

Pojistný obzor

Ročník 89 2012

1

Časopis
českého
pojištnictví

EDITORIAL

NA AKTUÁLNÍ TÉMA

Nový občanský zákoník: Zásadní změny v právní úpravě pojistné smlouvy – část I.	4
JUDr. Jana Čechová	
PhDr. Vladimír Příkryl	

LEGISLATIVA A PRÁVO

Opět nepovedená novela!	8
JUDr. Zuzana Hlaváčková	
Zákon o trestní odpovědnosti právnických osob v kontextu pojišťovnictví	10
Ing. Jaroslav Mesršmíd, CSc.	
Rozhodnutí Soudního dvora EU: Jaký bude postup pojištěn?	11
Ing. Jaroslav Mesršmíd, CSc.	
Plán legislativních prací vlády ČR na rok 2012	13
Redakce	
Novinky z legislativy	14
Mgr. Eva Kozojedová	

EKONOMICKÉ INFORMACE

Pojistný trh v České republice stagnuje	16
RNDr. Petr Jedlička, Ph.D.	
Nárůst jednorázové placeného pojistného: Trvalý trend, nebo dočasná záležitost?	18
Roger Gascoigne	

POJISTNÉ SPEKTRUM

Boj s pojistnými podvody se pro pojišťovny stává prioritou	20
Mgr. Jan Cigánik	
Asistenční služby pro oblast životního pojištění	21
Ing. Vladimír Fuchs	
Výběr pojišťovacího makléře na základě kvalifikačních předpokladů	24
Ing. Jiří Janata, CSc.	

ZE SVĚTA

Nůžky mezi státy EU se rozevřely! Budoucnost přináší obavy	26
Ing. Vladimír Pikora, Ph.D.	
Priority evropského pojišťovnictví pro rok 2012	28
Mgr. Ondřej Karel	
Jaký vliv budou mít přírodní katastrofy roku 2011 na letošní ceny zajištění?	30
Thomas Holzheu	
Retail Distribution Review: Britská regulace distribuce zruší systém provizí	32
RNDr. Karel Veselý, Ph.D.	

Z DOMOVA

Únorová kampaň ČAP se letos věnovala pojištění rodiny	36
Jolana Ackermannová	
Projekt ELVIS pomáhá odhalovat nečestné pojišťovací zprostředkovatele	38
Ivana Menclová	
Pojišťovna roku 2011 klepe na dveře	39
Redakce	

INSURANCE DIGEST

Effects of the 2011 catastrophes and the effect on the 2012 reinsurance renewal	40
Thomas Holzheu	
Growth of single premiums: Permanent shift or temporary fad?	41
Roger Gascoigne	



Nový občanský zákoník: Zásadní změny v právní úpravě pojistné smlouvy – část I.

strana 4



Opět nepovedená novela!

strana 8



Nůžky mezi státy EU se rozevřely! Budoucnost přináší obavy

strana 26



Únorová kampaň ČAP se letos věnovala pojištění rodiny

strana 36

Vážení čtenáři,

s ohledem na překotný vývoj na finančních trzích predikují analytici v tomto roce návrat do ekonomické recese a už nyní je jasné, že rok 2012 určitě nebude jednoduchý. Osobně však věřím, že není důvod ke katastrofickým scénářům. Neočekávám, že by oslabení světové ekonomiky a další výkyvy hospodářského cyklu významně ovlivnily výsledky českého pojistného trhu. Předpokládám, že meziroční nárůst celkového předepsaného pojistného bude oscilovat kolem hranice + 1 %.

Pro pojišťovny bude klíčové, jakým způsobem se v budoucnu dokáží vypořádat s aktuální legislativou. Čeká nás nová regulace finančního trhu, novela zákona o pojišťovnictví, která nastavuje přísnější požadavky na kapitálové vybavení, ale také nová úprava zákona o zprostředkovatelích. Řadu změn, s výrazným dopadem na pojistný trh, přinese nový občanský zákoník. Stěžejním bodem nejbližší budoucnosti bude určitě implementace



Dear readers,

In view of the rapid development on the financial markets, analysts this year predict the recurrent economic recession and it is evident already that 2012 will not be an easy year. I personally believe, however, there is no need to paint catastrophic scenarios. I do not anticipate that the global economic downturn and more fluctuations of the economic cycle will have a major impact on the Czech insurance market. I expect total premiums written to increase by about 1% year-on-year.

In the future, it will be critical for insurance companies to incorporate into their practices new legislation, such as new financial market regulation, an amendment to the Insurance Act stipulating more stringent capital requirements, and a new amendment to the Act on Intermediaries. In addition, the new Civil Code is bound to introduce a slew of changes that will significantly affect the insurance sector. The centre point in the near future is undoubtedly the implementation of the new EU regulatory framework – Solvency II, which requires financial institutions within the EU-wide financial market to increase their resources to ensure their financial systems security.

Nonetheless, it is primarily the client who sets the rules in the financial market. In the immediate future it will be crucial for insurers to focus on fostering customer confidence,

nově chystaného regulačního rámce EU Solvency II, který vyžaduje od finančních institucí v rámci celoevropského trhu navýšení prostředků do tzv. bezpečnosti finančního systému.

Nicméně ten, kdo určuje pravidla hry na poli finančního trhu, je především klient. Ze strany pojišťoven bude v následujícím období velmi důležité se zaměřit na posílení důvěry stávajících klientů, přičemž bude mnohem těžší, s ohledem na emoční dopad ekonomické situace, získávat klienty nové. Počet pojišťoven na zdejšímu trhu je již delší dobu konstantní, a z tohoto důvodu je pro ně stále těžší oslovit spotřebitele s novým produktem. I v roce 2012 tak bude hlavním rysem obchodních strategií především segmentace produktů, postavená na konkrétnějších znalostech o určité skupině spotřebitelů. Tuto možnost bohužel zkomplikovalo rozhodnutí Soudního dvora EU, který od prosince letošního roku, v rámci antidiskriminační legislativy, zrušil výjimku opravňující pojišťovny využívat rozdílnosti pohledů pro stanovení míry pojistného rizika, což bylo dosud jedno ze základních využívaných segmentačních kritérií. Nařízení ze strany EU si kromě dalších nákladů vyžádá v roce 2012 zásadní změny v kalkulacích cen pojistných produktů a povede k růstu cen pro ženy.

Ve vývoji jednotlivých oblastí pojišťovnictví neočekávám výrazné změny. V oblasti životního pojištění jsou poslední tři roky klienty preferovány produkty s jednorázově placeným pojistným, které kladou důraz na zhodnocení

vložených prostředků. Tento nastolený trend se dle mého názoru významně nezmění. Přesto věřím, že se pojišťovny v rámci vývoje svého portfolia produktů zaměří na produkty s běžně placeným pojistným a že stoupne zájem ze strany klientů o produkty s kvalitní pojistnou ochranou, jak je tomu ve vyspělejších zemích EU.

Také situace v oblasti neživotního pojištění zůstane pravděpodobně bez zásadních změn. Myslím si, že se v letošním roce již musí zastavit pokles sazeb pojistného v oblasti pojištění vozidel. Ceny jsou totiž kvůli dlouhotrvajícímu konkurenčnímu boji na takové hranici, že další snížení, v kontextu rostoucích průměrných nákladů na škody, zejména na zdraví, již hraničí s ekonomickou únosností. Pojišťovny pro další pokles podle mě již nemají prostor. Před českým pojistným trhem však stojí v roce 2012 i další výzvy. Příležitost pro růst se otevírá v oblasti reformy penzijního systému a v možnostech komerčního spolufinancování zdravotní sféry. Jsem přesvědčen, že pojistný trh má dostatečné know-how, schopnosti i stabilitu, aby v rámci těchto změn úspěšně obstál i v letošním roce.

Ing. Tomáš Síkora, MBA

výkonný ředitel České asociace pojišťoven

insurers should place more emphasis on regular-premium products to diversify their product portfolios and that clients will grow more interested in products offering quality insurance protection as is common in the more developed EU countries.

The non-life insurance segment is not expected to see any major changes either. I think the continuous decline in motor insurance rates must stop this year; due to long-term tough competition, the current rates have reached a point where any further fall in premiums would not be economically viable, notably with regard to rising average indemnity and health-related costs. I believe insurance companies have no leverage left in terms of price reduction.

The Czech insurance industry is faced with other challenges in 2012. An opportunity for growth will open in the areas of pension system reform and commercial co-financing of the health sector. I am convinced the insurance market has sufficient know-how, capability and stability to achieve success in 2012 as in the previous years.

Ing. Tomáš Síkora, MBA

Czech Insurance Association Executive Director

Nový občanský zákoník: Zásadní změny v právní úpravě pojistné smlouvy – část I.

JUDR. JANA ČECHOVÁ
PHDR. VLADIMÍR PŘIKRYL
MINISTERSTVO FINANČÍ

Součástí nového občanského zákoníku je úprava pojistné smlouvy v § 2758 až 2872 s tím, že stávající zákon č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, se nabytím účinnosti nového občanského zákoníku, tj. 1. ledna 2014, zruší připravovaným doprovodným zákonem. Důvodová zpráva tento postup vysvětluje teoretickými i praktickými důvody. Jako hlavní zdůrazňuje, že „občanský zákoník má jako určující a univerzální kodex soukromého práva obsahovat co možná úplnou kodifikaci smluvních typů. U pojistné smlouvy zakládající soukromé pojištění je její začlenění do kodexu občanského práva zvlášť důležité a i ze systematického hlediska logické, neboť se jedná o právní úpravu svou povahou obecně se dotýkající soukromého života lidí a provádějící jej v úzkém sepětí.“ Dále se uvádí, že „soukromé pojištění úzce navazuje na řadu institutů upravených občanským zákoníkem (např. již samotná úprava vzniku, změn a zániku závazků, pojetí škody, jakož i úprava povinnosti nahradit škodu, popřípadě jinou újmu, a mnohé další).“ Z praktických důvodů se poukazuje na to, že nové pojetí obecných obligačních institutů vyžaduje, aby se jim dosud zvláštní úprava soukromého pojištění přizpůsobila.

Pojistná smlouva jako smlouva odvážná

Pojistná smlouva je zařazena do skupiny závazků z odvážných (aleatorních) smluv v hlavě II – Závazky z právních jednání, dílu 15 – závazky z odvážných smluv, v oddílu 2 – Pojištění. Důvodová zpráva uvádí základní odlišnosti od ostatních smluv z této skupiny, zejména od smlouvy o sázce a o důchodu. V případě smlouvy o sázce ujednané majetkové plnění získá strana, jejíž tvrzení

se ukáže správným. Tato smlouva tedy nevyklučuje úmysl spekulativní nebo ziskový, protože se počítá i s možností zisku značné výhry proti malé investici. Naopak, **účelem pojištění není obohacení oprávněné osoby, ale podstatný je pojistný zájem.**

Co se týká smlouvy o důchodu, pak jejím pojmovým znakem je povinnost plátce platit příjemci pravidelné peněžní dávky po ujednanou dobu. Tím se odlišuje od pojistné smlouvy, jejímž pojmovým znakem je *synallagma* spočívající ve vzájemné platební povinnosti. Pojistitel má povinnost poskytnout pojistné plnění oprávněné osobě, nastane-li pojistná událost, a pojistník zaplatit pojistiteli pojistné. Platební povinnost pojistníka je tak, na rozdíl od pojistitele, **nepodmíněná**, kdežto platební povinnost pojistitele je spojená **s nejistotou, zda**

Článek, s využitím důvodové zprávy k návrhu nového občanského zákoníku, seznamuje čtenáře s hlavními a podstatnými změnami, které nová právní úprava přináší.

svým zákazníkům jako průměrný ekvivalent stanovený se zřetelem k jiným smlouvám téhož druhu. V takovém případě by byla smlouva z hlediska soukromého práva posouzena jako pojistná smlouva, ať již by ji strany označily jakkoli, z hlediska veřejného práva by se jednalo – neměla-li by osoba, která takové smlouvy uzavírá, povolení k provozování pojišťovací činnosti – o nedovolené podnikání.“

Definice pojistné smlouvy

Definice pojistné smlouvy (§ 2758) byla převzata ze současné právní úpravy, ze které bylo vypuštěno, že se jedná o smlouvu o finančních službách, což vyplývá z ustanovení § 1841, pokud je taková pojistná smlouva

Porovnání stávajícího zákona o pojistné smlouvě s novou právní úpravou je kvůli značnému rozsahu textu přístupné na webových stránkách České asociace pojišťoven www.cap.cz.

pojistná událost nastane nebo kdy tato událost nastane. Odvážnost (aleatornost) pojištění tedy spočívá v nejistotě co do vzájemného hodnotového poměru mezi plněním a protiplněním. Pojistné riziko, kterému je pojistitel vystaven, pak rozkládá mezi větší počet osob vystavených stejnému riziku. Důvodová zpráva v této souvislosti upřesňuje, že „o pojištění by se jednalo při hromadném uzavírání smluv s těmito znaky podnikatelským způsobem, tedy za předpokladu, že by osoba nabízející takovou službu kalkulovala s průměrným rizikem a podle něho stanovovala hodnotu vlastního plnění

zároveň spotřebitelskou. Nebyl však převzat katalog definic řady pojmů a jen některé, jako např. pojistná událost (§ 2758), pojištěný (§ 2766), oprávněná osoba (§ 2770) nebo pojistné nebezpečí (§ 2767), jsou vymezeny v textu jednotlivých ustanovení. Jiné pojmy, jako např. definice úrazu, jsou záměrně ponechány na ujednání smluvních stran. S některými pojmy právní úprava již nepracuje, např. účastník soukromého pojištění, časová nebo nová cena. To samozřejmě bude klást větší důraz na pojistné podmínky, které budou muset na tuto změnu reagovat.

Vymezení povinnosti

Povinnost pojistitele zůstává vymezena jako povinnost **pojistné plnění poskytnout**, nikoli zaplatit. To umožňuje ujednat, že pojistitel poskytne **toto plnění v nepeněžitě formě**. V této souvislosti pouze poznamenáváme, že ne všechna plnění pojistitele mají formu pojistného plnění, i když jde o plnění z pojištění. Příkladem je zákonem stanovená povinnost úhrady zachraňovacích nákladů (§ 2819), a to i v případě, kdy byly tyto náklady účelně vynaloženy k odvrácení bezprostředně hrozící pojistné události. Charakter pojistného plnění nemají ani plnění z garančních schémat, např. plnění České kanceláře pojistitelů z garančního fondu nebo náhradní plnění.

Na rozdíl od současné právní úpravy se nezužuje pojem pojistitele jen na pojišťovnu s povolením provozovat pojišťovací činnost. To, že někdo takové oprávnění podle veřejného práva nemá, ho nezabavuje způsobilosti uzavírat smlouvu a nelze v tom spatřovat neplatnost smlouvy. I takový pojistitel je uzavřenou smlouvou vázán. Důvodová zpráva zdůrazňuje, že není možné, aby druhá strana, která uzavírá smlouvu, byla ohrožena její neplatností. Stejně tak není možné, aby pro smlouvy uzavřené těmi, kdo vykonávají určitou činnost bez oprávnění, neplatila stejně přísná pravidla jako pro osoby, které tuto činnost vykonávají s oprávněním. Samozřejmě i nadále bude nepovolená činnost trestná.

Písemná forma

Nezměněna zůstala i povinná písemná forma pojistné smlouvy s dobou trvání pojištění nejméně jeden rok, přičemž je tato forma zachována i včasným zaplacením pojistného uvedeného v nabídce. To však již neplatí pro ostatní právní úkony týkající se pojištění, neboť podle § 2773 je tato forma povinná pouze v těch případech, kdy tak bylo ujednáno. Důvodová zpráva zdůrazňuje, že „právním jednáním týkajícím se pojištění se rozumí právní jednání, tedy projev vůle vyvolávající právní následek (vznik, změnu nebo zánik subjektivního práva nebo povinnosti), nikoli tzv. komunikační úkony.“ Výjimkou je požadavek pojistníka na sdělení údajů významných pro plnění pojistitele. Má-li tento požadavek písemnou formu, je pojistitel povinen sdělit mu tyto údaje bez zbytečného odkladu v písemné formě. Pojistitel však není nucen v písemné formě odpovídat např. na opakované nebo nepatrně obměněné dotazy v téže



Ilustrační foto: Dreamstime.com

záležitosti. Důvodová zpráva v této souvislosti zmiňuje zákon o pojišťovníctví, konkrétně oprávnění České národní banky požadovat od pojišťovny nebo zajišťovny doklady o její činnosti, jejichž obsah a formu upravuje vyhláškou. Předkladatelé nového občanského zákoníku s tím spojují možnost uložit pojišťovnám, aby takové doklady měly, z čehož vyplýne povinnost pojišťovny dodržovat při vymezených právních jednáních vůči pojistníkovi písemnou formu.

Vyjmutí informačních povinností

Mezi zásadní změny patří i **vyjmutí informačních povinností pojistitele vůči zájemci o pojištění a pojistníkovi** stanovených komunitárním právem (v současnosti čl. 183 až 185 směrnice 2009/138/ES) z úpravy pojistné smlouvy. Nový občanský zákoník (§ 2760) počítá s jejich přenesením do zákona o pojišťovníctví, kam také věcně patří. Obecně jsou tyto informační povinnosti upraveny v § 1843 až 1845. Vzhledem k tomu, že směrnice ukládá povinnost členským státům stanovit prováděcí pravidla k těmto povinnostem, lze předpokládat navazující úpravu. Snahu přenést tyto povinnosti do právní úpravy zprostředkovatelů pojištění považujeme nejen za nesystémovou, ale zásadně vadnou, neboť tuto povinnost má pojišťovna a nemůže se jí v žádném případě zbavit tím, že využije služeb svých obchodních zástupců.

Institut pojistného zájmu

Nejvýznamnější změnou je úprava **institutu pojistného zájmu** (§ 2761 – 2765). Tento institut není v historii právní úpravy pojistné smlouvy novinkou. Pracoval s ním již rakouský zákon č. 501/1917 ř. z. K tomu více např. Dr. Karel Hermann-Otavský, Soukromé pojišťovací právo československé, Praha, 1921 (str. 125 až 136). Jak bylo zmíněno již výše, pojištění nesmí být zneužito jako nástroj sloužící spekulaci. Existence pojistného zájmu, která jako základní podmínka vzniku a trvání pojištění musí být dána objektivně, tak odlišuje pojištění od všech ostatních aleatorních závazků, zejména od sázky. Podstata definice pojistného zájmu jako **oprávněné potřeby ochrany**, myšleno pojistné, **před následky pojistné události**, tedy jako skutečnosti vyvolané pojistným nebezpečím, zůstává zachována. Ve vztahu k zahraničním právním úpravám důvodová zpráva přímo uvádí, že tyto právní úpravy pojem pojistného zájmu obvykle blíže nevymezují a až na výjimky (jakou je především občanský zákoník Québecu) vycházejí z presumpce, že jeho obsah je znám a že jeho bližší vymezení není úkolem právního předpisu. Na rozdíl od současné právní úpravy se však s jeho existencí nebo zánikem spojují právní důsledky.

Zájem na životě a zdraví

Podle § 2762 má pojistník pojistný zájem na vlastním životě a zdraví. Právní

domněnkou je i to, že má tento zájem na životě a zdraví jiné osoby, jestliže ho osvědčí příbuzenským vztahem k takové osobě (viz § 771 až 774) nebo prospěchem či výhodou z pokračování jejího života. Jde tedy o skutečný a podstatný rozumný důvod vyplývající z jejich vzájemného vztahu, založený na jejich příbuzenství nebo podmíněný prospěchem nebo výhodou jedné osoby z pokračování života jiného. Pro existenci pojistného zájmu zde mohou být i významné majetkové důvody.

Zájem na uchování nebo zvětšení majetku

Tento zájem má pojistník také na vlastním majetku, tedy na jeho zachování nebo zvětšení, se kterým reálně, nikoli spekulativně,

speciálně pojišťovnictví, nejde tedy o dobré mravy jako kategorii soukromého práva.

Neplatná smlouva

Chybí-li pojistný zájem od počátku a pojistitel o tom při uzavření pojistné smlouvy věděl nebo musel vědět, je smlouva neplatná (§ 2764). Byla-li při vzniku pojištění u pojistníka vědomost o neexistujícím pojistném zájmu a pojistitel o tom nevěděl ani vědět nemohl, je smlouva neplatná, pojistiteli však náleží odměna odpovídající pojistnému až do doby, kdy se o neplatnosti dozvěděl. Přitom není rozhodné, jakým způsobem takovou znalost nabyl. Rozhodující je pouze časový okamžik, kdy se prokazatelně o této skutečnosti dozvěděl.

U pojištění majetku nemusí být pojistný zájem dán v době uzavření smlouvy, ale

Pojištění cizího pojistného nebezpečí

Významnou změnou, v kontextu výše zmíněných úprav, jsou i podmínky týkající se **pojištění cizího pojistného nebezpečí (§ 2767)**. Má-li právo na plnění nabýt pojistník, musí prokázat, že pojištěného jako třetí osobu s obsahem smlouvy seznámil a že ta souhlasí s tím, že právo na pojistné plnění náleží pojistníkovi. Je-li pojištěným plně nesvéprávný potomek pojistníka, tento souhlas se nevžaduje, je-li pojistník zákonným zástupcem a nejedná-li se o pojištění majetku. Neprokáže-li pojistník tento souhlas pojistiteli v ujednané době, nejpozději však do 3 měsíců ode dne uzavření smlouvy, pojištění zaniká uplynutím této doby ex nunc, tj. bez zpětné platnosti. Právo na pojistné tak pojistiteli zůstane v příslušném rozsahu zachováno s tím, že nastane-li v této době pojistná událost, vznikne právo na plnění pojištěnému. Tento souhlas je podmínkou i pro postoupení pojistné smlouvy.

Stejně jako doposud, pojištěný vstupuje do pojištění dnem pojistníkovy smrti, nebo dnem jeho zániku bez právního nástupce. Nově se stanovuje 30denní lhůta ode dne pojistníkovy smrti, nebo ode dne jeho zániku pro písemné oznámení pojistiteli, že na trvání pojištění nemá zájem. V takovém případě pojištění zanikne již dnem smrti, nebo dnem zániku pojistníka. Přitom účinky prodlení vůči pojištěnému nenastanou dříve než uplynutím patnácti dnů ode dne, kdy se pojištěný o svém vstupu do pojištění dozvěděl. Tato lhůta je kogentní.

Rozhodnutí Soudního dvora EU

V případech **zásady rovného zacházení (§ 2769)** zákon již neobsahuje výjimku z tohoto zacházení u pojištění, která zohledňují pohlaví, věk a zdravotní stav při stanovení výše pojistného a pojistného plnění. Obecnou zásadou je, že takové hledisko nesmí odporovat zásadě rovného zacházení podle jiného zákona, tedy zejména Ústavy ČR, Listiny základních práv a svobod nebo antidiskriminačního zákona. Reaguje se tím na rozhodnutí Soudního dvora EU ve věci C 236/09, který s účinností od 21. prosince 2012 zakázal použití pohlaví jako faktoru pro rozdílné stanovení výše pojistného



Ilustrační foto: Dreamstime.com

počítal. Právní domněnkou je zde i takový zájem na majetku jiné osoby, pokud osvědčí hrozbu přímé majetkové újmy, jež by mu bez jeho existence a uchování hrozila. Pojistný zájem se zde spojuje s osobou, která čerpá majetkový prospěch nebo výhodou z toho, že určitý majetek existuje a je uchovávan do budoucnosti, a vyjadřuje potřebu získat peněžitou sumu pro určitou eventualitu, jež sama buď vyvolá majetkovou potřebu, anebo uspokojení již existujících potřeb určité osoby nebo osob. Pojistným zájmem se tak vyjadřují zvláštní zásady a pravidla týkající se

důvodně lze očekávat jeho **pozdější vznik (§ 2763)**. V takovém případě pojistná smlouva není neplatná, ale pokud očekávaný pojistný zájem nevznikne, není pojistník povinen platit pojistné. Pojistiteli však bude náležet právo na přiměřenou odměnu, pokud tak ale bylo ujednáno.

Pojistný zájem může **zaniknout i později, tj. po uzavření pojistné smlouvy (§ 2765)**. V takovém případě pojištění zanikne okamžikem zániku pojistného zájmu a pojistiteli náleží pojistné až do okamžiku, kdy se o zániku pojistného zájmu dozvěděl.

U pojistné smlouvy zakládající soukromé pojištění je její začlenění do kodexu občanského práva zvláště důležité a i ze systematického hlediska logické, neboť se jedná o právní úpravu svou povahou obecně se dotýkající soukromého života lidí a provázející jej v úzkém sepětí.

a pojistného plnění. To ale neznamená, že hledisko pohlaví nelze jako rizikový faktor v pojištění používat vůbec. Více najdete na straně 11.

Promlčení

V části týkající se pojistné smlouvy nový občanský zákoník pouze stanoví, že „**k ujednání o zkrácení nebo prodloužení promlčecí lhůty se nepřihlíží.**“ Promlčení jako takové je obsahem § 609 až 653. Přímé pojištění se týká § 626, který stanoví, že „**u práva na pojistné plnění počne promlčecí lhůta běžet za jeden rok od pojistné události.**“ To platí i v případě, kdy poškozenému vzniklo přímé právo na pojistné plnění vůči pojistiteli, nebo v případě, kdy pojištěný uplatňuje vůči pojistiteli úhradu toho, co poškozenému poskytl při plnění povinnosti nahradit škodu nebo jinou újmu. Dále pak § 635, podle něhož se v **životním pojištění** právo na pojistné plnění promlčí za deset let a v **pojištění odpovědnosti** se právo na pojistné plnění promlčí nejpозději promlčením práva na náhradu škody nebo újmy, na kterou se pojištění vztahuje (např. § 636 a 637). Obecná promlčecí lhůta trvá podle § 629 tři roky, majetkové právo se promlčí nejpозději uplynutím deseti let ode dne, kdy dospělo, ledaže zákon zvláště stanoví jinou promlčecí lhůtu. Majetková práva člení nový občanský zákoník na absolutní (§ 976 a násl.), tj. taková, která působí vůči každému (např. věcná práva), a relativní (§ 1721 a násl.) vznikající ze závazků.

Povinná pojištění

U **povinných pojištění (§ 2779 až 2781)** nová právní úprava připouští použití obecné úpravy umožňující pojistiteli **odstoupit od smlouvy nebo vypovědět pojištění** pouze tehdy, pokud tak stanoví zákon, kterým se ukládá povinnost pojištění (§ 2781). Pokud tedy tyto zákony žádný takový rozsah neobsahují, bude odstoupení nebo výpověď takové smlouvy

ze strany pojistitele vyloučena. Smluvním stranám je však dána možnost ujednat si pro tyto případy zvláštní postih, podobně jako je tomu v současnosti v § 5 odst. 4 zákona o pojistné smlouvě.

Pojistné

Pojistnému je věnována poměrně obsáhlá pasáž (§ 2782 až 2787). Novinkou je ustanovení § 2783 odst. 2, které v případě splatnosti běžného pojistného, kdy nebylo ujednáno pojistné období, za ujednané pojistné období považuje období jednoho roku.

Nově bude mít pojistitel, s výjimkou povinného pojištění, právo **odečíst si od pojistného plnění** splatné pohledávky pojistného nebo jiné pohledávky z pojištění (§ 2787). Nepůjde tedy jako doposud jen o střet vzájemných pohledávek těchto osob, což odpovídá započtení, ale i o případy, kdy vzniká

z pojištění právo na pojistné plnění jiné osobě než dlužníkovi pojistného nebo jiných dluhů z pojištění.

Závěrem

Důvodová zpráva k návrhu nového občanského zákoníku uvádí, že současný zákon o pojistné smlouvě „vykazuje mimořádnou kvalitu“. Z tohoto důvodu se „přejímá do osnovy občanského zákoníku bez zásadních věcných změn, většinou jen se stylistickými a systematickými úpravami podřizujícími se celkové koncepci nového zákoníku a s několika drobnějšími upřesněními nebo změnami odstraňujícími některé dílčí nedomyšlenosti nebo inspirovanými zahraničními úpravami.“ To není v našem právním prostředí zase tak obvyklé. Pro příklady nakonec nemusíme chodit daleko. Jestliže je něco pro ekonomiku, potažmo pro podnikání, skutečně škodlivé, pak je to zejména nestabilita právního prostředí.

