

čas



Pojištný obzor

Časopis českého pojišřovnictví



4

2019

	Jiřina Nepalová: Profesionalita českých makléřů je na vysoké úrovni	4
	Aktuality povinného ručení 2019: Pojistné se navyšuje nižším tempem, než rostou škody	6
	Co očekává klient při sjednávání pojištění v 21. století?	9
	Závěrkové a plánovací procesy v IFRS 17	31

Interview

Jiřina Nepalová: Profesionalita českých makléřů je na vysoké úrovni	4
---	---

Na aktuální téma

Aktuality povinného ručení 2019: Pojistné se navyšuje nižším tempem, než rostou škody	6
---	---

Legislativa a právo

Co očekává klient při sjednávání pojištění v 21. století?	9
---	---

Povinné pojistné garanční fondy	14
---------------------------------	----

Řízení externí distribuční sítě	18
---------------------------------	----

Hodnocení mimosoudních řešení spotřebitelských sporů v EU	28
---	----

Novinky z legislativy	30
-----------------------	----

Ekonomické informace

Závěrkové a plánovací procesy v IFRS 17	31
---	----

Pojistné spektrum

Kroupy – modelování jejich předpovědi	33
---------------------------------------	----

Insurtech společnosti	36
-----------------------	----

Ze světa

Důvody a nástin řešení celkového podpojištění ve vyspělých ekonomikách	40
--	----

Z domova

Konference pojistného trhu 2019	42
---------------------------------	----

Personální změny	44
------------------	----

Retrovize	45
-----------	----

Insurance Digest	49
------------------	----



Vážené čtenářky, vážení čtenáři,

Asociace českých pojišťovacích makléřů (AČPM) slaví 25 let od svého založení, proto *Pojistný obzor* přináší rozhovor s její předsedkyní Jiřinou Nepalovou o počátcích a dalším směřování asociace. „První kroky k založení AČPM učinili zástupci zahraničních makléřských firem, které v ČR začaly působit na počátku 90. let. Profese pojišťovacího makléře byla na českém trhu nová a postupem času vznikla potřeba vyrovnat se s určitými jevy, jimž jednotliví makléři nemohli čelit odděleně, sami.“

V návaznosti na narůstající počet i finanční náročnost škod pokračuje v povinném ručení navyšování celkového objemu pojistného, které překonává růst počtu pojištěných vozidel. Přes tyto posuny platí, že některé skupiny vozidel (např. velké flotily zejména nákladních automobilů a tahačů, vozidla pojištěná leasingovými společnostmi) generují výrazné ztráty, v celkovém úhrnu cca 700 mil. Kč, kdy pojistné těchto skupin vozidel (6,26 mld. Kč) nestačí ani na úhradu známých škod a 3% odvod do fondu zábrany škod (v celkové výši 6,945 mld. Kč). Existují totiž tři klientské segmenty, které se dlouhodobě podílejí na nepříznivé bilanci povinného ručení: osobní auta fyzických osob s vícečetnými minulými škodami nebo neplacením pojistného v povinném ručení, osobní auta právnických osob s nepříznivým škodním průběhem či nákladní auta a tahače s rizikovými znaky (flotily se škodami v zahraničí nebo nepříznivým minulým škodním průběhem). Příspěvek Petra Jedličky nabízí v rubrice Na aktuální téma bližší informace.

Přeji Vám krásné svátky
a v novém roce mnoho úspěchů a pohody!

Libor Hlavička
šéfredaktor

Jiřina Nepalová: Profesionalita českých makléřů je na vysoké úrovni

Mgr. Libor Hlavička / šéfredaktor *Pojištného obzoru* / Česká asociace pojišťoven

Asociace českých pojišťovacích makléřů (AČPM) slaví 25 let od svého založení, proto *Pojištný obzor* přináší rozhovor s její předsedkyní Jiřinou Nepalovou o počátcích a dalším směřování asociace.

S jakým cílem AČPM vznikla a kdo patřil, paní předsedkyně, mezi zakládající členy?

První kroky k založení AČPM učinili zástupci zahraničních makléřských firem, které v ČR začaly působit na počátku 90. let. Profese pojišťovacího makléře byla na českém trhu nová a postupem času vznikla potřeba vyrovnat se s určitými jevy, jímž jednotliví makléři nemohli čelit odděleně, sami. Brzy bylo zřejmé, že je nutná existence instituce, která bude hájit a prosazovat společné zájmy ve vztahu k pojišťovnám a naváže kontakt s odpovídající mezinárodní makléřskou asociací. Bylo nutné zajímat se a podílet se na tvorbě právních norem v oboru pojištnictví a stát se partnerem pro tehdejší státní dozor, tedy Ministerstvo financí ČR, a v neposlední řadě stanovit etické zásady pro výkon povolání pojišťovacího makléře, tak aby asociace prosazovala zájmy klientů. Řada předběžných schůzek a porad, v nichž se o rozvíjení názorů a třibení hledisek zasloužilo i několik českých makléřů, vyústila v roce 1994 v založení sdružení, které bylo později přejmenováno na „Asociaci českých pojišťovacích makléřů“. Ustavující schůze se zúčastnilo 17 firem, např. Inverma, Itead, Experting, Sokrat a GreCO.

Daří se AČPM vytyčené cíle naplňovat a proměnily se nějak v průběhu let?

Mohu konstatovat, že úspěšně plníme poselství definované před čtvrtstoletím. Aktivně reagujeme na aktuální výzvy a přicházíme i s predikcemi, které pomáhají předcházet nežádoucím procesům. Býváme také mezi prvními, kteří podporují dobré cesty, jako např. vzdělávání v oboru.

Co bylo v minulosti největší překážkou a co naopak hybnou silou AČPM?

Pro rozvoj AČPM je důležité setkávání se na společné půdě, výměna názorů, sdílení zkušeností a tím vytváření a rozvíjení platformy pro kultivaci profese pojišťovacího makléře. V úplných začátcích asociace bylo cílem přesvědčit trh o významu pojištění pro byznys a o přidané hodnotě, kterou pojišťovací makléř přináší – ale to vše je už opravdu historie.

AČPM musí hájit zájmy svých členů, společně přispívat k dobrému jménu pojištnictví, a to je stálá a silná výzva.

Jaké renomé podle Vás mají v ČR pojišťovací makléři, popř. pojištnictví obecně?

Velmi těžce se dnes najde firma (a to i např. v zemědělském segmentu, jenž byl dříve doménou jedné pojišťovny), která by služeb pojišťovacího makléře nevyužívala. I z této skutečnosti lze usuzovat, že pojišťovací makléři mají velmi dobré postavení a že je to služba, která je pro klienty přínosná. Ze strany klientů neznám dále případ, který by byl předmětem stížnosti podané na ČNB jakožto orgán dohledu nad pojištným trhem. Můj názor je, že firmy oceňují a využívají možnosti trhu; pojištění je pro ně důležité a od makléře očekávají perfektní servis, což je v pořádku. Pokud jde o renomé pojištnictví jako takového, tak je známá skutečnost, že neblahou roli sehrálo tzv. „investiční životní pojištění“, zejména v případech, kdy tento „produkt“ byl zneužit a honba za ziskem zprostředkovatelů nebrala v úvahu zájmy klienta. Věřím, že se to již neděje v takovém „masovém“ rozměru a že se změnil i přístup některých pojistitelů, kteří preferují rizikové pojištění.

Jak si čeští pojišťovací makléři stojí co do kvality a rozsahu poskytovaných služeb v porovnání s ostatními evropskými státy?

Profesionalita českých makléřů je na vysoké úrovni, zejména pokud jde o velkou snahu poskytovat kvalitní, profesionální služby. V ČR působí celá řada zahraničních makléřů – máme porovnání. Většina z nich je členem AČPM. Z toho mám samozřejmě radost, protože není dobré třístit síly, zejména pokud jde o ochranu profese, a to je velký cíl. Jsou oblasti a témata, kdy by však měl pojišťovací makléř vnímat, že je nutné spolupracovat a sdílet zkušenosti s jinými, zejména pokud jde o nové potřeby klientů, jako např. o investice českých firem v zahraničí, nová rizika apod., s určitým respektem k zahraničním trhům. Neuzavírat se a spolupracovat, mít ze spolupráce užitek, zároveň jej přinášet svým klientům a využít možností, které svět nabízí. Pak se není třeba bát budoucnosti a případných změn, které přináší rozvoj firem a globalizace.

Kam by pojišťovny měly upřít svoji pozornost v oblasti produktového rozvoje a posunu zákaznické zkušenosti?

Mám-li se v roli pojišťovacího makléře považovat za zákazníka, tak výčet by byl obsáhlý. Omezím se na výzvu k zjednodušování samotných produktů, jednoduchost sjednání a rychlou likvidaci pojistných událostí. Rozumím tomu, že fungujeme v regulovaném oboru, neměla by to však být výmluva k tomu, že to nejde... Na půdě AČPM je mnoho námětů a velmi rádi je budeme se zástupci pojišťovny diskutovat.

Jak čeští pojišťovací makléři využívají potenciál plynoucí z digitalizace?

Zatím je to v rovině využívání srovnávačů pro auta, využívání nových technologií pro zvýšení efektivity, ale i zajištění povinností uložených zákonem, např. ukládání dokumentů apod. Digitalizace nepostupuje takovým tempem, jak bych si představovala. Myslím, že by nám mnoho času také usnadnilo lepší propojení s pojišťovnou. To je dle mého názoru široké téma. Nejsem ale odborník v této oblasti a vidím to svými očima. Jako vítěze však v budoucnu vnímám ty, kteří investují do digitalizace, naplní očekávání klientů, kteří chtějí stále více informací, šetřit čas a přinášet pohodlí v tom konkrétním rozhraní, ideálně vše na „jedno kliknutí“, kdykoliv. Kdo má velké ambice, měl by pracovat s globálními informacemi a technologie aktivně rozvíjet. Úroveň zralosti digitální transformace se podle mě liší dle této priority.

Neobáváte se, že část podnikání pojišťovacích makléřů převezmou globální „on-line hráči“, kteří budou schopni na základě detailní datové analýzy soutěžit výrazněji cenou?

Předpokládám, že budou v lepší pozici u jednoduchých produktů pojištění – a nemusí to být jenom pojištění vozidel. V pojištění podnikatelských rizik se neobávám výrazné role „on-line hráčů“. Dnes je poměrně složité pojištit „bohatější domácnost“; kolik potřebujete informací od klienta? K pojištění fabriky je potřeba mnohem více než vyplnit dotazník. Nechci se však pouštět do toho, co bude v budoucnu, nejsem expert na digitalizaci, ale věřím, že digitalizace přispěje k většímu pohodlí pro všechny lidi – to považuji za skvělý cíl.

Jak se pojišťovací makléři potýkají s nedostatkem lidských zdrojů na pracovním trhu?

Lidé v pojišťovnictví zůstávají dlouho – někteří v něm setrvávají celou svou životní kariéru. To pokládám za výhodu tohoto oboru. Práce pojišťovacího makléře je velmi přínosná a obohacující, přitažlivá pro všechny věkové kategorie. Mění se i možnosti, které tento obor nabízí, např. jsou to zejména specializace na určité obory, práce v oblasti on-line marketingu. Stěžování si na nedostatek pracovníků slyšíme ze všech stran. Lidé jsou, ale my je musíme přesvědčit ke změně a aby tou změnou v jejich pracovním životě bylo právě pojišťovnictví. AČPM také spolupracuje s Vysokou školou ekonomickou v Praze, kde jsme měli několik přednášek; naši členové jsou aktivní



Foto: archiv RENOMIA

Jiřina Nepalová

V pojišťovnictví působí od roku 1978, kdy začala pracovat v České pojišťovně v úseku likvidace majetkových a odpovědnostních škod. V roce 1993 založila a dodnes řídí společnost RENOMIA, která je několik posledních let největším pojišťovacím makléřem v ČR, s pobočkami v dalších sedmi zemích střední Evropy. V roce 2019 se opětovně, již potřetí, stala předsedkyní AČPM. Roku 2017 obdržela, jako první žena, ocenění Osobnost pojistného trhu a dále také vstoupila do síně slávy v anketě TOP ŽENY českého byznysu. Nedávno převzala ocenění Lady Pro v kategorii poukazuující na nejsilnější příběhy podnikatelů, kteří z nuly dokázali vybudovat fenomenální firmy. Pravidelně obsazuje žebříčky nejvlivnějších žen v ČR v magazínu *Forbes*.

a podporují Nadaci pro vzdělávání v pojišťovnictví. Věřím, že i tato aktivita může v budoucnu přinést nějaký výsledek.

Jaké další výzvy na AČPM v následujících letech čekají?

V roce 2020 nás čeká povinnost absolvovat odborné zkoušky. Zorganizovali jsme pro své členy speciální seminář k otázkám odborné způsobilosti a doporučili jsme jim vybrané akreditované osoby. V dalších letech nás čeká následné vzdělávání v počtu 15 hodin ročně u akreditované osoby. Vzdělávání dostává jiný rozměr a na tom bychom se rádi podíleli.

Pokud je to poslední otázka, tak bych ráda všem popřála krásné Vánoce a hodně štěstí v novém roce 2020.

Děkuji Vám, paní předsedkyně, za rozhovor.



Aktuality povinného ručení 2019: Pojištné se navyšuje nižším tempem, než rostou škody

RNDr. Petr Jedlička, Ph.D. / vedoucí oddělení pojištné matematiky a analýz / SUPIN

V návaznosti na narůstající počet i finanční náročnost škod pokračuje v povinném ručení navyšování celkového objemu pojištného, které překonává růst počtu pojištěných vozidel. Přes tyto posuny platí, že některé skupiny vozidel (např. velké flotily zejména nákladních automobilů a tahačů, vozidla pojištěná leasingovými společnostmi) generují výrazné ztráty, v celkovém úhrnu cca 700 mil. Kč, kdy pojištné těchto skupin vozidel (6,26 mld. Kč) nestačí ani na úhradu známých škod a 3% odvod do fondu zábrany škod (v celkové výši 6,945 mld. Kč) (viz tabulka 1).

Existují totiž tři klientské segmenty, které se dlouhodobě podílejí na nepříznivé bilanci povinného ručení a u nichž aktuální roční pojištné nedostačuje ani na pokrytí již existujících nahlášených škod, ani na příspěvek do fondu zábrany škod. Prvním segmentem jsou osobní auta fyzických osob s vícečetnými minulými škodami nebo neplacením pojištného v povinném ručení. Tito klienti, kterých evidujeme na půl milionu, každoročně zaplatí na pojištném 1,7 mld. Kč, způsobené škody však dosahují výše přes 2 mld. Kč. Vygenerovaná technická ztráta zde dosahuje 18 % aktuálního pojištného. Druhým segmentem jsou osobní auta právnických osob s nepříznivým škodním průběhem (flotily s větším počtem vozidel, leasingové společnosti...). Zde je aktuálně pojištěno na 580 000 vozidel a aktuální pojištné činí 2,2 mld. Kč. Objem nahlášených škod však dosahuje téměř 2,4 mld. Kč. Technická ztráta tak vychází na 7 %.

Poslední skupinou jsou nákladní auta a tahače s rizikovými znaky (flotily se škodami v zahraničí nebo nepříznivým minulým škodním průběhem). V tomto segmentu je pojištěných na 120 000 vozidel, která způsobí škodu přes 2,5 mld. Kč. Pojištné však vygeneruje pouze 2,3 mld. Kč, čímž technická ztráta dosáhne hranice 10 %. Dohromady tyto tři nejproblematictější segmenty vyberou na pojištném

zhruba 6,2 mld. Kč, škody ale dosáhnou výše 6,9 mld. Kč a celková technická ztráta těchto tří segmentů, která vývoj povinného ručení ovlivňuje, tak dosahuje 700 mil. Kč.

Oproti trendu z minulých let, kdy průměrné pojištné v povinném ručení prakticky nerostlo, se v letošním roce očekává, že za celý trh dosáhne částky 2969 Kč, což odpovídá cca 4% růstu oproti loňskému roku (v absolutní hodnotě růst cca o 100 Kč). U osobních vozidel fyzických osob dosahuje pojištné průměrné ceny 3189 Kč, což představuje nárůst o 3,5 %. U firemních aut pak pojištné rostlo o 2,2 % a dosáhlo výše 4064 Kč. V letošním roce také dochází k částečnému nárůstu pojištného u tahačů, které aktuálně činí 49 537 Kč.

Pojištné také roste v obdobně rizikovém segmentu řidičů do 30 let. Celkově u osobních automobilů ročně škodu způsobí v průměru 36 klientů na každých 1000 pojištěných vozidel; škodní frekvence je zde 3,6 %, v rizikovém segmentu mladých klientů však škodní frekvence vychází výrazně vyšší. U klientů ve věku 18 let ročně v průměru dokonce každý pátý klient způsobí nehodu; škodní frekvence je u nich cca 20 %. Rizikovitost mladých řidičů tak vychází i více než pětikrát vyšší oproti průměru rizika všech klientů.

