sporů on-line a o změně nařízení (ES) č. 2006/2004 a směrnice 2009/22/ES (nařízení o řešení spotřebitelských sporů on-line).
27. Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2014/65/EU ze dne 15. května 2014 o trzích finančních nástrojů a o změně směrnic 2002/92/ES a 2011/61/EU.
28. Nařízení Evropského parlamentu a Rady EU č. 1286/2014 ze dne 26. listopadu 2014 o sděleních klíčových informací týkajících se strukturovaných detailových investičních produktů a pojistných produktů s investiční složkou.

Literatura

1. BAKEŠ, M., KARFÍKOVÁ, M., KOTÁB, P., MARKOVÁ, H. *Finanční právo*. 6. vydání. Praha: C.H. Beck 2012, 552 s. ISBN 978-80-7400-440-7.
2. KARFÍKOVÁ, M. a kol. *Teorie finančního práva a finanční vědy*, Praha: Wolters Kluwer ČR 2018, 356 s. ISBN 978-80-7552-935-0.
3. MARVAN, M. a kol. *Dějiny pojišťovnictví v Československu*. Díl 1., do roku 1918. Praha: Novinář 1989, 364 s.
4. REVENDA, Z. a kol. *Peněžní ekonomie a bankovníctví*. 3. vydání. Praha: Management Press, s.r.o., 2004, 690 s. ISBN 80-7261-031-7
5. HRADEC, M. a ZÁRYBNICKÁ, J.. *Vybrané statě z pojišťovnictví*. 1. vydání. Praha: Vysoká škola finanční a správní, 2003. 115 s. ISBN 80-86754-09-X.
6. HRADEC, M., ZÁRYBNICKÁ, J., KŘIVOHLÁVEK, V. *Pojištění a pojišťovnictví*. Praha: Vysoká škola finanční a správní 2009, 216 s., ISBN 978-80-86754-48-0.
7. MARVAN, M. a CHALOUPECKÝ, J.. *Dějiny pojišťovnictví v Československu*. 1. vydání. Bratislava: Alfa Konti, 1993. 426 s., ISBN 80-887-3901-2.
8. KARFÍKOVÁ, M., PŘIKRYL, V., R. VYBÍRAL a kolektiv: *Pojišťovací právo*, 2. přepracované vydání. Praha: Leges 2018, 432 s. ISBN 978-80-7502-271-4.
9. BÖHM, A., Mužáková, K. *Pojišťovnictví a regulace finančních trhů*. 1. vydání. Praha: Professional Publishing, 2010. 332 s. ISBN 978-80-7431-035-5.
10. ČEJKOVÁ, V., ŠEDOVI, J., MARTINOVAČIVÁ, D.: *Základy pojišťovnictví*, Vysoké učení technické v Brně, Fakulta podnikatelská, Brno, 2001, 159 s. ISBN 80-124-1886-9.
11. CHALOUPECKÝ, J., MARVAN, M.: *Dějiny pojišťovnictví v Československu*, 3. díl, Praha: Česká pojišťovna, 1997, 445 s. ISBN 80-238-8592-8.
12. ŠKOPOVÁ, V. *Pojistné právo*. Praha: VŠE, 1995, 179 s. ISBN 80-7079-809-2.
13. KARFÍKOVÁ, M., PŘIKRYL, V., ČECHOVÁ, J.: *Základy pojišťovacího práva*, Praha: Orac, 2001, 301 s., ISBN 80-86199-27-4.
14. DAÑHEL, J., DUCHÁČKOVÁ, E. *Teorie pojistných trhů*. 1. vydání. Praha: Professional Publishing, 2010. 288 s. ISBN 978-80-7431-015-7.