Popsaná problematika je složitá a pro pojišťovnictví zásadní. Dalším změnám se proto budeme věnovat v dalším čísle Pojistného obzoru, které vychází 15. června. ☒

Historický vývoj pojistné smlouvy

Historicky prošla tuzemská právní úprava pojistné smlouvy změnami, které odpovídaly zásadním změnám politicko-ekonomického vývoje. Prvorepublikový zákon o pojistné smlouvě č. 145/1934 Sb. z. a n. navazoval na dřívější rakouský zákon č. 501/1917 ř. z., jenž zůstal pro nové Československo platný na základě čl. 2 zákona č. 11 Sb. z. a n. K tomu více např. JUDr. Josef Horn, *Pojistné právo*, Praha, 1934, nebo Dr. Karel Hermann-Otavský, *Soukromé pojišťovací právo československé*, Praha, 1921. Přestože se jednalo o řešení provizorní, vyznačoval se zákon o pojistné smlouvě vysokou kvalitou. Tento zákon byl nahrazen v období tzv. „legislativy právnícké dvouletky“ zákonem č. 189/1950 Sb., o pojistné smlouvě, přijatým dne 21. prosince 1950 Národním shromážděním republiky Československé, který měl také formu samostatného zákona. Pojistné podmínky pro jednotlivé druhy

pojištění vydávalo Ministerstvo financí a vyhlášovalo je v příslušném úředním listě. Do občanského zákoníku byla úprava pojistné smlouvy zařazena při rekodifikaci občanského práva z r. 1964 (původně v § 349 a násl., později v § 788 a násl.), přičemž pojištění týkající se mezinárodního obchodu upravoval zákoník mezinárodního obchodu č. 101/1963 Sb. Úpravu pojištění obsahoval i zákon č. 109/1964 Sb., hospodářský zákoník. Pojistné podmínky a zákonná pojištění byly v podrobnostech upravovány minister-skými vyhláškami. I přes významnou novelizaci občanského zákoníku provedenou zákonem č. 509/1991 Sb. se úprava pojistné smlouvy postupem času ukázala jako nevyhovující. To vedlo k přijetí současného zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, který bude od 1. ledna 2014 nahrazen úpravou obsaženou v novém občanském zákoníku. ☒

Opět nepovedená novela!

JUDR. ZUZANA HLAVÁČKOVÁ
VEDOUcí ODDĚLENÍ LEGISLATIVY A EKONOMIKY
ČESKÁ ASOCIACE POJIŠŤOVEN

Přepracované znění bylo ČAP poskytnuto ministerstvem financí jako předkladatelem návrhu poté, co Legislativní rada vlády v srpnu 2011 přerušila projednávání původního návrhu novely a návrh vrátila předkladateli k dopracování.

Vše při starém

Novela zákona o pojišťovacích zprostředkovatelích je vzhledem ke svému významu v ohnisku zájmu celého pojistného trhu. I na stránkách tohoto periodika je právní úpravě zprostředkovatelské činnosti v pojištění, a to stávající i navrhované, věnována široká pozornost, přičemž prostor k vyjádření a sdělení stanovisek je pravidelně poskytován jak zástupcům pojišťoven a zprostředkovatelů, tak zástupcům předkladatele návrhu novely zákona či orgánu dohledu. Zdá se, že stejně tak mohutnou vlnu reakcí, jakou vzbudil již původní návrh novely, budí i přepracovaný návrh, neboť stejně rozsáhlé a zásadní jsou i připomínky pojišťoven k přepracovanému návrhu novely, které jsou v řadě případů obdobné jako připomínky k původnímu návrhu. V některých zásadních, ze strany pojišťoven již jednou připomínkových oblastech, nedoznal nový návrh prakticky žádných změn.

Za hranou užitečnosti

Je možné souhlasit s obecně deklarovanými prioritami, jež mají vést k dalšímu zlepšení činnosti pojišťovacích zprostředkovatelů a efektivnosti výkonu dohledu ČNB (např. posílení odpovědnosti za služby poskytované klientům, zvýšení odbornosti zprostředkovatelů, zajištění odpovídajícího rozsahu informací pro spotřebitele) a kterými je

obecně odůvodňována nutnost novelizace zákona. Otázkou zůstává, zda navrhovaná právní úprava v daných oblastech již nejde nad rozumnou a spravedlivě požadovanou úroveň a zda naopak ve svých důsledcích a při její pečlivé aplikaci nebude mít zejména na spotřebitele dopad naprosto opačný, spočívající například v jeho přehlcení množstvím poměrně vysoce odborných a podrobných informací.

Ze strany pojišťoven zazněla k návrhu novely řada připomínek, které byly prostřednictvím ČAP uplatněny. Lze však vyspecifikovat některé zásadní okruhy – shrnující stanoviska pojišťoven – jež jsou obecně vnímány v rámci pojistného trhu jako problémové oblasti návrhu a které budou (spolu s připomínkami k jednotlivým ustanovením zformovanými do konkrétních pozměňovacích návrhů) předmětem dalšího jednání s předkladatelem zákona a prosazovány v průběhu legislativního procesu.

Předčasnost novely

Návrh poměrně rozsáhlé novely nekorresponduje s legislativním vývojem na úrovni Evropské unie. Návrh novely směrnice o zprostředkování pojištění (tzv. směrnice IMD) by měl být zveřejněn již v březnu 2012, zároveň se také připravuje nová regulace prodeje produktů s investičním prvkem (tzv. PRIPIs). Přinejmenším v zájmu právní stability je logické vyčkat s přijetím tak zásadních změn v oblasti zprostředkování pojištění, které přináší návrh novely ministerstva financí, minimálně na zveřejnění návrhů uvedené regulace na úrovni EU. Jiný postup může ve svém důsledku znamenat opětovnou nutnost novelizace, jež s sebou přinese, mimo jiné, další náklady spojené s aplikací nové úpravy, a to nejen na straně pojišťoven, ale i v šedé oblasti subjektů včetně dohledu.

České asociaci pojišťoven byla k připomínkám zaslána pracovní verze návrhu zákona č. 38/2004 Sb. o pojišťovacích zprostředkovatelích a likvidátorech pojistných událostí. Novela znovu přináší řadu problematických pasáží.

Chybí hodnocení dopadů regulace RIA

Významným nedostatkem návrhu novely je skutečnost, že nebylo zpracováno hodnocení dopadů regulace (Regulatory Impact Assessment – RIA), nelze tedy přesně specifikovat reálně očekávané vysoké náklady pro pojišťovny, spojené s aplikací navrhovaných úprav, které ve svém důsledku ponese klient. Z uvedeného důvodu pak také nejsou známy např. ani náklady spojené s rozšířením pravomocí finančního arbitra pro řešení sporů z oblasti pojištění.



Ilustrační foto: Dreamstime.com

Rozpor se směrnicí IMD

Návrh je dle právního názoru odborníků z pojišťoven v řadě případů přímo v rozporu s platnou směrnicí IMD (např. neumožňuje spolupráci vázaných zástupců s více pojistiteli, umožňuje „registraci“ vázaného zástupce jiným PZ). V rozporu se směrnicí je i navrhované vymezení zprostředkovatelské činnosti, neboť definice zprostředkovatelské činnosti musí být jednotná ve všech

členských státech EU. Navržená právní úprava týkající se vázaných zástupců je v rozporu s jednotným evropským pasem a způsob jejich registrace odpovídá spíše „pseudozaměstnaneckému“ poměru. Návrh novely, v rozporu s článkem 2 odst. 3 směrnice IMD, počítá s významnou regulací činnosti pojišťoven a jejich zaměstnanců. Pokud by se úprava měla vůbec vybraných zaměstnanců týkat, tak je třeba ji zařadit do zákona o pojišťovnictví, včetně vymezení požadovaného rozsahu jejich odborných znalostí a dovedností.

Odpovědnost pojišťoven, správní delikty

Návrh novely přenáší na pojišťovny komplexně odpovědnost za činnost pojišťovacích zprostředkovatelů a spojuje ji i s neúměrnými finančními sankcemi. Návrh přitom nerespektuje, že pojišťovací zprostředkovatelé jsou samostatní podnikatelé a že odpovědnost pojišťovny by (v souladu se směrnicí) měla být omezena (u některých typů pojišťovacích zprostředkovatelů) jen za případnou škodu, která při výkonu jejich zprostředkovatelské činnosti vznikne. Nelze ponechat bez reakce navrhovaný princip nemožnosti pojišťoven zprostit se odpovědnosti za škody vzniklé z činnosti pojišťovacích zprostředkovatelů. Stejně tak nepřijatelný je navrhovaný rozsah správních deliktů zastoupeného, který zavádí princip trestání pojišťoven za skutkové podstaty deliktů spáchaných vázaným zprostředkovatelem. Nejenže takové delikty a chování pojišťovacích zprostředkovatelů jen těžko může pojišťovna ovlivnit, zejména však deliktní odpovědnost nelze právně takovýmto způsobem na zastoupeného přenášet. V této souvislosti je třeba poznamenat, že návrh novely pojišťovnám ukládá rozsáhlé povinnosti spojené se sankcemi, ale nezakládá prakticky žádná práva, zejména pokud jde o možnost podrobně ověřit „dobrou pověst“ pojišťovacího zprostředkovatele, a tím ochránit klienty.

Informační povinnost, ochrana spotřebitele

Návrh novely, veden snahou o zvýšení ochrany spotřebitele, však také přináší neúměrně vysoké množství nových

informačních povinností, které lze prakticky jen obtížně ve prospěch spotřebitele naplňovat a jež mohou spotřebitele „zahltit“. Kromě výše uvedeného je však zapracování problematiky informačních povinností souvisejících s pojištěním do návrhu předmětné novely v rozporu s připravovanou směrnicí Solvency II, jež plnění informačních povinností ukládá pojišťovně.

Rozšíření působnosti finančního arbitra

S návrhem je spojena i novela zákona o finančním arbitrovi. Nelze souhlasit s rozšířením působnosti finančního arbitra i na ob-

obsahuje celou řadu terminologických nepřesností, zavádí zbytečně nové pojmy, které však nedefinuje, zcela právně nepřipustně zapracovává právní úpravu podmínek důvěryhodnosti tím, že podmínky důvěryhodnosti nestanovuje taxativně. V předloženém návrhu absentuje uvedení data jeho účinnosti, což znamená nejistotu, zda předkladatel zohledňuje či počítá s potřebnými technickými a časovými aspekty realizace navrhovaných změn v oblasti registrace zprostředkovatelů, úprav pojistných produktů životního pojištění, nastavení informačních systémů pojišťoven, změn smluv se zprostředkovateli apod. Také považujeme za nutné znovu zopakovat, že není přípustné, aby novela zákona byla „testem“ pro nový zákon o distribuci

Otázkou zůstává, zda navrhovaná právní úprava v daných oblastech již nejde nad rozumnou a spravedlivě požadovanou úroveň a zda naopak ve svých důsledcích a při její pečlivé aplikaci nebude mít zejména na spotřebitele dopad naprosto opačný.

last pojištění. Evropská komise nedávno zveřejnila návrh směrnice k alternativnímu řešení sporů, která ukládá členským státům povinnost zajistit možnost a přístup spotřebitelů k alternativnímu řešení sporů vyplývajících ze smluvních ujednání o prodeji zboží a poskytování služeb na jednotném trhu. V rámci Evropy fungují různé formy institucionalizace takového subjektu, včetně řešení sektorového. Pojišťovací sektor (pojišťovnictví jako takové) je poměrně široká a komplikovaná činnost a obor, jehož zájemem je, aby případné spory byly formou mimosoudního řešení rozhodovány profesionálně (se všemi pozitivními významy pojmu „profesionální“). S ohledem na uvedené je výhodnější formou řešení mimosoudních sporů v oblasti pojišťovnictví odborná platforma sektorového „ombudsmana“.

Pojišťovnictví není pokusný králík

Nad rámec výše naznačených problémových oblastí lze dále konstatovat, že obecně návrh zákona ne zcela respektuje změny, které přináší nový občanský zákoník,

na finančních trzích (jež má být dle plánu Legislativních prací vlády na rok 2012 předložen vládě v červnu 2012). Novela zákona měla být v daném časovém období, v souladu s původními záměry, koncipována jako novela přinášející dílčí změny, nikoli změny komplexní, systémové a zásadní.

Špatné načasování

Na úplný závěr je vhodné připomenout, že dne 1. 1. 2014 má nabýt účinnosti novela zákona o pojišťovnictví, kterou bude implementována směrnice Solvency II, ke stejnému datu má nabýt účinnosti nový občanský zákoník, jenž sám o sobě představuje zásadní změnu v oblasti soukromoprávních předpisů. Pojišťovny budou muset věnovat aplikaci obou norem enormní úsilí a náklady. Ve spojení s již zmiňovanou předčasností této rozsáhlé úpravy zprostředkovatelské činnosti pak nelze než konstatovat, že čistě z tohoto hlediska je načasování předložení návrhu novely ne zcela šťastné. ☒

Zákon o trestní odpovědnosti právnických osob v kontextu pojišťovnictví

ING. JAROSLAV MESRŠMÍD, CSC.
SPECIALISTA LEGISLATIVNÍ SEKCE
ČESKÁ ASOCIACE POJIŠŤOVEN

Ve Sbírce zákonů byl pod číslem 418/2011 vydán zákon o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim. Byl projednáván delší než obvyklou dobu vzhledem k tomu, že vyvolával i koncepční otázky, zda patří do právního řádu, neboť se prý mimo jiné popírá vazba mezi pachatelem a trestem. Nakonec převážil důvod zákon přijmout s ohledem na existující závazky ČR z mezinárodních smluv a právních předpisů EU. Tento zákon vyvolal nutnost změn 49 platných zákonů, které byly provedeny zákonem č. 420/2011 Sb., o změně některých zákonů v souvislosti s přijetím zákona o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim. Jelikož se částečně změnil i zákon o pojišťovacích zprostředkovatelích a likvidátorech pojistných událostí a zákon o pojišťovnictví, tak je účelné se o těchto změnách stručně zmínit.

I. Změna zákona o pojišťovacích zprostředkovatelích a likvidátorech pojistných událostí

Změna výše uvedeného zákona je obsažena v ČÁSTI TŘICÁTÉ Čl. XXXVII zákona č. 420/2011 Sb.

1. Důvěryhodnost fyzických osob

§ 19 odst. 1 písm. a) nově upravuje, že důvěryhodnou je pouze ta fyzická osoba, která nebyla pravomocně odsouzena pro trestný čin proti majetku, pro trestný čin hospodářský nebo pro jiný úmyslný trestný čin, nebo jejíž odsouzení pro tyto trestné činy bylo zahazeno nebo se na ni z jiného důvodu hledí, jako by nebyla odsouzena (podmínka bezúhonnosti). To značí, že byla vypuštěna časová lhůta „10 let“, tj. že nebyla odsouzena v posledních 10 letech předem podání žádosti.

Z důvodové zprávy plyne, že je záměrem předkladatele, aby právní úprava byla v souladu se zákonem o pojišťovnictví a se směrnicí Evropského parlamentu a Rady 2002/92/ES ze dne 9. prosince 2002 o zprostředkování pojištění. Stojí za to si připomenout, a to i vzhledem k tomu, že do konce března 2012 má být zveřejněna tzv. revize této směrnice, že její příslušný článek 4 odst. 2 zní: „Zprostředkovatelé pojištění a zajištění musí mít dobrou pověst. Minimálně nesmějí mít záznam v trestním rejstříku nebo jiném vnitrostátním ekvivalentu, pokud jde o závažné trestné činy proti majetku nebo související s činnostmi ve finanční oblasti, a neměly by se dostat do úpadku, ledaže byly rehabilitovány v souladu s vnitrostátními právními předpisy.“

Je zřejmé, že ve výše uvedeném článku není časové omezení. Směrnice ovšem členským

Za důvěryhodnou právnickou osobu se pokládá taková osoba, která nebyla pravomocně odsouzena pro trestný čin (podmínka bezúhonnosti).

bezúhonnosti fyzických osob, nikoli právnických osob, a byla tedy provedena nad rámec potřeby vyplývající ze zákona č. 420/2011 Sb. Další změny se týkají již jen právnických osob.

2. Důvěryhodnost právnických osob

Zde je již přímá vazba na přijetí zákona o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim. V **§ 20 odst. 1** bylo doplněno nové písm. a), což znamená, že za důvěryhodnou právnickou osobu se pokládá taková osoba, která nebyla pravomocně odsouzena pro trestný čin (podmínka bezúhonnosti). Dosavadní tři podmínky pro splnění důvěryhodnosti uvedené v odst. 1 zůstávají v platnosti.

Zákon nově upravuje v **§ 27 nových odst. 10 až 12**, jak se dokládá bezúhonnost v případě právnické osoby se sídlem mimo území České republiky. Podstata této úpravy je v tom, že

Přijetí zákona o trestní odpovědnosti právnických osob vyvolalo nutnost změn 49 zákonů včetně zákona č. 277/2009 Sb. a zákona č. 38/2004 Sb.

státům nezakazuje, aby příslušnou lhůtu stanovily.

Zákon je sice přijat, ale přesto má smysl si položit minimálně otázku, zda patřičné stanovení lhůty je možné. S přihlédnutím k dosavadní praxi v ČR i srovnatelnému německému zákonu „Gesetz zur Neuregelung des Versicherungsvermittlerrechts“ (zákon o nové právní úpravě pojišťovacích zprostředkovatelů; č. 63 Bundesgesetzblatt z 22. 12. 2006, strana 3232) se jeví, že případné stanovení lhůty by nemělo být v rozporu se směrnicí. Například v uvedeném německém zákoně se uvádí, že „spolehlivost je splněna tím, že žadatel nebyl v posledních 5 letech trestán.“ Mimocho-dem je třeba zdůraznit, že tato změna se týká

bezúhonnost se prokazuje dokladem obdobným výpisu z rejstříku trestů vydaným státem, ve kterém daná právnická osoba působila tak, že zde měla své sídlo nebo vykonávala svoji činnost nebo zde měla svůj majetek, jakož i státy, ve kterých v posledních 3 letech přede dnem, ke kterému se prokazuje bezúhonnost, působila nepřetržitě po dobu více než 3 měsíců. Jestliže výše uvedený stát nebo státy nevydávají takový doklad, považuje se za rovnocenný doklad o bezúhonnosti doklad vydaný příslušným soudem nebo správním úřadem nebo, není-li to možné, tak pak i místopřisežené prohlášení nebo čestné prohlášení učiněné před příslušným soudem nebo správním úřadem anebo před notářem.

II. Změna zákona o pojišťovnictví

Změna výše uvedeného zákona je provedena v ČÁSTI ČTYŘICÁTÉ OSMÉ Čl. LX zákona č. 420/2011 Sb.

V zákoně o pojišťovnictví se doplňují na základě přijetí zákona č. 420/2011 Sb. podmínky důvěryhodnosti právnických osob. Konkrétně v § 9 odst. 1 přibyla podmínka, že za důvěryhodnou právnickou osobu se pokládá ta osoba, která nebyla odsouzena pro trestný čin.

Pokud jde o prokazování bezúhonnosti, tak podle § 11 nového odstavce 4 je dokladem bezúhonnosti tuzemské právnické osoby a zahraniční právnické osoby výpis z rejstříku trestů, jestliže tato osoba v posledních třech letech přede dnem, ke kterému se prokazuje bezúhonnost, působila v ČR tak, že zde měla sídlo nebo alespoň vykonávala svoji činnost nebo zde měla svůj majetek nepřetržitě po dobu více než 3 měsíců. V navazujících nových odstavcích 5 a 6 je především uvedeno, že zahraniční právnická osoba prokazuje bezúhonnost také doklady obdobnými výpisu z rejstříku trestů vydanými státem, ve kterém daná právnická osoba působila tak, že

zde měla své sídlo nebo vykonávala svoji činnost nebo zde měla svůj majetek, jakož i státy, ve kterých v posledních 3 letech přede dnem, ke kterému se prokazuje bezúhonnost, působila nepřetržitě po dobu více než 3 měsíců. Jestliže stát nevydává takové doklady, připadá v úvahu jako u fyzických osob doklad od příslušného soudu nebo správního úřadu a nevydávající-li jej, tak i místopřísežné prohlášení.

Tato novela zákona o pojišťovnictví je již v pořadí třetí od nabytí jeho účinnosti, tj. od 1. 1. 2010. ☒

Rozhodnutí Soudního dvora EU: Jaký bude postup pojišťoven?

ING. JAROSLAV MESRŠMID, CSC.
SPECIALISTA LEGISLATIVNÍ SEKCE
ČESKÁ ASOCIACE POJIŠŤOVEN

Rozhodnutí Soudního dvora EU, kterým se zavádí zásada rovného zacházení s muži a ženami v přístupu ke zboží a službám a jejich poskytování, se bude týkat jen nových smluv, tj. smluv uzavřených od 21. 12. 2012.

Podstata rozsudku

Převratnou událostí v pojišťovnictví se stal nesporně rozsudek Soudního dvora EU (věc C 236/09), jenž se týká 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 (dále jen „směrnice“). Soudní dvůr dne 1. března 2011 rozhodl, že článek 5 odst. 2 dané směrnice je neplatný od 21. 12. 2012. Znění tohoto odstavce v podstatě vyjadřuje, že členské státy mohou rozhodnout o povolení přiměřených rozdílů ve výši pojistného a pojistného plnění u jednotlivých pojištěnců, je-li pohlaví určujícím faktorem při hodnocení rizika založeném na příslušných a přesných pojistně-matematických a statistických údajích. Jeho zrušením se vlastně zakazuje využívat pro zmíněný účel rozdílů v pohlaví, takže je nutno dále počítat například se stejným pojistným pro muže i ženy. Není bez zajímavosti, že Soudní dvůr EU sice v odůvodnění rozsudku uznává možnost výjimky, ale zásadně mu vadí, že výjimka v článku 5 odst. 2 směrnice není časově omezena.

Reakce na rozsudek

Po zveřejnění rozsudku se objevila, a to nejen ze strany pojišťoven, řada reakcí, které poukazovaly zvláště na tu skutečnost, že situace mužů a žen jsou v pojištění z rizikového hlediska odlišné, takže by s nimi nemělo být zacházeno z hlediska pojistného a pojistného plnění stejně. Respektování odlišností nelze pokládat za diskriminaci. V samotném rozsudku Soudního dvora EU se v bodě

Aktuální a objektivní údaje jsou obsaženy například v tiskovém sdělení CEA (Comité Européen des Assurances) ze dne 7. 12. 2011. U mužů dojde ke snížení příjmů z anuit o 5 %. Ženy musí počítat s nárůstem pojistného u rizikového životního pojištění o 30 % a více. Mladé řidičky musí v případě pojištění motorových vozidel počítat s nárůstem pojistného o 11 % a více. CEA však upozorňuje, že nejde jen o konkrétní dopady na příslušné spotřebitele. Jde též o společenské

Každý členský stát EU musí promítnout důsledky zrušení čl. 5(2) směrnice 2004/113/ES do svého práva s účinností před 21. 12. 2012.

28 uvádí, že podle ustálené judikatury Soudního dvora obecná zásada rovného zacházení vyžaduje, aby se srovnatelnými situacemi nebylo zacházeno odlišně a s odlišnými situacemi stejně, není-li takové zacházení objektivně odůvodněno. Další skupina zpráv, informací či studií se dotýkala zejména ekonomických dopadů rozhodnutí Soudního dvora EU na klienty pojišťoven.

a sociální dopady. Lze mj. předpokládat snížení motivace ke sjednávání dotčených pojištění.

Do třetí skupiny reakcí lze zařadit právní otázky. Pokud to zjednoduším, tak jde zejména o to, zda se rozhodnutí Soudního dvora EU týká pouze nových pojistných smluv, tj. uzavřených od 21. 12. 2012, nebo zda jde o retroaktivitu. I když příslušné generální ředitelství Evropské komise neoslovily

výše uvedené průkazné argumenty ohledně koncepčního přístupu k diskriminaci a k dopadům na pojistné kvůli zavedení tarifu unisex, tak na právní otázky reagovala EK vstřícně a přislíbila vydat do konce roku 2011 příslušný výklad. Tento závazek splnila; dne 13. 1. 2012 bylo v Úředním věstníku EU zveřejněno příslušné Sdělení Evropské komise (EK) pod č. 2012/C 11/01.

Hlavní zásady pro aplikaci v praxi

Výše uvedené Sdělení EK má název „Pokyny k uplatňování směrnice Rady 2004/113/ES v pojišťovnictví s ohledem na rozsudek Soudního dvora Evropské unie ve věci C-236/09 (Test-Achats).“ Tyto „Pokyny“ se týkají zejména článku 5(1) směrnice 2004/113/ES, který zní: „Členské státy zajistí, aby ve **všech nových smlouvách** uzavřených nejpozději po 21. prosinci 2007 nevedlo použití pohlaví jako faktoru při výpočtu výše pojistného a pojistného plnění pro účely pojištění a souvisejících finančních služeb u jednotlivých pojištěnců k rozdílu ve výši pojistného a v pojistném plnění.“

První dva ze základních závěrů EK potvrzují, že článek 5(1) se použije bez výjimky od 21. 12. 2012 a pouze na nové smlouvy. Jinými slovy řečeno, na pojistné smlouvy uzavřené od 21. 12. 2012 se pravidlo unisex použije bez výjimky. EK tak zachovala kontinuitu se směrnicí, neboť v jejím článku 5(1) je tento pojem nové smlouvy použit obdobně. Byla si však vědoma významu rozlišení mezi existujícími a novými pojistnými smlouvami, a to z důvodu právní jistoty a též nutnosti zabezpečit naplnění cíle směrnice, který je formulován v bodě 18 preambule, tj. zabránit náhlé změně na trhu omezením aplikace pravidla unisex na nové smlouvy.

Navazující závěry obsažené ve Sdělení ponechávám vzhledem k jejich důležitosti v plném znění:

„11. Pravidlo stejného přístupu k oběma pohlavím se tak podle čl. 5 odst. 1 uplatní vždy, když a) se uzavírá smluvní dohoda, která vyžaduje vyjádření souhlasu všech stran, včetně změny stávající smlouvy; a b) k poslednímu vyjádření souhlasu smluvní strany, jež je nezbytné pro uzavření uvedené dohody, dojde po 21. prosinci 2012.“

12. Následující případy by se tak měly považovat za nové smluvní dohody, a měly by proto splňovat pravidlo stejného přístupu k oběma pohlavím:

a) smlouvy uzavřené poprvé po 21. prosinci 2012. Nabídky podané před 21. prosincem

2012, ale přijaté po uvedeném datu proto budou muset splňovat pravidlo stejného přístupu k oběma pohlavím;

b) dohody mezi stranami uzavřené po 21. prosinci 2012 o prodloužení smluv uzavřených před tímto dnem, které by jinak skončily.

13. Naopak následující případy by neměly být považovány za nové smluvní dohody:

a) automatické prodloužení již existující smlouvy, pokud nebylo v určité lhůtě podáno žádné oznámení, např. oznámení o výpovědi, jako důsledek podmínek dřívější smlouvy;

b) úpravy jednotlivých prvků stávající smlouvy, jako např. změna pojistného na základě předem definovaných ukazatelů, kde se nepožaduje souhlas pojistníka;

c) situace, kdy si pojistník sjedná doplňkové nebo následné pojištění, jejichž podmínky byly předem dohodnuty ve smlouvách uzavřených před 21. prosincem 2012, pokud jsou tato pojištění aktivována jednostranným rozhodnutím pojistníka;

d) pouhý převod pojistného portfolia z jednoho pojistitele na druhého, který by nezměnil status smluv zahrnutých do tohoto portfolia.“

Výše uvedené závěry podávají celou řadu vysvětlení a mohou být přínosem pro praxi. Jde například o odst. 13 písm. a) a b). Pokud jde o odst. 13 písm. c), lze možná připustit, že využitelnost v praxi bude omezená vzhledem k nízké četnosti takových případů. Kromě toho je nutno zdůraznit, že výčet případů v odst. 12 a 13 není taxativní; je zpracován formou příkladů a jistě se najdou situace z praxe, jež nejsou popsány či na něž není reagováno.