Tabulka 1: Segmenty vozidel povinného ručení s největšími technickými ztrátami vycházejícími ze samotného srovnání pojištného a již uplatněných škod

Segment vozidel	Vybrané pojištné (mil. Kč)	Znamé škody a fond zábrany škod (mil. Kč)	Počet vozidel (ks)	Technická ztráta (%)
Osobní auta fyzických osob s vícečetnými minulými škodami nebo neplacením pojištného v povinném ručení	1 714	2 021	502 187	-18
Osobní auta právnických osob s nepříznivým škodním průběhem (flotily s větším počtem vozidel, leasingové společnosti)	2 232	2 382	579 080	-7
Nákladní auta a tahače s rizikovými znaky (flotily se škodami v zahraničí nebo nepříznivým minulým škodním průběhem)	2 314	2 542	119 871	-10
Celkem všechny tři segmenty	6 260	6 945	1 201 138	-11

Počet škod a pojištěných vozidel

Aktuálně je u nás pojištěno více než 8,4 mil. vozidel. V tomto kontextu vychází stabilní růst počtu pojištěných vozidel na úrovni cca 3–4 %. Pro zajímavost, osobních automobilů je u nás pojištěno téměř 5,5 mil. Růst absolutního předepsaného pojistného vychází na cca 8 %, od toho však musíme odečíst nárůst, který je daný pouhým navyšováním počtu pojištěných vozidel v ročníku, jenž odpovídá zmíněným 4 %. Z tohoto rozdílu pak vychází už výše uvedené 4% navýšení průměrného pojistného.

Oproti trendu z minulých let, kdy průměrné pojistné v povinném ručení prakticky nerostlo, se v letošním roce očekává, že za celý trh dosáhne částky 2969 Kč, což odpovídá cca 4% růstu oproti loňskému roku (v absolutní hodnotě růst cca o 100 Kč).

V rámci povinného ručení platí, že pojišťovny řeší s každým novým rokem zvyšující se počet škodních událostí. V roce 2014 jich bylo 247 000, v letošním roce však odhadujeme, že počet dosáhne výše 285 000 událostí. To je téměř 40tisícový nárůst! Je tak jasné, že ani v aktuálním roce se rostoucí trend v žádném případě nezastavuje. Je také důležité zmínit, že každým rokem cca 12 000 těchto škod zhorší zdravotní stav postižených: 85,5 % škod se týká újm na zdraví z lehkého zranění, 11,5 % z těžkého zranění a bohužel u 3 % registrujeme úmrtí poškozeného.

Škoda na majetku

Průměrná hodnota škody na majetku dosahuje v probíhajícímu roce 2019 úrovně 45 000 Kč. Ve srovnání se situací před šesti lety průměrná škoda rostla o zhruba 50 %. V letech 2011–2014 průměrné tempo navyšování majetkových škod rostlo o 3,3 % ročně, od roku 2015 však průměrné navyšování škod výrazně zrychlilo, na 7,2 % ročně, což je i aktuální stav. Důvody tohoto vývoje jsou stabilní: navýšila se cena práce v autoservisech, rostou částky, které se musí investovat do náhradních dílů, a opravy vozidel jsou čím dál tím sofistikovanější, a tedy nákladnější (dražší systémy, senzory, diagnostiky...). V letošním roce tak škodní inflace majetkových škod dokonce převyšuje průměrný růst škody na zdraví.

Škody na zdraví

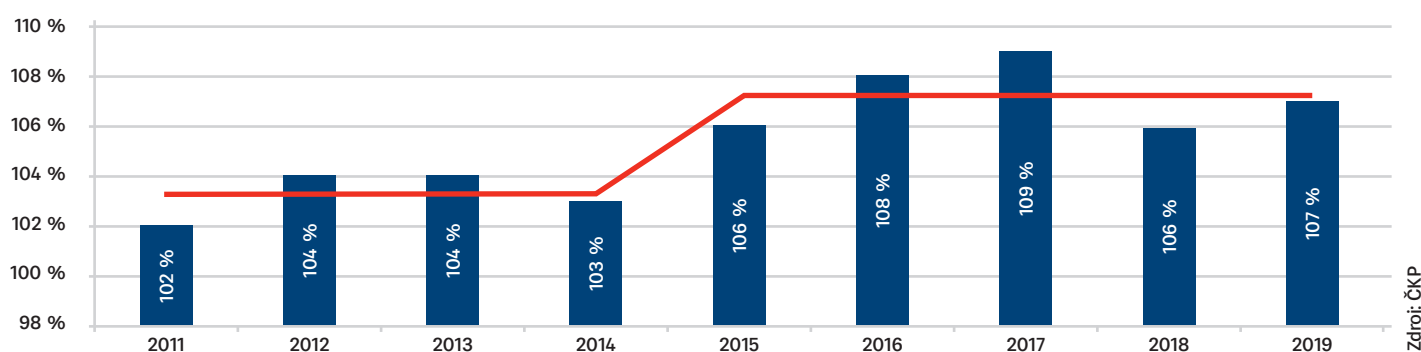
Na výrazně navýšeném odškodnění za nemajetkové újmny má stabilně vliv nový občanský zákoník (NOZ) (z roku 2014); nároky rostou také např. v souvislosti s vyššími cenami lékařské péče. ČKP zaznamenala oproti loňskému roku meziroční růst výše odškodnění za nemateriální újmu o 8,1 %, vlivem růstu průměrné mzdy, na kterou jsou hlavní typy nároků nemateriální újmy přímo navázány. V dlouhodobějším srovnání průměrná výše nároků škody

Tabulka 2: Počty škod

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Počet škod z povinného ručení celkem	246 703	258 397	264 261	273 890	273 981	285 000
Z toho počet škod se zdravotními nároky dle zranění	11 952	12 281	12 256	12 228	12 338	12 034

Zdroj: ČKP

Graf 1: Meziroční nárůst průměrné majetkové škody



Zdroj: ČKP



na zdraví výrazně narůstá ve všech typech nároků, které se z povinného ručení hradí, konkrétně u nároků nemajetkové újmy, jejichž odškodňování bylo NOZ nejvíce ovlivněno (vedle standardní průběžné inflace se skokem mezi lety 2013 a 2014), průměrné částky vycházejí takto:

- Nárok bolestného na jedné škodní události dosahoval před aplikací NOZ částky 41 974 Kč, zatímco po aplikaci NOZ (od roku 2014) se jedná již o 98 766 Kč, což představuje nárůst o 135 %.
- Nárok ztížení společenského uplatnění na jedné škodní události dosahoval před aplikací NOZ částky 351 256 Kč, zatímco po aplikaci NOZ (od roku 2014) se jedná již o 594 328 Kč, což představuje nárůst o 69 %.
- Nárok jednorázových odškodnění pozůstalých z jedné škodní události s usmrcením poškozeného účastníka dopravní nehody dosahoval před aplikací NOZ částky 946 399 Kč, zatímco po aplikaci NOZ (od roku 2014) se jedná již o 2 395 725 Kč, což představuje nárůst o 153 %.

I u ostatních typů nároků, které vycházejí ze skutečné výše utrpené škody (např. ztráta na výdělku nebo náklady na léčení), se zejména vlivem dynamického mzdového vývoje průměrná výše odškodnění navyšuje, konkrétně:

- Nárok nákladů na léčení dosahoval na jedné škodní události za roky 2010–2013 částky 62 386 Kč, zatímco od roku 2014 se jedná již o 81 284 Kč, což představuje nárůst o 30 %.
- Nárok ztráty na výdělku během pracovní neschopnosti na jedné škodní události dosahoval za ročníky 2010 až 2013 částky 55 072 Kč, zatímco od roku 2014 se jedná již o 62 618 Kč, což představuje nárůst o 14 %.
- Výše nároků rentového charakteru (ztráta na výdělku po skončení pracovní neschopnosti, náklady na péči, ztráta na výživě apod.) dosahovala v letech 2010–2013 v průměru 2 574 342 Kč, nicméně posledních šest ročníků (od roku 2014) se jedná o 3 148 737 Kč, tj. nastalé navýšení představuje 22 %.

Na celkovou úroveň růstu průměrné škody na zdraví má vliv případný další pokles frekvence výskytu škod s nejzávažnějšími typy nároků, nicméně pokud ve škodní inflaci srovnáváme modelový případ stejně

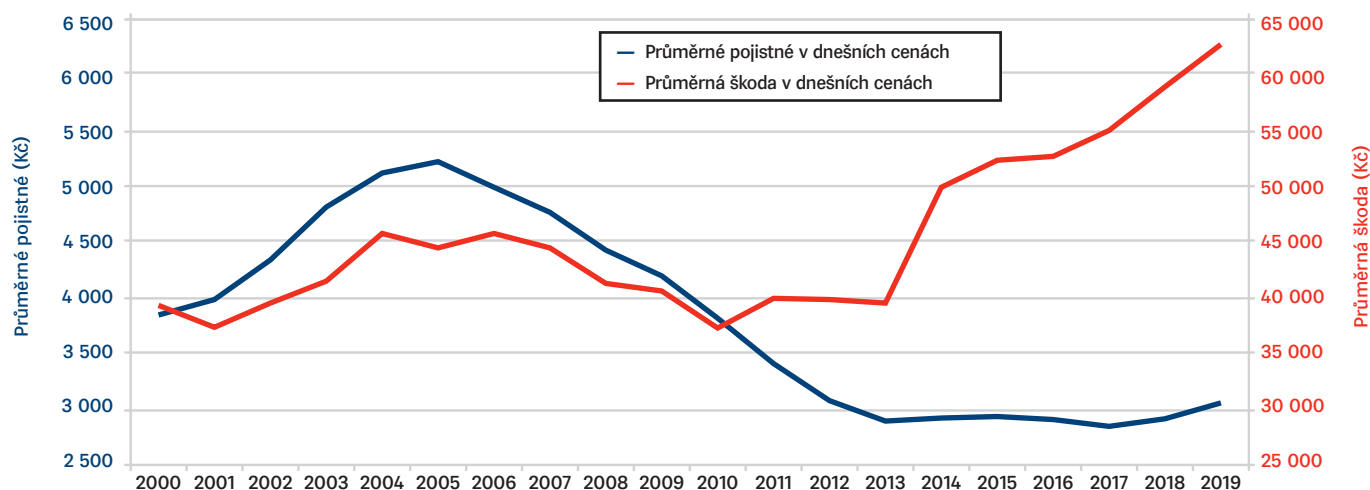
zraněného poškozeného nyní a v minulosti, je základním benchmarkem pro navyšování tohoto odškodnění mzdový vývoj. Ten např. na hodnotě bodu v rámci bolestného vede k situaci, že hodnota jednoho bodu (ve výši 1 % průměrné hrubé mzdy) nečiní 251 Kč, jak odpovídalo situaci roku 2014, ale dosahuje pro rok 2019 již úrovně 319 Kč a při pokračujícím růstu průměrné mzdy lze očekávat růst průměrného odškodnění i pro další období.

Celková bilance povinného ručení

Ve srovnání se situací předchozích let se již ukazuje nárůst pojištného, nicméně při očekávaném růstu průměrného pojištného o 4 % a současně s růstem průměrné škody u majetkových nároků o 7 % a u škod na zdraví přes indexaci o průměrnou mzdu o 8 % se křivky průměrného pojištného a průměrné škody bohužel stále nepřibližují. Nadále totiž platí, že největší část nepříznivé bilance povinného ručení způsobují v úvodu zmíněné segmenty klientů, kteří škody způsobili již v minulosti, a rozsahem počtů pojištěných vozidel velké flotily osobních i nákladních automobilů, zejména v případě, kdy pojistníkem je leasingová společnost.

Nárok nákladů na léčení dosahoval na jedné škodní události za roky 2010–2013 částky 62 386 Kč, zatímco od roku 2014 se jedná již o 81 284 Kč, což představuje nárůst o 30 %.

Graf 2: Srovnání průměrného pojištného a průměrné výše škody z povinného ručení



Co očekává klient při sjednávání pojištění v 21. století?

JUDr. Tereza Kunertová, LL.M., Ph.D. / seniorní advokátka / JŠK, advokátní kancelář; odborná asistentka /
/ Katedra evropského práva Právnické fakulty Univerzity Karlovy v Praze¹

Z mnoha průzkumů vyplývá preference jednoduchých, rychlých a ideálně on-line dostupných produktů a služeb.² V tomto článku se zaměříme na studii zabývající se rozhodováním spotřebitelů v pojišťovacích službách z pohledu behaviorální ekonomie a v roce 2017 vytvořenou pro Evropskou komisi.³

Oproti nastupujícímu trendu stojí pravidla, jimiž se poskytovatelé příslušných služeb a prodejci produktů musí řídit. Je nepochybné, že pojišťovníctví, stejně jako ostatní finanční služby, je značně regulovaným byznysem. Jak tedy ideálně reagovat na rychle se měnící poptávku klientů při dodržení všech pravidel, která na distribuci pojišťovacích služeb dopadají? Je zřejmé, že dostatečně konkrétní odpověď by zabrala více prostoru, než je nám zde poskytnuto. Nicméně pojďme si nastínit, co že to ti spotřebitelé chtějí a zda je možné takovou poptávku vůbec uspokojit při dodržení požadavků současné regulace. Vzhledem k vymezenému prostoru jsme si dovolili zúžit záběr na otázku distribuce pojišťovacích produktů, ač je patrné, že jejich samotné nastavení prochází a bude nadále procházet pravděpodobně výraznou změnou vzhledem k měnícím se potřebám a požadavkům na pojištění krytí v digitální společnosti 5.0 (mj. je možné zmínit oblasti kyberbezpečnosti a sdílené ekonomiky, jež jsou značnou výzvou pro tradiční pojetí odpovědnosti a navazujícího pojištění).

1 Pomáhat a chránit spotřebitele

Pokud se hodláme zaměřit na požadavky regulace distribuce pojištění, není možné odhlédnout od původce platných vnitrostátních předpisů, jímž je regulace unijní. Pro určení mantinelů, v kterých se distributoři pojištění mohou pohybovat, je vždy třeba si odpovědět na základní otázku: Co je smyslem a cílem dané unijní úpravy? Jedná se o obecně převažující teleologický výklad práva EU zaměřený na argument *effet utile*, při němž se určuje smysl unijní normy s ohledem na její účel, jehož užití je patrné zejména v rozhodovací praxi Soudního dvora EU (SDEU).

Když se tedy zaměříme na účel a smysl evropské regulace distribuce pojištění (ať skrze IDD⁴, či PRIIPs⁵), hlavními cíli sledovanými touto úpravou, kromě snahy o koordinaci vnitrostátních pravidel a harmonizaci pravidel distribuce pojištění a zajištění po celé EU, jsou ochrana spotřebitele skrze jeho vyšší informovanost a důraz na lepší porozumění pojišťovacím produktům i vyšší odbornost prodejců.⁶ Všechny přijaté kroky by měly ve svém důsledku zamezit missellingům a snížit tak nerovnováhu mezi kvalifikovaným distributorem a zákazníkem s nižší finanční gramotností.⁷ ČR šla v naplnění těchto cílů IDD ještě dále, neboť v rámci její transpozice zvolila

povinné poradenství u distribuce všech pojišťovacích produktů ve formě doporučení požadovaného ve smyslu § 77 ZoDP⁸.

Základními parametry řádné distribuce pojištění z pohledu IDD i ZoDP je tedy poskytnout doporučení na základě zjištěných požadavků, cílů a potřeb a dát zákazníkovi k dispozici v dostatečném časovém předstihu potřebné předmluvní informace o pojišťovně, zprostředkovateli a příslušném pojištění (včetně IPID). Na jejich základě by měl zákazník lépe pochopit, co si kupuje a proč si dané pojištění sjednává, a ověřit si, zda příslušný pojišťovací produkt nejlépe odpovídá jeho požadavkům a potřebám.⁹

2 Zákazník – můj pán

Ač nikdo z nás asi nezpochybňuje, že by zákazník měl pokud možno rozumět tomu, co si kupuje, je otázkou, jak moc je možné zajistit klientovo porozumění tomu, v jaké formě si přeje danou službu obdržet. Z výsledků příslušné studie pro Evropskou komisi totiž vyplývá, že:

- Veškeré informace si spotřebitel přeje obdržet ve stručné, výstižné a přívětivé podobě (ideální jsou grafická znázornění za použití ikon a barevného odlišení).
- Podstatné je načasování informací, aby je spotřebitel obdržel v době, kdy jsou pro něj skutečně podstatné a pomohou mu zorientovat se v prodejním procesu.
- Spotřebitelé se neradi rozhodují pod tlakem a při on-line nákupu upřednostňují možnost dát si pauzu.
- Srovnávače jsou dobrý a vyhledávaný pomocník, ale jen pokud jsou skutečně objektivní.
- Spotřebitelé oceňují, když jim je transparentně představena alternativní nabídka a jsou informováni, zda si mohou nejen přibírat, ale i ubírat případná doplňková pojištění a připojištění (např. typicky k motorovému pojištění).
- Spotřebitelé jsou často pasivní – zůstávají u stejné pojišťovny a pojištění, ačkoliv pro ně již nemusí být dostatečné. Pasivita je dána zejména nedostatkem času vyhledávat si sami vhodné pojištění, nízkou finanční gramotností či strachem z neznáma a nevyzkoušeného.
- Spotřebitelé se často rozhodují podle výše pojistného, což má vliv na jejich podpojištěnost, neboť si často nejsou vědomi, že ve skutečnosti potřebují vyšší rozsah krytí či limity.¹⁰

3 Regulace vs. klient = rozpor, či symbióza?

Z výše uvedeného přehledu plyne, že klient v 21. století očekává rychlý a jednoduchý prodej s dostatkem potřebných informací ve stručné podobě tak, aby je pochopil a bez nátlaku si sjednal pojištění, kterému porozumí a které skutečně potřebuje. Je nepochybné, že distributoři pojištění i dohled si přejí to samé. Nicméně přání je sice otcem myšlenky, avšak myšlenka se ne vždy promítá do reality. Největším úskalím totiž někdy právě může být přehnaná snaha ochránit spotřebitele skrze všemožné regulační požadavky a předpisy. Navíc přijmout příslušný předpis na unijní úrovni není otázkou dnů, týdnů ani měsíců, ale spíše několika let. Za tu dobu se potřeba a požadavky spotřebitelů neustále vyvíjejí a jejich poptávka může být po úspěšném dokončení legislativního procesu již zcela jinde. Toto rozhodně není výtkou a žádostí o zrychlené přijímání právních předpisů – naopak, urychlení není vždy ku prospěchu všech zúčastněných. Spíše se do legislativního procesu čím dál tím více vkrádá potřeba zvážit funkčnost daného opatření i v průběhu následujících několika let. Vzhledem k tomu, že překotný vývoj a vzrůstající vliv umělé inteligence ve všech sférách našeho života nejsou již potravou autorů sci-fi, nýbrž tvrdou realitou, jde o úkol vpravdě nelehký.