15. DAŇHEL, J. a kol. *Pojistná teorie*, 1. vydání. Praha: Professional Publishing, 2005. 332 s. ISBN 80-86419-84-3.
16. WINTEROVÁ, A. a kol. *Civilní právo procesní*. 6., aktualizované vydání. Praha: Linde, 2011. 712s. ISBN 978-80-7201-842-0.
17. SCHELLEOVÁ, I. *Civilní proces*. 1. vydání. Praha: Eurolex Bohemia, 2006, 1502s. ISBN 80-8686-10-90.
18. HENDYRCH, D. a kol. *Správní právo*. Obecná část. 8. vydání. Praha: C. H. Beck, 2012, 826 s., ISBN 978-80-7179-254-3.
19. PŘIKRYL, V., ČECHOVÁ, J. *Zákon o pojišťovnictví s komentářem*. Praha Walters Kluwer 2017, 500 s. ISBN 978-80-7552-546-8.
20. DVOŘÁK, J. a WINTEROVÁ, A. *Poceta Jiřímu Švestkovi k 75. narozeninám*. Praha: ASPI Publishing, 2005, 386 s. ISBN 80-7357-057-2.

Odborné články

1. ČECHOVÁ, J., PŘIKRYL, V.: *K novému zákonu o pojišťovnictví*, Pojistné rozpravy 20, ČAP, 2008.

Internetové zdroje

1. Informace dohledu č. 2/2016 – Ke zdravotním dotazníkům předkládaným pojišťovnami při uzavírání a změnách pojistných smluv. In: *Česká národní banka* [online]. 2018 [cit. 1-11-2018]. Dostupné z WWW: http://www.cnb.cz/cs/dohled_financni_trh/vykon_dohledu/dohledove_benchmarky/download/informace_dohledu_2016_02.html .
2. Dohledový benchmark č. 1/2015 – K procesu likvidace pojistných událostí podle občanského zákoníku. In: *Česká národní banka* [online]. 2018 [cit. 1- 11-2018]. Dostupné z WWW: http://www.cnb.cz/miranda2/export/sites/www.cnb.cz/cs/dohled_financni_trh/vykon_dohledu/dohledove_benchmarky/download/dohledovy_benchmark_2015_01.pdf .
3. Dohledový benchmark č. 2/2014 – K uzavírání pojistných smluv investičního životního pojištění nezletilými. In: *Česká národní banka* [online]. 2018 [cit. 1- 11- 2018]. Dostupné z WWW: http://www.cnb.cz/miranda2/export/sites/www.cnb.cz/cs/dohled_financni_trh/vykon_dohledu/dohledove_benchmarky/download/dohledovy_benchmark_2014_02.pdf .
4. Dohledový benchmark č. 1/2013 – Odborná péče při nabízení investičního životního pojištění. In: *Česká národní banka* [online]. 2018 [cit. 1 – 11 - 2018]. Dostupné z WWW: http://www.cnb.cz/miranda2/export/sites/www.cnb.cz/cs/dohled_financni_trh/vykon_dohledu/dohledove_benchmarky/download/dohledovy_benchmark_2013_01.pdf .
5. Dohledový benchmark č. 5/2013 – Propagace pojistných produktů. In: *Česká národní banka* [online]. 2018 [cit. 1 – 11 - 2018]. Dostupné z WWW: http://www.cnb.cz/miranda2/export/sites/www.cnb.cz/cs/dohled_financni_trh/vykon_dohledu/dohledove_benchmarky/download/dohledovy_benchmark_2013_05.pdf .