Činnosti, které jsou nadále možné

Článek 5(1) směrnice zakazuje rozdíly v pojistném a pojistném plnění z důvodu použití pohlaví jako faktoru při kalkulaci pojistného nebo pojistného plnění. To však podle Sdělení neznamena zákaz použití pohlaví jako rizikového faktoru obecně. Je povoleno při kalkulaci pojistného a pojistného plnění na agregátní úrovni, pokud to nevede k diferenciaci na individuální úrovni. I po rozhodnutí ve věci Test-Achats zůstává tudíž možné shromažďovat, uchovávat a používat rozlišování pohlaví nebo informace vztahující se k pohlaví v těchto oblastech:

▪ **výpočet rezerv a vnitřní stanovování cen:** pojistitelé mohou nadále shromažďovat údaje o pohlavní identitě a používat je pro interní

posuzování rizik, zejména pro výpočet technických rezerv v souladu s pravidly pro solventnost atd.;

▪ **stanovení cen zajištění:** je možné používat rozlišování pohlaví při stanovování zajištění, pokud to nevede k diferenciaci podle pohlaví na individuální úrovni;

▪ **marketing a reklama:** je možná například cílená reklama buď na muže, nebo na ženy. V této souvislosti je vhodné citovat přímo článek 3(3) směrnice, který zní: „3. Tato směrnice se nevztahuje na obsah sdělovacích prostředků a reklamy ani na vzdělávání.“;

▪ **upisování životního a zdravotního pojištění:** nicméně kromě pohlaví existují i jiné rizikové faktory, například zdravotní stav nebo rodinná anamnéza, na jejichž základě je diferenciaci možná a pro jejichž posuzování musí pojistitel brát v úvahu status pohlaví, a to ve světle fyziologických rozdílů mezi muži a ženami.

Pro praxi pojišťování může být přínosem, že EK je toho názoru, že – za podmínek článku 4(5) směrnice – zůstává pro pojistitele možným nabídnout specifické (pro pohlaví) pojistné produkty (nebo opce v rámci pohlaví) a pojistit „podmínky“, které se výlučně nebo v hlavní míře týkají mužů nebo žen. Tato možnost je nicméně vyloučena pro těhotenství a mateřství ve světle specifického sociálního mechanismu vytvořeného článkem 5(3) směrnice.

Závěr

Ve Sdělení je obsažena též aplikační instrukce, že členské státy EU musí vyvodit důsledky z rozhodnutí ve věci Test-Achats a upravit svoji legislativu před 21. 12. 2012 za účelem garantovat aplikaci pravidla unisex pojistiteli, jak to vyžaduje zmíněný rozsudek Soudního dvora EU. V případě České republiky to znamená změnu minimálně zákona o pojišťovnictví a zákona o pojistné smlouvě.

Na úplný závěr bych chtěl upozornit, že podle článku 16 směrnice by EK měla zpracovat zprávu obsahující posouzení stávajících postupů členských států ve vztahu k článku 5, pokud jde o používání pohlaví jako faktoru při výpočtu výše pojistného a pojistného plnění. V článku 16 se rovněž zmiňuje, že EK „případně ke zprávě připojí návrhy na změnu směrnice.“ Zpráva měla být po odkladech předložena do konce roku 2011, ale nestalo se tak. Tento úkol je prý odsunut až na rok 2014. Obdobná zpráva se ovšem připravuje v Evropském parlamentu. Je však otázkou, zda a jak se poslanci vrátí i k článkům 5(1) a 5(2) směrnice. ☒

Plán legislativních prací vlády ČR na rok 2012

REDAKCE
POJISTNÝ OBZOR

Vláda ČR schválila na svém zasedání 14. prosince 2011 plán legislativních prací vlády na rok 2012. Jaké jsou ty nejdůležitější právní předpisy týkající se pojišťovnictví?

Legislativní práce musí mít a také mají kontinuitu. Například s příslušným plánem na rok 2011 vláda schválila též výhled legislativních prací na léta 2012 až 2014. Je tedy jasné, že plán na rok 2012 obsahuje řadu návrhů, jež byly obsaženy ve zmíněném výhledu, ale také celou řadu nových návrhů.

Charakteristika plánu

Plán vychází především z programového prohlášení vlády a z legislativních závazků České republiky k Evropské unii. Při globální charakteristice plánu lze uvést, že i když v uplynulém roce byla přijata řada významných zákonů, například k důchodové reformě a reformě zdravotnictví, tak se nejvíce, že by legislativní aktivita měla nějak v roce 2012 polevit. Předpokládá se totiž projednání návrhů dalších reformních zákonů, jako například návrhu zákona o zdravotních pojištovnách, návrhu další novely zákona o veřejném zdravotním

plánu na rok 2012 opět **návrh zákona, kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím nového OZ.**

Pojišťovnictví

Pokud jde o pojišťovnictví, tak vládě má být (nejdříve) v červnu 2012 předložen **návrh novely zákona o pojišťovnictví**, kterým má být implementována rámcová směrnice 2009/138/ES Solventnost II. Pracovní verze návrhu novely byla regulátorem – ministerstvem financí – v zásadě dokončena ve čtvrtém čtvrtletí 2011 za součinnosti České

dohled nad všemi druhy finančních služeb a jejich zprostředkování. Samozřejmě, že nebude možné pominout, že například regulace zprostředkovatelské činnosti v pojišťovnictví je dána směrnicí Rady a Evropského parlamentu 2002/92/ES ze dne 9. prosince 2002 o zprostředkování pojištění.

Další návrhy právních předpisů

Pojišťovnictví a pojištění se bude pochopitelně dotýkat řada dalších návrhů právních

Plán vlády na rok 2012 zahrnuje i návrh zákona o dohledu nad finančním trhem a návrh zákona o distribuci finančních služeb.

národní banky a České asociace pojišťoven v rámci tzv. projektu Solventnost II. Zmínka o projednání ve vládě nejdříve v červnu 2012 je odůvodněna tím, že v tomto případě je úzká vazba mezi tuzemským legislativním procesem a projednáváním implementačních opatření v orgánech EU. Zvláště se jedná o návrh směrnice Omnibus II, kterou se mimo jiné mění rámcová směrnice Solventnost II. Zvláštní pozornost si také zaslouží **návrh zákona o dohledu nad finančním trhem a návrh věcného záměru zákona o některých podmínkách nabízení, zprostředkování a poskytování finančních služeb a o finančním poradenství (zákon o distribuci finančních služeb)**. V těchto případech nepůjde o implementaci konkrétních právních aktů EU s obdobnými názvy, které nejsou k dispozici, ale spíše o realizaci tuzemského záměru položit stejný právní základ pro

předpisů počínaje daněmi a konče sociálním zabezpečením, kde se počítá mimo jiné s předložením návrhu **zákona o dlouhodobě zdravotně sociální péči a návrhu věcného záměru zákona o rehabilitaci osob se zdravotním postižením**. Bude zajímavé, zda tyto návrhy otevřou prostor pro soukromé pojištění či umožní participaci soukromého pojištění na řešení těchto významných celospolečenských otázek. Pozornost bude třeba věnovat též **návrhu věcného záměru zákona o dobrovolnictví či návrhu novely zákona o některých podmínkách podnikání a o výkonu některých činností v oblasti cestovního ruchu**.

Kompletní návrh plánu legislativních prací vlády na rok 2012 lze nalézt na www.vlada.cz, v rubrice „Důležité dokumenty“.



Ilustrační foto: www.vlada.cz

pojištění. Jedním z klíčových úkolů návrhu plánu legislativních prací v roce 2011 byl bezesporu návrh nového občanského zákoníku, který byl počátkem roku 2012 dodán k posouzení do Senátu Parlamentu ČR. V návaznosti na občanský zákoník je významným prvkem

Novinky z legislativy

OBDOBÍ 1. 11. 2011 DO 31. 1. 2012.

MGR. EVA KOZOJEDOVÁ

PŘEDSEDKYNĚ ČESKÉ SEKCE MEZINÁRODNÍHO SDRUŽENÍ PRO POJISTNÉ PRÁVO (AIDA)



Foto: archiv autorky

Mgr. Eva Kozojedová

1. Vyhláška č. 327/2011 Sb., o údajích poskytovaných v souvislosti s provozem lodě a ve zprávách a oznámeních o námořní nehodě nebo mimořádné události, o minimální výši sjednaného pojištění za škody z provozu lodě a o změně vyhlášky Ministerstva dopravy a spojů č. 278/2000 Sb., o námořním rejstříku a dokladech námořních plavidel. **Účinnost 1. 1. 2012.**

2. Zákon č. 351/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 513/1991 Sb., obchodní zákoník, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony. Nově se neuvádí rodná čísla osob na výpisu z obchodního rejstříku ani v Obchodním věstníku, jsou však nadále do obchodního rejstříku zapisována. Ruší se povinnost ukládat do sbírky listin obchodního rejstříku podpisové vzory osob oprávněných jednat jménem právnické osoby; podpisové vzory uložené do sbírky listin před účinností této novely mají rejstříkové soudy povinnost na žádost osoby, které se to týká, odstranit. **Účinnost 1. 1. 2012.**

3. Vyhláška č. 359/2011 Sb., o základním registru územní identifikace, adres a nemovitostí. **Účinnost 1. 1. 2012.**

4. Zákon č. 361/2011 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s úspornými opatřeními v působnosti Ministerstva práce a sociálních věcí. Předchozí téměř identický zákon č. 347/2010 Sb. byl nálezem Ústavního soudu zrušen z důvodu procedurálního pochybení při jeho přijímání. Aby byla zajištěna kontinuita úsporných opatření, bylo nutné zákon přijmout znovu.

Účinnost 1. 1. 2012.

5. Zákon č. 365/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony. Tato právní úprava by měla přinést větší volnost smluvních stran a zvýšení motivace zaměstnavatelů na vytváření nových pracovních míst. Novela mj. mění pravidla pro řetězení pracovních smluv na dobu určitou, zavádí nový výpovědní důvod v souvislosti s nedodržením povinnosti zdržovat se v místě pobytu při pracovní

neschopnosti, mění pravidla čerpání dovolené za předcházející kalendářní rok, prodlužuje maximální zkušební dobu pro vedoucí zaměstnance nebo stanoví nárok na odstupné při výpovědi z organizačních důvodů v závislosti na době trvání pracovního poměru. Dále snižuje minimální hranici peněžitého vyrovnání u konkurenční doložky, a to na polovinu průměrného výdělku za každý měsíc plnění závazku. U zaměstnanců činných na základě dohody o provedení práce se zavádí účast na nemocenském pojištění, dosáhnou-li započitatelný příjem z této činnosti více než 10 000 Kč. **Účinnost 1. 1. 2012.**

6. Zákon č. 370/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 235/2004 Sb., o dani z přidané hodnoty, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony. **Účinnost 1. 1. 2012, část 1. 1. 2013.**

7. Vyhláška č. 379/2011 Sb., o stanovení výše základních sazeb zahraničního stravného pro rok 2012. **Účinnost 1. 1. 2012.**

8. Vyhláška č. 387/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 3/2008 Sb., o provedení některých ustanovení zákona č. 151/1997 Sb., o oceňování majetku a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, (oceňovací vyhláška), ve znění pozdějších předpisů.

Účinnost 1. 1. 2012

9. Vyhláška č. 401/2011 Sb., o stanovení vzoru formuláře návrhu na zahájení řízení o povolení vkladu do katastru nemovitostí. Vyhláška stanoví vzor formuláře návrhu na vklad do katastru nemovitostí. Použití formuláře je povinné od 1. 1. 2013. **Účinnost část 1. 1. 2012.**

10. Vyhláška č. 414/2011 Sb., o náležitostech formulářů na podávání návrhů na zápis do obchodního rejstříku. Nově vyhláška neobsahuje vzory formulářů, pouze jejich náležitosti. Závazná podoba formulářů bude zveřejňována pouze na internetových stránkách Ministerstva spravedlnosti, což umožní jejich pružnější změny.

Účinnost 1. 1. 2012.

11. Zákon č. 418/2011 Sb., o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim.

Zavádí se nová koncepce trestněprávní odpovědnosti právnických osob, když se stanoví pravidla přičitatelnosti spáchání trestného činu právnické osobě v případě jednání vyjmenovaných osob (orgány právnické osoby, osoby vykonávající řídicí nebo kontrolní činnost, zaměstnanci atd.) jménem právnické osoby nebo v jejím zájmu. Trestní odpovědnosti právnické osoby nebrání, nepodaří-li se zjistit, která konkrétní fyzická osoba takto jednala. Stanoví se druhy trestů, které lze za spáchání v zákoně vyjmenovaných trestných činů uložit. Trestní odpovědnost právnické osoby přechází na všechny její právní nástupce. Více informací naleznete na stránce 10.

Účinnost 1. 1. 2012.

12. Zákon č. 426/2011 Sb., o důchodovém spoření. Důchodová reforma, která zavádí tzv. II. pilíř důchodového zabezpečení umožňující vyvázat část pojistného na důchodové pojištění z I. pilíře a tyto prostředky společně s povinně účastníkem hrazenými dalšími prostředky vložit do II. pilíře. Účast na důchodovém spoření je dobrovolná, a to pro osoby starší 18 let. Jednou učiněné rozhodnutí účastnit se důchodového spoření je závazné a již jej nelze měnit.

Účinnost 1. 1. 2013, část 1. 1. 2012.

13. Zákon č. 427/2011 Sb., o doplňkovém penzijním spoření. Právní úprava reformuje stávající III. pilíř důchodového zabezpečení. Upravuje doplňkové penzijní spoření u penzijní společnosti, v němž bude možné investovat prostředky podle individuálně zvolené penzijní strategie. Podpora ze strany státu ve formě státního příspěvku a daňových výhod zůstává zachována. Dále stanoví mj. podmínky pro tzv. transformaci stávajících penzijních fondů. Majetek současných penzijních fondů bude oddělen od majetku účastníků. Prostředky účastníků a jim odpovídající aktiva budou převedena do transformovaného fondu spravovaného penzijní společností, která bude po získání potřebných povolení nástupcem penzijního fondu.

Zavedením doplňkového penzijního spoření dochází k uzavření stávajícího systému penzijního připojištění se státním příspěvkem. Nové smlouvy na penzijní připojištění nemohou být dále uzavírány. Stávající účastníci mohou buď setrvat v tzv. transformovaném fondu, anebo dobrovolně přejít do nového doplňkového penzijního spoření. **Účinnost 1. 1. 2013, část 28. 12. 2011, 28. 6. 2012 a 1. 1. 2014.**

14. Vyhláška č. 429/2011 Sb., o změně sazby základní náhrady za používání silničních motorových vozidel a stravného a o stanovení průměrné ceny pohonných hmot pro účely poskytování cestovních náhrad. **Účinnost 1. 1. 2012.**

15. Zákon č. 367/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony. Provádí se změny směřující k zjednodušení prokazatelnosti nelegální práce. Za nelegální práci se nově považuje i výkon závislé práce na základě smlouvy mimo pracovněprávní vztah. Zároveň se zvyšují sankce za porušení v této oblasti (minimální výše u právnických osob činí 250 000 Kč). Rozšiřuje se a zpřesňuje úprava pojištění agentur práce obsažená v § 58a. Zároveň se úpravou zákona č. 118/2000 Sb. vylučuje souběh poskytování prostředků na nevyplacené mzdové nároky u zaměstnanců, kteří byli

uspokojeni z pojištění agentury práce sjednaného podle § 58a zákona o zaměstnanosti.

Účinnost 1. 1. 2012.

16. Zákon č. 470/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony. Rozšiřuje se okruh nemocensky pojištěných osob např. u některých členů kolektivních orgánů, likvidátorů a vedoucích organizačních složek. **Účinnost 1. 1. 2012.**

17. Úřední sdělení České národní banky ze dne 27. 12. 2011 k posuzování auditora banky, družstevní záložny, pojišťovny a zajišťovny Českou národní bankou. ☒

Základy pojišťovnictví

SEMESTRÁLNÍ STUDIUM

Česká asociace pojišťoven zahájila dne **1. března 2012** nový vzdělávací program „Základy pojišťovnictví“.

Studium je určeno pro všechny pracovníky, kteří působí v pojistném sektoru. Jeho absolvent získá kompletní informace o základních principech a procesech fungujících v oblasti pojišťovnictví, včetně právních základů.

Cílem studia je příprava kvalifikovaných odborníků, kteří mají konkrétní znalosti a dovednosti potřebné pro zajištění odborných činností v pojišťovnictví.

Lektoři: odborníci z praxe – zástupci členských pojišťoven ČAP

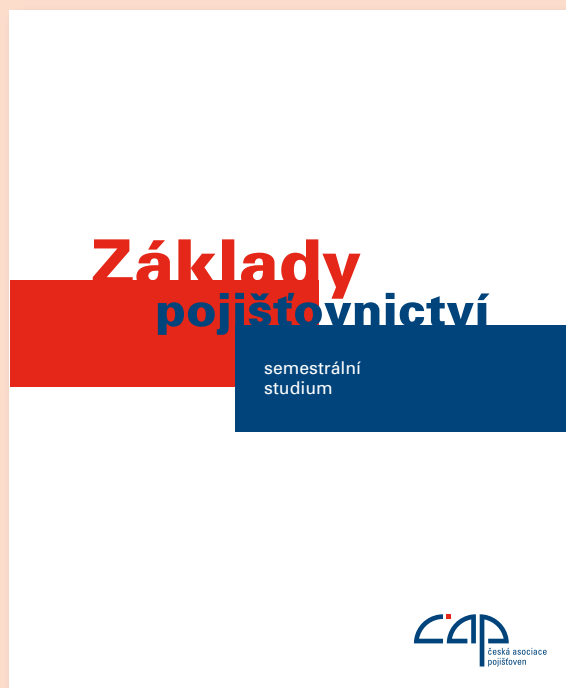
Rozsah: 16 lekcí, zakončeno závěrečnou písemnou zkouškou

Program:

- Charakteristika odvětví, historie pojišťovnictví, jeho význam a vývoj
- Základní pojmy
- Dohled v pojišťovnictví, organizace a řízení pojišťovnictví
- Zajištění
- Význam obchodu v pojišťovnictví, zprostředkovatelská činnost
- Underwriting v životním a neživotním pojištění
- Riskmanagement
- Ekonomika v pojišťovnictví
- Riziko a jeho povaha
- Druhy pojištění
- Pojistná smlouva
- Pojistná odvětví a jejich charakteristika
- Likvidace pojistných událostí, škodní událost + asistenční služby v životním a neživotním pojištění
- Pojistný podvod
- Práva a povinnosti spotřebitelů, ochrana spotřebitelů, ochrana osobních údajů

Bližší informace:

Marcela Kotyrová, vedoucí oddělení komunikace a vzdělávání ČAP
Tel. 222350164, mob. 724355235, e-mail: marcela.kotyrova@cap.cz



Pojistný trh v České republice stagnuje

RNDR. PETR JEDLIČKA, PH.D.
VEDOUcí ODDĚLENÍ POJISTNÉ MATEMATIKY A ANALÝZ
SUPIN, S. R. O.

Od roku 2006 až do roku 2010 se vývoj pojistného trhu pohyboval ve výrazně kladných hodnotách a tempa přírůstku vycházela meziročně v průměru o 5,5 %, přičemž zdaleka nejvyšších nárůstů (cca 8 %) bylo dosaženo v roce 2007 a dále také v roce 2010 (Graf 1). Průměrný ná-

pojistného). Můžeme říci, že dynamika jednorázového pojistného stoupá především v obdobích s očekávanými vysokými zhodnoceními finančních investic (rok 2007 i 2010) a naopak v letech výrazných poklesů na finančních trzích (2. pololetí roku 2008 i 2011) vychází stagnace,

Zásadní změnu ve vykazování statistik pojistného trhu v roce 2011 představuje započítání produktů s jednorázovým pojistným do statistik předepsaného pojistného namísto 100% pouze 10% z celkového objemu předepsaného pojistného.

růst českého trhu životního pojištění vycházel v letech 2006 až 2010 ve výši 9,4 % ročně, a hodnota růstu 1,9 % za ročník 2011 tak představuje výrazné zpomalení dynamiky. Zvláště když trh životního pojištění v roce 2010 vykázal zdaleka nejvyšší nárůst za sledované období ve výši přes 19 %, což překonalo dokonce i nárůst pojistného životního pojištění za rok 2007, který dosáhl při používání 100% započítání jednorázového pojistného 14 %. Jestliže na minulých ročníky použijeme stávající úpravu metodiky a jednorázové pojistné započítáme pouze 10 %, vychází nárůst trhu v roce 2007 ve výši 7,9 % a v roce 2010 ve výši 4,3 % (Graf 2).

Jednorázové pojistné

Oba výše zmíněné ročníky (2007 i 2010) představují období velmi výrazného růstu pojistného z produktů životního pojištění s jednorázovým pojistným (jednorázové pojistné v roce 2010 rostlo o 58 % a v roce 2007 se jednalo cca o 35 %, výrazně nižší růst cca o 9 % nastal v roce 2009 a pro ostatní sledované ročníky se pozoruje stagnace, resp. mírný pokles jednorázového

resp. i mírný pokles pojistného z produktů s jednorázovým pojistným.

Z vypočtených průměrných částek jednorázového pojistného vychází v posledních ročnících určitý pokles průměrné částky jednorázového pojistného na hodnoty cca 300 tis. Kč (přičemž např. v roce 2007 se jednalo o částku přesahující 500 tis. Kč). Jednorázové pojistné (přestože počtem případů nového obchodu se jedná

Po několika letech průběžného růstu poklesly roční výsledky pojistného trhu o 0,3 %. Článek rozebírá základní současné trendy optikou vývoje posledních šesti let.

o 9 % počtu smluv) tak výrazně ovlivňuje statistiku průměrného pojistného, **které vychází:**

- pro všechny smlouvy životního pojištění (běžně placené i jednorázové) ve výši necelých 11 000 Kč;
- pro smlouvy pouze s běžně placeným pojistným se jedná o průměrné roční pojistné 6600 Kč, což při měsíční frekvenci platby pojistného pouze mírně překračuje částku 500 Kč.

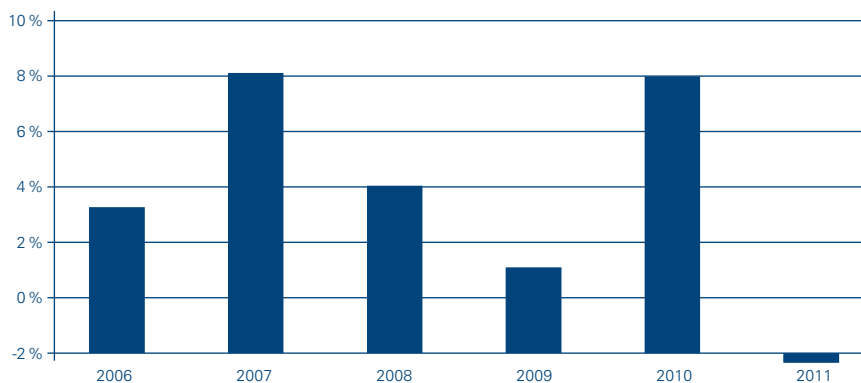
Výsledná dynamika produktů s jednorázovým pojistným do takto specifického období ukazuje opět na jejich zcela osobitý spořicí a investiční charakter namísto reálné pojistné ochrany klienta.

Změna metodiky

Ve vykazování statistik pojistného trhu byly v roce 2011 provedeny dvě významné změny metodiky:

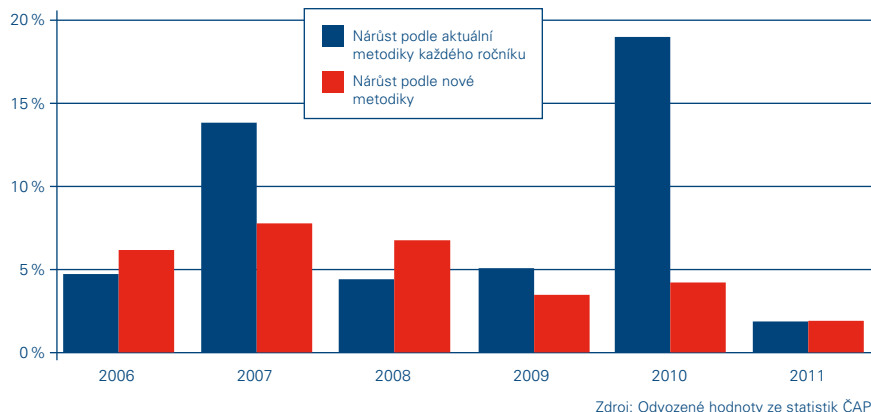
- Zásadní změnu představuje započítání produktů s jednorázovým pojistným do statistik předepsaného pojistného namísto 100 % pouze 10 % z celkového objemu předepsaného pojistného. Důvodem pro tuto

Graf 1: Trend vývoje předepsaného pojistného



Zdroj: Odvozené hodnoty ze statistik ČAP

Graf 2: Trend vývoje předepsaného pojistného – životní pojištění



aktualizaci metodiky je skutečnost, že u produktů s jednorázovým pojistným prostředky klienta ve formě jednorázového pojistného vytvářejí významnou část zdrojů k úhradě plnění v případě vzniku pojistné události (např. úmrtí pojištěného) a pojistné plnění je vypláceno dominantně již z prostředků, které klient svěřil pojišťovně ve formě jednorázového pojistného. Rizikový kapitál z rozdílu pojistné částky a natvořené rezervy souvisí především se zhodnocením klientem vložených prostředků. Pro kvantifikaci výše naznačených principů byl aplikován koeficient k započítání podílu jednorázového pojistného ve výši 10 % obecně používaný na českém pojistném trhu pro takovéto kvantifikace.

- Ve statistikách není vykazována pojišťovna EGAP z důvodu zcela specifického poskytovaného produktu (pojištění vývozu se státní podporou).
- V rámci předepsaného pojistného za neživotní pojištění je odděleně vykazováno smluvní pojištění a zákonné pojištění.

Další žádoucí zpřesnění statistik se má týkat dominantně neživotního pojištění a souvisí s regulací vykazování aktivního zajištění na straně předepsaného pojistného. V případě na sebe navazujících aktivních zajištění navzájem mezi více pojišťovnami je totiž odpovídající částka vykazována vícenásobně (u každé pojišťovny participující na „sekvenci“ aktivních zajištění). Odstranění těchto duplicit a vykázání odpovídající částky pojistného jen jednou opět povede k přesnějšímu zobrazení statistik.

Běžně placené pojistné

U produktů s běžně placeným pojistným po vzniku pojistné události (např. po úmrtí

klienta) v průběhu trvání pojištění obdrží např. oprávněná osoba plnění ve výši pojistné částky, přestože objem uhrazeného pojistného do doby pojistné události byl výrazně nižší a riziko zaplacení rozdílu pojistné částky, které v případě pojistné události přebírá pojistitel, je u běžně placených životních pojištění výrazně větší než u jednorázových. Pro klienta to znamená přínos, že v případě nepříznivé události obdrží on nebo jeho pozůstalí výrazně vyšší odškodnění, než bylo jím zaplacené pojistné. Dynamika vývoje pojistného životních pojištění s běžně placeným pojistným je výrazně méně variabilní (a navíc je méně ovlivněná obdobími vysokých a nízkých zhodnocení investic), než je tomu u produktů s jednorázovým pojistným. Zlomový bod ve vývoji růstu běžně placeného životního pojištění představuje přelom roku 2008 a 2009, což odpovídá počátku výrazného zpomalení ekonomiky. Jestliže za ročníky 2006 až 2008 rostlo běžně placené pojistné životních pojištění meziročně v průměru o 6,9 %,

tak za následující tříleté období let 2009 až 2011 se jedná o průměrný meziroční nárůst již pouze o 2,5 %.

Dynamika nově uzavíraných obchodů

Dynamika nově uzavíraných obchodů životního pojištění (za aktuální rok) vůči všem platným pojistným smlouvám vykazuje růstový trend způsobený opět produkty životního pojištění s jednorázovým pojistným (kde vzhledem k jednorázovému charakteru platby pojistného objem nové obchodní produkce – zřejmě až na dílčí časová rozlišení – dobře koresponduje s celkovým předpisem za jednorázová pojištění).