3.1 Tři A4 – a ani o čárku víc?

Odpovídá tedy současné pojetí ZoDP ve světle IDD a PRIIPs požadavkům klientů nastíněným výše? – Nepřekvapivě a šalamounsky lze odpovědět: „Ano“ i „Ne“. EIOPA i Evropská komise zcela jistě kladly důraz na poskytování jednoduchých, stručných a krátkých informací zákazníkům v graficky přívětivé podobě, když zakotvily a harmonizovaly podobu IPIDů a KIDů. Jejich smyslem je právě zjednodušit a vytáhnout základní informace o příslušných produktech neživotního pojištění a pojištných produktech s investiční složkou, které by spotřebitelům pomohly udělat si základní přehled a pochopit hlavní rozdíly mezi pojištnými produkty navzájem a jejich variantami nabízenými jednotlivými pojišťovnami.

Zdá se, že v teoretické rovině takto zjednodušené informace odpovídají požadavku spotřebitelů. V realitě se však pozapomnělo, že nejde o jediné informace, které zákazník obdrží, a hrozí jeho zavalení přešlým předmluvních informací, jež jsou ze strany jednotlivých unijních předpisů a členských států v řádném prodejním procesu vyžadovány. Zásadním se tak jeví spíše jejich načasování v průběhu prodejního procesu.

3.2 Můj čas je pouhopouhé prozatím

V souladu s § 90 odst. 1 a § 92 odst. 1 ZoDP je třeba předmluvní informace zákazníkovi poskytnout „v přehledné a snadno čitelné podobě“ a „s dostatečným předstihem před sjednáním pojištění, předtím, než zákazník učiní závazný návrh

na uzavření pojištné smlouvy, nebo [...] i před podstatnou změnou pojištění“. Všechny tyto informace by navíc měly být dle § 73 odst. 2 ZoDP poskytnuty tak, „aby obsah komunikace byl podán jasným, výstižným a srozumitelným způsobem“¹¹. Když se podíváme na tyto regulační požadavky, můžeme zhodnotit, že na první pohled odrážejí i zájem zákazníků, kteří chtějí obdržet stručné a výstižné informace v časovém momentu, kdy pro ně mají skutečnou přidanou hodnotu.

Podmínku poskytnutí informací s dostatečným předstihem je možno s ohledem na požadavek spotřebitelů implementovat různě (viz tabulka 1).

Postupné dávkování předmluvních informací odráží předpokládaný průběh prodejního procesu, kdy by v každé jednotlivé fázi měly být zákazníkovi poskytnuty dokumenty či informace, které jsou pro danou fázi procesu relevantní a které mu pomohou v nabídce pojišťovny se zorientovat a určit tak zodpovědné a informované rozhodnutí ohledně sjednání či změny pojištění.

Podobný přístup jsme zaznamenali v případě on-line prodeje některých neživotních pojištění u zahraničních pojišťoven.¹² V průběhu on-line prodejního procesu zákazník obdržel různé a v dané chvíli relevantní informace k příslušnému pojištění či pojišťovně, ať už formou *pop-up* oken, prokliků na příslušné dokumenty, či shrnutí hlavních informací přímo v prodejní aplikaci. Nicméně v tomto ohledu se otevírá otázka, zda takto zveřejňované informace naplňují požadavek jejich poskytnutí ve smyslu § 90 a § 92 ZoDP.

3.3 Co je to ten trvalý nosič?

ZoDP na rozdíl od IDD či např. nařízení PRIIPs neumožňuje nepersonalizované (neindividualizované) předávání předmluvních informací¹³, když v § 90 odst. 1 vyžaduje, aby předmluvní informace byly zákazníkovi poskytnuty v listinné podobě anebo v souladu s § 90 odst. 2 ZoDP „na jakémkoli jiném nástroji, který umožňuje spotřebiteli uchování informací určených jemu osobně tak, aby mohly být využívány po dobu přiměřenou účelu těchto informací, a který umožňuje reprodukci těchto informací v nezměněné podobě“ (dále jen „trvalý nosič dat“)¹⁴, nebo „prostřednictvím internetové stránky“, která „splňuje znaky trvalého nosiče dat“.

Tento defaultní požadavek na listinnou podobu vyvolal při přijímání IDD hluboké vášně mezi hráči na pojištném trhu po celé EU. V době rozmáhající se digitalizace veškerých služeb, odbourávání geografických hranic mezi poskytovateli a příjemci a probíhajících diskuzí o nedostatečné ochraně životního prostředí se jakýkoli požadavek na listinné dokumenty zdá více než absurdní. Domnívají se evropská legislativci, že kus papíru ochrání

Tabulka 1: Poskytnutí informací s dostatečným předstihem

Načasování poskytnutí předmluvních informací	Odráží zvolený způsob požadavek spotřebitelů?	Riziko
Poskytnutí všech předmluvních informací najednou, včetně záznamu z jednání před sjednáním pojištění	NE	Existuje riziko, že se znehledí („ztratí“) informace, jejichž znalost před uzavřením smlouvy považuje zákonodárce za důležitou.
Poskytnutí předmluvních informací postupně	ANO	V případě on-line prodeje však může kolidovat s povinností poskytovat tyto dokumenty v listinné podobě nebo na trvalém nosiči, kdy by v absurdním pojetí byl zákazníkovi každou chvíli zasílán e-mail s novým dokumentem.

spotřebitele lépe? Zcela jistě ne, a když se opět vrátíme ke smyslu a účelu celé IDD a navazující legislativy, uvědomíme si, že defaultní nastavení listinné podoby vychází z trojí potřeby:

- zaručit, že zákazník skutečně obdržel potřebné informace a měl možnost seznámit se s nimi;
- být schopen zrekonstruovat zpětně, že zákazník tyto informace obdržel;
- zaručit, že nedošlo k následné jednostranné změně těchto informací, kdy zákazník by neměl možnost prokázat, že uzavíral pojištění za zcela jiných podmínek.

Když se na požadavek IDD podíváme touto optikou, dojde nám, že ani IDD, ani ZoDP nezakazují poskytnout předmluvní informace jinak než v listinné podobě. Listinná podoba plní roli poslední pojistky, pokud jiné formy poskytnutí předmluvních informací nebude možné ani vhodné z různých důvodů použít. Těmito jinými cestami poskytnutí se zejména v případě on-line distribuce rozumí internetová schránka v podobě buď e-mailové adresy zákazníka, anebo klientského účtu zákazníka.

Dle judikatury SDEU¹⁵ internetová schránka splňuje podmínky trvalého nosiče dat, pokud umožňuje:

- informace poskytované jejím prostřednictvím adresovat osobně zákazníkovi;
- informace jejím prostřednictvím poskytnuté uložit tak, že budou zákazníkovi přístupné pro budoucí použití po dobu přiměřenou jejich účelu;
- uložené informace beze změny obsahu kopírovat a tím zamezit distributorovi v jejich změně či smazání (musí tedy být technicky nemožné předmluvní informace po předání zákazníkovi jednostranně změnit nebo smazat).

Vzhledem k třetímu požadavku (nezměnitelnost obsahu) se klientské účty zákazníků většinou nepovažují *en bloc* za trvalý nosič (na rozdíl od e-mailové schránky klienta, kde k jednou odeslané/přijaté poště již nemá distributor přístup, aby obsah přílohy následně měnil), ale zkoumají se vždy *ad hoc* jejich parametry a nastavení. Nicméně i kdyby takový klientský účet nesplňoval definici trvalého nosiče, je možno jej pro poskytnutí informací na trvalém nosiči využít. Jinými slovy se zákazníkovi do prostředí uživatelského účtu nahraje předmluvní informace, zákazník je na toto nahrání upozorněn (např. SMS či e-mailem, na základě údajů poskytnutých při vytvoření klientského účtu) a je mu doporučeno stáhnout si tyto informace, uložit si je nebo vytisknout. Nicméně je třeba nezapomínat, že elektronická forma poskytnutí informací má být volbou klienta.

3.4 Klientova volba vs. defaultní nastavení

Důvodem dostatečného časového předstihu při poskytování předmluvních informací klientovi je, aby se v pro něj potřebném čase mohl s informacemi bez nátlaku seznámit, prostudovat si je a učinit informované rozhodnutí: zda si sjedná nové pojištění, či podstatně změnit své stávající pojištění.¹⁶ Z toho je zjevné, že v souladu s § 90 odst. 2 písm. a) či c) ZoDP musí klient provést volbu formy poskytnutí této informace (listina vs. trvalý nosič) nejpozději v momentě, od kterého dáváme klientovi čas informace si v klidu prostudovat.

Pokud si klient sjednává pojištění on-line, např. prostřednictvím mobilní nebo webové aplikace, mělo by být akceptovatelné defaultní nastavení elektronického způsobu poskytování informací. Nakonec tím, že si klient ke sjednání pojištění vybral on-line prostředí, současně implicitně vyjadřuje i jím preferovanou formu on-line poskytnutí informací (např. e-mailem či v klientském účtu zákazníka, jak řečeno výše). I v takové situaci je však zajištěno, že klient je stále tím, kdo může rozhodnout, jak informace obdrží. K tomu slouží opatření uvedené v § 90 odst. 2 ZoDP, dle něhož má klient možnost nechat si poskytnout takové informace i v listinné podobě, pokud o to požádá (např. osobně na pobočce, kurýrem, poštou). O tomto právu by měl být informován. Při této kombinaci by tak mělo být dostatečně naplněno právo spotřebitele vybrat si a zároveň neztěžovat funkčnost on-line prodeje.

3.5 Co je srozumitelné pro mě, nemusí být srozumitelné pro tebe

Klienti si dle všeho přejí jednoduché, stručné a pro ně srozumitelné informace. Toto přání dozajista koresponduje s aktuálními trendy, neboť požadavek na zjednodušování jazyka pojistných smluv a pojistné dokumentace se v poslední době objevuje nejen v rámci evropské legislativy (především v souvislosti s poskytováním předmluvních informací)¹⁷, ale i přístupu zahraničních subjektů.¹⁸ I naše národní legislativa požaduje, aby obsah komunikace se zákazníkem byl podán „jasným, výstižným a srozumitelným způsobem“¹⁹, resp. aby veškerá sdělení vůči spotřebiteli byla učiněna „jasně a srozumitelně“²⁰. V případě smluv uzavíraných se zákazníky adhezním způsobem (tj. s využitím předem připraveného smluvního formuláře) se navíc vyžaduje, aby neobsahovaly ujednání, která jsou pro osoby průměrného rozumu nesrozumitelná (nelze z nich poznat, co znamenají, resp. jak upravují jednotlivá práva a povinnosti) nebo která lze přečíst jen se zvláštními obtížemi (jsou např. systematicky zařazena na neočekávaném místě).²¹

Jenže co je srozumitelné pro jednu osobu, nemusí být srozumitelné pro osobu jinou. V souvislosti s prováděným zjednodušením je tak třeba dbát na to, aby se použité termíny ani formulace nestaly naopak příliš vágními a neurčitými tak, aby paradoxně ve svém důsledku neztěžovaly srozumitelnost textu. Pokud by totiž bylo možné takto vzniklou neurčitost odstranit výkladem, hrozí, že příslušná formulace bude vyložena co nejpríznivěji ve prospěch spotřebitele (např. v případě pojistné smlouvy uzavřené se spotřebitelem), tedy možná jinak než příslušný distributor (pojišťovna) původně zamýšlel²², anebo bude v opačném případě dokonce dovozena neplatnost takového ustanovení či smlouvy jako celku. Dle dosavadního přístupu soudů²³ a ČNB²⁴ je vyžadováno, aby při formulaci smluvních ujednání ve vztahu ke spotřebiteli podnikatelé nepoužívali neurčitě termíny a složité formulace, které spotřebiteli znesnadňují pochopení fungování produktu a významu takového ujednání s ohledem na z něj plynoucí práva a povinnosti.

4 Raději on-line, nebo off-line?

V případě on-line prodeje někdy zaznívá obava, že může dojít k většímu nepochopení zákazníkem, jelikož chybí

osobní kontakt s odborníkem, který má za úkol zákazníka procesem provést a vše mu vysvětlit. Osobně se domníváme, že je tato obava lichá, protože tato premisa staví na bezchybnosti lidského faktoru. Naopak pokud je on-line prodej dobře nastaven, můžeme docílit lepšího pochopení zákazníků, kteří v klidu a pohodlí domova mají větší prostor potřebné informace si přečíst a nejsou ztraceni v proudu slov valících se na ně při osobní schůzce. Nakonec asi všichni známe, jak dopadá známá hra na „tichou“ poštu: co jeden povídá, může druhý chápat zcela jinak. Dá se říci, že chybovosti lidského faktoru si je vědoma i sama EU, která se snaží některé základní informace více a více standardizovat a vyčlenit je do formy jednoduchých dokumentů k přečtení, neboť se v podstatě jedná právě o ty informace, jež by měl jinak distributor při fyzickém prodeji ideálně sám vytáhnout z hromady předsmulvních informací a pojistných podmínek a zákazníkovi ústně předat.²⁵

Nicméně to, že odborník v danou chvíli fyzicky nesedí naproti zákazníkovi v průběhu sjednávání pojištění, zcela jistě neznamená, že je jeho vliv a úloha v on-line prodeji menší. Tato úloha se rozprostírá do dvou fází, a to při nastavování příslušného procesu (aplikace) a dále jako pomoc zákazníkovi na dálku, pokud by si nevěděl rady, v podobě chatboxů a telefonických spojení. Důraz při on-line prodeji je tak kladen zejména na srozumitelnost poskytovaných informací a dostatečné vysvětlení základních parametrů jednotlivých nabízených produktů tak, aby jim porozuměl i průměrný spotřebitel.

IDD ani ZoDP nestanovují, jakou formou a způsobem a zejména jaké požadavky, cíle a potřeby má distributor od zákazníka zjistit. Pochopitelně něco takového ani nemůžeme od regulátora požadovat, neboť pouze distributor sám by měl právě vzhledem ke své odbornosti vědět, které klíčové požadavky se pojí s parametry jednotlivých pojištění, co je cílem a úlohou jednotlivých pojistných krytí, a zda tedy pojistné produkty, které má v nabídce, odpovídají těmto požadavkům a nejlépe hojí zákaznickovy potřeby. Z některých dosud proběhlých kontrol a rozhodnutí ČNB zveřejněných na jejich webových stránkách²⁶ vyplývá, že informacemi, které by měl distributor v rámci zjišťování požadavků, cílů a potřeb získat, jsou mj. rozsah krytí a limity pojistného plnění. Dále ČNB distributorům velmi často vytýká, že následné doporučení nebývá dostatečně individualizované a konkrétní, tj. není z něj jasné, jakým způsobem se do něj promítly požadavky klienta. Dle nedávného vyjádření

ČNB k některým ustanovením zákona o distribuci pojištění a zajištění vyplynulo, že u jednoduchých pojistných produktů může mít doporučení podobu konstatování, že zákazník odpovídá cílovému trhu a jeho charakteristikám.²⁷ Z toho plynou dva obecné závěry: tvůrci produktů by se měli více zaměřit na požadavky produktového řízení²⁸ a distributoři by při nastavování on-line prodeje měli zvážit, které produkty jsou těmi jednoduchými, a u těch ostatních se více zaměřit na individualizaci doporučení s ohledem na parametry produktu a potřebné informace od zákazníka.

Jelikož analýza požadavků, cílů a potřeb ani samotné doporučení nevyžadují písemnou formu,²⁹ měly by být na závěr prodejního procesu převedeny do záznamu z jednání,³⁰ který tak funguje jako zpětná kontrola, že distributor obdržel požadované informace, vyhodnotil je a na jejich základě poskytl doporučení ohledně sjednání pojištění a zákazník jim natolik porozuměl, že byl schopen informovaně se rozhodnout, zda si pojištění sjedná, či ne. Paradoxně si troufáme tvrdit, že důležitost záznamu z jednání je vyšší v případě ústního fyzického prodeje, kdy je zpětná rekonstruovatelnost značně obtížnější než v případě on-line prodeje, s možností zpětného prokázání, jaké informace a v jakém čase zákazník obdržel. Uvidíme, zda mj. i díky této zpětné rekonstruovatelnosti se on-line prodej nakonec nebude jevit jako transparentnější a lépe chránící spotřebitele. Možná budeme časem značně překvapeni, kam nás vývoj společnosti 5.0 nakonec zavede v prostředí distribuce pojištění.