6. Dohledový benchmark č. 5/2012 – K povinnosti pojišťovacích zprostředkovatelů vykonávat činnost s odbornou péčí, zejména ve vztahu k plnění informačních povinností při sjednávání investičního životního pojištění. In: *Česká národní banka* [online]. 2018 [cit. 1 – 11 - 2018]. Dostupné z WWW: <http://www.cnb.cz/miranda2/export/sites/www.cnb.cz/cs/dohled_financni_trh/vykon_dohledu/dohledo_ve_benchmarky/download/dohledovy_benchmark_2012_05.pdf>.
7. Doporučení ČAP: Minimální rozsah informací k plnění povinnosti dle § 2789 NOZ. In: *Česká asociace pojišťoven*. [online]. 2018 [cit. 1 – 11 - 2018]. Dostupné z WWW: <http://www.cap.cz/images/informace-z-legislativy/Doproruceni_cap_2789NOZ.pdf>.
8. Působnost úřadu [online]. COI. In: *Česká obchodní inspekce*. [online]. 2018 [cit. 1 – 11 - 2018]. Dostupné z WWW: <<https://www.coi.cz/o-coi/pusobnost-uradu>>.
9. Seznam pojišťovacích společností v České republice sestavený k 31. 3. 2018 vedený Českou národní bankou. In: *Česká národní banka* [online]. 2018 [cit. 1 – 11 - 2018]. Dostupné z WWW: <https://www.cnb.cz/cs/statistika/menova_bankovni_stat/seznamy_mbs/seznam_ic/index.html>.
10. Členové České asociace pojišťoven. In: *Česká asociace pojišťoven* [online]. 2018 [cit. 1 – 11 - 2018]. Dostupné z WWW: <<http://cap.cz/o-nas/clenove>>.
11. Statistické údaje dle metodiky ČAP 1-9/2018 In: *Česká asociace pojišťoven* [online]. 2018 [cit. 1 – 11 - 2018]. Dostupné z WWW: <<http://cap.cz/images/statisticke-udaje/STAT-2018Q3-CAP-CZ-2018-10-25-WEB.pdf>>.
12. Smlouvy o finančních službách uzavírané na dálku. In: *Česká národní banka* [online]. 2018 [cit. 1 - 11 - 2018]. Dostupné z WWW: <http://www.cnb.cz/cs/spotrebitel/ochrana_spotrebitele/smlouvy_na_dalku.html>.
13. Finanční arbitr – základní informace. In: *Finanční arbitr* [online]. 2018. [cit. 1 – 11 - 2018]. Dostupné z WWW:< <https://www.finarbitr.cz/cs/financni-arbitr/zakladni-informace.html>>.
14. Formulář návrhu na zahájení řízení. In: *Finanční arbitr* [online]. 2018 [cit. 1 – 11 - 2018]. Dostupné z WWW:< <http://www.finarbitr.cz/cs/resenisporu/formulare.html>>.
15. Průvodce podáním návrhu. In: *Finanční arbitr* [online]. 2018 [cit. 1 – 11 - 2018]. Dostupné z WWW: < <http://www.finarbitr.cz/cs/reseni-sporu/pruvodce-podanimnavrhu.html>>.
16. Právní prostor, Aktuality ČTK, 30. 10. 2018; Arbitr vydal přes 100 rozhodnutí o neplatnosti pojistek. [online]. 2018. [cit. 1 – 11 - 2018]. Dostupné z WWW: < <https://www.pravniprostor.cz/aktuality/aktuality/arbitr-vydal-pres-100-rozhodnuti-o-neplatnosti-pojistek>>.
17. Vydání rozhodnutí o neplatnosti smlouvy o životním pojištění. In: *Finanční arbitr* [online]. 2018 [cit. 1 – 11 - 2018]. Dostupné z WWW: <<https://www.finarbitr.cz/cs/informace-pro-verejnost/aktuality/tiskova-zprava-vydani-rozhodnuti-o-neplatnosti-smlouvy-o-zivotnim-pojisteni-380.html>>.
18. Proč se finančně vzdělávat. In: *Ministerstvo financí České republiky; Proč se finančně vzdělávat* [online]. 2018 [cit. 1 – 11 - 2018]. Dostupné z WWW: < <https://www.psfv.cz> >.

19. Základní údaje ČAP. In: *Česká asociace pojišťoven* [online]. 2018 [cit. 1 – 11 - 2018]. Dostupné z WWW: < <http://cap.cz/o-nas/organizacni-struktura/zakladni-udaje>>.

Důvodové zprávy

1. Důvodová zpráva NOZ konsolidovaná verze [online]. Justice, [cit. 1 – 11 - 2018]. Dostupné z WWW: <<http://obcanskyzakonik.justice.cz/fileadmin/Duvodova-zprava-NOZ-konsolidovana-verze.pdf>>.
2. Důvodová zpráva k vládnímu návrhu zákona o pojišťovnictví. Číslo sněmovního tisku 571, In: *Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR* [online]. 2018. [cit. 1 – 11 - 2018]. Dostupné z WWW: <<http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=5&CT=571&CT1=0#prilohy>>.