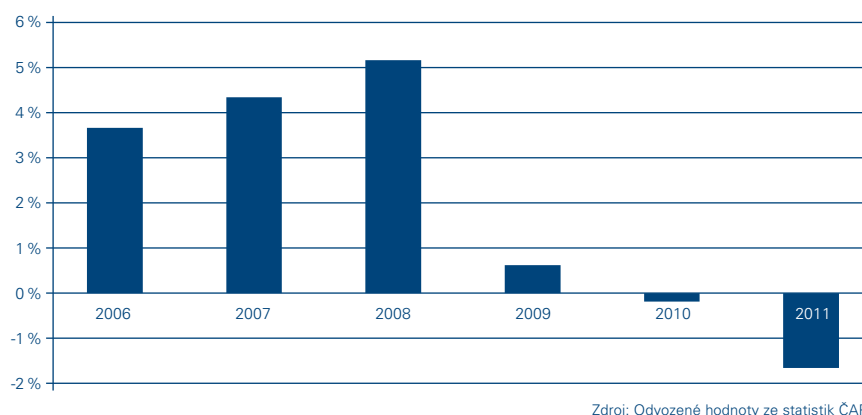
Z tohoto důvodu pak objem nové obchodní produkce ze všech smluv životního pojištění vůči celkovému předpisu pojistného životních pojištění za aktuální rok narůstá z 36 % v roce 2006 až na 50 % v roce 2010 (tj. polovina předepsaného pojistného odpovídá nové obchodní produkci s významným ovlivněním hodnotami jednorázového pojistného). Dokonce i u produktů s běžně placeným pojistným narůstá podíl nové obchodní produkce vzhledem k objemu předepsaného pojistného i vzhledem k počtu uzavřených smluv. Před 5 lety v roce 2006 dosahoval podíl nového obchodu na celkových hodnotách **běžně placeného pojistného**:

- 13 % celkového počtu smluv;
- 16 % objemu běžně placeného pojistného.

V roce 2011 ale podíl vycházející z nového obchodu částečně narůstá a **dosahuje**:

- 15 % celkového počtu smluv;
- 20 % objemu běžně placeného pojistného.

Graf 3: Trend vývoje předepsaného pojistného – neživotní pojištění



Na produktech životního pojištění tak lze pozorovat trend k vyšší intenzitě přepojišťování a nahrazování původní smlouvy novou. Faktem ale je, že u běžně placených smluv obchodní produkce („nového obchodu“) je průměrné pojistné výrazně vyšší (o více než 40 %) než u celého portfolia všech smluv životního pojištění a za rok 2011 dosahuje např. 9500 Kč, což představuje 792 Kč měsíčně.

Neživotní pojištění

V případě vývoje neživotního pojištění (kde v roce 2011 celkový předpis poklesl o 1,6 %) vychází podobně jako pro běžně placené životní pojištění zásadní zlom vývoje od roku 2009. Za roky 2006 až 2008 (před dopady

ekonomického zpomalení) vycházel průměrný růst neživotního pojištění ve výši 4,4 % ročně, nicméně za další 3leté období od 2009 do 2011 již nastává průměrný meziroční pokles neživotního pojištění o 0,4 % (Graf 3). Hlavním důvodem tohoto nepříznivého trendu je především pokles pojistného v rámci pojištění motorových vozidel, který byl popsán např. v článku „Jezdit bez povinného ručení je čím dál riskantnější“ uveřejněném v Pojistném obzoru 4/2011.

Srovnání se zahraničím

Srovnáme-li aktuální úroveň pojistného na českém trhu s hodnotami v zahraničí, je úroveň pojistné ochrany obyvatel v životním pojištění

nevyšší – průměrné pojistné v ČR za rok 2009 včetně produktů s jednorázovým pojistným je mírně přes 10 000 Kč, tj. cca 400 eur. To je nízká částka nejen ve srovnání s ekonomicky vyspělejšími zeměmi (např. v Německu se jedná o průměrných 1105 eur, v Rakousku o 900 eur), ale například i ve srovnání s Maďarskem, kde průměrné pojistné na jednoho pojištěného vychází 507 eur, nebo Slovinskem, kde se jedná o 489 eur).

Vzhledem k těmto údajům a pozorovanému 2,5 % růstu průměrné výše běžně placeného pojistného za poslední ročníky lze očekávat nárůst běžně placeného pojistného životních pojištění i pro další období. Nejedná se však o příliš dynamický růst, současné úrovně průměrného pojistného např. ve Slovinsku by bylo dosaženo až za dlouhých 9 let. 

Nárůst jednorázově placeného pojistného: Trvalý trend, nebo jen dočasná záležitost?

ROGER GASCOIGNE
PARTNER
POJIŠTOVNICTVÍ
KPMG ČESKÁ REPUBLIKA

Proč stoupl význam smluv s jednorázově placeným pojistným? Lze očekávat, že bude tento trend pokračovat? Měli bychom snad začít psát nekrolog běžně placenému pojištění?

Vývoj na českém pojistném trhu v uplynulých třech letech charakterizoval výrazný a rychlý růst u pojistných smluv s jednorázově placeným pojistným. Předepsané pojistné z těchto smluv v roce 2011 činilo 28 miliard Kč, což představovalo 40 % životního pojištění na českém trhu. Většina jednorázově placeného pojistného se vztahuje k samostatným smlouvám, ačkoli asi jednu třetinu tvoří dodatečné jednorázové platby (často uváděné jako „top up premiums“ – volně přeloženo „mimořádné vklady“) placené navíc ke smlouvám s pravidelnými úhradami. Musíme si samozřejmě uvědomit, že pojištění s jednorázově placeným pojistným není žádnou novinkou a v rámci pojistného trhu se vyskytuje v mnoha různých formách.

Jednorázově placené pojistky veřejnost obecně vnímá jako produkty, jež nabízí výrazné investiční výnosy z jednorázového pojistného. Od bankovních vkladů se ale liší tím, že mohou přinášet další výhody jako například pojistné plnění v případě úmrtí nebo choroby, nebo fakt, že mohou být za určitých podmínek daňově zvýhodněny.

Jednorázové investice relativně velkých částek naznačují, že tomuto druhu pojištění dávají přednost klienti s dostatkem likvidních prostředků, kteří předpokládají možnost hodnotného investičního výnosu.

Stejně jako u běžných pojistných smluv může být tento výnos založen na garantované technické úrokové míře plus podílu na zisku společnosti – známé v IFRS¹ pod pojmem DP (Discretionary Participation Features) neboli Dobrovolná spoluúčast nebo podílnictví. Výnos lze také investovat do fondů, u nichž nese investiční riziko pojištěník.

Je jednorázově placené pojistné jen českým fenoménem?

Trend růstu pojištění s jednorázově placeným pojistným je patrný především v sousedním Německu a v menší míře i Rakousku. Ve Velké

Británii je trend opačný, a to hlavně z důvodu poklesu u skupinového penzijního pojištění. Musíme však poznamenat, že Velká Británie se se svým 63 % podílem nových pojistek v roce 2010 pohybuje stále výrazně nad Rakouskem, Německem i Českem (viz Graf 1 a Graf 2).

V současné ekonomické situaci přijímají pojišťovny pozitivně investiční příležitosti, které nabízejí lákavé výnosy (v porovnání s bankovními vklady) během pevně určené, ale relativně krátké doby (často jde o pět let). To vede pojišťovny k tomu, že pro trh vyvíjejí různě strukturované investiční produkty vázané na konkrétní aktivum – dluhopis, index, komoditu nebo bankovní vklad. Některé produkty vkladového typu jsou však čím dál komplikovanější. Potenciální pojištěníci si ne vždy plně uvědomují případná rizika, ačkoli jsou, technicky vzato, malým písmem ve smlouvě zmíněna. Především se jedná o úvěrové riziko obsažené v podkladovém aktivu a o riziko koncentrace způsobené investováním jednorázové částky pouze do jednoho instrumentu nebo vydavatele. Pro ilustraci uvažujeme hypotetický příklad – smlouva investičního

¹¹ Mezinárodní standardy finančního výkaznictví

životního pojištění, kde jsou podkladovým aktivem řecké vládní dluhopisy, by nabídla štědrý nominální výnos, pokud by byla prodána dnes. Vydatel by ji mohl dokonce poskytnout s garancí.

Tržní podíl prioritou

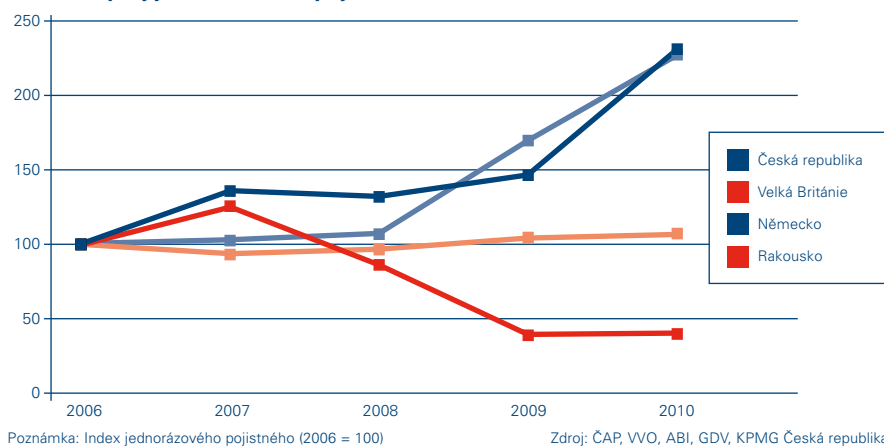
Úspěch jednorázově placeného pojištění jasně naznačuje, že poptávka po těchto produktech existuje. Znamená však růst v této oblasti, že je pro pojistitele rozhodující především předepsané pojistné (a tudíž tržní podíl) spíše než ziskovost? V souladu se současnými standardy IFRS lze pojistné účtovat jako výnos, pokud smlouva obsahuje buď výrazné pojistné riziko a/nebo již zmíněnou dobrovolnou spoluúčast („DPF“). Podle českých účetních pravidel nemusí být splněny ani tyto minimální podmínky, pokud smlouvu vydala pojišťovna. To vede k tomu, že pojistitelé konkurují přímo bankám, ale sledovaná měřítka jsou odlišná; pojistitelé sledují pojistné, zatímco bankéři měří tržní podíl aktivy, která spravují. Měly by snad společnosti, které nabízejí životní pojištění, při hodnocení své relativní pozice přidat k publikovaným klíčovým ukazatelům výkonnosti i spravovaná aktiva?

Je jasné, že i přes větší důraz na ziskovost zůstává pro většinu pojistitelů na trhu hlavní prioritou předepsané pojistné, a tudíž tržní podíl. Mnohé pojišťovny to komentují následovně: „Dělá to každý. Jestli si chceme udržet svůj podíl na trhu, musíme to dělat také.“

Ovlivní nová regulace typy nabízených produktů?

Evropské pojišťovny se připravují na nejdražší změny v rámci regulace a účetnictví

Graf 1: Vývoj jednorázového pojistného (2006–2010)



za uplynulých 50 let. Významné změny, které brzy přinese Solvency II a IFRS pro pojistné smlouvy (tzv. Fáze II) způsobí, že pojistitelé budou důkladně hodnotit každý aspekt svého podnikání – od produktů po prodej, od distribučních kanálů po skupinovú strukturu. Komplexnost jednotlivých změn, nemluvě o jejich obtížném společném zavedení do praxe, vede k opakovanému odsouvání očekávaného zavedení těchto změn.

Kapitálové požadavky se budou lišit

Jedním z potenciálních výsledků výpočtu kapitálu podle Solvency II bude podle očekávání zvýšení kapitálového požadavku u tradičního kapitálového životního pojištění s podílem na zisku. To v kombinaci s nižšími výnosy z aktiv pravděpodobně povede k nižší poptávce po podobných pojistných smlouvách, které byly

po mnoho let hlavní oporou evropského pojištnictví. Na svědomí to mají záruky a značné upisovací riziko spíše než platba pojistného. Paradoxně se tak pojistitelé mohou více klonit k dalším produktům investičního typu.

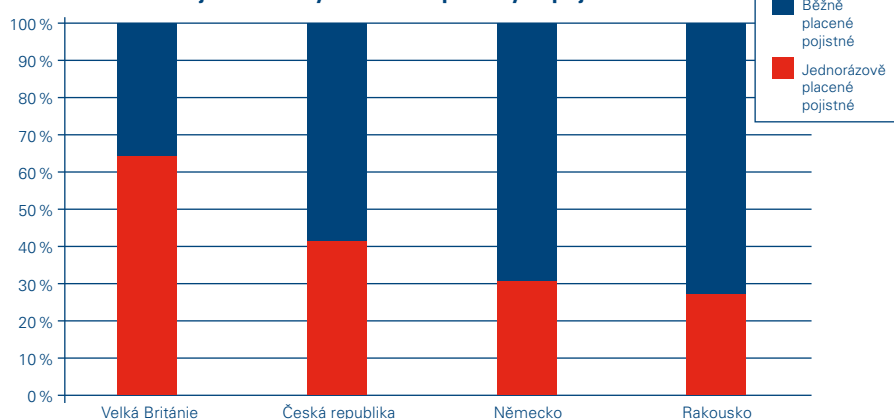
Je vůbec pojistné výnosem?

Na druhou stranu však IASB² stále posuzuje otázku, zda vůbec zahrnovat pojistné do výkazu zisků a ztrát pojišťovny, a pokud ano, v jaké formě. Rada se sice vrátila ke svému původnímu stanovisku, jak je na základě obdržných připomínek vyloženo v Exposure Draft³, a bylo dosaženo „předběžného rozhodnutí“ zahrnout pojistné a nároky na náhradu škody do výkazu souhrnného příjmu (statement of comprehensive income), přesto stále existují názory, že by se takové pojistné, zejména u životního pojištění, nemělo považovat za výnos. Ve spojitosti s tímto širším problémem vykazování se IASB zabývá rozčleněním pojistných smluv, skutečným oddělením pojištění a investice, pokud nejsou „úže propojeny“, přičemž pouhá přítomnost DPF by sama o sobě nebyla dostatečná pro uznání celé smlouvy jako pojištění.

Ani lepší, ani horší

Je jasné, že smlouvy s jednorázově placeným pojistným nejsou ze své podstaty ani lepší, ani horší než běžná pojistná smlouva se stejným plněním. Nadále plní cennou a tržně motivovanou potřebu velkého množství pojistníků, kteří hledají kombinaci velkých výnosů a pojistné ochrany. Je však velmi pravděpodobné, že nadcházející změny v oblasti regulace a účetnictví obchodní modely pojistitelů výrazně promění.

Graf 2: Rozložení jednorázových a běžně placených pojistek



² Rada pro mezinárodní účetní standardy (International Accounting Standards Board)

³ Evropská směrnice ED/2010/8 Insurance Contracts – červenec 2010

Boj s pojistnými podvody se pro pojišťovny stává prioritou

MGR. JAN CIGÁNIK
POJISTNÝ OBZOR

Objem odhalených pojistných podvodů byl o několik desítek procent vyšší než v předloňském roce, čím je to podle vás způsobeno?

Na tento dotaz neexistuje jednoznačná odpověď, jednou z příčin může být návrat hospodářské recese. Toto období je vždy spojeno s významným nárůstem kriminality a ne jinak je tomu i u pojistných podvodů. Podobná situace tady byla také v letech 2008 a 2009. Druhou podstatnou veličinou je přístup pojišťoven, které se problematice pojistného podvodu věnují daleko intenzivněji, než tomu bylo v minulosti. To má samozřejmě svoji

že pojišťovny k pojistnému podvodu přistupují daleko sofistikovaněji. Trendem je určitě pokles podílu odhalených pojistných podvodů v oblasti pojištění vozidel a naopak intenzivně roste objem odhalených podvodů v pojištění majetku, je možné také konstatovat, že částečně roste i objem odhalených podvodů v úrazovém pojištění a pojištění osob.

Můžete to rozvést...

Určitě. V devadesátých letech byla celá střední Evropa, nejenom Česko, rájem pro zloděje a podvodníky specializované na krádeže vozidel a jejich další transport do Evropy

Podstatnou změnou v rámci boje s pojistným podvodem je větší využívání analytických vyšetřovacích nástrojů. Je to velký posun oproti minulosti, kdy se důraz kladl spíše na operativní činnost.

logiku. Současná stagnace pojistného trhu totiž nutí pojistitele ke snižování pojistných sazeb, což musí být vykompenzováno úsporami v nákladech. Odhalování podvodných hlášení je určitě jednou z cest, jak ušetřit. Jistotu roli vidím i v posilování specializovaných útvarů o kvalitní odborníky v kontextu generační obměny.

Mohl byste čtenářům popsat, jaké jsou nejnovější trendy v oblasti odhalování, ale i páchání pojistných podvodů?

Podstatnou změnou je větší využívání analytických vyšetřovacích nástrojů, je to velký posun oproti minulosti, kdy se důraz kladl spíše na operativní činnost. Většina pojišťoven začala investovat do specializovaných softwarů, systematictěji pracuje s různými databázemi, filtrací dat atd. Můžeme zkrátka říci,

východní. To se postupem času mění. A nemusíme chodit daleko do minulosti, předloni byl počet odcizených vozidel v Praze cca 9 tisíc, loni to bylo zhruba 3 a půl tisíce. Což je pokles zcela zásadní. S vývojem této trestné činnosti samozřejmě souvisí i trendy v oblasti pojistných podvodů v pojištění motorových vozidel. S trochou nadsázky – ačkoli se v ČR méně vraždí a kradou auta, o to více se podvádí v majetkovém pojištění. Zejména mám na mysli různé záhadné požáry, u kterých zaznamenáváme meziročně 300% nárůst co do odhalených pojistných podvodů.

K podvodům se častěji uchylují organizované skupiny, nebo spíše jednotlivci?

Většinu pojistných podvodů páchá retailová klientela, organizované skupiny se

Detektivové českých pojišťoven odhalili rekordní počet pojistných podvodů. Proč tomu tak je, objasňuje v rozhovoru pro Pojistný obzor předseda sekce pro prevenci pojistného podvodu ČAP Ludvík Bohman.

podílí na zločinech v řádu jednotek procent co do „kusů“ podvodů. Je však zřejmé, že organizované skupiny mají výrazně vyšší procentuální podíl na objemu finančního vyčíslení. Jednoduše řečeno, jedna profesionálně naplánovaná akce nadělá mnohem více škody než jedno účelově nahlášené poškození blatníku.

Je podle vašeho názoru v českých pojišťovnách dostatečný počet kvalifikovaných detektivů a dostatek speciálního vybavení a techniky?

Není, trend je však jasně daný a jak jsem se již zmínil, každá rozumně hospodařící pojišťovna investuje do procesů a nástrojů, které jí ušetří náklady na pojistná plnění. V dnešní ekonomicky složitě situaci to platí dvojnásob.

Jak se k problematice pojistného podvodu staví zástupci pojistného trhu v Česku? Je nastolena atmosféra spolupráce, nebo si společnosti spravují každá ten svůj „píseček“?

Každá pojišťovna primárně řeší své vlastní cíle, což samozřejmě vyplývá z konkurenčního prostředí. Rovnice je jasně daná – čím větší úspěch v oblasti odhalování pojistného podvodu, tím větší úspora na pojistném plnění a lepší škodní průběh. To znamená dvě možnosti – buď větší zisk, nebo prostor pro snížení sazeb pojistného, a tím získání klíčové konkurenční výhody.

Na stranu druhou – fenomén pojistného podvodu je pro všechny pojistitele společné negativum a škodí pojistnému trhu jako takovému. Existuje řada iniciativ, které umožňují bližší spolupráci. Zmínil bych dva zásadní kroky, tím prvním bylo dosažení legislativní možnosti výměny informací o podezřelých skutečnostech a pachatelích pojistných podvodů. Což v praxi funguje, pojišťovny toho využívají a vzájemně se informují. Následujícím krokem je projekt SVIPO.



Ludvík Bohman

Můžete tento projekt blíže popsat?

Myšlenka systému SVIPO je v podstatě velmi jednoduchá – data o pojistných událostech se shromáždí na jednom místě, a díky tomu si pak pojišťovny budou moci samy ověřovat, jestli konkrétní pojistná událost už nebyla někdy šetřena. Původně se tento systém měl dotýkat všech pojistných událostí, nakonec však bylo rozhodnuto, že se SVIPO bude vztahovat

na události spojené s povinným ručením a dílem havarijním pojištěním.

Jak probíhá komunikace a spolupráce s orgány činnými v trestním řízení a měla by, podle vašeho názoru, mít policie zvláštní divizi pro pojišťovnictví a bankovníctví?

Pojišťovny se zástupci orgánů činných v trestním řízení samozřejmě spolupracují, ale je rozhodně co napravovat a zlepšovat. Není žádným tajemstvím, že stav policie není zrovna růžový. Řada kvalifikovaných a dlouho sloužících odborníků odešla a občas se stane, že šetření policie je zdlouhavé a přístup zcela pasivní. Musíme uplatňovat velmi proaktivní postoj a policistům kauzy překládat kvalitně zpracované. Pak je samozřejmě šance, že vyšetřování přinese kýžený efekt.

Právní problematika v bankovníctví a pojišťovnictví je poměrně složitá a často se setkáváme s tím, že orgánům činným v trestním řízení musíme podrobně vysvětlovat a objasňovat, jaký úkol vlastně řešíme. Určitě se však najdou i vyšetřovatelé, jež jsou velmi zkušení a se kterými je komunikace nastavena tím správným způsobem. Bohužel jich však rapidně ubývá.

Dovedl byste odhadnout, jakým směrem se vývoj v oblasti boje s pojistnými podvody bude do budoucna ubírat?

Jak jsem již nastínil v předcházejících odpovědích, do budoucna očekávám výrazný růst podvodů v oblasti životního a úrazového pojištění. Sice ještě nejsme tak daleko, že by manželka nechala zlikvidovat manžela kvůli pojistce, tak jak to známe z amerických detektivek (úsměv), ale tento trend je rozhodně na vzestupu. Statistiky z vyspělých západních zemí uvádějí, že počet podvodů v životním, úrazovém a cestovním pojištění je zhruba dvojnásobný než u nás. Tady máme ještě co „dohánět“ (úsměv).

Pojišťovny budou muset daleko sofistikovaněji a systematictěji přistupovat k řízení rizik. Myslím si, že se svět pojišťovnictví bude v tomto směru značně přibližovat světu bankovnímu. Oblasti kontrolního řídicího systému pojišťoven jako jsou Compliance, interní audit, řízení operačních ale i dalších rizik, navíc v kontextu blízkosti se regulace Solvency II, to všechno jsou oblasti, které pojišťovny musí bezpodmínečně precizovat, pokud chtějí v nejbližší budoucnosti obstát.

Děkuji vám za rozhovor.



Asistenční služby pro oblast životního pojištění

ING. VLADIMÍR FUCHS
GENERÁLNÍ ŘEDITEL
EUROP ASSISTANCE S.R.O.

Asistenční služby ještě nejsou v portfoliích životních pojištění dostatečně penetrovány. Proto nejsou dostatečně zřetelné některé výhody, které pojistitelům a klientům přináší.

V roce zavedení druhého pilíře penzijního systému se oblast životního pojištění a penzijního připojištění bude těšit zvýšenému zájmu klientů. Problematika investičních a pojistných produktů se stane často diskutovaným tématem. V této situaci se mohou v nabídkách pojistitelů výrazněji vyprofilovat také asistenční služby, které v oblasti životního pojištění dokáží pojišťovnám pomoci zvýraznit hodnoty jejich produktů a usnadnit konkurenční odlišení. Dobře představitelné příklady konkrétních benefitů a služeb pak ulehčí výběr produktu také klientovi. Jak ovšem tohoto zájmu využít?

Cesta k životu klienta vede přes zdravotní služby

Asistenční služby se již u produktů životního pojištění některých pojišťoven objevují. Většinou se jedná o služby formou připojištění, které jsou přeneseny z tradičních pojistných produktů neživotního pojištění. U některých pojistitelů se tak dnes můžeme v rámci životního pojištění setkat například s koncepty úrazové a poúrazové asistence, s programy kompenzace za pobyt v nemocnici či

lékařský výkon, s programy dopravy k lékaři či dovozu léků a zdravotnických pomůcek. Jedná se tedy o služby z hlediska zdravotní péče spíše okrajové, nicméně služby jednoznačně oddělitelné od veřejného zdravotního systému. Nejčastěji se asistenční služby pro oblast životního pojištění a penzí skládají z balíčků služeb z oblasti zdraví a péče o zdraví klienta a jeho rodiny, z oblasti osobní asistence, sociální asistence a péče o domov.

Pojistné spektrum

Ilustrační foto: Dreamstime.com



Výhody asistenčních služeb

Důležité je především zajistit motivaci klienta či poskytovatele lékařských služeb, aby byla před nebo bezprostředně po konkrétním výkonu kontaktována pojišťovna/asistenční služba. Přímá komunikace totiž dává asistenční službě možnost klienta situací kompetentně provést, a významně tak přispívat k budování jeho vztahu k pojišťovně. Současně i v životním pojištění mohou působit asistenční služby jako prvek, který přispívá ke kontrole procesů likvidace pojistné události. A jde nejenom o řízení poměru množství, ceny a kvality výkonů. V této fázi zralosti trhu jde také o rozšiřování know-how pojišťovny a její asistenční služby. Je důležité detailně vědět o potřebách a motivacích klientů a o možnostech nabídky a řízení poskytovatelské sítě. Pro budování takového know-how je princip asistenční služby velice cenný. Vhodným směřováním klientů do poskytovatelských sítí lze také i v současném systému zdravotní péče podporovat distribuci nosných pojistných produktů. Příklad takového principu dnes můžeme vidět i ve veřejném zdravotním pojištění, kde významnou roli při klientově volbě zdravotní pojišťovny nebo při náboru do programů řízené péče sehrávají praktičtí lékaři a ambulantní specialisté daného klienta. Jistě nelze praktikovat model přímého zprostředkování a celoplošného přístupu. Ale potenciál segmentu poskytovatelů je nevyužit. Zkušenosti nejen z ČR ale i ze zahraničí jasně ukazují, že pokud pojišťovna najde vhodný model motivací klienta i poskytovatele, vzniká

silný vztah, ze kterého má prospěch klient, pojišťovna i poskytovatel.

Role klienta v systému veřejného zdravotního pojištění

V České republice je zaručen nárok občanů na čerpání zdravotní péče na základě zákona č. 2/1993 Sb., čl. 31, který vychází z desítky let platného principu: „...každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky...“ Téměř veškerá odpovědnost za poskytování zdravotní

péče. Klient ani ostatní účastníci systému nemají přesný výklad množství a kvality služeb, na které se zákonný nárok obecně odvolává. I přes první náznaky rozšíření role zdravotních pojišťoven je dnes množství poskytnutých služeb pro daného konkrétního klienta často určováno motivací poskytovatele. Není systematicky řešen celkový zdravotní stav klienta a přínos jednotlivých výkonů na jeho celkové zdraví. Zdravotní služby jsou poskytované jako jednotlivé nesouvisející epizody a výkony. Klientům současný systém nedává informace o zdravotnických službách tak, aby dokázali sami nebo s pomocí profesionálů kvalifikovaně rozhodovat o svém zdraví a systematicky zlepšovat svůj zdravotní stav. Pokud systém klienta motivuje, pak spíše k větší spotřebě zdravotnických služeb. Zdravotní pojišťovna ze zákona nepřináší pro klienta významnější hodnoty či služby v porovnání s konkurencí, není motivována ke zlepšování zdraví svých pojištěnců. Za touto „nemotivací“ je hned několik prvků celého systému v čele s neoptimálně nastaveným pravidlem přerozdělování prostředků mezi zdravotními pojišťovnami. Z pohledu klienta je zdravotní pojišťovna prakticky pouze nutnou podmínkou přístupu k péči a zúčtovacím centrem bez produktové základny. Klient nemá ve veřejném systému možnost výběru produktu na míru svému riziku a svým potřebám.