5 Závěr

Co říci na závěr? Snad jen to, že ani IDD, ani ZoDP zcela jistě netendují k tomu, stát se brzdou rozvoje digitalizace v distribuci pojištění. Jak bylo řečeno na začátku tohoto článku, vždy je důležité zaměřit se na cíl a účel dané normy a ty maximálně naplnit, bez ohledu na zvolený způsob či formu samotného distribučního procesu, aby byl zákazník chráněn a informován ve stejném rozsahu, ať už si zvolí jednu, či druhou cestu pro sjednání svého pojištění.

Všem nám je zřejmé, že předpisy týkající se distribuce pojištění nejsou samozřejmě jedinými, které je třeba brát v úvahu při nastavování on-line prodeje. Svoji nezaměnitelnou roli hrají GDPR³¹, otázky spojené s elektronickým podepisováním nebo v případě prodeje životního pojištění předpisy k AML³², ale o tom třeba zase někdy příště.

1 The research was supported by Charles University, project PRIMUS HUM/17 "Europeanization as a determiner of legal regulation of financial services and taxation", implemented at the Faculty of Law, Charles University in 2018. Článek navazuje na příspěvek prezentovaný na konferenci Pojistné dny 2019, pořádané Českou asociací pojišťoven.

2 Ze statistik společnosti jako Accenture, Edelman Digital, TechCrunch a Salesforce uveřejněných ve *Forbesu* vyplývá, že více než polovina spotřebitelů očekává v rámci péče o zákazníky odpověď na svůj dotaz do hodiny, a to i o víkendech; při třetině vánočních nákupů v roce 2018 byl použit smartphone; 79 % zákazníků učinilo alespoň jeden nákup přes mobilní telefon v posledních šesti měsících; 90 % zákazníků očekává, že prodejce bude mít on-line portál; 76 % spotřebitelů očekává, že společnost bude rozumět jejich požadavkům a potřebám, a 75 % spotřebitelů si koupí produkt spíše od společnosti, která je jim schopná doporučit produkt na základě jejich kupní historie a preferencí.

3 File:///C:/Users/terezak/AppData/Roaming/SingleCase%20desktop%20client/downloads/file_edit/10000265/66/218840/191106143627_consumer_s%20decision%20making_%20behavioural%20economic%20EC%202017.pdf.

4 Směrnice Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/97 ze dne 20. ledna 2016, o distribuci pojištění.

5 Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 1286/2014 ze dne 26. listopadu 2014, o sdělení klíčových informací týkajících se strukturovaných retailových investičních produktů a pojistných produktů s investiční složkou.

6 Srov. např. bod 6 preambule IDD: *Spotřebitelé by měli mít stejnou úroveň ochrany i přes rozdíly ve způsobech distribuce*; bod 10 preambule IDD: *Současné i nedávné finanční otřesy zdůraznily význam zajištění účinné ochrany spotřebitele ve všech finančních odvětvích*; bod 43 preambule IDD: *Jelikož cílem této směrnice je posílit ochranu spotřebitele...*; bod 40 preambule PRIIPs: *Jelikož cílem tohoto nařízení, totiž zvýšení ochrany retailových investorů a jejich důvěry v produkty s investiční složkou...*

- 7 Srov. např. bod 44 preambule IDD: Aby se zabránilo případům nevhodného prodeje, měl by být prodej pojištných produktů vždy doprovázen posouzením požadavků a potřeb na základě informací získaných od zákazníka. Každý pojištný produkt nabízený zákazníkovi by měl být vždy v souladu s jeho požadavky a potřebami a prezentován ve srozumitelné formě tak, aby zákazník mohl učinit informované rozhodnutí. Srov. bod 1 preambule PRIIPs: Proto se retailovým investorům stává, že investují, aniž by chápali související rizika a náklady, v důsledku čehož občas utrpí nepředpokládané finanční ztráty.
- 8 Zákon č. 170/2018 Sb., o distribuci pojištění a zajištění, jenž ve svém § 77 odst. 2 požaduje: [...] na základě získaných informací poskytne pojišťovna nebo pojišťovaci zprostředkovatel zákazníkovi doporučení, aby se mohl zákazník rozhodnout, zda sjedná, nebo podstatně změnit pojištění. Viz Závěrečná zpráva z hodnocení dopadů regulace (RIA) z října 2017: Poradenství má tak v navrhovaném pojetí povahu povinné služby, a to ve smyslu zvláštního druhu sdělení komunikovaného vůči zákazníkovi v rámci distribuce pojištění – doporučení, které vede, resp. má vést ke sjednání, podstatné změně či zániku pojištění. Představuje tedy určitou povinnost zákazníka „strpět doporučení/ /radu“. Přiměřenost regulace se však zde promítá do různého rozsahu činnosti s poradenstvím souvisejících (hlubší analýza zákazníka, následný výběr z dostatečného počtu vhodných pojištných produktů), podle toho, je-li distribuováno rezervotvorné pojištění, nebo pojištění ostatní (tj. riziková životní pojištění, nebo pojištění neživotní). Přísnější nároky jsou zde přirozené stanovené na ty poradenské činnosti, které vedou k dlouhodobějším finančním rozhodnutím zákazníka, resp. které jsou substitučními produkty vůči produktům investičním. Nověji potvrzeno i v rámci nedávno vydaných FAQ ČNB, dle nichž „[...] (i) nabídnutý pojištný produkt musí vždy odpovídat zjištěným požadavkům, cílům a potřebám zákazníka a (ii) o pojištném produktu musí být poskytnuty objektivní informace, jsou součástí povinného doporučení podle § 77 ZDPZ [...] Doporučení podle § 77 se tak od rady podle § 78 ZDPZ liší jen v míře detailu a obojí lze vnímat jako kontinuum spíše než jako naprosto odlišné povinnosti“. ČNB dále uvedla, že „podstatou postupů podle § 77 ZDPZ je poskytnutí osobního doporučení, které zohledňuje specifika konkrétního případu“. Viz: <https://www.cnb.cz/cs/casto-kladene-dotazy/K-nekterym-ustanovenim-zakona-o-distribuci-pojisteni-a-zajisteni/>.
- 9 Britská FCA uložila značné vysokou pokutu za misselling společnosti The Carphone Warehouse, kdy prodejci doporučovali koupit si pojištění mobilních telefonů, ačkoli zákazníci měli často dostatečně krytí v rámci svých vlastních pojistek.
- 10 Dle analýzy ČAP z dubna 2018 si Češi sjednávají pojištné limity, které ne vždy pokryjí jimi způsobené škody. Viz: http://www.cap.cz/images/tiskove-zpravy/180301_Analyza_CAP_odpovednost_obcanu_final.pdf.
- 11 Nutnost srozumitelného přístupu ostatně potvrzuje i bod 44 preambule IDD: Každý pojištný produkt nabízený zákazníkovi by měl být vždy v souladu s jeho požadavky a potřebami a prezentován ve srozumitelné formě tak, aby zákazník mohl učinit informované rozhodnutí.
- 12 Mystery shopping byl proveden na vzorku cestovního pojištění on-line u pojišťoven z Velké Británie a Německa.
- 13 Tato povinnost se dotýká také záznamu z jednání a vše v této části uvedené je tak možno vztáhnout i na něj.
- 14 Za jiný trvalý nosič můžeme považovat USB stick, DVD, SD kartu, ale i PDF formu elektronického dokumentu.
- 15 Viz rozsudek ze dne 25. ledna 2017, BAWAG PSK Bank für Arbeit und Wirtschaft und Österreichische Postsparkasse AG, C-375/15, EU:C:2017:38, a dříve i rozsudek ze dne 5. července 2012, Content Services Ltd, C-49/11, EU:C:2012:419.
- 16 Viz bod 48 preambule IDD: Před uzavřením smlouvy i v případě prodeje bez poradenství by měl zákazník obdržet náležitě informace o pojištném produktu, aby mohl učinit informované rozhodnutí. Informační dokument o pojištném produktu by měl obsahovat standardizované informace o produktech neživotního pojištění. Měl by být vypracován příslušnou pojišťovnou nebo v dotčených členských státech zprostředkovatelem pojištění, který vytváří pojištný produkt. Zprostředkovatel pojištění by měl zákazníkovi vysvětlit základní vlastnosti pojištného produktu, který prodává, a proto by měl svým zaměstnancům dát k dispozici dostatečné zdroje a čas, aby tak mohli činit. Obdobně i bod 33 preambule IDD: Dále by zaměstnanci měli dostat přiměřený čas a zdroje, aby byli schopni zákazníkům poskytovat veškeré relevantní informace o produktech, jež poskytují.
- 17 Viz např. bod 44 preambule IDD, druhá věta: Každý pojištný produkt nabízený zákazníkovi by měl být vždy v souladu s jeho požadavky a potřebami a prezentován ve srozumitelné formě tak, aby zákazník mohl učinit informované rozhodnutí.
- 18 Srov. např. požadavky UK Insurance Act 2015, part II (The Duty of Fair Presentation): A fair presentation of the risk is one (a) which makes the disclosure required by subsection (4), (b) which makes that disclosure in a manner which would be reasonably clear and accessible to a prudent insurer, and (c) in which every material representation as to a matter of fact is substantially correct, and every material representation as to a matter of expectation or belief is made in good faith.
- 19 Viz § 73 odst. 2 ZoDP: Pojišťovna a pojišťovaci zprostředkovatel zajistí, aby byl obsah komunikace podán jasným, výstižným a srozumitelným způsobem.
- 20 Viz § 1811 odst. 1 NOZ: Veškerá sdělení vůči spotřebiteli musí podnikatel učinit jasně a srozumitelně v jazyce, ve kterém se uzavírá smlouva.
- 21 Viz § 1800 odst. 1 NOZ: Obsahuje-li smlouva uzavřená adhezním způsobem doložku, kterou lze přečíst jen se zvláštními obtížemi, nebo doložku, která je pro osobu průměrného rozumu nesrozumitelná, je tato doložka platná, nepůsobí-li slabší straně újmu nebo prokáže-li druhá strana, že slabší straně byl význam doložky dostatečně vysvětlen.
- 22 Viz § 557 NOZ: Připouští-li použitý výraz různý výklad, vyloží se v pochybnostech k tíži toho, kdo výrazu použil jako první. Resp. § 1812 odst. 1 NOZ: Lze-li obsah smlouvy vyložit různým způsobem, použije se výklad pro spotřebitele nejprůzračnější.
- 23 Viz např. náleze Ústavního soudu ze dne 11. listopadu 2013, sp. zn. I. ÚS 3512/11: Je třeba zdůraznit, že obchodní podmínky ve spotřebitelských smlouvách na rozdíl třeba od obchodních smluv mají sloužit především k tomu, aby nebylo nezbytné do každé smlouvy přepisovat ujednání technického a vysvětlujícího charakteru. Naopak nesmějí sloužit k tomu, aby do nich v často nepřehledné, složitě formulované a malým písmem psané formě skryl dodavatel ujednání, která jsou pro spotřebitele nevhodná a o kterých předpokládá, že pozornosti spotřebitele nejspíše uniknou (např. rozhodčí doložka nebo ujednání o smluvní pokutě). Pokud tak i přesto dodavatel učiní, nepočíná si v právním vztahu poctivě a takovému jednání nelze přiznat právní ochranu.
- 24 Viz dohledový benchmark ČNB č. 4/2018 – K určitosti stanovení rozsahu pojištění, včetně výluk z pojištění, ze dne 13. prosince 2018: Pojišťovna by se měla při formulaci textace smluvních ujednání, potažmo v propagačních materiálech k danému pojištění vyvarovat používání neurčitých pojmů bez jejich další specifikace. Použití neurčitých pojmů bez dalších doplňujících informací může vést k nepochopení rozsahu pojištění, který pak není, ve spojení s výlukami, pro zájemce o pojištění, pojistníka a pojištěného dostatečně předvídatelný. Při formulaci textace smluvních ujednání nebo jejich podstatných změn by pojišťovna měla zvážit schopnosti cílového trhu zákazníků těmto pojmům porozumět a předcházet tak rizikům spojeným s aplikací zejména ustanovení § 557 občanského zákoníku, podle kterého se výraz připouštějící různý výklad v pochybnostech vyloží k tíži toho, kdo výrazu použil jako první. [...] Pojmy používané pojišťovnou – především, nikoli však výlučně, při vymezení rozsahu pojištění a/nebo při vymezení výluk z pojištění – by měly být srozumitelné a dostatečně konkrétní z pohledu průměrného zástupce cílové skupiny, pro kterou je daný pojištný produkt určen (např. pojištění občanů vs. profesní pojištění odpovědnosti advokátů).
- 25 Srov. požadavky na IPID.
- 26 Jedná se o kontroly provedené za staré úpravy před ZoDP, avšak závěry je možné pravděpodobně aplikovat i za současně platné legislativy.
- 27 Srov.: Doporučení je tedy činěno při jednání se zákazníkem, nicméně u jednoduchých produktů, které jsou již svým nastavením vhodné pro celou cílovou skupinu (např. proto, že zákazník zakoupil jiné zboží či jinou službu, které nasvědčují vhodnosti daného pojištění pro něj), může mít i podobu konstatování, že zákazník odpovídá cílovému trhu a jeho charakteristikám. Viz: <https://www.cnb.cz/cs/casto-kladene-dotazy/K-nekterym-ustanovenim-zakona-o-distribuci-pojisteni-a-zajisteni/>.
- 28 Srov. § 53 ZoDP a nařízení Evropské komise v přenesené pravomoci (EU) 2017/2358 ze dne 21. září 2017, kterým se doplňuje směrnice Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/97, pokud jde o požadavky na dohled nad produktem a jeho řízení vztahující se na pojišťovny a distributory pojištění.
- 29 Srov. § 77 ZoDP.
- 30 Viz § 79 ZoDP: Z jednání, které vedlo ke sjednání nebo podstatné změně pojištění, pojišťovna nebo pojišťovaci zprostředkovatel, zejména na základě informací poskytnutých zákazníkem a v závislosti na charakteru pojištění, vyhotoví záznam z jednání obsahující požadavky, cíle a potřeby zákazníka související s daným pojištěním, své doporučení a důvody, na kterých zakládá své doporučení pro sjednání nebo podstatnou změnu daného pojištění. Z kontrolní činnosti ČNB vyplývá, že záznam z jednání by měl ideálně obsahovat: informace o stávajících pojištěních sjednaných klientem, o požadavku klienta na dobu sjednávání pojištění nebo způsobu jejího určení, o požadavku klienta na výši pojištného krytí nebo způsobu jejího určení, o požadavku klienta ve vztahu k připojištění nebo způsobu určení jednotlivých připojištění; v případě nabídky pojištění od vícero pojišťoven označení těchto pojišťoven a uvedení názvů jejich pojištných produktů a jejich parametrů; v případě doporučení pojištění z nabídky vícero konkurenčních produktů od jiných pojišťoven zaznamenání důvodů pro doporučení konkrétního pojištného produktu.
- 31 Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016, o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES.
- 32 Zákon č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu.

Povinné pojištné garanční fondy

Mgr. Nina Desanti Danielowitzová, LL.M. / právník, koordinace evropské agentury / Česká asociace pojišťoven

Pojištné garanční mechanismy jsou prezentovány jako poslední záchranný mechanismus pro klienty pojišťoven, které jsou v úpadku a nemohou dostát svým závazkům. V evropském kontextu se často používá spojení „insurance guarantee schemes“ (IGS), na mezinárodní scéně je možno setkat se se spojením „policyholder protection scheme“ (PPS). Oba pojmy odkazují na systém či fond, který funguje jako konečná instance k zabezpečení ochrany pojistníků.

Pojištný sektor není imunní vůči úpadku. Na českém trhu se ale jedná spíše o výjimečné situace, které postihly pojištný trh naposledy po povodních v roce 1997, kdy jedna pojišťovna neměla sjednáno adekvátní zajištění a enormní škody z povodní způsobily její úpadek. V jiných zemích EU jsou krachující pojišťovny, jež nemohou dostát svým závazkům vůči klientům, a problémy s tím spojené častějším jevem. V západní Evropě se jedná např. o Dánsko, na Východě se s obdobnými problémy v minulosti potýkalo Rumunsko.

V těchto zemích je pak častým jevem vznik národního garančního fondu, který má suplovat státní intervenci a poskytnout dodatečné krytí klientů pojišťoven ze soukromých zdrojů. Financování národních garančních fondů je opatřeno prostřednictvím *ex ante* příspěvků, příp. mimořádných příspěvků při úpadku větší pojišťovny, nebo dokonce pojišťovny se systémovým rizikem, někdy i kombinací obou mechanismů. Rozsah krytí fondů se napříč zeměmi liší. Může se jednat o povinné ručení u pojištění motorových vozidel, jak jej známe v ČR, nebo do něj spadají produkty životního pojištění, kde je vulnerabilita spotřebitelů v očích národních zákonodárců vyšší; existují i země s kompletním krytím pojištných produktů.