Výroční zprávy

1. Výroční zpráva České asociace pojišťoven za rok 2017, In: *Česká asociace pojišťoven* [online]. 2018 [cit. 1 – 11 - 2018]. Dostupné z WWW: <http://cap.cz/images/o-nas/vyrocní-zpravy/2017_vyrocní.pdf>.
2. Výroční zpráva o činnosti finančního arbitra za rok 2017 předkládané podle § 21 ZFA. In: *Finanční arbitr* [online]. 2018 [cit. 1 – 11 - 2018]. Dostupné z WWW: <https://www.finarbitr.cz/galerie/tinymce/vyrocní_zprava_o_cinnosti_finančního_arbitra_za_rok_2017_1.pdf>.

Judikatura českých soudů a finančního arbitra

1. Anonymizovaný pravomocný rozsudek Městského soudu v Praze ze dne 8. března 2018, sp. zn. 25Co 430/2017 – 190. In: *Podvedení klienti* [online]. 2018. [cit. 1 – 11 - 2018]. Dostupné z WWW: < <http://www.podvedeniklienti.cz/wp-content/uploads/2018/04/ROZSUDEK-PČS.pdf>>.
2. Rozsudek Obvodního soudu pro Prahu 5 vedený pod sp.zn. 25 C 320/2011 – 27.
3. Rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 26. 2. 2009 ve věci 33 Odo 1560/2006.
4. Nález finančního arbitra vedený pod spisovou značkou: FA/ZP/71/2014 ze dne 26.9.2017, In: *Finanční arbitr, Sběrka rozhodnutí* [online]. 2018 [cit. 1 – 11 - 2018]. Dostupné z WWW: <https://www.finarbitr.cz/download/sbirka_sbirka_cs/1518701898_cs_fa_zp_71_2014_nalez.pdf>.
5. Rozhodnutí o námitkách vedené pod č.j.: FA/SR/ZP/71/2014, In: *Finanční arbitr, Sběrka rozhodnutí* [online]. 2018 [cit. 1 – 11 - 2018]. Dostupné z WWW: <https://www.finarbitr.cz/download/sbirka_sbirka_cs/1518702012_cs_fa_zp_71_2014_rozhodnutí_o_namitkách.pdf>.
6. Nález finančního arbitra vedený pod spisovou značkou: FA/ZP/211/2014 ze dne 4. 1. 2016, In: *Finanční arbitr, Sběrka rozhodnutí* [online]. 2018 [cit. 1 – 11 - 2018]. Dostupné z WWW: < https://www.finarbitr.cz/download/sbirka_sbirka_cs/1519649928_cs_fa_zp_211_2014_nalez.pdf>.

Ochrana práv v životním pojištění

Abstrakt

Předmětem této rigorózní práce je ochrana práv v životním pojištění. Důvodem výběru daného tématu je skutečnost, že po ukončení magisterského studijního programu v oboru právo jsem nastoupila do soukromé sféry na pozici firemního právníka mezinárodní pojišťovny a na této pozici působím, ačkoliv u jiné mezinárodní pojišťovny, dodnes. V rámci své pozice mimo jiné zastupuji pojišťovnu v soukromoprávních sporech s pojištěnými osobami, typicky o výplatu pojistného plnění. Dále zastupuji pojišťovnu během veřejnoprávních jednání před Českou národní bankou a v neposlední řadě do mé agendy patří zastupování pojišťovny v řízeních s klienty před finančním arbitrem. Během své praxe jsem se tak setkala se všemi možnostmi a aspekty ochrany práv v životním pojištění a uvědomila si, s čím vším se musí klient pojišťovny při snaze domoci svých nároků a práv seznámit, jaké je jeho postavení v takovém řízení a že mezi smluvními stranami existuje nerovnováha v oblasti informací, kterými ta která smluvní strana disponuje.

Práce je rozdělena do šesti hlavních kapitol. V první kapitole popisují institut pojišťovnictví a pojištění, jeho základní charakteristiky a rysy včetně historického vývoje s upozorněním nejvýznamnějších milníků. V druhé kapitole popisují základní kvalifikaci pojištění a jeho dalšího dělení, přičemž jsem se zaměřila na jednotlivé typy a instituty pojištění včetně popisu základních pojmů. Následující třetí kapitola popisuje samotné životní pojištění, jeho specifika a odlišnosti, jakož i dělení životního pojištění. Zároveň jsem v rámci třetí kapitoly věnovala prostor popisu subjektům životního pojištění, jež jsou stěžejními nositeli práv a povinností. Čtvrtá kapitola primárně pojednává o pojistné smlouvě jako takové z pohledu předchozí a platné legislativy, dále se věnuji povinnostem subjektů pojistné smlouvy při jejím uzavírání, upozorňuji na institut pojistných podmínek, výluk z pojištění, zakázaných ujednání apod. V závěru kapitoly shrnuji jednotlivé způsoby ukončení pojistné smlouvy. Pátá, stěžejní kapitola rigorózní práce, shrnuje možnosti ochrany práv v životním pojištění a poskytuje jasný přehled o veřejnoprávních a soukromoprávních institutech sloužících k hájení práv a nároků klientů pojišťoven tak, jak je zakotven v českém právním řádu.