Nástup služeb

Již mnoho let nebyla pravidla zdravotního systému reformulována a upravena tak, aby byl model financování zdravotní péče dlouhodobě stabilní. Stárnoucí populace, rozvoj léčebných metod, nákladnější diagnostické postupy, kvalitní marketing poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb, zdravotnická zařízení ge-

Z pohledu klienta je zdravotní pojišťovna prakticky pouze nutnou podmínkou přístupu k péči a zúčtovacím centrem bez produktové základny. Klient nemá ve veřejném systému možnost výběru produktu na míru svému riziku a svým potřebám.

péče je dána do rukou státu. Plátce pojištění a přes stát daňoví poplatníci jsou dnes výhradními přispěvateli peněz do systému veřejného zdravotního pojištění. Své prostředky svěřují zdravotním pojišťovnám, které by s nimi měly nakládat tak, aby byla pro plátce zajištěna bezplatná, dostupná a kvalitní zdravotní

nerující výkony pro nadbytečné přístrojové vybavení – to vše jsou faktory, které činí stávající systém veřejného zdravotního pojištění i sociálních služeb neudržitelný. Probíhající reformy systému (prvky reformy zdravotnictví, chystaný zákon o dlouhodobé péči a chystané změny financování sociální péče pro roky 2013

Základní asistenční služby a pojistné asistenční programy k životnímu pojištění

Orientace ve zdravotním systému	Komplexní informace a průvodcovství pro klienty
Lékař na telefonu	Výklad lékařských pojmů a diagnóz, rozbor příznaků a souvislostí, léky a jejich účinky...
Objednání k lékaři	Zajištění objednání k lékaři dané odbornosti na přesný čas
Právní asistence pro oblast zdraví	Komplexní právní asistent pro oblast zdravotnictví a sociálních služeb
Druhý názor odborníka	Zajištění přezkoumání diagnózy, oponentní názor odborníka
Právní asistence pro oblast zdravotnictví	Komplexní servis právní asistence pro oblast zdraví a sociálních služeb, zaměřený na práva pacientů
Volba lékaře	Zajištění vyšetření či výkonu u preferovaného lékaře
Služby mobility	Odvoz klienta k lékaři, návštěva lékaře u klienta, dovoz léků, zdravotnických pomůcek atd.
Home Care, Úrazová asistence	Zajištění komplexní péče o klienta i údržbu jeho domácnosti při snížené mobilitě či soběstačnosti
Rehabilitační a fyzioterapeutická péče	Poúrazová a pohospitalizační péče a programy vedoucí k plnohodnotnému návratu klienta do života
Služby well-being (bien-etre), wellness programy	Preventivní péče a relaxační programy
Sociální péče	Programy zaměřené na potřeby klienta v rámci sociální péče a kontaktů či služeb se sociálními institucemi
Best doctors a Travel For Treatment	Služba umožňující přístup ke světovým vyhlášeným pracovištím pro řešení nejzávažnějších diagnóz
Asistence v případě úmrtí	Služby zajištění právních úkonů, příprava a organizace pohřbu, pomoc při vyřizování pozůstalosti

a v další etapě 2014) již v současnosti otevírají více prostoru komerčním pojišťovnám i moderním službám a tento trend bude dále pokračovat. Konzumenti lékařských služeb, kterými jsou v tomto případě všichni občané ČR, ovšem nejsou zvyklí za lékařskou péči platit. Ať již přímo za daný výkon nebo formou připojištění. Hlavním faktorem úspěchu pojištění tedy nebude vytvoření kvalitních pojistných produktů, ale zejména schopnost komunikovat jejich hodnotu a přínosy pro klienty. Asistenční služby vždy plnily roli významného nástroje komunikace hodnot produktu. Také v oblasti zdravotních služeb lze jejich potenciál dobře využít. I při řešení zdánlivě běžných potřeb se může pojišťovna profilovat jako vhodný partner klienta. Například při překonávání bariér a nedostatků současného zdravotního systému reprezentovaných nedostatečnou či nekvalitní nabídkou základních služeb jako jsou čekací doby v ordinacích, nemožnost objednání se na přesný čas, pořadníky na některé výkony, neposkytnutí dostatečných informací o vlastním zdravotním stavu či o stavu osoby blízké atd. U pokročilejších programů asistence pro životní pojištění s integrovanou pojistnou ochranou je zapotřebí „zadefinovat“ pojistné riziko a pojistné plnění, které bude poskytnuto ve formě služby třetích stran (výkonů poskytovatelů). Zejména je třeba hledat odpovědi na otázky týkající se oblasti dlouhodobého vztahu a dlouhodobých garancí poskytovaných

výkonů, jejich ceny, kvality i aktuálnosti pro danou životní etapu klienta.

Aktuální trendy jsou příležitostí

Pro produktový rozvoj asistenčních služeb k životnímu pojištění je důležitá budoucí role zdravotních pojišťoven. Aktuálně systém veřejného zdravotního pojištění stále častěji omezuje přístup svých klientů k lékařské péči. Z důvodu nedostatku prostředků je dán akcent na reformy, které mají za hlavní cíl úspory, nikoli správný rozvoj služeb. Současně ale v populaci stoupá význam zdraví jedince. A právě kvůli těmto dvěma protichůdným trendům vzniká v současném systému zajímavý prostor pro komerční pojišťovny a jejich služby. Atraktivní řešení služeb zdravotní a osobní asistence se v tomto prostoru může stát jedním z faktorů budoucího úspěchu.

Poskytovatelé lékařské a sociální péče

Služby související se životním pojištěním jsou postaveny na vztahu, který se úzce dotýká zdraví a bezpečí klientů. Je tedy nezbytné nutné,

více než u jiných typů služeb, sledovat úroveň kvality poskytovatelů. Při tvorbě nových asistenčních služeb patří vybudování důvěryhodné dodavatelské sítě k základním pilířům. Pro pojišťovny jsou v tomto kontextu významnými faktory především standardy kvality, vybavení pro poskytování výkonů, dokumentace jednotlivých zásahů, cena a možnost nastavení procesů likvidace. Jedním z faktorů služeb, který je ve zdravotní péči řešen ve vazbě na počty výkonů, je zajištění celoplošné dostupnosti v rámci ČR. Stabilita smluvních spoluprací s poskytovateli ve zdravotním sektoru či sociálních službách je také výrazně ovlivněna tím, že velká většina výkonů v systému zdravotní či sociální péče je objednána veřejným sektorem. Ze zkušenosti se službami, které byly v minulých letech uvedeny na trh v ČR i v zahraničí v různých odvětvích, lze pozorovat, že nedostatek objemů není prvkem, který vymizí po zdravotnických reformách či při větším portfoliu klientů. Pro zajištění celoplošné garance standardů je třeba vynaložit více úsilí a zejména hledat správně nastavené aliance a partnerství. Vhodnou koncentrací kupní síly a dobrou znalostí motivace klientů i poskytovatelů lze vybudovat kvalitní síť i bez dominantních objemů.

Komerční pojišťovna partnerem?

Klient nemá v současné situaci ve veřejném zdravotním systému partnera, nemá subjekt, který by byl věrohodně motivován na jeho dlouhodobém zdraví. Komerční pojišťovna, či lépe životní pojištění, se tímto partnerem může stát zcela přirozeně. Je však jisté, že tento důvěryhodný vztah musí být vybudován na kvalitních a dostupných službách. Zdravotní pojištění, jehož hodnotu není lehké v dnešním systému klientovi vysvětlit, tak nemusí být jedinou cestou, jak se dostat ke správné lékařské péči. Pojišťovna se může profilovat jako životní partner klienta v péči o zdraví. Pojišťovny mají výhodu, že mohou nejenom nabídnout službu, ale zejména mohou nabídnout službu s pojištěním mnoha rizik. Jde o jiný přístup než nabídnout produkt se službami. Budou se tedy v nejbližší době komerční pojišťovny více transformovat do role partnera pro zajištění spokojeného života a partnera pro řešení každodenních zdravotních a životních potřeb klientů spíše než veřejné zdravotní pojišťovny nebo zaměstnavatelé? Bude tato doposud volná, přitom však velmi zajímavá pozice po boku klientů obsazena už v roce 2012, nebo až po dalším kole reformem? ☒

Výběr pojišťovacího makléře na základě kvalifikačních předpokladů

ING. JIŘÍ JANATA, CSC.
NEZÁVISLÝ PORADCE

Současně s obnovou tržního prostředí se u nás začínají objevovat makléři, kteří nabízejí své služby zejména klientům v podnikatelské a průmyslové sféře. Nezávislý makléř působí jako konzultant v oblasti managementu rizik a zprostředkovatel pojištění. Některé naše podniky „vybírají makléře“ tak, že předkládají stejné zadání několika namátkově vybraným makléřským firmám a několika pojišťovnám. Kdo dá lepší nabídku, vyhrává. Nemá smysl pořádat takové soutěže mezi rozdílnými subjekty. Zájemci by si měli nejdříve ujasnit, jestli chtějí makléře, nebo ne. Ve snaze přispět ke zkvalitnění výběru makléře předkládáme k úvaze postup založený na posouzení kvalifikace. Dá se využít jak při prvním výběru u firmy, která ještě makléře neměla, tak i při zkoušce, zda by byla vhodná změna.

Pojistný program

Cílem práce pojišťovacího makléře bude sestavit pojistný program navazující na program managementu rizik. U obou složek je nutné uplatnit princip cenové efektivity. Tyto záležitosti vyžadují dostatek času, takže v daném případě je **vhodné dokončit výběrové řízení již 6 měsíců před datem obnovy** hlavní pojistné smlouvy. Důležitým krokem je v daném případě příprava **přehledu nabízených služeb**, který by se měl vyznačovat vyváženým poměrem technických prvků a obchodních momentů.

Charakteristika pojistného makléře

Vzor dokumentu lze získat od Společnosti pro rizikový management a pojištění

na webové stránce **www.rims.org**. Se-stává ze čtyř hlavních bodů. První, věnovaný podpoře managementu, zahrnuje popis veškerých záznamů organizace, časový harmonogram schůzek s klientem, souhrnný popis pojištění včetně speciálního vydání pro auditory, analýzu pojištění. V sekci prevence ztrát se uvádí přehled různých typů rizikových zpráv, sestavení programu pro zlepšování rizika a speciální nabídky. Oblast odpovědnosti za škody různého typu zahrnuje přehled rizik, řešení určitých případů prostřednictvím pojištění, přehled certifikací z této oblasti. Konečně

Výběr pojišťovacího makléře je pro klienta důležitým krokem. Je potřeba vytvořit ovzduší vzájemné důvěry a porozumění, které je nezbytně nutné pro správné fungování tohoto institutu.

Reputace

Pojišťovací makléř by se měl těšit dobré pověsti, měl by být finančně stabilní a být sám dobře pojištěn proti vlastnímu profesnímu selhání, pokud možno nad rámec zákona č. 38/2004 Sb.

Zkušenost

Nestačí, aby toho hodně věděl o základních disciplínách, ale musí být obeznámen s průmyslovými riziky, typickými pro cílovou organizaci; znát vhodné způsoby jejich krytí i řešení pojistných událostí, které lze získat jedině praxí.

Zkušenosti makléře mohou být využity k tomu, že ochrání klienta i v případě velkých turbulencí na pojistných trzích, které by se mohly podstatnou měrou dotknout jeho rozpočtových položek.

služby z oblasti majetku se týkají způsobu stanovení pojistných částek, přehledu požadavků, speciálních rizik, určení PML (Probable Maximum Loss) a dalších parametrů, na kterých je pojištění závislé. Podle možností makléře se mohou připojit další odstavce.

Klíčové aspekty

Nespornou výhodou tohoto postupu je možnost soustředit se na přednosti ale i na nedostatky makléře, který nabízí své služby. Zkušenosti makléře mohou být využity k tomu, že ochrání klienta i v případě velkých turbulencí na pojistných trzích, které se jinak mohou podstatnou měrou dotknout jeho rozpočtových položek.

Lokace

Společnosti zpravidla nepotřebují makléře působícího jen v jednom městě, ale takové, který bude pečovat o všechny destinace na území státu a také zahraniční pobočky. Je podstatné, aby měl v zahraničí své kanceláře a byl seznámen s místními specifickými podmínkami a legislativou.

Reference

Je důležité požádat o doporučení, nejlépe ve formě dopisu od spokojeného klienta, a pokud to je možné sjednat si s autorem reference schůzku; je přitom zásadní, že nerozhodují jednotlivci, ale organizace jako celek.

Tým

Jedno z doporučení je osobně navštívit členy týmu – specialisty na rizikový management,



pojistné události, umístění rizika na trhu – zejména se o jejich výsledky, akademické a profesní vzdělání.

Pojistitelé

Jaké má potenciální makléř vztahy se zástupci pojistitelů, zejména s těmi, kteří mají vysoký rating; významný je celkový objem obchodu, ale také podíly, připadající na pojistitele s vysokou finanční spolehlivostí.

Služby

Kromě samozřejmosti, kterou je umístění pojištění na trhu a jeho správy, by měl makléř poskytovat širokou škálu služeb nejrozličnějšího druhu; např. program pro návrat na trh po závažné havárii – ale může se vyskytnout akvizice a fúze spojená s požadavkem na „due diligence“ – anebo je nutné prověřit, zda činnost společnosti není v rozporu se zákony a nařízeními státních orgánů.

Finanční odměna

Makléř by měl také vyslovit požadavek na výši své **finanční odměny** úměrně rozsahu služeb. Mělo by být jasné, zda bude

poskytována formou provize v závislosti na přijatém pojistném, nebo ve formě fakturovaných částek za předem stanovené úkony, popř. za odpracovaný čas. Je možné uvažovat o příplatcích za nadstandardní výkony i o sankcích za nedodržení kvality.

Postup při výběru

Společnost vypracuje seznam makléřů, kteří mají dostatečnou kvalifikaci, vybere podle výše uvedených kritérií ze seznamu dva nebo tři finalisty. Připraví „Požadavek na vypracování přehledu nabízených služeb“ a předá ho finalistům. Ti pak dostanou dotazník s otázkami, detailně popsány ve výše uvedených bodech. Na závěr se porovnají výsledky a určí vítěz.

Časový harmonogram

Jak již bylo zmíněno, proceduru je potřeba dokončit nejméně šest měsíců před obnovou hlavní pojistné smlouvy. Je potřeba

dodržovat časový harmonogram. **Pět měsíců** před obnovou si zástupci společnosti sjednají schůzku s pojišťovacím makléřem za účelem diskuze pojistného programu a strategie postupu při obnově smlouvy. Je to důležité, makléř má pak dost času na popis rizikové situace. **Čtyři měsíce** – makléř začne připravovat potřebná data. **Dva až tři měsíce** – makléř dokončil požadavek na kvotaci, může tyto materiály předložit a diskutovat s představiteli pojistitelů. **Čtyři až šest týdnů** – uzávěrka pro nabídky pojistitelů. **Dva až čtyři týdny** – makléř analyzuje předložené alternativy, popř. vyjednává některé složitější otázky s pojistiteli, vypracovává finální doporučení. **Dva týdny** – je nezbytné vybrat finální program pro obnovu. **Jeden týden** – makléř zařídí podpisy pojistné smlouvy a vypracuje potvrzení o pojistném krytí. **Po obnově** – následuje schůzka s klientem, na které makléř referuje o procesu obnovy, co se povedlo a co nevyšlo proti původnímu plánu, určuje se další strategie. ☒

Nůžky mezi státy EU se rozevřely! Budoucnost přináší obavy

ING. VLADIMÍR PIKORA, PH.D.
HLAVNÍ EKONOM
ANALYTICKÝ DŮM NEXT FINANCE

Je to situace, kterou si před pár lety neuměl nikdo představit. Kdybych v roce 2004, tedy v době, kdy Řecko pořádalo olympiádu, předpovídal, že za pár let bude stejné Řecko na hranici kolapsu a s nejhorším ratingem na světě, byl bych za pomateného blázna, který zrovna tak může tvrdit, že potkal v metru lochnesku. A zrovna bych měl pravdu... A to přitom celý příběh nezačal lehkavým organizováním drahých podniků, jako byly olympijské hry. Začal už mnohem dříve.

Takže pěkně od začátku

Už za faraonů bylo zvykem, že v době, když již nebylo kde brát, otevřel panovník sýpky a dal svým lidem najíst. Tento zvyk v novém hávu trvá dodnes. Moderní demokracie však přines-

i dluhy – odstranil. V moderní demokracii je však takové řešení poněkud komplikované. Nejde ani tak o to, kde sehnat káta, jako spíš o to, že už ani pořádně nevíme, kdo dluhy nasekal a komu dlužíme. Na jedné straně jsou politici, na druhé investoři. A protože investoři jsou většinou banky, ve kterých máme peníze my všichni (včetně politiků), je komplikované věřitele popravít. A koneckonců politiky jsme si zvolili také my všichni. Pohybujeme se tedy jaksi v kruhu.

Jak neřízené zadlužování začalo?

Neřízené zadlužování začíná v minulém století. Tehdy jeden oblíbený ekonom prohlašoval, že „dlouhodobě jsme všichni mrtví“, a proto se

Německá ekonomika roste, deficit státního rozpočtu klesá, a ačkoli dluh Německa od počátku 90. let vyskočil z 0,5 bilionu eur na 1,3 bilionu eur, Německo na úrocích zaplatilo nejméně za posledních 20 let.

la nový fenomén, a to neřízené zadlužování. To neznamena, že by se ve středověku panovník nikdy nepředlužil. Ale nebylo běžné, aby se takto zachovali všichni panovníci zároveň. Jenomže dnes je na hraně bankrotu třetina eurozóny! Řecko je jen jedním z mnoha předlužených států. Na rozdíl od dneška se ale ve středověku vědělo, jak se dluhu zbavit. Známy je pikantní příběhy jednoho předluženého středověkého vladaře. Na svůj hrad sezval všechny své velké věřitele na velkolepý banket. Ti se sice podivili, jak se předlužený panovník rozšoupl, ale pozvání přijali. Když byl banket v nejlepším, zavřely se náhle dveře, do místnosti vstoupil kat a věřitele – a s nimi

musíme zaměřit na krátkodobé cíle. Zároveň hlásal, že peníze nemají ležet pod polštářem, ale úspory se mají točit. To nahrálo na smeč politikům. Ti si to přeložili tak, že pokud chtějí lidé práci, mají ji mít, i kdyby byla zbytečná a uměle vytvořená. Cenou za to bude rostoucí dluh. Jenomže ten už bude problémem až příští generace politiků. A tak se na dluh plnily předvolební sliby jako o závod.

Výsledkem je, že se celý vyspělý svět rychle zadlužil. Zatímco v roce 1992 činil dluh zemí OECD k HDP „jen“ 63 % HDP, dnes to je 102 % HDP. A tempo zadlužování stále roste. Pokud by se nic nezměnilo, za 20 let bude dluh vyspělého

Časy se mění. V minulosti lidé žili tím, jestli bude dobré počasí a následně úroda, jestli se panovníci dohodnou a bude válka, nebo mír. Nyní žijeme v obavě, zdali Evropa zbankrotuje, či ne.

světa činit alespoň 160 % HDP. A to je problém. Globální ekonomika začíná vypadat jako hra zvaná letadlo. Svět je a bude předlužen. Ve chvíli, kdy se řecký dluh dostal nad 140 % HDP, začal ho svět „řešit“. Za tu dobu, co se situace Řecka „řeší“, se dostal řecký dluh nad 160 %. A nikdo neví, jak z toho ven. A skoro všechny vyspělé země světa, až na pár malých výjimek, jdou řeckou cestou.

I my jdeme řeckou cestou

Podle dat OECD vzrostl dluh České republiky od roku 2002 o více než 40 %. Pokud budeme v příštích letech hospodařit tak, jako jsme hospodařili v minulých dekádech, budeme tam, kde jsou dnes Řekové, už v roce 2037. A tam, kde jsou dnes Portugalci, budeme už v roce 2028. Portugalci už přitom museli požádat o zahraniční pomoc, aby nezbankrotovali. Času tedy moc nemáme. Před námi je útes a naše loď se k němu rychle blíží. Domnívá-li se někdo, že stačí snížit deficit státního rozpočtu pod 3 % HDP, mýlí se. To je málo.

ČR a celý svět potřebuje generovat přebytky veřejných financí. To však moderní společnost neumí. S jídlem roste chuť. Proto jsme lační spotřebovávat jako nikdy. Bez dluhu už neumíme žít. Bez dluhu totiž nebudeme spotřebovávat pořád více. Země OECD proto za posledních dvacet let dokázaly jako celek vygenerovat přebytek veřejných financí jen v roce 2000, a to ještě jen těsně nad nulou. Naopak v roce 2009 státy OECD vygenerovaly deficit přesahující 8 % HDP.

Dluhem zmítané Řecko přitom nedokázalo generovat přebytek rozpočtu nikdy. Řecko stejně jako Česká republika má deficit, ať se ekonomice daří, nebo ne. I v roce 2000, když měly země OECD titěrný přebytek, mělo Řecko deficit těsně pod 4 %. Když měly země OECD deficit kolem 8 %, mělo Řecko deficit už 16 %.

Něco se musí změnit

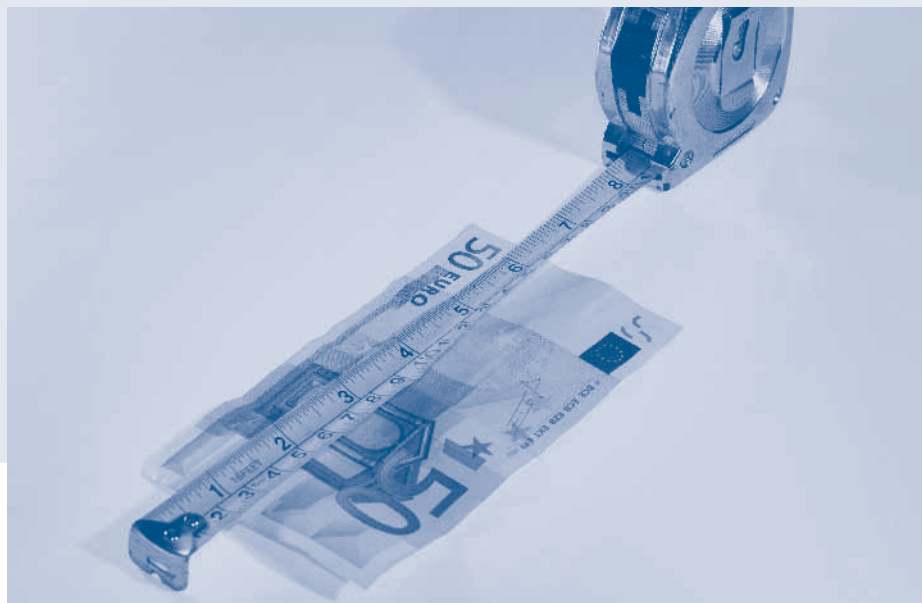
Evropa musí přestat žít na dluh. Situace je neudržitelná! Polovina všech příjmů řeckého rozpočtu směřuje na splácení úroků. Otázkou však je, jak ozdravit veřejné finance a současně neudusit ekonomiku. Seškrtnat všechny výdaje a zavést milion daní by uměla i cvičená opice. Jenomže k cíli to vést nemusí. Řekové škrtnají už několik let a dluh vesele roste dál. Zároveň s tím ovšem ekonomika upadla do recese, ve které bude letos už pátým rokem. Míra nezaměstnanosti rychle roste. Zatímco před rokem byla na 13,5 %, koncem roku 2011 už byla nad 18 %.

A nejhorší je, že je zasažena mladá generace. Ve věkové skupině 15 až 25 let je bez práce 46 % lidí. To je naprosto šílené. Je to zoufalá generace, která nemá co ztratit a už ani neumí pracovat, protože nikdy nezačala. Bojím se, že těmto lidem už brzy nebudou stačit jen protesty na ulicích. Možná je jen otázkou času, než je osloví nějaký schopný populista a věci v Řecku dostanou spád. Ostatně v této kolébce evropské civilizace budou zanedlouho volby – možná se budeme divit, kdo je vyhraje.

Překvapivě, ačkoli má s dluhem problémy téměř celá eurozóna, některým zemím eurozóny se daří a jiným ne. Kdybychom se podívali na míru nezaměstnanosti nebo průmyslovou výrobu, zjistili bychom, že se mezi státy eurozóny rozevírají nůžky. Na jihu Evropy průmysl padá, na severu roste. S mírou nezaměstnanosti to je přesně obráceně. Na jihu Evropy je rekordně vysoká, na severu (v Německu) zase rekordně nízká. Evropa se stala dvourychlostní. Jih trpí a Německo vzkvétá.

Německý hospodářský zázrak

Německá ekonomika roste, deficit státního rozpočtu klesá, a ačkoli dluh Německa od počátku 90. let vyskočil z 0,5 bilionu eur na 1,3 bilionu eur, Německo na úrocích zaplatilo nejméně za posledních 20 let. To je při rostoucím dluhu překvapivé. Je to dáno tím, že nyní se investoři tak bojí půjčovat evropským vládám, že jediným opravdu důvěryhodným partnerem



Ilustrační foto: Dreamstime.com

je německá vláda. Té byli investoři letos v lednu dokonce ochotni půjčit i se záporným výnosem. Jinými slovy byli ochotni Německu platit za to, že mu „smějí“ půjčit. Není to bláznivé? Ne zase tolik, pokud si uvědomíme, že ve hře není jen úrok, ale i měna. Zdá se, že někteří už spekulují na to, že v Německu vznikne nová měna, která vůči té zahraniční posílí. Co ztratí investoři na (záporných) úrocích, to jim (podle těchto spekulací) naženou kurzové zisky. Finanční trhy tedy vidí, že se něco musí změnit a že to nebude jen ve škrtech.

„Řešíme“ Evropu naší vírou

Nabízí se řada řešení. Obecně bych je rozdělil na řešení založená na víře a řešení založená na číslech.

Řešení založená na víře vycházejí z toho, že jsme přeci Evropané a jako tvůrci demokracie si vzájemně solidárně pomůžeme a nenecháme jih padnout. Evropa přežít prostě „musí“, jinak nastane katastrofa. Je typické, že zastánci této myšlenky jsou ochotni pro Evropu zaplatit cokoli. Na tomto přístupu je krásná víra, že vše dopadne jako v pohádce – tedy dobře. Proto má také

tento směr mnoho zastánců, kteří jako řešení nabízí fiskální unii, jež prý zamezí dalšímu zadlužování. Fiskální unie by také přinesla společné daně a něco jako ministerstvo financí, jež by vydávalo celoevropské dluhopisy. Italové by si tak nepůjčovali za vysoký úrok a Němci za nízký, ale všichni by si půjčovali hezky společně. Nádherná to myšlenka. Kdyby s ní eurozóna pracovala od svého vzniku, možná by dluhové krizi dokázala zabránit.

Horší je, že tyto vize stále mluví jen o záměrech a nejsou vyřešeny do detailu. Navíc něco jako zákaz předlužení už dávno existuje, jen tato pravidla Evropa nedodržovala. Dá se dokonce říct, že většina dluhu eurozóny je nelegální, protože byl porušován tzv. Pakt stability a růstu zakazující ohromné zadlužování. To však ještě není největší slabina projektu. Tou je prohlášení ratingových agentur, že případný společný evropský dluhopis nebude mít průměrný rating Evropy, ale rating nejslabšího članku. Tím pádem nebude možné s nimi starý kontinent financovat. Že by na to Evropa zareagovala hledáním jiného řešení? Omyl! Začal se vymýšlet způsob, jak ratingové agentury zakázat nebo ještě lépe zničit.

Když nemám víru, беру rozum do hrsti

Vedle řešení založených na víře jsou i řešení založená na číslech. Ta mluví jasně – 80 % Němců už nechce půjčit Řecku, pokud neprovede dramatické reformy na trhu práce. To jinými slovy znamená, že Řekům dramaticky poklesnou mzdy a důchody. „Dramaticky“

Evropa musí přestat žít na dluh. Situace je neudržitelná! Polovina všech příjmů řeckého rozpočtu směřuje na splácení úroků. Otázkou je, jak ozdravit veřejné finance a současně neudusit ekonomiku. Seškrtnat všechny výdaje a zavést milion daní by uměla i cvičená opice.

znamená alespoň o polovinu. S tím Řekové z pochopitelných důvodů nechtějí souhlasit. 53 % Němců proto chce, aby se Řekové vrátili k drachmě a eurozónu opustili. A jdou ještě dál. Průzkumy ukazují, že 51 % Němců chce návrat k marce a víc Němců už dnes chce být mimo Evropskou unii. Opravdu jsem se nepřepsal, Němci už nemluví jen o eurozóně, už mluví o celé EU.