1 Fungování garančních fondů v EU a USA

1.1 Principy pojištných garančních fondů

Garanční fondy jsou posledním záchranným mechanismem pro ochranu pojistníka, avšak nastavení a fungování garančních fondů jsou v jednotlivých zemích velice různorodé. Unifikace by tedy byla nepochoybně složitým úkolem. Mezi hlavní cíle IGS náleží:

- vyplacení pojištného klientům pojišťoven v úpadku;
- převedení pojištného kmene;
- postupná likvidace životního pojištného portfolia, dožití portfolia;
- postup během plánu na řešení úpadku.

Co se týče financování garančního fondu, mezi hlavní principy patří, že fond má krytí případné ztráty a disponovat odpovídající potřebou likvidity. Nastavení financování garančního schématu by mělo krytí nejhorší možné scénáře úpadku a nespolehat přitom na (do)financování z veřejných zdrojů. Zároveň by se měl fond připravit na úpadek pojišťovny se systémovým rizikem. V neposlední

řadě je důležité financovat garanční fond tak, aby to bylo úměrné účinné úrovni ochrany, aby byla zajištěna spolupráce s dohledovým orgánem a mechanismus zapadal do integrovaného režimu řešení úpadků pojišťoven (*recovery and resolution scheme*).

Ozdravný finanční plán je stěžejním opatřením a je harmonizovaný na evropské úrovni, a to směrnici Solventnost II. V ORSA zprávě má každá pojišťovna za úkol popsat svůj proaktivní ozdravný plán, na který v případě českého pojištného trhu dohlíží ČNB. Ozdravný finanční plán je ale preventivním a částečně kurativním opatřením. Garanční fond, jehož cílem je zajistit v poslední instanci ochranu pojistníků, v této fázi často nehraje roli. Naopak v plánu na řešení úpadku může být garanční fond již aktivován. Obecně se v metodách financování úpadku pojišťoven objevují zbylá aktiva a závazky dané pojišťovny, někdy státem financované garanční fondy, někdy jen soukromě financované garanční fondy, ale také garanční schémata, která kombinují veřejné a soukromé financování.

Mezinárodní fórum k pojištným garančním schématům (International Forum of Insurance Guarantee Schemes, IFIGS) řadí mezi hlavní principy, které se objevují napříč pluralismem existujících garančních fondů, to, že v případě úpadku významné pojišťovny je cílem fondu zaměřit se na systémové riziko a přiměřenou ochranu pojistníků. Jestli se jedná o pojišťovnu v úpadku, která nemá systémové dopady na trh, je primárním cílem fondu ochrana pojistníků. IFIGS také klade důraz na jasné vymezení rolí všech zúčastněných stran: fondu, dohledového orgánu a likvidátora. Důležité také je, aby byl garanční fond včasné aplikován a byla tak dosažena co nejvyšší ochrana pojistníků.

1.2 Garanční fondy v USA

V USA neexistuje jeden garanční fond, ale společný systém k přístupu ke státním garančním fondům. Jako společný průřezík mají tyto fondy samostatný systém pro případy úpadku u zdravotního a životního pojištění na jedné straně a pro neživotní pojištění na straně druhé.

Garanční fondy zastřešují státní asociace, které vytvářejí americký garanční fond. Tyto asociace jsou právními subjekty, jež se sice řídí státním právem a jeho specifiky, ale v podstatě jsou založeny na stejném zákonném modelu, který schválila federální asociace sdružující národní

dohledové a regulační orgány (National Association of Insurance Commissioners, NAIC), a která průběžně tyto vzorové zákony pro národní garanční fondy aktualizuje. Spolupráce na nadnárodní úrovni je stěžejním pilířem amerického garančního fondu; zajišťují ji dva orgány: pro životní pojištění National Organization of Life and Health Insurance Guaranty Associations (NOLHGA) a pro neživotní pojištění National Conference of Insurance Guaranty Funds (NCIGF). Důležitou pravomocí těchto orgánů je přeshraniční spolupráce v případě úpadku nadnárodní pojišťovny.

Všechny americké fondy mají za cíl finančně chránit pojistníky v případě úpadku pojišťoven. U životních fondů je primárně kladen důraz na zajištění pojistného krytí a převzetí/odkoupení pojistných smluv jinou pojišťovnou. U neživotních fondů je naopak cílem finančně pojistníky odškodnit, obvykle do 30 dnů po zahájení likvidace. Kompetence fondu je určena ne sídlem pojišťovny v úpadku, ale místem sídla spotřebitele nebo místem pojištěného majetku. Finanční krytí není nikdy 100% a jeho nastavení je ve státní gesci.

Zdroje financování jsou různorodé a skládají se ze zbývajících aktiv pojišťovny v úpadku, které jsou doplněny soukromými zdroji pojišťoven v rámci státního fondu. Ve většině případů jde tedy o financování *ex post*. Výše soukromé participace se odvíjí od konkrétního úpadku. Je ale běžné, že v národní úpravě je výše příspěvku zastřešena na 2 % ročního pojistného, které si pojišťovna může částečně odepsat z daní nebo vykompenzovat pomocí zvýšení pojistného či naúčtování příplatků.

Za více než 40leté fungování amerického garančního fondu došlo k vypořádání 650 insolvencí. Pojistníkům bylo vyplaceno 30 mld. USD a garantováno 25 mld. USD pomocí zajištěného pojistného krytí.

2 Harmonizace napříč EU – povinný garanční fond pro každý členský stát?

2.1 2010: *Bílá kniha k IGS* Evropské komise

Myšlenka povinného zavedení garančního fondu v každém členském státě v EU není nová. Již v červenci 2010 Evropská komise publikovala *Bílou knihu k IGS*¹, kde prezentuje garanční fond jako poslední záchranný mechanismus pro případy, že pojišťovna nemůže dostát svým závazkům. V dopadové studii, která je obsahem *Bílé knihy k IGS*, Evropská komise upozorňuje na klíčové problémy, jež má harmonizace garančních fondů řešit, konkrétně na to, že na pojistných trzích jsou finanční ztráty přenášeny na pojistníky a daňové poplatníky – panuje zde nepoměr mezi rizikovými preferencemi spotřebitelů a reálnými riziky úpadku –, a na neoptimální rozvoj vnitřního trhu pro pojistné služby.

Evropská komise navrhovala v *Bílé knize k IGS* zavedení garančního fondu v každém členském státě formou minimální harmonizace. Povinný garanční fond by fungoval jako poslední instance po úpadku pojišťovny; zahrnoval by životní i neživotní pojištění s výjimkou pojištění odpovědnosti z provozu motorových vozidel, penzijních fondů a zajištění. Minimální harmonizace

by se řídila pravidlem domovské země a z fondu by mohli čerpat spotřebitelé, ale také vybrané právnické osoby. Zajímavý byl i tehdejší návrh Evropské komise na financování, který preferoval variantu *ex ante* příspěvků do fondu. Ty by se odvíjely od rizikového profilu dané pojišťovny. Dle potřeby by se prostředky fondu mohly doplnit mimořádnými *ex post* příspěvky. Jako roční příspěvek do fondu Evropská komise navrhovala 0,12 % z hrubého předepsaného pojistného. Ochrana pojistníků je v komisním návrhu zajištěna buď formou finančního odškodnění, nebo převodem pojistného portfolia do jiné pojišťovny. Evropský parlament se z vlastní iniciativy k *Bílé knize k IGS* postavil ve zprávě v únoru 2011. Europoslanci vyjádřili souhlasné stanovisko s minimální harmonizační úpravou, ale na rozdíl od Evropské komise navrhovali větší národní diskreci, např. v oblasti financování. Z garančního fondu by dle názoru europoslanců mohly čerpat jen fyzické osoby. Evropský parlament v neposlední řadě zdůraznil nutnost spolupráce mezi EIOPA a národními dohledovými orgány a v případě jejich zavedení také mezi garančními fondy.

K tématu se v říjnu 2011 vyjádřila také EIOPA, s užším záběrem na přeshraniční spolupráci již existujících národních fondů. Obecně EIOPA v roce 2011 podporovala zavedení národních garančních fondů, mezi kterými by byla harmonizačně nastavena spolupráce pomocí dohod o spolupráci nejen mezi dohledovými orgány a garančními fondy, ale také mezi národními fondy. Obsahem této extenzivní spolupráce by měla být podpora pojistníků či výměna potřebných informací mezi dohledovým orgánem a zahraničním garančním fondem. Zajímavé je také to, že EIOPA v roce 2011 navrhovala zavedení systému včasného varování.

Po vydání zprávy Evropského parlamentu měla proběhnout veřejná konzultace a rozšířená dopadová studie se zaměřením na životní pojištění a komplikace spojené s poskytováním přeshraničních služeb neživotního pojištění. Legislativní návrh směrnice však nespátřil světlo světa, dle kuloárních informací mj. proto, že se Evropská komise setkala s odmítavým stanoviskem některých členských zemí, ale také proto, že v roce 2011 bylo prioritní dokončit bankovní unii a její garanční mechanismy.

2.2 2019: Konzultační materiál EIOPA k IGS

Devět let po vydání *Bílé knihy k IGS* je politická situace jiná a Evropská komise v rámci přezkumu Solventnosti II 2020 žádá, aby EIOPA tuto problematiku znovu nastolila. Proto EIOPA zveřejnila konzultační materiál, který byl otevřen k připomínkování do 19. října 2019². Těto možnosti ČAP využila a zaslala pozici za český pojištný trh.

Obecně se konzultační materiál EIOPA od prvního návrhu Evropské komise v roce 2010 moc neliší. EIOPA navrhuje, aby byl v každé členské zemi zaveden garanční mechanismus po vzoru minimální harmonizace. Tím by měla vzniknout evropská síť národních IGS, které by byly spravovány v případě úpadku pojišťovny poskytující přeshraniční služby dle domovského principu, tedy dle pravidel fondu, kde má pojišťovna sídlo. Garanční fond v zemích, kde pojišťovna poskytuje služby, by fungoval jako podpora pro kompenzaci zahraničních pojistníků.

Tabulka 1: Rozsah národních pojištných garančních fondů

Země	Název IGS	Rozsah krytí
Rakousko	Deckungsstock	NŽP: zdravotní a úrazové ŽP: veškeré
Belgie	Agence fédérale des Risques professionnels / Federaal Agentschap voor Beroepsrisicos	NŽP: pojištění léčebných výdajů, pojištění pro případ ztráty příjmu a pojištění pro případ pracovního úrazu
	Fonds de garantie pour les services financiers / Garantiefonds voor financiële produ	ŽP: pojištné smlouvy s minimálním zaručeným výnosem, renty pro zdravotní pojištění
Bulharsko	Compensation Fund of the Guarantee Fund	NŽP: pojištění občanskoprávní odpovědnosti z provozu motorových vozidel a povinné pojištění pro cestující ve veřejné hromadné dopravě ŽP: pojištné smlouvy s minimálním zaručeným výnosem, indexované životní pojištění a investiční životní pojištění
Česko	Garanční fond ČKP	NŽP: pojištění občanskoprávní odpovědnosti z provozu motorových vozidel
Dánsko	Guarantee Fund for non-life insurance companies	NŽP: pojištění léčebných výdajů, pojištění pro případ ztráty příjmu a pojištění pro případ pracovních úrazů, pojištění občanskoprávní odpovědnosti z provozu motorových vozidel, jiné druhy motorového pojištění, pojištění letecké a námořní dopravy, pojištění majetku proti požáru, všeobecné pojištění odpovědnosti, pojištění právní ochrany, cestovní pojištění a pojištění asistenčních služeb, majetkové pojištění, úrazové pojištění
Estonsko	Pension Contracts Sectoral Fund of the Guarantee Fund	Penzijní pojištění v případě povinné participace
Finsko	Joint guarantee payment system – Patient Insurance Centre	NŽP: zákonné zdravotní pojištění u všeobecného pojištění odpovědnosti
	Joint guarantee payment system – Workers Compensation Centre	NŽP: povinné pojištění pro případ pracovních úrazů
Francie	Fonds de garantie des assurances de personnes	ŽP: veškeré
	Fonds de garantie des assurances obligatoires	NŽP: pojištění občanskoprávní odpovědnosti z provozu motorových vozidel a stavební pojištění
	Fonds de garantie des dommages consécutifs à des Actes de Prévention, de Diagnostic ou de Soins dispensés par des professionnels de santé	NŽP: pojištění profesní odpovědnosti ve zdravotnictví (lékaři)
Německo	Sicherungsfonds für die Lebensversicherer	ŽP: pojištné smlouvy s minimálním zaručeným výnosem, indexované a investiční životní pojištění
	Sicherungsfonds für die Krankenversich	NŽP: pojištění občanskoprávní odpovědnosti z provozu motorových vozidel
Řecko	Private Life Insurance Guarantee Fund	ŽP: pojištné smlouvy s minimálním zaručeným výnosem, indexované a investiční životní pojištění
	Auxiliary Fund	NŽP: pojištění občanskoprávní odpovědnosti z provozu motorových vozidel
Maďarsko	Kártalanítási Alap	NŽP: pojištění občanskoprávní odpovědnosti z provozu motorových vozidel
Irsko	Insurance Compensation Fund	NŽP: pojištění občanskoprávní odpovědnosti z provozu motorových vozidel, havarijní pojištění, pojištění majetku proti požáru, všeobecné pojištění odpovědnosti, pojištění úvěru a pojištění záruk, pojištění právní ochrany, pojištění asistenční služby, jiné pojištění finančních ztrát, všeobecné pojištění majetku a úrazové pojištění
Itálie	Fondo di garanzia per le vittime della strada	NŽP: pojištění občanskoprávní odpovědnosti z provozu motorových vozidel
	Fondo di garanzia per le vittime della caccia	ŽP: úrazové pojištění při lovu
Litva	Fund for the Protection of the Insured	NŽP: úrazové pojištění, soukromé zdravotní pojištění, odpovědnost z provozu vozidla (kromě kolejových vozidel), pojištění majetku proti požáru a jiným přírodním katastrofám, ostatní majetkové pojištění, havarijní pojištění a pojištění asistenční služby
		ŽP: životní pojištění, pojištění porodu a sňatku, pojištění doživotního důchodu, pojištění pro operace umořování kapitálu
Malta	Protection and Compensation Fund	NŽP: pojištění léčebných výdajů, pojištění pro případ pracovního úrazu, pojištění občanskoprávní odpovědnosti z provozu motorových vozidel, pojištění majetku proti požáru, všeobecné pojištění odpovědnosti, pojištění právní ochrany, pojištění finančních ztrát, úrazové pojištění ŽP: životní pojištění, pojištění porodu a sňatku, pojištění příjmů pro případ dlouhodobé pracovní neschopnosti, pojištění pro správu penzijního fondu, sociální pojištění
Polsko	Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny	NŽP: pojištění občanskoprávní odpovědnosti z provozu motorových vozidel, povinné pojištění občanskoprávní odpovědnosti pro zemědělce ŽP: veškeré produkty životního pojištění
Portugalsko	Fundo de Acidentes de Trabalho	NŽP: pojištění pro případ pracovního úrazu
Rumunsko	Policyholder Guarantee Fund	NŽP: veškeré produkty ŽP: veškeré produkty

Ochrana pojistníků je v konzultačním materiálu EIOPA, stejně jako v *Bílé knize k IGS*, zajištěna formou finančního odškodnění a/nebo převodem pojistného portfolia na jinou pojišťovnu. Převod pojistného kmene byl stěžejní myšlenkou Evropské komise před devíti lety; v současném konzultačním materiálu EIOPA je tato varianta také navrhována.

Oprávnění žadatelé by byli *a priori* jen fyzické osoby, i když EIOPA polemizuje s myšlenkou otevřít fond i menším právníckým osobám. Z toho logicky vyplývá, že garanční mechanismus by kryl produkty životního pojištění a jen okrajově produkty neživotního pojištění. Konkrétní delimitaci ale EIOPA nenabízí. Naopak u způsobu financování garančních fondů má EIOPA jasnou preferenci *ex ante* financování, které by bylo dle potřeby doplněno mimořádnými příspěvky na *ex post* bázi. Výše příspěvku, způsob jejího výpočtu, či dokonce nastavení výše příspěvku podle rizikovitosti pojišťovny, např. dle solventnostního kapitálového požadavku, které bylo propagovanou myšlenkou Evropské komise v roce 2010, v aktuálním návrhu EIOPA chybí.

3 Stanoviska českého a evropského trhu k myšlence povinných garančních fondů

Pohled na současnou situaci existence a rozsahu národních pojistných garančních fondů nabízí tabulka 1. Dvanáct členských států eviduje plošné garanční mechanismy, avšak s velkými rozdíly ve fungování, rozsahu krytí a způsobu financování. Polovina z těchto zemí má rozsáhlé krytí na životní i neživotní pojištění. Jedná se např. o Francii, Rumunsko, Španělsko, Velkou Británii, Litvu a Maltu. Naopak v Německu, Polsku a Bulharsku je IGS jen na životní pojištění, vyjma pojištění občanskoprávní odpovědnosti z provozu motorových vozidel. Dvě členské země mají fond na širokou škálu neživotního pojištění: Dánsko a Norsko. Některé IGS kombinují široké krytí životního pojištění a specifické neživotní pojištění. Deset členských států žádný garanční mechanismus nemá. Mezi ně patří i ČR, vyjma garančního fondu pro povinné ručení.