Cílem rigorózní práce je předmětnou problematiku ochrany práv v životním pojištění analyzovat a shrnout jednotlivé možnosti ochrany práv v životním pojištění a to včetně jejich aspektů se zaměřením na samotné řízení před veřejnoprávní a soukromoprávní institucí. To vše s odkazem na konkrétní případy. V první řadě se tak zabývám ochranou práv

u příslušného soudu, kterou následně porovnávám s ochranou práv v rámci řízení před finančním arbitrem. Dále popisuji specifika možnosti ochrany práv u orgánu dohledu v pojišťovnictví, tedy České národní banky a v neposlední řadě i u profesních a zájmových sdružení a asociací.

Jako základní cíl rigorózní práce jsem si vytyčila především snahu o ucelený přehled dané právní problematiky s upozorněním na pozitiva a negativa s tím související, to vše ve vztahu ke klientovi pojišťovny (spotřebiteli).

Klíčová slova

Životní pojištění, Ochrana práv, Finanční arbit

Protection of rights in life insurance

Abstract

The subject of this rigorous thesis is the protection of rights in life insurance. The main reason for choosing this topic is the fact that after completing my master's degree program in law, I have entered the private sphere as a corporate lawyer of an international insurance company and in this position I am active, although with another international insurance company, still today. In my position, among other things, I represent the insurance company in private disputes with the insured persons, typically on the payment of insurance benefits (claims). I also represent the insurance company during the public hearing before the Czech National Bank and, last but not least, in my agenda is the representation of the insurance company in the proceedings with the clients before the Financial Arbiter. During my practice, I met all the possibilities and protection aspects of rights in life insurance and I realized what all the clients of an insurance company have to know about their position in such a procedure and that there is an imbalance in information between the contractual parties.

I have divided my thesis into six main chapters. In the first chapter I describe the institute of insurance and insurance policy, its basic characteristics and features including historical developments, highlighting milestones. In the second chapter I describe the basic qualification of the insurance and its further division, focusing on individual types and insurance institutions, including a description of the basic concepts. The following third chapter describes life insurance itself, its specifics and differences, as well as the division of life insurance. At the same time, within the third chapter, I gave a description of life insurance entities, which are the fundamental holders of rights and obligations. The fourth chapter deals primarily with this about the insurance policy as such from the perspective of the previous one and the legislation in force, I also deal with the obligations of the parties to the insurance contract when concluding it, I draw attention to the insurance policy, the insurance exclusion, the prohibited agreements, At the end of the chapter I summarize the different ways of terminating the insurance contract. Fifth, the crucial chapter of the thesis, summarizes the possibilities of protection of life insurance rights, provides a clear overview of public and private institutions serving to defend the rights and claims of insurance clients as enshrined in the Czech legal order.

The aim of this thesis is to analyze the subject matter of protection of rights in life insurance, summarize the individual possibilities of protection of rights in life insurance,

including their aspects, focusing on the proceedings before public and private institutions, all with reference to specific cases. I deal primarily with the protection of the rights of the competent court, which I then compare with the protection of rights in the proceedings before the Financial Arbiter. I am also describing the specifics of the possibility of protection of the rights of the supervisory body in the insurance sector, i.e. the Czech National Bank and, last but not least, of the professional and interest associations.

As the basic aim of my rigorous thesis, I set out above all the effort to get a comprehensive overview of the legal issues with a warning about the positive and negative aspects related to them, all in relation to the client of the insurance company (consumer).

Key words

Life insurance, Protection of rights, Financial Arbiter