Podobné nálady jsou ovšem i jinde. Například v Itálii už 55 % lidí nevěří euru a 33 % chce návrat k liře. Možná si vzpomínají, že lira byla na rozdíl od eura velmi inflační, a tím pádem

požírala jejich dluhy. Nicméně i euro už má zaděláno na to, aby se jednou po současném ohromném tisku peněz stalo inflační měnou.

Počkejte, až přijdou volby

Politici zatím hlas ulice ignorují. Chtějí věřit, že lze Evropu zachránit a odvrátit její bankrot. Přitom už i země jako Francie nebo Rakousko přišly o nejlepší dluhové hodnocení.

Nicméně přijdou volby. A já předpokládám, že to politikům sečtou. V dluhách jsou namočení skoro

všichni. Proto bych se nedivil, kdyby se objevily nové tváře a nové politické strany, které řeknou „dost“. Eurozóna se dost možná rozdělí na chudý jih a bohatý sever a vzniknou dvě či více měn místo jednoho eura. Zároveň s tím se dluh jihu Evropy z větší části škrtne. Bojím se, že nakonec řecký dluh zaplatíme všichni – od kojenců po důchodce. Výsledná částka se však bude lišit podle toho, jak dlouho budeme házet při záchraně Řeka peníze do velké černé řecké díry. Čím dříve to skončí, tím méně zaplatíme. ☒

Priority evropského pojišťovnictví pro rok 2012

MGR. ONDŘEJ KAREL

VEDOUcí ODDĚLENÍ POJISTNÝCH PRODUKTŮ A PREVENCE POJISTNÉHO PODVODU
ČESKÁ ASOCIACE POJIŠTOVEN

Jaký je výhled evropské regulace pojišťovnictví pro rok 2012? Článek přináší komentář k vybraným nejvýznamnějším tématům, jež jsou součástí publikace „Akční plán CEA pro rok 2012“.

Ohlédnutí za rokem 2011

Uplynulý rok 2011 byl zcela ve znamení realizace kroků motivovaných bojem s finanční krizí a následnou hospodářskou recesí, která postihla celou Evropskou unii a většinu vyspělých světových ekonomik. Cílem těchto kroků podstupovaných na úrovni EU je zvýšení ochrany ekonomiky EU před selháním sektoru finančních služeb prostřednictvím řady opatření v oblasti dohledu a regulace finančních služeb a oblasti ochrany spotřebitele. Množství konzultací a legislativních návrhů se vztahem k pojišťovnictví, jež různé instituce a orgány na úrovni EU i mezinárodní úrovni v roce 2011 vydaly, bylo bezprecedentní. Bylo to zapříčiněno zejména skutečností, že diskuze o řadě navrhovaných opatření v oblasti finančních služeb, například o otázkách stability finančního systému a identifikace systémových rizik, probíhala nejen na evropské, ale také na mezinárodní úrovni. V roce 2011 zahájily svoji činnost i nově ustavené evropské orgány dohledu, sektorový ESRB a pro oblast pojišťovnictví výlučný orgán EIOPA, které vedle akcelerace diskuze nad řadou již existujících témat začaly identifikovat nové okruhy otázek.

„Akční plán CEA pro rok 2012“

Krátce před koncem loňského roku publikovala Pojišťovací a zajišťovací federace CEA (od 1. 3. 2012 přejmenovaná na Insurance Europe) přibližně šedesátistránkový materiál nazvaný „Akční plán CEA pro rok 2012“. V něm stručně bilancuje hlavní témata vztahující se k regulaci finančních služeb a specificky pojišťovnictví na ev-

seřazený dle námi identifikované míry důležitosti pro český pojišťný trh. Dokument „Akční plán CEA pro rok 2012“ je vystaven na extranetu České asociace pojišťoven.

Implementace Solvency II do národních právních řádů

Stálící mezi zásadními tématy je již po několika let příprava a implementace nového obezřet-

Zásadní pozornost si vyžádá připravovaná revize Směrnice o zprostředkování pojištění, od které lze očekávat řadu změn oproti stávající právní úpravě, zejména v oblasti úpravy způsobu jednání zprostředkovatelů, řešení konfliktů zájmů a rozšíření informačních povinností.

ropské i světové úrovni, jimiž se v průběhu roku 2011 zabývala, a identifikuje klíčové oblasti zájmu pojistitelů, na které bude nezbytné soustředit pozornost v roce 2012. Niže přinášíme čtenářům Pojistného obzoru stručný přehled těchto témat

nostního režimu **Solvency II**. V roce 2012 se bude jednat konkrétně o implementaci rámcové směrnice do národních právních řádů a přípravu implementačních opatření II. a III. úrovně, na kterých se již intenzivně pracuje. Cílem evropských

zákonodárců je zajistit implementaci SII do národních právních řádů do konce roku 2012 a její účinnost od ledna 2014. Vedle připomínkování návrhů implementačních opatření bude CEA pokračovat v prosazování 18měsíčního přechodného období mezi dokončením definice informačních povinností pojišťoven na III. úrovni a jejich povinným zavedením do praxe. Bude také prosazovat zohlednění co největšího množství připomínek svých členů ke směrnici Omnibus II, kterou jsou vnášeny změny do směrnice Solvency II.

Zákaz diskriminace

Ve středu zájmu pojistitelů bude bezesporu další **vývoj legislativy EU zakazující diskriminaci v oblasti poskytování finančních služeb**. Ta, s cílem ochránit spotřebitele finančních služeb před diskriminací, z důvodu nepochopení principů pro oceňování rizika užívaných v komerčním pojišťovníctví podléhá samotné základy, na nichž toto odvětví finančních služeb stojí. Vedle nezbytnosti zohlednění rozsudku SD EU z 1. března 2011 v případě Test-Achats, kterým byl prohlášen čl. 5 odst. 2 Směrnice 2004/113/ES (Gender) za neplatný, bude v tomto roce nezbytné reagovat na vývoj projednávání návrhu Směrnice o provádění zásady rovného zacházení s osobami bez ohledu na náboženské vyznání nebo víru, zdravotní postižení, věk nebo sexuální orientaci. Případný zákaz zohledňování faktorů věku nebo zdravotního stavu ve výpočtu výše pojistného nebo pojistného plnění, který by mohl být vlivem inspirace výše uvedeným rozsudkem přijat, by přinesl zásadní negativní dopady na celou řadu pojistných produktů.

Harmonizace alternativních systémů pro řešení sporů na úrovni EU povede k povinnému založení těchto systémů v zemích, kde dosud ještě nepůsobí.

Revize právního rámce pro zprostředkování pojištění

Zásadní pozornost si vyžádá připravovaná **revize Směrnice o zprostředkování pojištění** (Směrnice 2002/92/ES, IMD), od které lze očekávat řadu změn oproti stávající právní úpravě, zejména v oblasti úpravy způsobu jednání zprostředkovatelů, řešení konfliktů zájmů a rozšíření informačních povinností. S touto legislativní aktivitou bude spojena **regulace zprostředkování tzv. strukturovaných retailových investičních produktů** (PRIPs), jejichž přesná definice zůstává dosud nejasná, za které jsou však považovány produkty s investiční funkcí provozované v rámci různých odvětví finančních služeb. CEA se již při přípravě svých stanovisek k předcházejícím konzultacím k tématu revize IMD podařilo vypracovat konkrétní konstruktivní návrhy úpravy obsahu a struktury revidované směrnice. K rozšiřování obsahu směrnice však zaujímá konzervativní postoj a požaduje zachování principu minimální harmonizace, aby jednotlivé národní právní řády mohly zohlednit národní specifika zprostředkování. Z návrhů CEA lze jmenovat např. návrh plnění informačních povinností prostřednictvím strukturovaného materiálu KIC (Key Information Checklist) nebo definici

high-level principů, kterými by se zprostředkování pojistných produktů mělo řídit. Zveřejnění legislativních návrhů, jež je očekáváno v průběhu jara 2012, ukáže, do jaké míry bylo ze strany Evropské komise přihlédnuto k argumentům CEA předloženým v rámci předchozích konzultací.

Alternativní řešení sporů

Silným tématem pro rok 2012 bude také ochrana spotřebitelů finančních služeb a v jejím rámci uvažovaná **harmonizace systémů pro alternativní řešení sporů** (ADR). Cílem Komise je umožnit alternativní řešení spotřebitelských sporů, vyplývajících z prodeje zboží a služeb včetně finančních služeb a sporů vyplývajících z pojistných smluv, na národní a přeshraniční úrovni. Harmonizace povede k povinnému založení těchto systémů v zemích, kde ještě nepůsobí. S touto aktivitou souvisí návrh na legislativní **umožnění podávání kolektivních žalob na poskytovatele finančních služeb** v případech, kdy opakovaným protiprávním jednáním menší závažnosti ze strany poskytovatelů těchto služeb vznikají spotřebitelům škody. Mimosoudní řešení spotřebitelských sporů je ze strany CEA jednoznačně preferováno jako rychlejší a méně nákladné řešení ve srovnání se soudním řízením. Je však třeba zajistit, aby v rámci harmonizovaného systému bylo možné využít stávající mechanismy ADR v jednotlivých členských státech EU, mezi kterými existují značné odlišnosti. Umožnění podávání kolektivních žalob CEA dlouhodobě odmítá, neboť podle jejího názoru není dostatečně odůvodněné, nicméně ve svém stanovisku uvádí argumenty k jednotlivým možným prvkům takového systému s cílem varovat před zavedením systému typu „class action“, existujícího v USA, se všemi jeho negativy.

Garanční systémy

Opakovaně uvažovaným opatřením ze strany Evropské komise a dalších evropských orgánů je **zřízení garančních systémů v pojišťovníctví** (IGS). Jde o obdobu systémů, které existují v bankovním sektoru a jež by chránily pojistníky



před důsledky případného úpadku pojišťoven. CEA v rámci konzultací na toto téma argumentovala rozdílností business modelu bank a pojišťoven, které implikují rozdílnou míru rizika selhání banky a pojišťovny, a poukazovala na nadbytečnost zavedení tohoto opatření s ohledem na povinnost pojišťoven vytvářet pojistné rezervy. Vzhledem k velkému politickému tlaku na zavedení garančních systémů však vstoupila do konstruktivního dialogu s Evropskou komisí a jednotlivými výbory Evropského parlamentu ohledně možných parametrů systému, jejichž zavedení bylo ze strany legislativních orgánů EU zvažováno, s cílem zajistit co nejracionalnější úpravu v této oblasti. Zveřejnění legislativního návrhu je očekáváno do konce roku 2012.

Další témata

V probíhající diskuzi o systémových rizicích bude CEA na národní i mezinárodní úrovni pokračovat v obhajobě zájmů pojistitelů a zvyšovat povědomí o skutečnosti, že tradiční pojišťovací aktivity s sebou tato rizika nenesou. Aktivity pojišťoven, ze kterých mohou určitá rizika pro stabilitu finančního systému jako celku vyplynout, je nezbytné posuzovat vzhledem ke specifikům odvětví a business modelu pojišťoven specificky, nikoli na ně aplikovat stejný přístup jako v ostatních odvětvích finančních služeb.

CEA bude také monitorovat aktivity Mezinárodní asociace orgánů dohledu v pojišťovnictví (IAIS), jejichž cílem je vytvoření společného rámce pro

dohled mezinárodně aktivních pojišťovacích skupin (ComFrame). Tento rámec má ambici stát se budoucím globálním standardem v oblasti dohledu nad mezinárodně působícími pojišťovacími skupinami. Velmi sledována bude také příprava mezinárodních standardů pro finanční reporting (IFRS) 9 a Fáze II IFRS 4 zaměřené na vykazování pojistných smluv. V investiční oblasti je důležitým tématem návrh nové regulace ratingových agentur a příprava nařízení EMIR. Ve sféře daňové problematiky se pozornost soustředí zejména na návrhy na zdanění finančního sektoru (daň z finančních transakcí) či aplikaci DPH na pojištění a finanční služby. Důležitý je také dialog pojišťovacího sektoru s Evropskou komisí a dalšími institucemi v oblasti předcházení škod způsobených živelními událostmi a jejich nápravy. ☒

Jaký vliv budou mít přírodní katastrofy roku 2011 na letošní ceny zajištění?

THOMAS HOLZHEU
HLAVNÍ EKONOM SWISS RE
SEVERNÍ AMERIKA

Můžeme říct, že pojistný trh je celkově roztržštěný a sazby na něm se mění v závislosti na utrpených ztrátách a mění se míře rizika. Ceny pojištění majetku pro případ katastrofy v USA vzrostly o 10 až 15 %, v Evropě jednotně o 5 % a na mezinárodních účtech zasažených ztrátami ještě výrazněji. V Austrálii a Japonsku se sazby vyšplhaly o více než 50 %. Ve Spojených státech se zastavil dlouhodobý pokles sazeb v oblasti odpovědnostního a úrazového pojištění, zajistitelé však nedosahují takového navýšení, které by bylo i přes klesající výnosy zapotřebí k obnovení ziskovosti. Celkově se disciplína upisování podařila udržet a podhodnocené programy se často nepodařilo umístit. Mimo USA se situace zlepšila na německém a britském trhu pojištění vozidel, podmínky na francouzském trhu jsou v podstatě stejné.

Zrychlení růstu

V roce 2011 došlo k růstu zajištění v důsledku rizik souvisejících s oživením ekonomiky,

ke zvýšení sazeb u pojištění majetku proti katastrofám a pojištění na znovuoobnovení zajištěního krytí po velkých škodách způsobených katastrofami. Postupně dochází k posunu smýšlení v pojišťovnictví a obecného vnímání mezi odbornou veřejností. Sazby jasně směřují vzhůru, růst sazeb je dynamičtější, zlepšuje se ziskovost odvětví. Dochází k tomu na pozadí závažných problémů současné ekonomické a politické situace. Slabá ekonomika, utahování rozpočtů a akomodací monetární politika udržují výnosy ze státních obligací na nízké úrovni, zejména v Německu a USA. Nízké úrokové sazby snižující výnosy z investic a ohrožující ziskovost dlouhodobého pojištění a zajištění jsou pro pojišťovnictví ohromnou výzvou.

Evropská dluhová krize představuje riziko pro pojistitele, kteří vlastní státní dluh Řecka, Portugalska, Irska, Španělska a nyní i Itálie. Navíc pojistitelé vlastní dluhy bank, které by mohly být – vzhledem k tomu, že jsou vystaveny riziku státního dluhu – silně zasaženy, kdyby se krize stala chaotickou.

V lednu 2012 potvrdily obnovené smlouvy o zajištění rozpolcenost pojistného trhu. Ta se vyznačuje vyššími sazbami a růstem pojistného u majetku a naopak stagnací v úrazovém a odpovědnostním pojištění.



Thomas Holzheu

Foto: Swiss Re



Rychle se rozvíjející trhy nejsou zcela oddělené od rozvítých ekonomik, takže i jejich růst se zpomaluje, i když inflace zůstává vyšší. Tvoří se bubliny aktiv, ačkoli není pravděpodobné, že v brzké době prasknou. Mnozí pojistitelé počítali s tím, že tyto perspektivní trhy podpoří růst jejich příjmů. Zpomalení, k němuž došlo v polovině roku 2011, a rizika bublin aktiv odhalily potenciální slabinu této strategie.

V budoucnosti se očekává další růst sazeb

Očekává se další nárůst sazeb, protože v ekonomikách přetrvávají zásadní problémy, které vyžadují jejich přecenění. Ziskovost zajištění utrpěla masivní pokles. Částečně ji ovlivnily rekordní škody v důsledku katastrof v první polovině roku a vysoké investiční ztráty ve třetím čtvrtletí roku 2011. Provozní ziskovost pojistitelů se také snižuje. Kromě likvidace ztrát vzniklých při katastrofách a uvolňování rezerv se výsledky upisování nadále snižovaly zejména kvůli nižším sazbám pojistného, ačkoli situace v různých zemích a druzích pojištění se liší. Pojišťovny navíc měly slabé výnosy z investic. Částečně byly způsobeny rekordně nízkými úrokovými sazbami, pomalými peněžními toky a chabými kapitálovými zisky nebo kapitálovými ztrátami. Stále větší rozdíly ve výnosech korporátních dluhopisů a horší kvalita státních dluhopisů snížily tržní hodnotu cenných papírů s pevným výnosem. Zpochybnutí zásady diversifikace, výsledky investičního kapitálového

pojištění byly také slabé. Průměrná ziskovost pojišťoven dušených ze všech stran byla nízká.

Obrovské ztráty způsobené katastrofami v roce 2011

Kdyby bylo Japonsko více pojištěno, tak by rok 2011 byl pravděpodobně nejdražším z hlediska pojištěných katastrofických škod. I přesto se jedná o rok s nejvyššími ekonomickými ztrátami a s druhými nejvyššími pojištěnými škodami. Nejdražším pro sektor pojištnictví zůstává se 123 miliardami amerických dolarů rok 2005. Katrina, Wilma a Rita dohromady tehdy stály přes 100 mld. USD. Pokud nepočítáme ztráty NFIP (National Flood Insurance Program – tj. Národního programu povodňového pojištění), potom se rok 2011 stane vůbec nejdražším rokem pro privátní pojištnictví. V letech 2010 a 2011 stálo za dvěma nejnákladnějšími událostmi zemětřesení. Ke čtyřem z pěti nejdražších zemětřesení došlo od února 2010 do března 2011. Zemětřesení v Japonsku bylo doposud nejsilnější, jaké kdy tuto oblast zasáhlo, a čtvrté nejsilnější celosvětově od roku 1990. Japonská katastrofa je nejdražší v historii i z hlediska pojistných a ekonomických škod. Pojišťovny zaplatí Japonsku odhadem 17 % celkových ekonomických ztrát a Novému Zélandu 80 % škod způsobených únorovým zemětřesením. Je to důsledek značných rozdílů v propojení obou zasažených zemí. Propojenost proti zemětřesení v Japonsku je výrazně nižší než na Novém Zélandu, zejména mezi majiteli

domů. Obrovské škody způsobené katastrofami v roce 2011 vedly ke zvýšení zajišťovacích sazeb u pojištění majetku proti katastrofám. Tento trend bude pravděpodobně pokračovat vzhledem ke změnám v katastrofických modelech, četnosti výskytu nedávných událostí a zvýšenému riziku. Počátek dalšího a rozsáhlejšího zvyšování se očekává později v roce 2012/2013, kdy se projeví negativní vývoj.

Řada nepředvídaných ztrát v roce 2011

Japonsko – síla zemětřesení dalece přesáhla veškeré tabulky pro plánování a řízení rizika, dopad tsunami, neočekávaná globální rizika CBI (Contingent Business Interruption). Thajsko – neočekávaný rozsah rizik BI (pojištění přerušení provozu) a CBI, vzájemná globální provázanost a závislost zásobovacího řetězce. Tornáda v USA – bylo jich více a byla ničivější, než se očekávalo. Škody na Novém Zélandu způsobené zemětřesením, tsunami, dodatečnými otřesy, CBI, BI a sesuvy půdy. Je patrné, že počty multimiliardových katastrofických událostí stoupají. V roce 2011 bylo 16 událostí nad 1 mld. USD a pojistný sektor stál více než 1 mld. USD (v roce 2010 to bylo 11 událostí). Jedenáct modelových změn v RMS (Risk Management Services, tj. služby pro řízení rizika) je odrazem lekci, které nám uštědřily katastrofy v předchozích letech. Jejich zavádění však pokračuje pomalu.

Odolnost pojišťovacího sektoru

Pojišťovací sektor přesto prokázal pozoruhodnou odolnost, se kterou vstřebal uvedené ztráty. Nedošlo k žádnému zásadnímu selhání nebo náhlému vyčerpání kapacity. Zajišťovny udrželi výši kapitálu během roku 2011 na docela dobré úrovni. Skutečnou tržní hodnotu aktiv s pevným výnosem vyhání do výše nízké úrokové sazby. Evropská státní dluhová krize vedla k tržnímu snížení hodnoty jehoevropských vládních dluhopisů. Nejistotu související se státním dluhem navíc znásobují její dopady na bankovní sektor, tj. vlastní kapitál a držitele cenných papírů bank. Po letech zmírňování sazeb je stále častěji zpochybňována adekvátnost technických rezerv na pojistná plnění, zejména ve světle rostoucího inflačního rizika. A samozřejmě, nejnovější revize majetkových katastrofických modelů vedla ke zvýšení expozice vůči výskytu přírodních katastrof. ☒

Retail Distribution Review: Britská regulace distribuce zruší systém provizí

RNDR. KAREL VESELÝ, PH.D.
ŘEDITEL PORADENSKÝCH SLUŽEB PRO POJIŠŤOVNICTVÍ
DELOITTE ADVISORY S. R. O.

Velká Británie, země s jedním z největších a nejstarších trhů životního pojištění na světě, chystá zásadní reformu v oblasti regulace distribuce všech retailových investičních produktů. Tato reforma má být účinná od 1. ledna 2013 a přinese životním pojišťovnám například zákaz stávajícího systému provizí pro zprostředkovatele.

Historický vývoj distribuce retailových investičních produktů

Moderní regulace finančního trhu ve Velké Británii je spojena s přijetím zákona Financial Services Act v roce 1986 za vlády Margaret Thatcherové, který vstoupil v účinnost v roce 1988. Nebudeme se jím zde zabývat v celé šíři, vynecháme tedy i vývoj vládní regulace představované původně Securities and Investment Boards (SIB) a od roku 1997 Financial Services Authority (FSA)¹. Tento článek se soustředí na regulaci distribuce investičních produktů, kam již od roku 1988 patří životní pojištění (kromě rizikového) a různé typy fondů. Hlavní pozornost budeme věnovat distribuci životního pojištění.

Polarizace (1988)

Rok 1988 přinesl finančním poradcům tzv. polarizaci neboli povinnou klasifikaci do dvou kategorií: nezávislí finanční poradci (běžně známí v Británii jako IFAs, independent financial advisers) a vázaní poradci (tied advisers). Současně se zásadně zvýšily kvalifikační předpoklady pro finanční poradce. Postupně byly zaváděny přísné požadavky na informace podávané zákazníkovi během prodeje a roku 1995 také povinnost zveřejnit u investičních produktů výši

provize. Nicméně ani posílení informačních povinností vůči zákazníkovi nevedlo k žádanému efektu a výše provize značně ovlivňovala doporučení poradců, aniž si toho byli zákazníci dostatečně vědomi. Výzkum FSA z roku 2001 například konstatoval, že „zákazníci špatně rozumí nákladům na provize a faktu, že tyto náklady nesou oni“². Sandlerova zpráva z roku 2002 zdůrazňovala, že trh retailových investičních produktů je specifický kvůli pozici zákaz-

Současný vývoj britské regulace distribuce je specifický i kvůli dominantnímu podílu nezávislých finančních poradců na prodeji životního pojištění. Tím je Velká Británie unikátní v celé Evropě.

níků, kteří „nedostatečně rozumí produktům a jsou velmi neochotní dlouhodobě spořit. Celkově jsou na trhu zákazníci slabí. Tato slabost je mimořádně významnou charakteristikou tohoto sektoru. Většina zákazníků se výrazně spoléhá na své poradce. Výsledkem je, že skutečným zákazníkem pro poskytovatele produktu je distributor, nikoli konečný zákazník. Provizní systém dovoluje poradcům nabízet poradenství zdánlivě zcela zadarmo. To je mimořádně efektivní při získávání jinak váhavých klientů.“³

Depolarizace (2004)

Od 1. prosince 2004 došlo k další reformě, tzv. depolarizaci. Tento režim platí i v současnosti. Byly zavedeny čtyři typy poradenství:

- nezávislé poradenství – poradce musí vycházet z analýzy produktů celého trhu a musí dát klientovi možnost zvolit si zaplacení svých služeb plně poplatkem bez přijetí provize od zprostředkovatele;

Článek představuje hlavní rysy a očekávané dopady britské reformy Retail Distribution Review. V kontextu vývoje evropské a české regulace distribuce nelze vyloučit budoucí zavedení některých prvků této reformy i v Česku.

- WoM (whole of market, celý trh) – poradce musí vycházet z analýzy produktů celého trhu, ale nemusí nabízet klientovi možnost platit plně poplatkem;
- multi-tied (vícenásobně vázané) poradenství – poradce nabízí produkty od více než jednoho poskytovatele, nikoli však nutně z celého trhu;
- vázané poradenství – poradce nabízí produkty jednoho poskytovatele.

Depolarizace zavedla další rozsáhlé informační povinnosti vůči zákazníkovi. Opět se však ukázalo, že tato opatření nesplnila svůj cíl, zákazníci jim nerozuměli a nevybírají si aktivně poradce ani produkty; možnost zaplatit nezávislé poradce přímo formou poplatku využívají pak zákazníci jen výjimečně⁴. Jak na tyto regulatorní změny reagovaly jednotlivé distribuční kanály? Na trhu panovaly počátkem devadesátých let značné obavy, že nezávislí finanční poradci (IFAs), typicky malé firmy nebo jednotlivci, nebudou schopni novým požadavkům dostát a mnozí zaniknou. Naopak se předpokládalo, že životní pojišťovny budou mít dostatek zdrojů na potřebné školení svých sítí, pomůcky a administrativu a nová regulace pro ně nebude takovým problémem.

Nečekaná revoluce

Ve skutečnosti došlo během devadesátých let v oblasti distribuce životního pojištění v Británii k poměrně nečekané, ale zásadní revoluci.

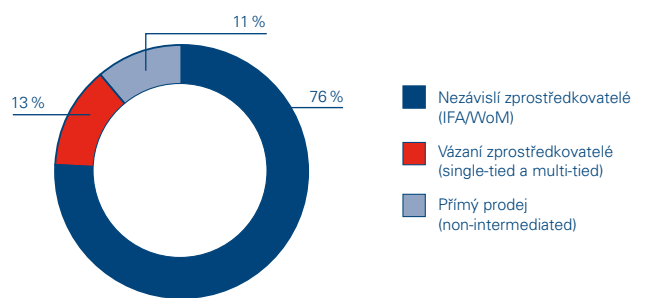
¹⁾ V současné době se připravuje rozdělení FSA na několik samostatných agentur.

²⁾ Viz FSA, *Polarisation: Consumer Research – Report of research studies carried out by IFF Research Ltd, ORC International Ltd and NOP Solutions, leden 2002*

³⁾ Viz *Medium and Long-Term Savings in the UK, A Review, Ron Sandler, HM Treasury, červenec 2002*

⁴⁾ Viz např. FSA *Consumer Research 64, Depolarisation Disclosure, únor 2008*

Obrázek 1 – současné zastoupení distribučních kanálů ve Velké Británii v životním pojištění (za rok 2010).



Zdroj: Association of British Insurers (ABI)

Její důsledky trvají dodnes. Celkový počet zprostředkovatelů výrazně poklesl. Během asi deseti let se počet poradců v dosud dominantních vlastních obchodních kanálech životních pojišťoven zmenšil na desetinu a řada pojišťoven vlastní síť zcela rozpustila. Příkladem může být osud obchodní sítě velké britské pojišťovny Prudential⁵. Mezi důvody úpadku vlastních obchodních sítí britských životních pojišťoven patří náklady vyplývající z odpovědnosti za misselling u vlastních obchodních sítí a obecně nákladný a neefektivní obchodní model vlastních sítí, který nebyly pojišťovny schopny rychle změnit.

Novým dominantním obchodním kanálem se v životním pojištění stali nezávislí finanční poradci (IFAs). Ti zvládli novou regulaci překvapivě úspěšně například i díky sdružení do sítí (networks), které pro své členy zajistily soulad s regulatorními požadavky. Ve vysokém zastoupení nezávislých finančních poradců (v současnosti 76% podíl na distribuci životního pojištění, viz obrázek 1) je Británie unikátní v celé Evropě. I z toho důvodu je současný vývoj britské regulace distribuce specifický.

Co je Retail Distribution Review?