I z tohoto důvodu Insurance Europe odmítá extenzivní komisi návrhy na plošné zavedení garančních fondů ve všech členských státech. Stanovisko evropských pojistných trhů je od roku 2010 konzistentní; většina evropských asociací se přiklání k odmítnutí návrhů harmonizovaného přístupu ke schématům v EU. Náznaky se ale liší u konkrétních nastavení mechanismů, která vycházejí z národních nastavení garančních fondů či ze zkušeností po jejich zavedení. Insurance Europe proto prosazuje výhody subsidiarity, která by členským státům zajistila dostatečnou diskreci v nastavení garančních mechanismů. Společné stanovisko zároveň ale upozorňuje na nedostatky a komplikace návrhů EIOPA, které je třeba posoudit a zapracovat, než se Evropská komise rozhodne jít cestou legislativního návrhu.

Ve stanovisku za český pojistný trh ČAP zdůrazňuje, že zavedení povinného garančního fondu není nutné díky dlouhotrvající stabilitě sektoru a absenci úpadků či komplikací spojených s přeshraničním poskytováním služeb. V obecných připomínkách ČAP poukazuje na nedostatečné odůvodnění, proč se EIOPA vydává cestou další regulace namísto důsledného vymáhání a vyšší efektivity výkonu již stávající Solventnosti II. V argumentaci také upozorňuje, že financování fondu ze soukromých zdrojů podporuje morální hazard, a v neposlední řadě vyzývá EIOPA, aby svůj návrh obohatila o případovou a nákladovou studii. Závěrem stanovisko ČAP zmiňuje, že trh vidí jako smysluplné vytvoření garančního fondu jen u povinného ručení, což na evropské úrovni řeší revize motorové směrnice.

4 Závěr

Závěrem je nasnadě položit si otázku, zda je povinné zavedení garančních fondů v každém členském státu EU smysluplné. Z pohledu Evropské komise, která má za cíl harmonizovat unijní legislativu a postarat se o rozvoj vnitřního trhu, nejspíše ano. Stejně tak je podpora garančních mechanismů v souladu s proaktivní politikou ochrany spotřebitele některých zájmových asociací. Z pohledu vysoce stabilního a solventního pojistného trhu, jakým trh v ČR je, se odpověď logicky nabízí jiná. Unijní legislativní orgány, tedy Evropský parlament a Rada EU, společně s navrhovatelem evropské legislativy, by měly zvážit výhody, ale také nevýhody evropské minimální harmonizace v tomto směru. V konečném důsledku by na pomyslných vahách měly převážít věcné výhody nad finanční a administrativní zátěží pro ty země, které doposud pojistný garanční fond nemají, protože ho s největší pravděpodobností nepotřebují.

Ačkoliv se od sebe garanční fondy v mnohém liší a unifikace se jeví jako utopie, je často zmiňována důležitost koordinace a spolupráce, které jsou klíčem k úspěchu. Při zavedení harmonizačních mechanismů by se měla intervence fondu začlenit do mechanismů plánů na řešení úpadku a insolvenčních řízení. Aby byla zajištěna co největší ochrana pojistníka, je třeba v národní legislativní úpravě zajistit, aby zbývající závazky pojišťovny v úpadku nebyly restrukturalizovány v rozporu s nastavením národního garančního fondu, což by *in fine* nejvíce poškodilo pojistníky.

Po americkém vzoru se také jeví jako důležité, aby byla na národní úrovni zachována určitá diskrece v nastavení, financování, ale také určení cílů a priorit garančního fondu. Mezi tyto cíle může patřit částečné či úplné odškodnění pojistníků, převedení kmene na jinou pojišťovnu, ochrana stability finančních trhů, prevence systémových rizik a podpora důvěry v pojistný trh.

1 Bílá kniha k IGS k dispozici zde: https://ec.europa.eu/finance/consultations/2010/whitepaper-on-igs/docs/whitepaper_en.pdf.

2 K dispozici zde: https://eiopa.europa.eu/Publications/Consultations/EIOPA-BoS-19-259_Consultation%20paper%20on%20Harmonisation%20of%20IGSs.pdf.

Řízení externí distribuční sítě

Robert Šimek / Česká národní banka

Řízení a kontrola externí distribuční sítě stále představují horké téma přinášející mnoho nezodpovězených otázek. Z pohledu pojišťoven, jež zákazníkům nabízejí své produkty, je governance distribučních sítí nedostatečná. Následkem je misselling a přinejmenším zdroj reputačních rizik. Kromě toho může misselling vyvolávat také finanční rizika v podobě vzniku povinnosti nahradit vzniklou škodu, zaplatit úroky z prodlení a nahradit náklady spojené s uplatněním práv, příp. povinnost strpět uložení veřejnoprávní sankce.

Dobré vztahy se zákazníky souvisejí i s širším pojetím tzv. „společenské odpovědnosti firem“ (*corporate social responsibility*), která bere v úvahu také jiné okolnosti, jako dodržování základních lidských práv, odmítnutí jakékoli formy korupčního jednání a dětské práce či uplatňování ekologicky šetrné politiky. Finanční rizika jsou přesto silnějším stimulem pro odpovědnější chování, protože mohou ohrozit samotnou existenci společnosti, dojde-li k jejich uskutečnění.

1 Odpovědnost za škodu v důsledku vadně poskytnuté finanční služby

1.1 Finanční služby jako předmět plnění

Právo EU upravuje specificky odpovědnost za vadu zboží a za škodu způsobenou vadou výrobku, která se promítá v § 2158 a násl.¹ a § 2993 a násl. OZ² a také na jiných místech. V evropském kontextu dosud nebyla harmonizována právní úprava odpovědnosti za vadu služby a škodu v důsledku vadně poskytnuté služby. Rozdělení odpovědnostních rizik při poskytování finančních služeb v rámci distribučního řetězce je tak plně ponecháno členským státům.³ Kromě nesení rizika použitelnosti služby (obecně § 1914 a násl. OZ) může jít také o škodu vzniklé v důsledku nekvalitně poskytnuté služby přímo poskytovatelem nebo jeho pomocníky (§ 167, § 1935, § 2914 OZ). Specificky určitá pravidla pro náhradu škody upravují některé sektorové předpisy regulující poskytování služeb na finančním trhu (např. ZDPZ⁴, ZOSÚ⁵). Plní-li dlužník vadně, porušuje tím své smluvní povinnosti.

Finanční služby zahrnují zejména poskytování určitých plnění finanční i nefinanční povahy, včetně informací a rad zákazníkům před uzavřením smlouvy, v jejím průběhu a po uzavření smlouvy, ať už pomocníkem zákazníka finančních služeb, nebo pomocníkem výrobce⁶ finanční služby (nejčastěji poskytovatelem úvěru, pojišťovnou apod.). Tyto služby jsou založeny na vzájemné výměně informací mezi zákazníky a výrobcí produktů, kterou často zprostředkují třetí strany. Problém vzniká zejména tehdy, pokud dojde k určitému pochybení na straně zprostředkovatele, ze kterého vznikne škoda. Pak toto pochybení musíme nutně přičíst k tíži buď jedné, nebo druhé smluvní strany. Rozlišujícím kritériem tedy musí být určení toho, v okruhu působnosti které strany zprostředkovatel jednal, a která má proto nést nepříznivé následky.

1.2 Druhy finančních služeb

Připomeňme, že dlužník musí svůj dluh splnit na svůj náklad a nebezpečí řádně a včas (§ 1908 odst. 2 OZ). V případě úplného plnění je zavázán plnit bez vad⁷ s vlastnostmi vymíněnými nebo obvyklými, aby bylo možné použít předmět plnění podle smlouvy, a je-li stranám znám, i podle účelu smlouvy (§ 1914 odst. 1 OZ). Porušení smluvní povinnosti vede ke vzniku povinnosti nahradit škodu (§ 2913 OZ), a to i v případě předsmluvních povinností nebo povinností po uzavření smlouvy (např. povinnost mlčenlivosti podle § 74 ZDPZ).

Smluvní povinnosti můžeme dělit na: hlavní plnění (*Hauptleistung*), jako je povinnost poskytnout pojistné plnění (§ 2758 odst. 1 OZ); vedlejší plnění (*Nebenleistung*), jako je povinnost vydat pojistku (§ 2755 odst. 1 OZ); vedlejší povinnosti (*Nebenpflichten*), jako je povinnost poskytnout informace (např. § 2760 OZ, vysvětlení, upozornění nebo radu (§ 77, § 78 ZDPZ); a dále na tzv. „nižší povinnosti“ (*Obliegenheiten*), při jejichž porušení je právním následkem vznik určité nevýhody, nejčastěji v podobě oslabení určitého práva či právní pozice,⁸ příp. vznik povinnosti nahradit škodu.

O vadě služby tak hovoříme především u hlavního (např. pojistné plnění, zachraňovací náklady, odkupné) nebo vedlejšího plnění, protože k poskytnutí služby došlo v nižší hodnotě, než mělo. Vadu služby (narušení ekvivalence plnění) je proto nutné uplatnit v reklamační lhůtě podle § 1921 OZ, resp. § 2165, jde-li o prodej v obchodě. Práva z vadného plnění lze uplatnit také žalobou u soudu za účelem vyrovnaní narušené ekvivalence plnění.

V případě vedlejších a nižších povinností se zpravidla jedná o nesamostatné povinnosti, jejichž splnění se nelze domáhat žalobou, jestliže ochranná povinnost nebyla splněna.⁹ Není nutné je tedy ani reklamovat. Právním prostředkem nápravy je tak „pouze“ vznik povinnosti nahradit škodu způsobenou nesplněním vedlejší povinnosti (např. povinnosti poskytnout informace, upozornění nebo radu). Nelze se tak domáhat přímo jejího splnění, přičemž hodnota nedostatečné rady nebo neposkytnuté informace představuje ušetřený náklad. Vzniká tak otázka, zda se zákazník kromě náhrady škody může domáhat bezdůvodného obohacení v rozsahu ušetřeného nákladu (současné důvod pro krácení provize zprostředkovatele),¹⁰ protože i tyto povinnosti jsou zahrnuty v ceně produktu,

a zda neplnění vedlejších povinností mohou napadat také jiné osoby prostřednictvím práva nekalé soutěže (§ 2988 OZ), neboť tím získávají konkurenční výhodu. Na obě otázky je nutné odpovědět kladně.

2 Ochrana před missellingem

Současný model ochrany založený na osobním doporučení prošel pozoruhodným vývojem. Přestože mají smluvní strany rozsáhlé vzájemné povinnosti vyměňovat si informace a poskytovat upozornění (princip poctivosti), rakouská a později i československá právní doktrína dospěla k řešení ochrany zájmu pojistníka, které je založeno na důsledném uplatňování pravidel týkajících se omylu, jestliže je použita pomocná osoba. Kromě následku nevzniknutí smlouvy uzavřené podvodným jednáním se měl pojistník sám zasadit o to, aby zprostředkovatel vykonával činnost s náležitou péčí, přestože s ním nebyl v žádném smluvním vztahu.

Tato situace působila značné hodnotové rozpory, jelikož pravidla přičitatelnosti jednání zprostředkovatele značně limitovala přičtení následků způsobené škody, ačkoli následek omylu v podobě nevzniknutí smlouvy nebyl jinak omezen. Totožné jednání tak bylo současně v souladu s právem a také protiprávní. Podle tehdejšího nazírání spravedlivé rozložení zájmů stran spočívalo v nevzniknutí závazku při současném vyloučení odpovědnosti pojišťovny za škodu způsobenou pomocnou osobou, která je jen pouhou „technickou“ silou bez potřebného odborného vybavení. Nedostatečná odbornost tak ve své podstatě byla liberačním důvodem (podle dnešního § 2913 odst. 2 OZ). Režim plné odpovědnosti naopak mohla založit udělená plná moc (pověření). Jestliže si pojistník zaviněně nezjistil rozsah uděleného pověření, nemohl na rady neplnomocného zprostředkovatele spoléhat.

3 Problém nevýhradního zastoupení

Oproti jiným službám jsou finanční služby odlišné tím, že při zahájení jednání s nevýhradním zástupcem nemusí být zřetelné, jaký produkt a který poskytovatel bude doporučen. Podobně realitní agent může příležitostně doporučit konkrétní nemovitost určitého prodejce. Má-li zprostředkovaná nemovitost skryté vady, ptáme se, kdo za tento výsledek může a kdo má poskytnout náhradu.

Již J. Horn uvádí, že „právní nauka, stejně i judikatura, jest kolísavá v otázce právního hodnocení pojišťovacího jednatele a jeho prakticky tak významné činnosti při uzavírání smluv pojištných. Ve sporu jest vždy rozhodná otázka, k tíži které z obou smluvních stran mají jíti jednání nebo opomenutí pojišťovacího jednatele, zejména při převzetí návrhu na pojištění... Jeden názor přičítá následky jednání přičítající se povinností jednatelem při jeho nejdůležitější činnosti, tj. přejímání návrhu, k tíži pouze pojistiteli, druhý pak pouze pojistníkovi [...] Mnohé spory pojišťovací se točily zejména kolem zneužití nebo nesprávnosti přivoděných jednatelem, jako nesprávného výkladu pojišťovacích podmínek, lehkovážných připovědí ohledně rozsahu rizika [sic], falešného vepsání ústně učiněných údajů nebezpečenských atd.“¹¹

V případě zástupce pojistníka (makléře) není spor o tom, že pochybení zástupce se přičítají pojistníkovi a makléř za vadně poskytnutou službu odpovídá z titulu smluvní povinnosti (§ 2913 občanského zákoníku) vyplývající z uzavřené poradenské či jiné smlouvy.¹² V případě zástupce poskytovatele finančního produktu se objevují názory, že v určitých případech nejsou poskytovateli přičitatelná pochybení jeho nevýhradních zástupců (*Mechrfachagenten*), což je projevem jejich samostatnosti, když oproti nesamostatným zástupcům (zejména zaměstnancům) nejsou toliko vázáni pokyny principála.¹³ Jednalo by se tak:

- buď o výjimku z pravidla, že dlužník (tj. pojišťovna) odpovídá vždy za riziko, které je s plněním jeho dluhu spojeno;
- nebo by interpretací muselo být dovozeno, že bylo jednáno ve výlučném a osobním zájmu pomocníka (uspokojování vlastních potřeb nebo zájmů).

V tomto důsledku by ad a) samostatní zástupci odpovídali za výsledek činnosti, podobně jako nepřikázaní jednatelé (§ 3006 občanského zákoníku). Rozdíl v jednání zástupce a nepřikázaného jednatele tkví mj. v tom, že zástupce je pověřen principálem k určité činnosti, zatímco nepřikázaný jednatel cizí záležitost obstarává, ačkoli k tomu není povolán. Absence právního důvodu vmísit se do cizí záležitosti má za následek, že jednatel odpovídá za škodu z toho vzniklou a z jednání je příp. sám zavázán (tzv. „odpovídá za exces“).¹⁴ Do cizích záležitostí by se tak neměl nikdo bezdůvodně vměšovat, jinak může být odpovědný třeba i za náhodu.

Nabízí se tak otázka, zda využití samostatného (nevýhradního) zástupce při poskytování finančních služeb může vést k outsourcingu rizika odpovědnosti za škodu se stejnými důsledky, jako je tomu u nepřikázaného jednatele.¹⁵ Existuje nějaký rozumný důvod, aby nesamostatní pomocníci nesli stejnou míru odpovědnosti jako ti, kteří jednají na vlastní nebezpečí, přestože nejde o nepřipustné vměšování se do cizí záležitosti? Existuje dobrý důvod, aby se smluvní strana úplně vyvázala z odpovědnosti za plnění vlastního dluhu a měla z určitého jednání pouze prospěch? O takovou výjimku z pravidla se v žádném případě nejedná.¹⁶

Důvodem pro samostatnou odpovědnost může být spíše vytvoření zvláštního vztahu důvěry v zákazníkovu, že jednající působí jako makléř (tzv. „pseudoagent“); takové jednání není možné pojišťovně přičítat s ohledem na všechny okolnosti případu. Problémem však je, že zprostředkovatel není v žádném smluvním vztahu se zákazníkem,¹⁷ zatímco s pojišťovnou má uzavřenou smlouvu. Při překročení oprávnění je tak spíše nutné použít pravidla jednateleství bez příkazu pojišťovny¹⁸ než pravidla smluvní odpovědnosti vůči zákazníkovi.¹⁹

Pokud bychom uvažovali ad b), že do určité doby nebo při určitých činnostech figuruje samostatný zástupce jako poradce pojistníka a teprve v důsledku určité okolnosti se stává pomocníkem pojišťovny, narazili bychom na zákaz souběhu agentské a makléřské činnosti podle § 76 ZDPZ. Porušení této povinnosti má ovšem důsledky v rovině soukromého práva, protože kromě otázky, zda dané jednání

bylo dovolené, nebo zakázané, se musíme také ptát, komu lze klást k tíži následky v podobě vzniklé škody. Jaký je tedy skutečný ochranný účel § 76 ZDPZ? Tato otázka zasluhuje větší pozornost, protože jde o určení vztahu plnění v rámci poradenských povinností (§ 77 a § 78 ZDPZ). Vztah plnění totiž vzniká mezi pojistníkem a pojistitelem. Pro založení samostatné odpovědnosti zprostředkovatele by tento musel vystavit vlastní záruku za výsledek plnění vůči pojistníkovi, jinak je podle obecné úpravy odpovědný jen ve vnitřním vztahu s pojistitelem.

4 Reakce zákonodárce na nesprávné závěry judikatury

Poznamenejme, že dřívější rozhodnutí soudů byla často protichůdná. Soudy vycházely z toho, že na zprostředkovatele nebyly kladeny zvláštní požadavky na odbornost, takže se často zohledňovaly pouze znalosti pomocníka a nepřihlíželo se k odborným znalostem principála, který daného pomocníka vybral, resp. vycházelo se z konkrétních znalostí pomocníka pro účely posouzení kritéria zavinění,²⁰ popř. se nesprávně konstruovala ústní příkazní smlouva uzavřená se zákazníkem.²¹

V současné době tento problém řeší § 420 odst. 2 OZ, kdy se pro účely ochrany spotřebitele za podnikatele považuje také každá osoba, která jedná jménem nebo na účet podnikatele. Nesprávný výběr pomocníka by tak neměl snižovat standard péče, který veřejnost od určité služby očekává. Problém však nebyl pouze v otázce zavinění, nýbrž i v otázce určení vztahu plnění, jak je naznačeno výše. Může se pojistník spoléhat na rady zprostředkovatele, který plní dluh pojišťovny, anebo jde o rady, které zprostředkovatel činí jen ve svém výlučném a osobním zájmu? Na tyto otázky nám srovnatelný standard péče neodpoví, ale východiskem musí být zohlednění vztahu zvláštní důvěry.

5 Konkrétní příklad z praxe

Služby nemusí spočívat pouze v aktivním předávání informací a poskytování plnění, ale rovněž v poskytování součinnosti při přijímání plnění od pojistníka (např. platby pojistného), jeho projevů vůle (např. výpovědi), sdělení (§ 2788 OZ) či dokladů (§ 2796 odst. 1 OZ). V tomto ohledu vzniká rovněž otázka, zda lze pochybení zprostředkovatele přičítat spíše zákazníkovi, přestože před přijetím sdělení nebo projevu vůle určitým způsobem působil na tvorbu

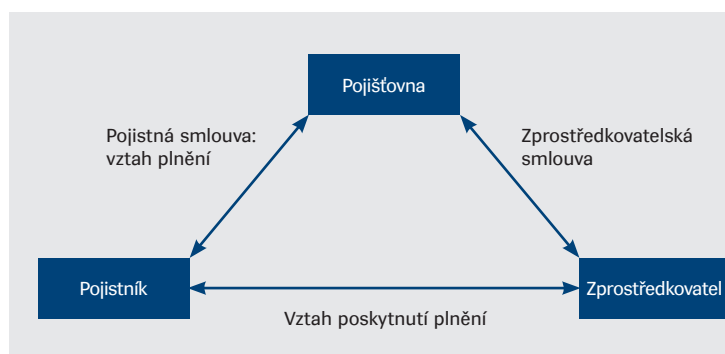
vůle zákazníka, nebo by i tato související jednání měla být přičtena k tíži poskytovateli služeb.

Podle rozhodnutí Nejvyššího soudu ve Vídni ze dne 25. února 1931, sp. zn. Ob 1170/30: *Nepravdivý příslib jednatele nezavazuje pojišťovnu. Oklamáný pojistník nemůže na základě falešného příslibu jednatele žádat plnění z pojistné smlouvy podle příslibu, nýbrž se může pouze domáhat zrušení pojistky. Trvá-li pojišťovna na zaplacení prémie a zamítne-li plnění v případě, který by byl pojistnou příhodou jen tehdy, kdyby pojišťovna uznala nesprávný příslib svého jednatele, nejedná pojišťovna proti dobrým mravům.* Soud zde nepřiznal nárok na náhradu škody způsobené nesprávnou radou pomocníka pojišťovny, který nebyl oprávněn sdělovat rozsah pojištění, nýbrž jen přijímat návrhy na uzavření a změny pojištění ze strany pojistníka, nicméně alespoň připustil možnost dovolat se vyvolání omylu ze strany pojišťovny. Paradoxně tak následky zaviněného jednání byly omezeny jen na zrušení smlouvy, přestože soud pochybení pomocníka pojišťovny uznal, nikoli však povinnost k náhradě škody.

Tehdejší nazírání na celý problém spočívalo v rozsahu zmocnění jednatele, který byl plnomocný, takže jeho projevy vůle a sdělení zavazovaly pojišťovnu, zatímco tzv. „technický pomocník“ byl pouze okem a uchem (*Auge und Ohr*)²² pojišťovny, mohl tedy pouze přijímat projevy vůle pojistníka a jeho sdělení, nebyl však také jeho ústy (neprojevoval vůli ani nemohl jinak fakticky jednat mimo rámec pověření). Připomeňme jen, že v této době neexistovaly žádné specifické ochranné povinnosti před uzavřením smlouvy, proto pokud návrh na její uzavření činil pojistník, pak zprostředkovatel mohl plnit pouze funkci tzv. „poštovní schránky“, příp. mohl přijímat sdělení a nabídky či jiná adresovaná právní jednání ze strany pojistníka jako tzv. „nepravý zástupce“. Riziko přepravy projevu vůle nenesl pojistník,²³ protože pomocník pojišťovny nebyl jeho poslem (§ 571 OZ), ale spíše „poštovní schránkou“ pojišťovny. Můžeme tedy k faktickému jednání (udělování rad zákazníkům) těchto osob přihlížet, nebo je nechat zcela bez povšimnutí?²⁴

Poštovní schránka jako technický prostředek zpravidla nemluví, neslyší, nevidí ani sama nevyplňuje údaje. Pokud bychom místo osoby použili určité zařízení pojišťovny, nikdo by nepochyboval o tom, že postup podle instrukcí uvedených na poštovní schránce by nešel na vrub pojistníka, ale toho, kdo tyto instrukce vytvořil. Přesto se v praxi může stát, že „živá“ poštovní schránka radí

Schéma 1: Externí distribuce



Poznámka: Vztah plnění vzniká mezi smluvními stranami. Ten se nemění ani v trojstranných vztazích, ve kterých účinkuje zprostředkovatel jako pomocník při plnění ve smyslu § 1935 OZ. Jestliže pomocník poskytl hodnotu plnění pojistníkovi, splnil tím svoji povinnost ze zprostředkovatelské smlouvy vůči pojišťovně a zároveň tím pojišťovna splnila svůj dluh ve vztahu plnění z pojistné smlouvy (předsmluvní nebo smluvní povinnosti).

pojistníkovi, jak vyplnit návrh pojistné smlouvy, zdravotní dotazník či jiná prohlášení. Podle obecné úpravy se znalosti zástupce přičítají zastoupenému, jde-li o právní jednání (§ 436 odst. 2 OZ). Z doslovné dikce bychom mohli dovodit, že znalosti faktických okolností (např. skutečného zdravotního stavu pojištěného) bez potřebného pověření nejsou pojišťovně přičitatelné. Takto nabytá znalost by neměla být relevantní, protože tímto způsobem pojišťovna nevidí ani neslyší. Poznamenejme však, že právě faktické činnosti pomocníka před uzavřením smlouvy vedou ke splnění ochranných povinností pojišťovny (§ 90 odst. 4 ZDPZ), a proto za určitých podmínek relevantní jsou.

6 Teorie důvěry

Správné řešení by tedy mělo být založeno na poměrování dotčených zájmů z hlediska ochrany důvěry.²⁵ Nejde jen o to, co se obecně od pomocníka pojišťovny očekává,²⁶ ale především o zajištění funkčního právního styku.²⁷ Vytvořil-li pomocník u pojistníka legitimní očekávání, že má k určité činnosti potřebné oprávnění, pak by se i tento exces měl za určitých okolností přičíst principálovi.²⁸ Pokud by zprostředkovatel jednal objektivně jen ve vlastním zájmu (např. za úplatu od pojistníka) a takové jednání bylo pojistníkovi zřejmé, pak by šlo o výlučnou odpovědnost pomocníka. Hodnocení situace je tak nutné činit z horizontu pojistníka, jak se mu jevila v době jednání s ohledem na princip poctivosti (§ 6 OZ).

Vrátíme-li se zpět k citovanému rozhodnutí Nejvyššího soudu, pak pouhá možnost ukončit pojištění navíc nedává dobrý smysl. Uvedl-li v omyl pojistníka zprostředkovatel v pozici makléře, nemůže se pojistník domáhat zrušení smlouvy pro neplatnost, ale pouze náhrady škody vůči makléři. Rozpor výše uvedeného rozhodnutí spočívá v tom, že soud přičetl pojišťovně znalosti určitých okolností, takže se pojišťovna stala původcem omylu,²⁹ nikoli však původcem škody za nesprávnou radu. Jinými slovy, pojišťovna způsobila neplatnost jednání (§ 586 odst. 1 OZ), protože věděla nebo musela vědět o vyvolání omylu třetí osobou (§ 585 OZ),³⁰ za které však nebyla odpovědná (§ 579 OZ). J. Horn tuto situaci nepřesvědčivě odůvodňuje tím, že pojistníci se musí naučit chápat jednatele za technickou pomocnou sílu a sami se naučit pečlivěji a samostatně chránit své zájmy. Zvláštní ochranu potřebuje pojistník jenom potud, pokud nestačí ustanovení o omylu. Jednatel nemůže být neomezeně zmocněn ze strany pojišťovny,³¹ kvůli nedostatku odborných znalostí.³² Tím ovšem úplně rezignuje na otázku, kdo má nahradit škodu a na jakém základě. Tento výsledek také nemusí vždy dávat rozumný smysl, nýbrž je nutný diferencovaný přístup podle skutečné míry ovlivnění (§ 2789 OZ).³³

Tehdejší závěry Nejvyššího soudu ani neodpovídají dosavadním poznatkům založeným na teorii důvěry, která se vztahuje např. na podpis nepřečtené listiny. Sdělil-li druhá strana, že obsahem listiny je něco jiného, než co je v ní objektivně uvedeno, pak zpravidla vycházíme ze skutečné vůle stran. Obsah listiny, který je v rozporu s ústně projeveným sdělením, je pak právně irelevantní (*falsa demonstratio*).³⁴ Ústní projev má přitom přednost před formálním projevem ve smlouvě.³⁵ Pojišťovně se vždy přičítá jednání zástupce i jednání jiné osoby, kterou použil

při vyjednávání o smlouvě.³⁶ Z principu poctivosti naopak plyne povinnost upozornit druhou stranu na její omyl.³⁷

Také Hermann-Otavský vychází z teorie důvěry, když uvádí, že není ke vzniku účinků přímého zastoupení potřeba, aby protistrana znala vnitřní poměr zmocnění, ale postačí, když tento poměr je zjevný a lze objektivně předpokládat souhlas zastoupeného, tj. že zástupce uzavírá smlouvu cizím jménem, a to i tehdy, když protistrana neví, že skutečné zmocnění chybí nebo je omezené, a pokládá ho za jednatele bez příkazu.³⁸ I pouhé pasivní chování zastoupeného je možné vykládat jako konkludentní zmocnění, pokud poctivá a normálně dbalá strana v něm spatřuje konkludentní projev zmocnění (např. zastoupený opětovně bez výhrad přijal důsledky jednání nepřikázaného zástupce).³⁹ Účinky zastoupení nastávají i přes omezení zmocnění ve prospěch poctivého a normálně dbalého kontrahenta důvěřujícího v plnou moc.⁴⁰ Právě princip zjevnosti (zřejmosti) při zastoupení dnes zdůrazňuje § 436 odst. 1 OZ a je výrazem ochrany dobré víry jednajícího v oprávnění jednat za jiného (§ 444 odst. 1 OZ).

7 Právní základ pro dělení odpovědnosti za plnění finanční služby

7.1 Odpovědnost za výsledek činnosti

Je nutné připomenout, že naše právo vychází z teorie reprezentace a za bernou minci chápe jednání zástupce, které je v určitých případech přičitatelné jeho principálovi stíhanému právními následky jednání zastoupeného. Při posuzování subjektivní stránky (dobré či zlé víry, odborných znalostí, vědomostí) je rozhodující osoba zástupce. Připomeňme, že vztah zastoupení (§ 436 a násl. občanského zákoníku) se primárně týká právního jednání, nikoli jen faktického. Pomocník při plnění (§ 1935 občanského zákoníku, *Erfüllungsgehilfe*⁴¹) nemusí být nutně zástupcem,⁴² avšak plní-li dlužník pomocí jiné osoby, odpovídá tak, jako by plnil sám. Riziko plnění smlouvy primárně nese smluvní strana, která odpovídá za výsledek činnosti, a pomocník odpovídá jen za činnost samotnou.

Doktrína někdy rozlišuje technické pomocníky a pomocníky při právních jednáních (plnomocníky), přičemž relevantní je zkoumání vad právního jednání nebo faktických vad (plnění, sdělení apod.) u příležitosti plnění.⁴³ Na stole tedy leží otázka, zda pochybení pomocníka má být z horizontu poškozeného vytknuto pouze pomocníkovi, nebo tomu, kdo jej k určité činnosti pověřil. Pokud zástupce činí právní jednání (např. uzavírá, mění nebo ukončuje smlouvu) jménem a na účet zastoupeného, pak by nemělo být pochyb, že právní následky působí přímo v právní sféře principála.

Stejnou situaci shledáváme také u technického pomocníka, který činí pouze faktické jednání, přičemž právní jednání uskutečňuje principál nebo jeho pomocník při právním jednání. Faktické jednání může spočívat ve shromažďování informací od zákazníka, jejich zpracování, poskytování doporučení, vysvětlení, upozornění či jiném poskytování informací, kterým se působí na tvorbu vůle pojistníka. Tyto činnosti předcházejí vzniku právního jednání, ale mohou také již na určité právní jednání reagovat (např. na konkrétní nabídku). Technický pomocník může být také jen

poslem, který sděluje vůli jiného (např. akceptaci nabídky na uzavření smlouvy, předání výpovědi). Sám však vlastní vůli neprojevuje.

7.2 Přičitatelnost jednání pomocníků

Důvod přičitatelnosti se spatřuje v okolnosti, že principál z jednání svého pomocníka má prospěch, a proto by měl nést také rizika z výsledku jeho činnosti, tj. jako „jeho dílo“. Daná činnost se udála právě proto, že k ní principál dal podnět a příčina výběru („použití“) pomocníka leží v okruhu jeho rozhodovací působnosti. Pravidla přičitatelnosti proto těsně souvisejí s příčinnou souvislostí (odpovědností za sféru vlivu). V níže uvedeném případě bychom však podle některých názorů měli principálovi přičíst pouze výhody, a nikoli nevýhody této činnosti. Právní úprava v ZDPZ údajně vyjímá odpovědnost principála za vzniklou škodu a přenáší ji na některé pomocníky.

Základem pro tento názor je doslovná dikce § 14 ZDPZ: *Použije-li pojišťovna nebo zajišťovna při své činnosti samostatného zprostředkovatele, nehradí škodu jím způsobenou; pokud ho však nepečlivě vybrala nebo na něho nedostatečně dohlížela, ručí za splnění jeho povinnosti k náhradě škody.*⁴⁴ Podobně § 26 ZOSÚ: *Protiprávní čin, kterého se samostatný zprostředkovatel dopustil vůči třetí osobě při své činnosti, zavazuje samostatného zprostředkovatele, i když jednal jménem poskytovatele; pokud však poskytovatel samostatného zprostředkovatele nepečlivě vybral nebo na něho nedostatečně dohlížel, ručí za splnění jeho povinnosti k náhradě škody. Ustanovení § 2914 občanského zákoníku se nepoužije.*

ZPKT⁴⁵ upravuje podobnou problematiku v § 30c odst. 1: *Protiprávní čin, kterého se investiční zprostředkovatel dopustil vůči zákazníkovi při své činnosti, zavazuje investičního zprostředkovatele, i když jednal jménem osoby uvedené v § 29 odst. 4; pokud však osoba uvedená v § 29 odst. 4⁴⁶ investičního zprostředkovatele nepečlivě vybrala nebo na něho nedostatečně dohlížela, ručí za splnění jeho povinnosti k náhradě škody. Ustanovení § 2914 občanského zákoníku se nepoužije.* Naproti tomu dikce ZDPS⁴⁷ zcela jasně hovoří o solidární odpovědnosti mezi penzijní společností a pomocníky (§ 75 odst. 7).

7.3 Argumenty pro vyloučení odpovědnosti principála

Argumenty o nesení rizika odpovědnosti za škodu pouze samostatným (nevýhradním) zástupcem se opírají o nepřesvědčivá obecná východiska. Jedním z nich je okolnost, že samostatný zprostředkovatel se toliko neřídí pokyny svého principála a jedná relativně samostatně, na rozdíl od zaměstnance principála, který se řídí plně jeho pokyny.⁴⁸ V tomto duchu by proto odpovědnost zaměstnance měla být limitována, zatímco odpovědnost smluvního partnera, který je samostatný podnikatel, je modifikována v tom smyslu, že nese odpovědnost plnou, a to nikoli jako solidární, ale samostatnou. Připomeňme jen, že zaměstnanec vykonává práci vždy osobně,⁴⁹ zatímco samostatný pomocník může pověřit dalšího zástupce, přičemž odpovídá, jako by příkaz prováděl sám (§ 2434 občanského zákoníku). Pokud bychom připustili obecnou možnost smluvního delegování odpovědnosti na třetího, pak bychom se dostali do stavu, kdy bychom si nebyli jisti, kdo je pasivně legitimovaným subjektem. Takový stav jistě

neodpovídá požadavku právního státu, protože narušuje právní jistotu.