V červnu 2006 oznámil na konferenci finančních zprostředkovatelů v Birminghamu výkonný ředitel FSA John Tiner zásadní reformu distribuce retailových finančních produktů (Retail Distribution Review, RDR)⁶. Předseda správní rady FSA Callum McCarthy ve své řeči v Gleneagles v září 2006 shrnul důvody k provedení RDR a konstatoval: „V distribuci finančních produktů

retailovým zákazníkům máme systém, který neslouží ani poskytovatelům produktů, ani zákazníkům. A je pochybné, zda slouží zprostředkovatelům.“ Za zásadní vady stávajícího modelu z pohledu poskytovatelů produktů (pojišťovny, penzijní fondy, investiční společnosti) označil McCarthy vysokou stornovost nového obchodu kvůli přetahování zákazníků

a z pohledu zákazníků pak zkrácené doporučení od zprostředkovatele při volbě produktu a jeho poskytovatele a hrazení vysokých poplatků při každém přechodu k údajně lepšímu produktu. „Za vítěze je často označován zprostředkovatel,“ připomněl McCarthy. Tento názor však ihned zpochybnil, když konstatoval, že i zprostředkovatelské společnosti čelí stále většímu počtu stížností na misselling a rostou jim náklady na kompenzace postiženým zákazníkům.⁷

Čtyři okruhy opatření

Retail Distribution Review byla několik let diskutována, nejprve v pracovních skupinách a pak ke všem klíčovým doporučením proběhly v letech 2007 až 2010 veřejné konzultace. RDR má být zavedena od 1. ledna 2013. Postupně vykrystalizovaly 4 okruhy opatření v rámci RDR:

1. zvýšit srozumitelnost zprostředkovatelských služeb, aby zákazník věděl, zda je poskytováno skutečně nezávislé poradenství (inde-

4. zajistit, že tzv. personal investment firms (PIFs), tedy v praxi zejména nezávislí finanční poradci (IFAs), mají dostatečné kapitálové zdroje na krytí odškodného v případě stížností.

K prvním třem okruhům se vrátíme v další části článku. Obecně ještě dodejme, že s ohledem na vysoký podíl nezávislých finančních poradců (IFAs) na distribuci se Británie nemohla příliš inspirovat v jiných zemích a nová opatření musejí být ze značné míry cílena právě na IFAs.

Na jaké produkty se RDR vztahuje

RDR se vztahuje pouze na retailové investiční produkty, které zahrnují:

- fondy kolektivního investování (regulované i neregulované);
- životní pojištění s investiční složkou (tedy rezervotvorné);
- investice do investičních trustů;
- některé druhy penzí (nikoli však tzv. skupinové osobní penze GPP);
- strukturované investiční produkty.

Britská definice retailových investičních produktů je úmyslně blízká evropské definici PRIIPs (balíčkových retailových investičních produktů), protože FSA si je vědoma připravovaných opatření EU v regulaci distribuce PRIIPs. Z pohledu pojistného trhu je podstatné, že RDR se vztahuje na veškeré rezervotvorné životní pojištění, naopak vyjmuté je čistě rizikové životní pojištění (pure protection), pro které byla vydána samostatná opatření, a také veškeré neživotní pojištění. FSA připravila speciální pravidla i pro platformy, přes které se v současnosti v Británii

Výši odměny za poradenství dohodne zprostředkovatel přímo s klientem. Zprostředkovatel nebude smět přijmout od poskytovatele produktu jakoukoli provizi za doporučení jeho produktu.

pendent advice) nebo zda je poradenství v nějakém smyslu omezené (restricted advice);

2. odstranit zkreslující vliv provizí na doporučení produktu zákazníkovi;
3. zvýšit profesionální standard poradců;

prodává značná část retailových investičních produktů.

Srozumitelnost služeb

Nově se poradenské služby v retailových investičních produktech budou klasifikovat na dva

⁵ Pojišťovna Prudential měla ve vlastní obchodní síti v roce 1991 9296 poradců, v roce 1997 4904 poradců, v roce 2000 již jen 1641 poradců a 13. února 2001 oznámila zásadní restrukturalizaci sítí na zhruba 250 poradců, tedy pouhých 3% počtu před 10 lety

⁶ Viz „Review of retail distribution in the UK“, projev Johna Tinera, FSA Retail Intermediaries Sector Conference, Birmingham, 14. června 2006

⁷ Viz „Is the present business model bust?“, projev Calluma McCarthyho, Gleneagles Savings & Pensions Industry Leaders' Summit, 16. září 2006

základní typy: nezávislé poradenství (independent advice) a omezené poradenství (restricted advice). Klientovi musí být vždy srozumitelné, zda mu zprostředkovatel poskytuje nezávislé nebo omezené poradenství. Kromě toho existuje prodej na základě výlučného provedení pokynu klienta (execution-only sales), kdy klient kupuje produkt bez jakékoli asistence. Zcela mimo rámec regulace zprostředkování jsou obecné finanční rady (tzv. money guidance), které na internetu (Moneymadeclear) na základě doporučení Thoresen Review z roku 2008 spustily v následujícím roce společně FSA a britské ministerstvo financí. Základní rozdělení na nezávislé a omezené poradenství připouští situaci, kdy zprostředkovatel poskytuje poradenství u některých produktů jako nezávislé a u jiných produktů jako omezené, nicméně takový zprostředkovatel se může deklarovat jako nezávislý jen pro příslušné produkty (Tabulka 1).

Tabulka 1: Základní definice nezávislého a omezeného poradenství

	Nezávislé poradenství (Independent advice)	Omezené poradenství (Restricted advice)
Obsah poradenství	Osobní doporučení retailovému klientovi týkající se retailového investičního produktu, pokud je: a) založeno na vyčerpávající a poctivé analýze relevantního trhu; b) nestranné a neomezené. Relevantní = „zahrnující veškeré retailové investiční produkty schopné splnit investiční potřeby a cíle retailového klienta“	a) Osobní doporučení retailovému klientovi, týkající se retailového investičního produktu, které není nezávislé (typicky doporučení založené na analýze omezeného spektra produktů); nebo b) tzv. základní poradenství (basic advice) používané u stakeholders penzí.
Informační povinnost (informace, kterou musí klient dostat před poskytnutím služby)	Písemná informace, že jde o nezávislé poradenství. Pokud doporučení není založeno na analýze všech retailových produktů, vysvětlení, jaký relevantní trh byl v analýze použit.	Písemná a současně i ústní informace, že jde o omezené poradenství a vysvětlení, v čem je omezené (jediný poskytovatel, omezená skupina poskytovatelů apod.).

FSA vydala v září 2011 konzultační materiál k tzv. zjednodušenému poradenství (simplified advice), kam typicky patří automatizované poradenství po internetu, po telefonu nebo tváří v tvář. Zjednodušené poradenství bude zřejmě podléhat režimu omezeného poradenství.

Nová pravidla odměňování zprostředkovatelů – „Adviser charging“

Pro veškeré typy zprostředkování retailových investičních produktů (tedy pro nezávislé i omezené poradenství) zavádí RDR zcela nový režim odměňování zprostředkovatelů, tzv. „adviser charging“. Jde patrně o nejrevolučnější novinku RDR, která také pochopitelně vyvolala nejvíce pozornosti. Poskytovatel

produktu, tedy například životní pojišťovna, ztratí možnost určovat výši provize zprostředkovateli. Výši odměny za poradenství dohodne zprostředkovatel přímo s klientem. Zprostředkovatel nebude smět přijmout od poskytovatele produktu jakoukoli provizi za doporučení jeho produktu. Technicky nicméně např. pojišťovna může částku, kterou si dohodne zprostředkovatel s klientem jako svou odměnu, strhnout z pojistného a poslat ji zprostředkovateli.

Odměna (poplatek) zprostředkovateli by měla být závislá na typu poskytnuté služby, nikoli na doporučeném produktu. Poplatky mohou být jednorázové nebo průběžné. V případě průběžných poplatků musí být tato průběžná odměna jasně vázaná na konkrétní průběžně poskytovanou službu; klient musí mít možnost tuto průběžnou službu zrušit a přestat tyto průběžné poplatky platit. Zprostředkovatel musí klienta seznámit se svým sazeb-

každoročně získat od akreditované organizace prohlášení o splnění profesních standardů (Statement of Professional Standing). Konkrétně budou všichni poradci povinni absolvovat každý rok určitý počet hodin celoživotního vzdělávání (tzv. CPD, continuing professional development), a to minimálně 35 hodin, z toho 21 hodin strukturovaného vzdělávání (konference, semináře, workshopy nebo e-learning). Všechny nové požadavky si pak musí doplnit i stávající zprostředkovatelé, jinak nebudou moci dále vykonávat činnost.

Očekávané dopady RDR

Do 1. ledna 2013, data účinnosti Retail Distribution Review, zbývá ve Velké Británii méně než rok. RDR bude zřejmě mít zásadní dopady na celý trh retailových investičních produktů. Zejména nový systém odměňování zprostředkovatelů, adviser charging, bude znamenat posun v hodnotovém řetězci a v ekonomice trhu, a to na straně poskytovatelů produktů (např. životních pojišťoven) i samotných zprostředkovatelů.

Dopady na distributory

Očekává se, že s ohledem na vyšší kvalifikaci předpoklady pro poradce a také potenciální nižší ochotu některých zákazníků platit za jejich služby dojde k poklesu počtu distributorů na trhu (odhady se pohybují okolo 15 %). Jednotliví distributoři se zřejmě více zaměří na jednotlivé segmenty zákazníků. Může dojít ke zvýšení vlivu platform (již nyní platformy tvoří značnou část nového obchodu, zejména u podílových fondů), přímého prodeje nebo zjednodušeného automatizovaného poradenství. Celkově se očekává větší polarizace trhu distributorů od transakčních finančních poradců obsluhujících masový trh zjednodušeným poradenstvím na jedné straně až po prémiové finanční poradce a privátní banky soustředující se na bohaté privátní a affluent klienty na straně druhé. Někde mezi nimi se budou nacházet nezávislí poradci IFAs „středního proudu“ obsluhující bohatší část masového trhu.

Dopady na zákazníky

Zásadní obavou je neochota některých zákazníků platit za poradenskou službu. V kombinaci se snížením počtu poradců a jejich možnou orientací na jiné segmenty zákazníků tak může podle některých názorů dojít k horší dostupnosti finančních služeb zejména pro nižší příjmové skupiny, které jsou již nyní v Británii

níkem poplatků písemně ještě před poskytnutím služby a měl by používat pro vyjádření výše poplatků peněžní částky (pokud není sazba pevná, musí být uveden alespoň příklad v peněžní částce). U hodinových sazeb je nutné uvést odhad potřebného počtu hodin pro danou službu (Tabulka 2).

Profesionalizmus zprostředkovatelů

Retail Distribution Review obecně zvyšuje předpoklady na kvalifikaci zprostředkovatelů. Nově se bude například požadovat vyšší vstupní kvalifikace než dosud (zhruba řečeno dosud se vyžadovala kvalifikace odpovídající úrovni maturitě, nyní bude vyžadovaná o stupeň vyšší)⁸. Poradci dále budou muset

⁸ Přesněji bude požadována kvalifikace odpovídající úrovni 4 v rámci anglické QCF (Qualifications and Credit Framework), dosud byla vyžadována úroveň 3 (např. anglická A-level má QCF úroveň 3).

Tabulka 2: Ilustrativní příklad sazebníku zprostředkovatele

Služba	Počáteční poplatek	Průběžný poplatek za novou analýzu (2 x ročně)
Analýza vašich stávajících produktů na důchodové zabezpečení (před důchodem)	£100 za hodinu (bez DPH), odhad: 4-6 hodin	
Doporučení, co provést s vašimi stávajícími prostředky na penzi (v důchodu)	£130 za hodinu (bez DPH), odhad: 2-3 hodiny	
Kam umístit vaše úspory (pro ty, kteří chtějí investovat do £25,000)	3 % z vaší investice	Služba dostupná na vaši žádost, za 0,5 % z vaší investice ročně

hůře zabezpečeny například na důchod. Tomu napovídá i dřívější negativní zkušenost se zavedením nízkopoplatkových (stakeholders) produktů určených právě nízkopříjmovým zákazníkům, která ztroskotala na nezájmu zprostředkovatelů tuto skupinu zákazníků obsluhovat za příliš nízké provize.

Ačkoli FSA možné dopady konzultovala s účastníky trhu, celkově zřejmě nesdílí vážnost těchto obav a věří, že budou plně vyváženy dlouhodobě vyšší důvěrou, kterou celý sektor po zavedení RDR získá.

Dopady na provozní procesy a IT systémy v pojišťovnách

Na straně pojišťoven (a dalších poskytovatelů produktů) bude nutné změnit provozní procesy a IT systémy. Ačkoli pro nově prodávané retailové investiční produkty bude již tradiční provize zakázána, v praxi bude pojišťovna muset provozovat dvojitý režim, protože provize se i nadále bude vyplácet z jiných produktů a také ze stávajícího kmene. Samotné zpracování adviser charging pak bude velkým oříškem. Ačkoli pojišťovny nová legislativa nenutí zpracovávat poplatky pro zprostředkovatele (klient může platit zprostředkovateli přímo), konkurence je k tomu zřejmě donutí, jinak mohou zprostředkovatelé preferovat jiné pojišťovny.

Zpracování adviser charging bude však výrazně složitější než zpracování provizí, kde dosud pojišťovny nabízely jen omezený počet provizních schémat. Nově budou muset být schopny zpracovat v zásadě neomezené množství možných poplatkových struktur. Zcela nové procesy bude nutné zavést například pro získání zákaznickova souhlasu na stržení poplatku zprostředkovateli nebo na zahájení a zastavení výplaty průběžných poplatků zprostředkovateli na základě pokynu klienta. Pojišťovny a další poskytovatelé budou muset řešit z čeho poplatek odvést (z hotovostních prostředků klienta, z jeho pravidelných plateb, z jeho aktiv apod.)

Daňové dopady

Zatímco daňový režim stávajících provizí je dobře známý, daňové důsledky nového systému adviser charging zůstávají otevřené. Nejčastěji je diskutována otázka daně z přidané hodnoty. Otázkou je, zda poskytovaná služba bude mít charakter investičního poradenství (DPH se aplikuje) nebo zprostředkování vybraného produktu (osvobozeno od DPH). Je paradoxem, že ačkoli záměrem celé reformy RDR je jít směrem ke skutečně nestrannému poradenství klientovi, nutnost aplikovat DPH může motivovat zprostředkovatele označit službu nikoli jako poradenství, nýbrž jako zprostředkování konkrétního produktu. Zatím se zdá možné, že přinejmenším některé poplatky v rámci adviser charging nebudou osvobozeny od DPH, což by mohlo zdrazit službu konečnému zákazníkovi.

Účetní a kapitálové dopady na pojišťovny

Adviser charging v rámci RDR bude mít řadu dopadů na britské pojišťovny v kontextu IFRS a Solvency II. Odstranění provizí změní profil příslušných peněžních toků, a tedy i chování produktů v rámci různých výkazů. Podle ověřovacího konceptu (exposure draft) IFRS 4 fáze II by měly být přírůstkové

(inkrementální) pořizovací náklady včetně provizí zahrnuty ve vypořádacích peněžních tocích při oceňování závazků plynoucích z pojistných smluv. Ostatní pořizovací náklady, které nejsou přírůstkové, by měly být vykázány jako náklad přes výkaz zisků a ztrát. Poplatky adviser charging nebude možné zahrnout do peněžních toků a objeví se okamžitě ve výsledovce, což zřejmě zvýší finanční zátěž nového obchodu (tzv. new business strain) u životního pojištění. Pojišťovna by tak musela v rámci IFRS vykázat okamžitou ztrátu z nového obchodu, u kterého je přitom dlouhodobě očekáváno, že bude profitabilní. Při zavedení RDR tedy pojišťovny musí zvážit příležitosti racionalizovat distribuční náklady a poplatkovou strukturu produktů tak, aby se účetní dopad v rámci IFRS 4 fáze II minimalizoval.

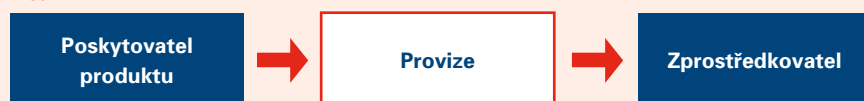
Podobně musí britské pojišťovny zvážit i dopady na výpočet technických rezerv a kapitálových požadavků v rámci Solvency II.

Reforma se blíží

Reforma Retail Distribution Review přinese ve Velké Británii už za necelý rok zásadní změnu v distribuci retailových investičních produktů. Samotná potřeba této reformy naznačuje, že otázky, které diskutujeme v České republice na trhu s relativně krátkou nepřerušenu existencí, nejsou zdaleka uspokojivě vyřešeny ani na trhu s mnohem větší historií a zkušeností. Je poučné sledovat celý proces jejího vzniku, který až do zavedení bude trvat více než 6 let a jenž zahrnuje celou řadu veřejných konzultací s účastníky trhu. A bude zcela jistě nesmírně zajímavé sledovat i výsledky. Minulé reformy distribuce ve Velké Británii vždy přinesly trochu něco jiného, než bylo zamýšleno nebo se všeobecně předpovídalo. O překvapení nemusí být nouze ani tentokrát. ☒

DPH před a po zavedení Retail Distribution Review v Británii.

Před RDR



Zprostředkovatelská činnost osvobozená od DPH

Po RDR



Zprostředkovatelská činnost osvobozená od DPH nebo zdaněné poradenství?

Zdroj: Deloitte

Únorová kampaň ČAP se letos věnovala pojištění rodiny

JOLANA ACKERMANNOVÁ
ČESKÁ ASOCIACE POJIŠTOVEN

Proč právě rodina?

Výběr tématu pojistné ochrany rodiny vyplynul z více důvodů. „Zatímco předchozí ročníky kampaní byly zaměřeny produktově a jejich cílem bylo seznámit veřejnost co nejdetailněji s konkrétním typem produktů pojistného trhu a s jeho principy, nyní jsme kampaň zaměřili více prakticky,“ říká manažerka vzdělávání a komunikace ČAP Marcela Kotyrová a pokračuje: „Přestože je veřejnost průběžně informována o jednotlivých druzích pojištění, důraz jsme tentokrát kladli na optimální zabezpečení rodiny jako celku. Povědomí o důležitosti a funkci komplexní ochrany rizik v ČR je totiž stále nedostatečné.“

Srovnáme-li pojistnou ochranu českých domácností s vyspělými státy EU, je téměř třetinová! Zatímco například ve Finsku, Francii či Dánsku představují náklady na pojištění až 20 % z celkových výdajů, v ČR do pojištění vkládáme v průměru necelých 8 %. Svůj majetek má v ČR pojištěna pouze každá druhá domácnost a bez pojistné ochrany zůstává každá třetí nemovitost. V životním pojištění zaostáváme pozadu dokonce i za Maďarskem nebo Slovinskem. Pouze dvě třetiny ekonomicky aktivních občanů mají životní pojištění sjednané za účelem ochrany rizik. Pojistná ochrana rodiny přitom nabývá v dnešní složité době na stále větším významu. V kampani jsme upozornili na důležitost správně rozloženého zajištění rizik tak, aby pojistná ochrana a potažmo pak pojištění plnění

pomohlo rodině překlenout nepříznivé období. Tím může být náhlá ztráta zaměstnání živitele rodiny stejně tak jako zničený dům v důsledku živelní pohromy. „Takové nenadálé situace mohou mít bez kvalitního pojištění pro rodinu fatální finanční důsledky,“ říká Marcela Kotyrová a varuje: „Dnes již v takových situacích nelze spoléhat na pomoc státu, zodpovědnost za sebe a své blízké nese skutečně každý sám.“

Informační zdroje

Ke komunikační kampani jsme využívali aktuální fakta. Čísla a informace poskytl jak

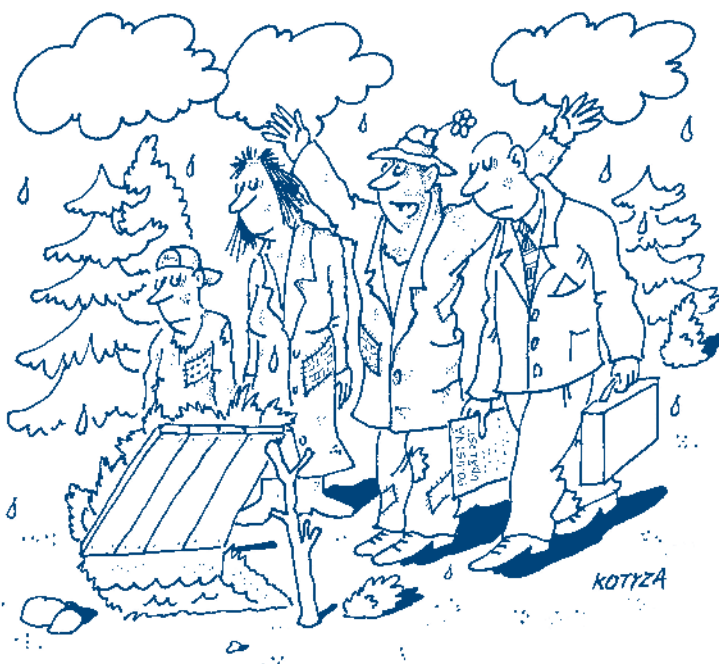
Pozornost kampaně byla věnována prakticky všem druhům pojištění, ze kterých se kompletní pojistná ochrana rodiny skládá, i praktickým radám, jak postupovat v konkrétních případech.

omnibusové šetření, které realizovala společnost Ipsos, tak anketa členských pojišťoven. Omnibus s účastí 1000 respondentů se detailněji věnoval problematice pojistné smlouvy, například její aktualizaci nebo předčasnému vypovídání smluv u produktů životního pojištění. Potvrdil však i to, že pojistnou ochranu majetku má jen 49 % dotázaných a životní pojištění má sjednané dokonce pouhých 47 % respondentů. Výzkumem získaná čísla, která lze hodnotit za alarmující, pomohla vyhodnotit nejdůležitější body ke komunikaci a zdůraznila efekt předávaných informací. Anketa pojišťoven ČAP se soustředila na nejčastější chyby klientů, a to

při sjednávání, v průběhu pojištění i v praxi při pojistné události. Odpovědi zástupců jednotlivých členských pojišťoven se naprosto shodovaly, a nebylo pro nás tedy těžké definovat z každého pojistného odvětví ty nejzávažnější prohřešky, kterých se klienti dopouštějí, když řeší pojistnou ochranu pro sebe a své blízké a jejich důsledky.

Podpojištěnost v ČR přetrvává

Uvědomujeme si, že velkým problémem, který v Česku stále přetrvává, je podpojištěnost. Prostřednictvím kampaně jsme se proto snažili tento zjednodušený a nesprávný přístup vyvrátit, a osvětlit tak hlouběji problematiku pojistné částky. V rámci kampaně jsme vysvětlili principy krácení pojistného plnění v případě podpojištěnosti



UŽ MĚ TO NEBAVÍ, LETOS JE TO PO DESÁTÝ, CO NĀM TEN NAHORĚ VYTOPIĽ KVARTÝR...!

Bezpečí rodiny spočívá ve správném zajištění rizik, která by mohla ohrozit její stabilitu. Se správně sjednaným pojištěním nezaskočí vaši rodinu žádná nečekaná škoda – to bylo motto únorové kampaně České asociace pojišťoven.

a nabídli modelové příklady toho, jak by mělo optimální pojištění rodiny vypadat a co nepodcenit. Společným jmenovatelem všech takových negativních jevů a chyb je z velké části přetrvávající nedostatečná finanční gramotnost spotřebitelů. I zde jsme proto veřejnosti charakterizovali nesprávnost takového počínání a informovali o vhodnějších postupech. Především o nutnosti jednání s pojišťovnou nad možnostmi řešení dané situace, kterými může být snížení pojistného na minimální částku, dočasný odklad plateb nebo převedení smlouvy do stavu bez placení pojistného. Veřejnost jsme upozornili na to, že tímto řešením předejde klient zániku smlouvy pro neplacení a vymáhání dlužného pojistného.

Pojištění rodiny na www.jaksepojistit.cz

Na nezávislý internetový portál www.jaksepojistit.cz jsme přidali další stránky věnované pojištění rodiny, které doplňují souhrnné zprávy z předešlých kampaní Pojisti život, Pojisti auto nebo Pojisti majetek. „Opět jsou zde k dispozici modelové příklady ke všem typům pojistných produktů včetně orientačních cen a výše pojistných limitů. Ty umožní zájemcům o pojištění snazší pochopení jejich výhod, a usnadní tak orientaci v produktové nabídce,“ vyjmenovává manažerka vzdělávání a komunikace ČAP. Rodina je zde sledována i v časové rovině. Prochází svým zákonitým vývojem, kvůli němuž se mění i její potřeby. Ani na tyto milníky kampaň nezapomíná, nabízí různá řešení a vysvětluje, na co je třeba klást důraz, aby pojistná ochrana naplňovala aktuální potřeby rodiny efektivně. Webové stránky www.pojistirodinu.cz navštívilo během trvání kampaně 2134 uživatelů, nezávislý internetový portál www.jaksepojistit.cz si pak od jeho vzniku (31. 1. 2011) prohlédlo už 15 019 zájemců.

Důležitá podpora médií

Kampaň odstartovala 1. 2. 2012 tiskovou konferencí, kterou jsme uspořádali v hotelu Yasmin. Potěšilo nás, že se jí zúčastnilo více než třicet odborných žurnalistů. Problematika pojištění rodiny se zásluhou kvalitní marketingové přípravy dostala na obrazovky České televize a TV Prima, zaplnila i éter Českého rozhlasu a kampaň na svých stránkách přiblížily čtenářům-řidičům i deníky Lidové noviny, Mladá fronta DNES, deníky VLP, Právo, Blesk atd. Rovněž specializované internetové servery nezůstaly stranou. Díky šíři tématu a informovanosti běžných spotřebitelů byly do projektu zapojeny i lifestyle časopisy a časopisy pro ženy. Pro zvýšení návštěvnosti webových stránek Pojisti rodinu i připomenutí webového portálu jaksepojistit.cz jsme také uspořádali hned dvě soutěže. Na vlnách rádia Frekvence 1 se soutěžilo o víkendový pobyt v luxusním hotelu. Internetové stránky pojišťoven a mediálních partnerů pak odkazovaly na soutěž, která probíhala přímo na webu Pojisti rodinu a kde mohli návštěvníci soutěžit o jedenáct atraktivních cen, věnovaných členskými pojišťovnami. Soutěž, která rozšířila zúčastněným



Zahájení kampaně se zúčastnila více než třicetka novinářů.

Foto: ČAP

znalosti v oblasti pojištění, byla komunikována i na Facebooku, kde Česká asociace pojišťoven navázala na loňskou oboustrannou komunikaci s veřejností.

Poděkování partnerským organizacím

Za přímou mediální podporu patří dík partnerským serverům Finanční noviny, Opojištění.cz, Poradci-sobě.cz, Našepeníze.cz, jež kampaň po celou její dobu aktivně podporovaly. Stejně jako v předchozích letech patří naše zvláštní poděkování také členským pojišťovnám, které spolupracovaly na její obsahové přípravě, věnovaly ceny do soutěže a umístily na své webové stránky banner odkazující na pořádanou soutěž. Na realizaci kampaně spolupracovala agentura Native PR, webové stránky vytvořila společnost ENTRE. ☒

Únor – měsíc pojištění

Komunikační kampaň „Únor – měsíc pojištění“ je osvětový projekt, který vznikl v roce 2008. Jeho realizátorem je Česká asociace pojišťoven (ČAP) – profesní sdružení pojišťoven působících na českém trhu. Hlavním cílem projektu je posílení informovanosti veřejnosti ve sféře pojištění a zvýšení povědomí v oblasti jednotlivých pojistných produktů. Informační kampaň podporuje zvyšování finanční gramotnosti občanů a přispívá k ochraně spotřebitele. Odpovědnost za svá rizika nese každý sám. Cílem kampaně je, aby lidé přistupovali ke krytí těchto rizik na základě korektních informací. Každoročně se kampaň zaměřuje na konkrétní druh pojištění. V roce 2008 na životní pojištění v jeho obecné rovině, v roce 2009

na pojištění majetku a v roce 2010 na životní pojištění – tentokrát s důrazem na pojištění rizik. V roce 2011 se kampaň věnovala pojištění motorových vozidel a možným připojištěním. Informační kampaň získala již řadu ocenění v oblasti PR. Hlavním přínosem je komplexnost a srozumitelnost předávaných informací. Souhrnný portál www.jaksepojistit.cz se tak stal trvalým nástrojem ke zvyšování povědomí veřejnosti o pojistných produktech. ☒



www.jaksepojistit.cz

Projekt ELVIS pomáhá odhalovat nečestné pojišťovací zprostředkovatele

IVANA MENCLOVÁ
SPECIALISTKA, POJIŠTĚNÍ OSOB
ČESKÁ ASOCIACE POJIŠTOVEN

Pojišťovny o realizaci podobného projektu uvažovaly již delší dobu. Problémem však bylo získání souhlasu pojišťovacích zprostředkovatelů (PZ) se zpracováním údajů o jejich osobě. Pojišťovny totiž z logických důvodů neviděly splnění této podmínky u všech PZ za reálné. Zlom nastal přijetím zákona č. 277/2009 Sb. o pojištnictví, konkrétně § 129, odst. 6, kterým vznikl právní rámec pro realizaci sdílení informací o protiprávních jednáních bez nutnosti mít k dispozici souhlas zprostředkovatelů.¹ Sekce obchodu ČAP proto iniciovala vytvoření projektu ELVIS, jehož úkolem má být sdílení informací o zprostředkovatelích, jejichž jednání vůči pojišťovně nebo klientům vykazuje známky

ČAP zpracování právního stanoviska nezávislou advokátní kancelář a dále požádala také o stanovisko Úřad na ochranu osobních údajů. Obě tato vyjádření byla kladná.

Nabídka asociacím

Protože hlavním záměrem celého projektu je získání co nejvíce vypovídajících informací o PZ, byla možnost zapojení do projektu ELVIS nabídnuta i členům ostatních asociací (AFIZ, USF ČR a AČPM). Přestože zástupci zúčastněných stran souhlasili téměř se všemi cíli projektu, k vzájem-

Pojišťovny registrují stále častější výskyt protiprávního jednání pojišťovacích zprostředkovatelů. ČAP proto iniciovala vytvoření systému ELVIS, jehož hlavním cílem je výměna dat o tomto nelegálním jednání.

vedení pouze negativních informací, pro veřejnost nepřístupných.

Czech Credit Bureau

V době přípravy projektu ELVIS byla Česká asociace pojišťoven oslovena společností Czech Credit Bureau (CCB) s nabídkou účasti v jejich projektu ELIXÍR. Podstata tohoto projektu spočívá v tom, že v databázi budou vedeni všichni PZ (jako v registru ČNB) a u některých bude uveden údaj o částce, kterou PZ dluží na provizích vůči společnosti, pro kterou pracuje. Podmínkou však je, že musí PZ vyslovit s uvedením těchto údajů souhlas. Tento princip nesplňoval pojišťovnami předem definované podmínky, a proto se ČAP do projektu nezapojila.

Aplikace ELVIS umožní vyhledat konkrétního pojišťovacího zprostředkovatele podle předem definovaných indikátorů.

protiprávního jednání. Informace získané v rámci tohoto projektu mohou pojišťovny využít zejména v okamžiku uzavírání obchodní smlouvy s novým pojišťovacím zprostředkovatelem. Zároveň tento projekt povede k prevenci a odhalování pojistných podvodů, eliminaci nepoctivých PZ na trhu, vyšší ochraně spotřebitele a v neposlední řadě i ke kultivaci trhu v oblasti zprostředkování pojištění.

Příprava projektu

Intenzivní práce na přípravě projektu ELVIS (Elektronický výměnný informační systém) začaly v červenci 2010. Byla vytvořena zvláštní pracovní skupina, která ve spolupráci s odborníky na legislativu definovala taková jednání PZ, jež splňovala podmínku protiprávního jednání, a bylo je proto možné sdílet v režimu § 129 odst. 6 zákona č. 277/2009 Sb., o pojištnictví. Z důvodu zamezení veškerých pochybností o vhodnosti vydefinování stanovených protiprávních jednání zadala

né dohodě o spolupráci nakonec bohužel nedošlo. Zástupci externích sítí by totiž uvítali, aby v aplikaci byly vedeny také pozitivní informace o PZ a dále chtěli informace zpřístupnit i veřejnosti. Tyto požadavky ale odporovaly základním podmínkám, které si stanovily pojišťovny. Ty preferují

Provozovatel projektu ELVIS

V rámci přípravy projektu ELVIS probíhala i diskuse o jeho nejvhodnějším provozovateli, tj. zda jít cestou externí spolupráce, nebo projekt realizovat v rámci České asociace pojišťoven. Nabídka přišla i od společnost SOLUS, která v té době připravovala „registr třetích stran“,

Informace, které budou mezi sebou pojišťovny sdílet:

Prodlení s úhradou peněžitého dluhu vzniklého vůči pojišťovně v souvislosti se zprostředkovatelskou činností. Prodlení musí být delší než 1 měsíc a celková dlužná částka musí být alespoň ve výši 10 000 Kč
Porušení smluvních závazků k pojišťovně nebo vnitřního předpisu pojišťovny při inkasu pojistného
Uvedení nepravdivých nebo hrubě zkrácených údajů v souvislosti s uzavřením nebo změnou pojistné smlouvy a její správou
Uvedení nepravdivých nebo hrubě zkrácených údajů v souvislosti s likvidací pojistné události nebo v souvislosti s uplatněním práva na plnění z pojištění
Porušení obecně závazných právních předpisů při výkonu zprostředkovatelské činnosti
Jiné porušení smluvních závazků k pojišťovně (smlouvy o obchodním zastoupení) nebo vnitřního předpisu pojišťovny

¹ § 129 odst. 6 ZPOJ zní: Za účelem prevence a odhalování pojistného podvodu a dalšího protiprávního jednání se pojišťovny vzájemně informují a sdílejí informace o skutečnostech týkajících se pojištění fyzických a právnických osob a jeho zprostředkování, včetně informací o zmocněncích účastníků pojištění a dalších osobách zúčastněných na škodné nebo pojistné události, a to i prostřednictvím právnické osoby, která není pojišťovnou, zajišťovnou ani pojišťovacím zprostředkovatelem.

jehož prostřednictvím by bylo možno také projekt ELVIS realizovat. Prezidium ČAP nakonec rozhodlo, že projekt ELVIS bude realizován v rámci ČAP a zpracovatelem bude společnost SUPIN. Po tomto definitivním rozhodnutí začala ihned společnost SUPIN vyvíjet vhodnou aplikaci, jejíž první verze byla představena v září 2011. Následně se aplikace zdokonalovala a zároveň se připravovaly právní dokumenty k zapojení jednotlivých pojišťoven do projektu. Proběhlo také úspěšné vnitřní testování aplikace. Dne 23. 1. 2012 obdržely pojišťovny, které do té doby k projektu přistoupily, potřebné certifikáty, a tím začala fáze

interního testování aplikace. Ostrý provoz aplikace ELVIS pak byl zahájen 1. 3. 2012.

Jak ELVIS funguje?

Aplikace ELVIS umožní vyhledat konkrétního pojišťovacího zprostředkovatele podle předem definovaných indikátorů. V aplikaci pak lze nalézt základní informace o tomto PZ, jako je jméno, příjmení, bydliště, IČ, registrační číslo, u právnických osob pak název a sídlo firmy. Ve druhé části aplikace je uveden odpovědný zástupce firmy. Třetí část je pak

určena pro informace o konkrétních protiprávních jednáních PZ. Je možno zde nalézt všechna protiprávní jednání, kterých se PZ dopustil, a to i u více pojišťoven. U protiprávního jednání „Prodlení s úhradou peněžitého dluhu“ lze následně aktualizovat dlužnou částku tak, že je zde vidět, zda je dluh splácen, nebo naopak narůstá. V poslední části aplikace lze získat informace o různých obchodních vazbách mezi PZ, např. vazby na firmy, kde mohl být dotyčný zprostředkovatel v minulosti členem např. statutárního orgánu nebo se kterou spolupracoval v jiné pozici. ☒

Pojišťovna roku 2011 klepe na dveře

REDAKCE
POJISTNÝ OBZOR

Asociace českých pojišťovacích makléřů ve spolupráci s Českou asociací pojišťoven a serverem oPojištění.cz zahájila přípravy na dalším ročníku tradiční odborné ankety Pojišťovna roku.

Již po dvanácté budou makléři hodnotit výkony pojišťovitelů v uplynulém roce – nejen z hlediska nabídky produktů, ale především celkové úrovně a kvality poskytovaných služeb včetně výsledků vzájemné spolupráce, a to v těchto kategoriích:

- **Pojištění průmyslu a podnikatelů**
- **Pojištění občanů**
- **Autopojištění**
- **Životní pojištění**
- **Specializované pojištění**

Hodnotí se všechny pojišťovny se sídlem (nebo organizační složkou) v České republice. Jako vodítko slouží seznamy těchto subjektů vedené ČNB. Univerzální pojišťovny jsou posuzovány jak v kategoriích pro neživotní, tak pro životní pojištění.

Zakladatelé ankety již od jejího prvního ročníku usilují o to, aby se hlasování účastnil co největší počet pojišťovacích makléřů – proto je také hodnocení otevřeno nejen členům AČPM (byť představují většinovou část trhu), ale i všem ostatním z více než sedmi set makléřů vedených v registru České národní banky. Kromě toho v kategorii životní pojištění budou k hodnocení opět přizváni i zprostředkovatelé registrovaní jako PA.



Vladimír Příkryl (vlevo) přebírá ocenění Osobnost roku 2010.

Foto: archiv AČPM

Ocenění Makléř roku

Mimořádně úspěšný loňský nástup ankety do druhého desetiletí existence nastavil pořadatelům vysokou laťku – nicméně jsou odhodláni ji překonat. Po vzoru slavných British Insurance Awards zavádějí letos nové ocenění Makléř roku. Do soutěže se budou makléřské firmy nominovat samy, a tu nejlepší bude odborná komise složená ze zástupců členských pojišťoven ČAP vybírat podle celé řady kritérií, jako je např. kvalita podkladů dodávaných pojišťovně, úroveň komunikace makléř–pojišťovna a makléř–klient, správa pojištění, podpora kultivace trhu a další.

Stejně jako v předchozích ročnících tak i letos organizátoři udělí zvláštní ocenění pro Osobnost

pojištěního trhu za mimořádný přínos rozvoji pojištnictví v ČR. Dosavadními členy této pomyslné síně slávy jsou Luděk Menčík (Pojišťovna roku 2003), Petr Pavlík (Pojišťovna roku 2005), Vladimír Mráz (Pojišťovna roku 2007), Marek Venuta (Pojišťovna roku 2008), František Stach (Pojišťovna roku 2009) a Vladimír Příkryl (Pojišťovna roku 2010).

Tradiční galavečer

Výsledky ankety Pojišťovna roku 2011 budou prezentovány na tradičním galavečeru, který se koná 10. května 2012 symbolicky v prostorách sídla dohledu nad pojišťovním trhem – tedy v Kongresovém centru České národní banky. Galavečeru předchází tisková konference k vyhlášení výsledků a oblíbené Makléřské odpovědi, společensko-pracovní setkání zástupců pojišťoven se členy AČPM a dalšími hlasujícími makléři.

Generálním partnerem akce je již počtvrté mezinárodní auditorská a poradenská společnost KPMG. Záštitu nad anketou převzal guvernér České národní banky Miroslav Singer.

Pro další informace prosím sledujte webové stránky www.pojistovnaroku.cz ☒

Effects of the 2011 catastrophes and the effect on the 2012 reinsurance renewal

THOMAS HOLZHEU
SWISS RE
NORTH AMERICA

Overall, risk adjusted property cat prices rose 10 to 15% in the US; were flat to 5% up in Europe; and saw more significant increases in loss impacted international accounts. Australia and Japan experienced rate increases of more than 50%. Overall, the market is fragmented with rate changes driven by loss experience and exposure changes.

Casualty rates have stopped the long-term slide in the US, but reinsurers are not achieving the material increases that are necessary to restore profitability despite declining returns. Underwriting discipline was maintained generally and under-priced programs often did not get fully placed. Outside the US, motor markets in Germany and the UK have improved and French market conditions are essentially flat.

Growth will accelerate. 2011 saw premium growth as a result of exposures rebounding with the economic recovery, rate increases in property cat lines, and reinstatement premiums from the major cat losses. There is a gradual shift of mindset in the industry and of general perception by stakeholders. The direction of rate changes is clearly up, boosting rate growth and improving profitability. This happens against the backdrop of major challenges from the current economic and political environment.

Economic weakness, fiscal tightening and an accommodative monetary policy are keeping government yields low, particularly in Germany and the US. The low interest rate environment poses a huge challenge to the insurance industry, reducing investment yields and undermining the profitability of long-tail insurance and reinsurance.

The euro debt crisis poses a risk to insurers holding the sovereign debt of Greece, Portugal, Ireland, Spain and now Italy. In addition, insurers hold the debt of banks which, due to their exposure to sovereign debt, could be severely affected if the crisis becomes disorderly.

Emerging markets are not fully decoupled from the developed economies, so their growth is

slowing, even as inflation remains elevated. Asset bubbles are forming, though unlikely to burst any time soon. Many insurers have been counting on emerging markets to support top line growth. The slowdown in mid-2011 and asset bubble risks have revealed a potential drawback to this strategy.

Further rate increases are expected in the future

Further rate increases are expected since there are fundamental challenges in the economic conditions that require re-pricing of rates.

Reinsurance profitability has suffered a massive setback. In part, profitability was affected by record catastrophe losses in the first half of the year and large investment losses in the third quarter 2011. Insurers' operating profitability is also weakening. Beyond adjustments for catastrophe losses and reserves releases, underwriting results continued to erode mainly due to lower premium rates, although the situation differs by country and line of business. Additionally, the industry had weak investment returns. The weak returns are partially due to record low interest rates, sluggish cash flows, and feeble capital gains or capital losses. In addition, the widening spreads on corporate bonds and the weaker quality of sovereign bonds lowered mark-to-market valuations of fixed income securities. Challenging tenets of diversification, equity markets also performed poorly. Squeezed from all sides, the average profitability for the industry was low.

Immense catastrophic losses in 2011

2011 would have been the costliest year in terms of insured cat losses ever if Japan had been

The January renewals confirmed a bifurcation of the market with rate increases and premium growth in property versus stagnation in casualty.



Thomas Holzheu

Photo: Swiss Re

more fully insured. 2011 ranks as the highest in terms of economic losses and second highest in terms of insured losses. With USD 123 billion, 2005 still remains the most expensive year for the insurance industry. Katrina, Wilma and Rita combined cost over USD 100 bn. If we exclude the NFIP (National Flood Insurance Program) losses, then 2011 becomes the most expensive year of all for the private insurance industry. In both 2010 and 2011, the two most costly events were earthquakes. Four of the Top 5 costliest earthquakes occurred between February 2010 and March 2011. Japan earthquake was the most powerful known to have ever hit Japan and the fourth-strongest worldwide since 1990. The Japan event is the costliest in history, both in terms of insured and economic losses.

The insurance industry will pay an estimated 17% of the total economic losses for Japan, and 80% of the New Zealand event in February, due to marked differences in the earthquake insurance penetration rates of the two affected countries. Earthquake insurance penetration in Japan is considerably lower than in New Zealand,

particularly for homeowners insurance. The immense catastrophic losses in 2011 have led to a hardening of reinsurance rates in property catastrophe lines. This is likely to continue due to changes in catastrophe models, the frequency of recent events, and increased exposures. A broader based hardening is expected to start later in 2012/2013 when adverse development sets in.

A sequence of unanticipated losses

Japan – severity the earthquake of was off the charts for planning and risk management purposes, tsunami impact, unexpected global CBI exposures. Thailand – unexpected magnitude of BI and CBI exposures, global interdependence of the supply chain. Tornadoes

in US – the number and destruction were higher than expected. Losses from earthquakes – Tsunamis, aftershocks, CBI, BI, liquefaction in Japan and New Zealand. The number of multi-billion dollar events is on the rise. In 2011, there were 16 events that cost the industry above USD 1 billion (in 2010: 11 events). RMS (Risk Management Services) 11 model changes are a reflection of the lessons learned from prior years' catastrophes. The implementation is progressing slowly.

Through it all the re/insurance industry has shown remarkable resilience

The industry has shown remarkable resilience in absorbing these losses; no major failures or

sudden withdrawals of capacity. Reinsurers' capital levels held up quite well during 2011. Fair market valuations of fixed income assets are inflated by low interest rates. The European sovereign debt crisis led to mark-to-market write-downs on Southern European government bonds. In addition, uncertainty relating to sovereign debt is multiplied via its effect on the banking sector, i.e. the equity and bond holders of banks. After years of softening of rates, adequacy of claims reserves is increasingly questioned, especially against the background of rising inflation risks. And of course, the latest revisions to property catastrophe models resulted in higher exposures to natural catastrophes. ☒

Growth of single premiums: Permanent shift or temporary fad?

ROGER GASCOIGNE
PARTNER
INSURANCE
KPMG CZECH REPUBLIC

Why have single premium contracts gained such significance and can we expect the trend to continue? Should we be writing the obituary of regular premium business?

The development of the Czech insurance market over the last three years has been heavily characterised by the rapid growth of single premium policies, which in 2011 accounted for CZK 28 billion of written premiums, representing 40% of the total Czech life market. Most single premiums relate to separate policies, although around one quarter are additional one-off payments (often referred to as "top up premiums") paid into regularly paid policies. It should of course be noted that single premiums are nothing new and come in many different forms, reflecting the variety of different products available on the Czech, and other, insurance markets. They are generally seen as offering strong investment returns on the initial premium, but, as a differentiating factor to a bank deposit, may offer additional benefits in the case of death or morbidity (as well as tax efficiency if the legal conditions are met). Clearly the one-off investment of a relatively large sum means they are favoured by those with sufficient liquid assets looking for a good investment return.

As with regular premium policies, the return may be based on a guaranteed technical interest rate plus a share of the profits of the company (known under IFRS¹ as Discretionary Participation Features or DPF) or invested in units, where the investment risk is borne by the policyholder, although as we will see, the level of awareness of policyholders for the risks they are exposed to varies.

Is this only a phenomenon of the Czech market?

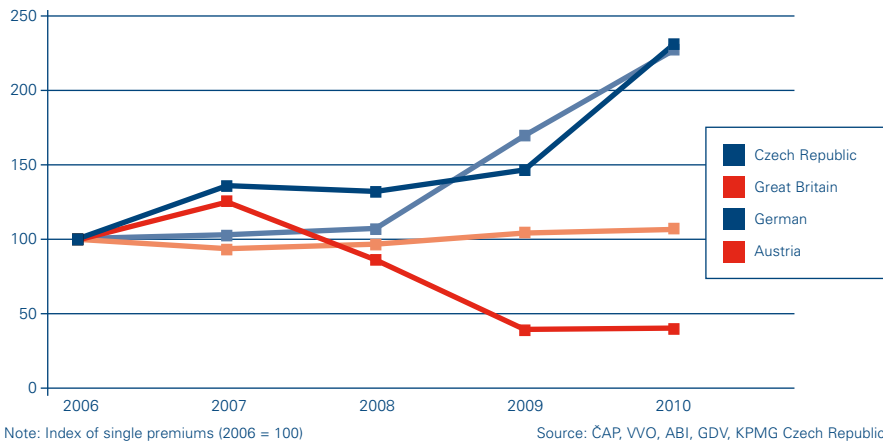
The trend towards single premium is visible in neighbouring countries such as Germany and, to a lesser extent, Austria. The United Kingdom has seen the opposite development, largely due to a drop in group pensions business, but, it should be noted that with a share of 63% of new business in 2010, the UK is still significantly above the three Central European countries. See Graph 1 and 2.

In the current financial environment, policyholders have looked positively on investment opportunities offering enticing levels of return (compared to bank deposits) over a fixed but relatively short-term period (often five years). This has driven insurers to develop and market various structured investment products linked to a specific asset – a bond, an index, a commodity or a bank deposit. Some of these structured deposit-type products have become increasingly complex. The risks to the policyholder, being predominantly the credit risk inherent in the underlying asset and the concentration risk caused by investing a lump sum in effectively one instrument or issuer, are not always made apparent to the potential policyholder, even if technically they are addressed in the small print of the contract. To take a (happily) hypothetical example – a unit linked policy where the underlying assets are Greek government bonds would, if sold today, offer a generous nominal return and may even come with a guarantee from the issuer....

¹¹ International Financial Reporting Standards

Insurance Digest

Graph 1: The development of single premiums (2006–2010)



Top line versus bottom line

The success of single premiums clearly indicates that demand is present. But does the growth indicate that insurers are driven primarily by written premium (and therefore market share) rather than profitability? Under current IFRS, premiums may be recognised as income as long as either a significant insurance risk and/or a discretionary bonus ("Discretionary Participation Feature", or DPF) are present in the contract. Under Czech accounting rules, not even these minimum conditions need be met as long as the contract is issued by an insurance company. As a result, insurers are competing directly with banks – yet the metrics are different; insurers look at premiums whilst bankers measure market share by assets under management. Maybe life insurance companies should add assets under management to published key performance indicators in assessing their relative position? It is clear that despite the greater emphasis being placed on profitability, written premiums, and therefore market share, remain the top priority for most insurers on the market. Many insurance companies comment that "everybody else is doing it so we have to as well if we are to keep our market share".

Could regulatory and accounting change impact the types of products offered?

European insurance companies are preparing for the single most dramatic changes in their regulatory and accounting environment in fifty years. Over the next few years both significant regulatory (so-called Solvency II) and accounting

(IFRS for Insurance contracts – so-called Phase II) changes will cause insurers to assess every aspect of their business from products to sales, from distribution channels to group structures. The sheer complexity of either of these changes, let alone both simultaneously, has led to repeated delays in the expected implementation dates.

Capital requirements will vary according to the risks accepted by the insurer

One of the potential results of the calculation of required capital under Solvency II is expected to be an increase in capital requirements for traditional with-profits endowment policies, which – combined with low returns on assets – is likely to further reduce demand for such policies, which have been the mainstay of European insurance for many years. The impact is driven by

the guarantees and the amount of underwriting risk rather than payment of the premium, but this may ironically drive insurers further towards investment-type products.

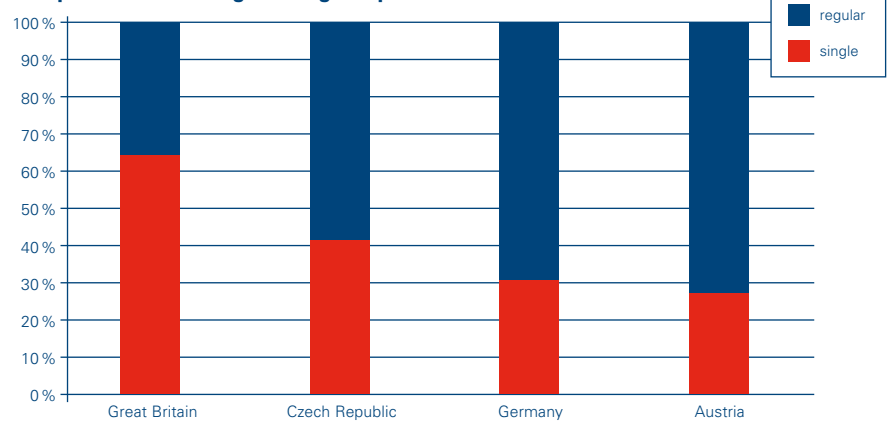
Are premiums even revenues?

However, conversely, the IASB² is still looking at the question of whether at all to present premiums in the income statement of an insurance company, and if so, in what form. Although the IASB has gone back on its original position as set out in the Exposure Draft³ based on comments letters received, such that a "tentative decision" has been reached to present premiums and claims in the statement of comprehensive income, there is still concern that such premiums, particularly in life assurance, should not be considered as revenues but as some form of other information. Related to this broader issue of presentation, the IASB is looking at unbundling insurance contracts, effectively separating insurance and investment components, unless "closely related" while the mere presence of DPF would not, in itself, be sufficient to continue recognising the whole contract as insurance.

Neither better nor worse

In conclusion, single premium contracts are clearly neither inherently better nor worse than a regular premium contract with the same benefits. They continue to fulfil a valuable and market-driven need for a large number of policyholders who are looking to combine strong returns with insurance protection. Nevertheless, the forthcoming changes in insurance regulation and accounting will certainly and significantly change insurers' business models. ☒

Graph 2: Ratio of single to regular premiums



POJISTNÝ OBZOR

Odborný čtvrtletník českého pojišťovníctví
www.pojistnyobzor.cz

1/2012

Ročník LXXXIX



Vydavatel: Česká asociace pojišťoven

Redakční rada:

Prof. Ing. Jaroslav Daňhel, CSc., Mgr. Ondřej Karel,
Ing. Josef Keller, Marcela Kotyrová,
Ing. Marcela Kubešová, Mgr. Eva Kucová,
Ivana Menclová, Ing. Jaroslav Mesršmíd, CSc.,
PhDr. Miloš Novák, Ing. Tomáš Síkora, MBA,
Ing. Eva Svobodová, Jaroslava Fašková,
JUDr. Zuzana Hlaváčková.

Šéfredaktor: Mgr. Jan Cigánik

Adresa: Gemini B, Na Pankráci 1724/129,
140 00 Praha 4

Telefon: (+420) 222 350 161

Fax: (+420) 221 413 400

E-mail: redakce@pojistnyobzor.cz

Grafická úprava, sazba, litografie: ENTRE s.r.o.,
Chodovské náměstí 8, 141 00 Praha 4

Tisk: Východočeská tiskárna spol. s r.o.,

Husovo náměstí 54, 533 04 Sezemice (okres Pardubice)

ISSN 0032-2393

Distribuce, objednávky a předplatné přijímá jménem vydavatele:

SEND Předplatné, Ve Žlábku 1800, hala A3, 193 00
Praha 9 – Horní Počernice

E-mail: send@send.cz

Telefon: (+420) 225 985 225

Fax: (+420) 225 341 425

GSM: (+420) 777 333 370

SMS: (+420) 605 202 115

www.send.cz

Předplatné na Slovensku:

Magnet Press, Slovakia s.r.o.
Šustekova 8, 851 04 Bratislava
Telefon: (+421) 267 201 921
E-mail: vojackova@press.sk
www.press.sk

Evidenční číslo: MK ČR E 1060.

Inzerce: Veškeré informace podá redakce.
Nevyžádané rukopisy nevracíme.

Přetisk: Povolen pouze se souhlasem redakce a při
zachování autorských práv.

© Česká asociace pojišťoven
www.cap.cz

Cena výtisku: 78 Kč

Roční předplatné: 250 Kč

Pojistný obzor je členem Mezinárodní organizace
odborného pojišťovacího tisku.



www.piassurance.eu

SUDOKU

				2				
	5		7		6		4	
1			3		5			8
7		3				8		9
	6						7	
4		9				6		1
5			9		3			2
	3		6		8		1	
				1				

Výkladový slovník

Vyhledat výraz:

Abfall **odpad**

odpad je každá hmotná věc, která se nebud zřizuje nebo má úmysl nebo povinnost se jí zbavit (§ 3 odst. 1 zákona č. 185/2011 Sb., o odpadech, ve znění pozdějších předpisů). Skupiny odpadů jsou vymezeny v příloze č. 1 k uvedenému zákonu. V zákoně je upraveno například pojištění škod způsobených odpady či pojištění přepravy odpadů.

Abfindung **vyrovnaní, dohodnuté pojistné plnění, jednorázové odškodnění**

1. způsob vyrovnaní, kdy poskytnutým pojistným plněním se uspokojí nároky pojištěného (oprávněné osoby). Obvykle získává pojištětel povolení a zůstatky ze všech jiných nároků včetně budoucích.

2. v sociálním pojištění je vyrovnaní zpravidla dáváno u zdravotního a invalidního důchodu (S44N).

Výkladový slovník pojmů z oblasti pojišťovníctví NĚMECKO – ČESKÁ VERZE

Česká asociace pojišťoven zveřejnila na svých webových stránkách výkladový slovník německých pojmů z oblasti pojišťovníctví. Nová elektronická aplikace obsahuje zhruba 1000 německých výrazů včetně českého ekvivalentu a vyjádřené definice či bližšího vysvětlení v českém jazyce.

Autor: Ing. Jaroslav Mesršmíd, CSc., Česká asociace pojišťoven