Faktem zůstává, že vázanost pokyny není jen doménou vztahu závislé práce, ale smlouva o spolupráci může vázanost pokyny velmi detailně upravit i ve vztahu mezi dvěma podnikateli. Tato okolnost není ani nezbytným znakem, který charakterizuje postavení samostatného zprostředkovatele při jeho registraci. Absence vázanosti pokyny principála neplyne ani z organizačních požadavků na výkon činnosti (zejména na řídicí a kontrolní systém).⁵⁰ Ta odděluje pouze možnost zvolit jako kategorii tzv. „vázaného zástupce“, u kterého nevzniká spor týkající se outsourcingu rizika odpovědnosti, přestože je také podnikatelem.

Samostatnost vyjadřuje spíše situaci spojenou s celkovou možností ovlivnění a ovladatelností rizika. Např. zda je pojišťovna v pozici, kdy může pověření pro danou činnost odejmout, omezit nebo ji z hlediska rozsahu nebo doby regulovat. Odvolání pověření navíc může mít nemalé finanční důsledky (např. podle § 2514 OZ). Odpovědnost za výběr a kontrolu je tak v deliktním právu odůvodněna právě ztíženou možností ovladatelnosti rizika. Tyto důvody však nejsou vždy současně liberačním důvodem z hlediska smluvního práva (§ 2913 odst. 2 OZ). Není totiž žádný důvod, proč by výběr pomocníka pojišťovny měl být obecně okolností, která by se měla přičíst k tíži zákazníka, když zákazník tento výběr nemůže nijak ovlivnit. Oproti úpravě ZPS 1934 nelze ani použít argument nedostatečné odbornosti. Samostatnost pomocníka tedy není obecným liberačním důvodem při plnění finanční služby. Požadavek vnější vyšší moci u liberace navíc vyžaduje další kvalifikační znaky („mimořádná nepředvídatelná a nepřekonatelná překážka“).

8 Povaha činnosti pomocníků při poskytování finančních služeb

8.1 Zajištění srovnatelného standardu péče

ZPKT a ZOSÚ se jasně vymezují vůči § 2914 občanského zákoníku,⁵¹ který upravuje pouze delikty neboli následky za porušení mimosmluvních povinností (protiprávních činů). Ty se jinak netýkají porušení smluvních povinností (§ 2913 občanského zákoníku). Povinnosti při plnění smluvních a kvazi smluvních povinností doplňuje § 1935 občanského zákoníku v otázce využití pomocníků při plnění, který zná zásadně srovnatelný režim pro situace, kdy bylo plněno dlužníkem nebo osobou, již dlužník vybral. Podobně § 420 odst. 2 občanského zákoníku stanoví pro účely ochrany spotřebitele srovnatelný režim (odborné) péče, jestliže určitá osoba „jedná jménem nebo na účet podnikatele“.

Ačkoli poskytovatel finančních služeb použil při distribuci určitou osobu v rozporu s veřejnoprávním předpisem, není to důvodem pro nižší standard ochrany zákazníka. Liberačním důvodem při distribuci pojištění proto nemůže být použití osoby nedostatečně odborně způsobilé, omezené ve svéprávnosti či osoby, která danou činnost vykonává jako přátelskou výpomoc či společenskou úsluhu (§ 2055 odst. 2 OZ) bez formálního vztahu k principálovi. Riziko výběru a použití pomocníka nese plně poskytovatel finančních služeb.⁵²

ZDPS naproti tomu odkaz na § 2914 občanského zákoníku neobsahuje, což zcela nevylučuje subsidiární použití obecné právní úpravy, příp. použití pravidla *lex specialis derogat generali*, které není nutné zvlášť zmiňovat, protože platí automaticky. Stejný odkaz neobsahuje ani ZDPZ, ačkoli původní návrh Ministerstva financí ČR s touto variantou počítal.⁵³

Právě úprava v ZDPZ je předmětem nastíněného sporu. V úvahu tak musíme vzít přednostně eurokonformní výklad. Otázka rozdělení rizika odpovědnosti uvnitř distribučního řetězce není oblastí, která měla být směrnicí IDD⁵⁴ harmonizována. Směrnice stanoví pouze určité principy, jimiž se členské státy měly při transpozici řídit. Jedním z nich je zajištění srovnatelné úrovně ochrany spotřebitele bez ohledu na zvolený distribuční kanál a rovnost podmínek mezi distributory (rec. 6). Výklad vedoucí k většímu přenesení odpovědnosti na skutečně jednajícího sám o sobě může mít racionální základ, protože posiluje vědomí odpovědnosti za vlastní jednání. Na druhou stranu musí obstát v rámci poměřování s jinými hodnotami uvnitř daného právního řádu.

8.2 Nespojení s produktem jako důvod vyloučení odpovědnosti poskytovatele?

8.2.1 Nevýhradní zastoupení

Zastupuje-li zástupce více zastoupených, příp. jedná-li pro více pojišťoven jako pomocník, vzniká problém, které z pojišťoven lze porušení povinností přičíst. Někdy se argumentuje tím, že se jedná vždy o pojišťovnu, s níž byla pojištná smlouva uzavřena.⁵⁵ To však nepomůže v případech, kdy nedošlo k uzavření pojištné smlouvy a porušení povinností nelze s konkrétním produktem spojit. Existuje dobrý důvod, proč by mělo být pojišťovně přičítáno porušení povinností, které nemají nic společného s jejím produktem? Je porušení povinností nevýhradního zástupce objektivně přičitatelné konkrétní pojišťovně, protože její porušení je nutně spojeno s výskytem pojištného produktu na trhu? Není-li to možné, nese podle některých názorů odpovědnost jen samotný pojišťovací agent.⁵⁶ Kvůli tomu také údajně uzavírá pojištění profesní odpovědnosti (srov. bod 12).

Příkladem může být případ, kdy zástupce nesprávně informoval o daňových podmínkách, takže pojistník byl odrazen od uzavření pojištné smlouvy.⁵⁷ Podobně může být doporučeno ukončit pojištění za účelem sjednání nového, ke kterému však nedojde. V této věci podle Armbrüster zprostředkovatel (dosud) nepůsobil jako pomocník pojistitele, protože ještě nebylo sděleno pověření pojistitele ani jeho rozsah, a nemohl tedy ani pojistitel splnit svou povinnost rady.⁵⁸ Tento závěr Armbrüster nicméně nijak nevysvětluje důvodnost úplného vyloučení odpovědnosti pojistitele, jehož právní následky by měly být stejné jako v případě excesivního jednání, které by zavazovalo pouze zástupce (§ 446 OZ). Pojistitel by tak snadno unikl odpovědnosti pouhým poukazem na skutečnost, že pověření nebylo sděleno. Nadto se nastíněná argumentace vůbec nezabývá tím, zda překročení oprávnění bylo druhé straně zjevné.

V případě nevýhradního zastoupení jde spíše o odpovědnost za potenciální kauzalitu, a nikoli za

spolupachatelství. Pojistitel se nemůže liberovat s odkazem na své osobní poměry, protože nejde o vnější událost, nýbrž o sféru jeho vlivu, kterou má pod kontrolou, a zásadně odpovídá za její uspořádání a organizaci. Do toho patří i personální riziko, které se projevuje jako odpovědnost za osoby, jež použil k plnění svého dluhu.⁵⁹ Odpovědnost pojistitele by byla vyloučena pouze tehdy, pokud mu jednání pomocníka není přičitatelné. Outsourcing zásadně nemá vést ke snížení dlužníkovy právního rizika.⁶⁰ Řádný výběr distribučního kanálu je oblastí typické sféry (provozní) odpovědnosti dlužníka. Zajištění splnění smluvních povinností je tak součástí operačních rizik pojišťovny, která si je obstará svými pomocníky.

8.2.2 Materiální publicita jako nástroj ochrany důvěry veřejnosti

Argument o nespojení s produktem v každém případě neuspěje z hlediska teorie důvěry, zejména pak formální a materiální publicity registru pojišťovacích zprostředkovatelů (§ 44 ZDPZ),⁶¹ protože podobně jako u prokury mají údaje zapsané v registru charakter veřejné víry, včetně údajů o zastoupených (§ 42 odst. 1 písm. c] ZDPZ). Zápis zastoupení je tak projevem vůle o uděleném pověření jednat v zákonem vymezeném rozsahu, kterým zastoupený přijímá následky a uznává účinky jednání zástupce, jako by jej činil sám. Tento zápis tak nahrazuje

Problém vzniká zejména tehdy, pokud dojde k určitému pochybení na straně zprostředkovatele, ze kterého vznikne škoda. Pak toto pochybení musíme nutně přičíst k tíži buď jedné, nebo druhé smluvní strany. Rozlišujícím kritériem tedy musí být určení toho, v okruhu působnosti které strany zprostředkovatel jednal, a která má proto nést nepříznivé následky.

funkci plné moci jako důkazu o možnosti zastupovat jiného. Nemá-li zápis zastoupení povahu materiální publicity, pak je jen pouhou indicí, na kterou nelze bezpečně spoléhat.

Veřejné víry se např. nelze dovolávat vůči osobě podle § 3 odst. 2 ZDPZ ani jinému pomocníkovi, který se nezapisuje do tohoto veřejného rejstříku (např. pouhému tipaři). To má význam při rozdělení důkazního břemene, protože okolnost týkající se nedostatku pověření u zapsaných osob v registru by musel prokazovat zastoupený. V případě sdělení omezení plné moci důkazní břemeno dobré víry zatěžuje zákazníka.⁶² Kritéria pro zákaznickou znalost této skutečnosti vyžadují zavinění ve formě hrubé nedbalosti (§ 4 odst. 2 OZ).⁶³ Je nutné připomenout, že před nabytím účinnosti ZDPZ nemohlo tuto funkci plnit osvědčení o zápisu do registru (§ 16 odst. 2 ZPZ⁶⁴), a proto se dnes nevydává, ale pouze se umožňuje jeho „získání“ (§ 45 ZDPZ).

8.2.3 Nesdělení informace o zastoupených jako důvod vyloučení odpovědnosti?

J. Horn uvádí, že „jest přirozeně věcí osoby třetí, která s jednatelem jedná, aby se sama informovala, zda jedná skutečně se zprostředkovacím jednatelem. Že však osoba, která se objeví s obchodními papíry pojišťovny, poněvadž chce zprostředkovat pojišťovnu obchod, musí aspoň tímto zprostředkováním být pověřena, to ukáže způsob jednání sám a v tomto směru nehraje zkoumání plné moci, které liknavý pojištník opomene, žádnou roli. Kdo jest pojištelem skutečně pověřen tím, aby aspoň pojišťovací obchody zprostředkoval, ten má ze závazku ona zmocnění, jichž ku zprostředkování potřebuje a která další uskutečnění jím zprostředkovaného obchodu nebo stejnorodých úkonů vyžadují“⁶⁵.

Konkrétní argumentace však nijak nerozlišuje, jestli ve skutečnosti šlo o exces v jednání, či nikoli, což je zřejmě výsledek, který není udržitelný. Pouhé nesdělení informace, pro jaké pojišťovny je zástupce činný, tak nemůže zbavit pojištele odpovědnosti, pokud zde není jiný rozumný důvod. Ten by mohl být založen, jestliže užší vztah důvěry mezi smluvními stranami by byl založen teprve zahájením jednání o smlouvě. Ze smyslu a účelu ochranných povinností však spíše vyplývá, že tento vztah důvěry se zakládá mnohem dříve již tím, že jsou získávány informace a analyzovány pojištníkové požadavky a potřeby. Zvláštní vztah důvěry vzniká již v předmluvní fázi.⁶⁶

Argument o neseznámení se s okruhem zastoupených lze dnes odmítnout také s ohledem na § 88 odst. 1 písm. e) ZDPZ,⁶⁷ který je automatickou informační povinností, a také § 72 odst. 2 ZDPZ. Námitka neseznámení se by proto byla nepoctivým jednáním (§ 6 OZ). Riziko transparentnosti zastoupení tak nenese pojištník (§ 436 odst. 1 občanského zákoníku), ale druhá strana.

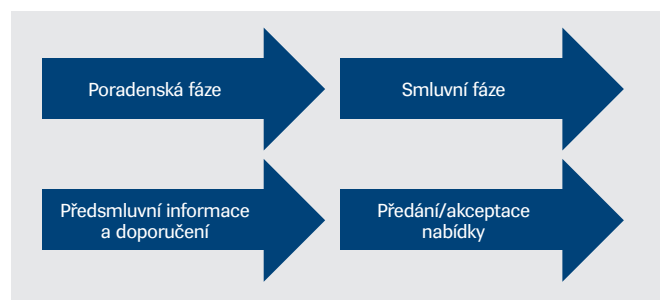
8.2.4 Časové hledisko

Samostatnou odpovědnost pojišťovacího zprostředkovatele vyslovil již dříve finanční arbitř ve svém rozhodnutí ze dne 22. září 2015, sp. zn. FA/9821/2015,⁶⁸ podle kterého pojišťovna neodpovídá za tzv. „poradenskou fázi“ při zprostředkování pojištění,⁶⁹ ale pojišťovně lze pouze přičíst činnosti, které souvisejí s tzv. „smluvní fází“. Za předmluvní fázi (zejména získávání informací

od zákazníka týkající se zkoumání jeho požadavků a potřeb) nese podle finančního arbitra odpovědnost pouze pojišťovací zprostředkovatel. Jestliže pojišťovací zprostředkovatel nespojil v této předmluvní fázi své doporučení s konkrétním produktem určité pojišťovny a z tohoto jednání vznikla škoda, pak se jedná o výlučnou odpovědnost pomocníka, a nikoli pojišťovny.

Finanční arbitř tak uznal jako přičitatelné jednání zástupce až od doby, kdy je vytvořen návrh smlouvy. Z hlediska ochrany důvěry smluvních stran však není žádný důvod, proč by se ochrana neměla vztahovat již od okamžiku, kdy má docházet k plnění vedlejších (ochranných) povinností. Zejména jde o povinnosti poskytnout předmluvní informace, příp. poskytnout radu (včetně získávání informací od zákazníka). Ochranné povinnosti ve vyspělých příbuzných právních řádech vznikají již vstupem do smluvního jednání.⁷⁰

Schéma 2: Časová souvislost



Zdroj: Robert Šimek

Závěry finančního arbitra nelze nicméně paušálně použít na všechny případy a jen stěží obstojí v novém režimu ZDPZ.⁷¹ Je nutné připomenout, že samostatný (nevýhradní) zástupce zpravidla nezastupuje jen jednu pojišťovnu, ale může volit mezi více pojišťovnami a často i mezi více pojišťovnými produkty jedné pojišťovny. Objevují se také názory, podle kterých pojišťovně nelze přičítat konzultační chybu pomocníka, pokud nebyla spojena s konkrétním produktem. Jejich základem je původní povinnost pojišťovacího zprostředkovatele provést posouzení požadavků a potřeb zákazníka (čl. 12 odst. 3 směrnice IMD⁷²), která se nevztáhla na přímý prodej pomocí zaměstnanců pojišťoven. Tato povinnost byla transponována v § 21 odst. 8 ZPZ. Nyní se stejná povinnost vztahuje také přímo na pojišťovny, a proto argument o chybějící povinnosti pojišťovny neobstojí. S ohledem na zákaz podle § 76 ZDPZ by časové hledisko mělo být zcela irelevantní.

8.2.5 Důvody pro vyloučení solidární odpovědnosti více zástupců

Podstata problému spočívá v řešení otázky *culpa in contrahendo*.⁷³ Sama okolnost, že konzultantská chyba nebyla spojena s konkrétním produktem, není vůbec relevantní, ačkoli se poukazuje na to, že vznik solidární odpovědnosti všech v úvahu připadajících zastoupených je zcela nepřiměřený výsledek. Pokud bychom totiž uvažovali o situaci, že zástupce může zprostředkovat pouze jediný produkt, pak by o odpovědnosti zastoupeného nebylo pochyb. Takové řešení zná výslovně úprava vázaného zástupce, který může zastupovat pouze jednoho zastoupeného (§ 15 odst. 2 ZDPZ).⁷⁴ Pouhá možnost

zastupovat více zastoupených tak nemůže být obecným liberačním důvodem podle § 2913 odst. 2 OZ.

Pokud zprostředkovatelé radí nebo poskytují informace po uzavření smlouvy, ačkoli vykonávají totožné činnosti jako před uzavřením smlouvy, nevzniká pochyb o přičitatelnosti jednání zastoupenému, protože plní jeho smluvní povinnosti. Není proto dobrý důvod, proč by se nemělo postupovat stejně i v případě plnění předsmuvních povinností. Tato situace je řešitelná prostřednictvím pravidel o alternativní, příp. souběžné kauzalitě (§ 2915 občanského zákoníku).⁷⁵ Tento hodnotový rozpor proto musíme odstranit výkladem *a minori ad maius*, příp. *a simili*. Důvod vyloučení odpovědnosti zastoupených by jinak spočíval na pouhém faktu, resp. možnosti nevýhradního zastoupení.

Jestliže jeden zastoupený může působit na kvalitu poradenství, pak tím spíše by mělo k předcházení vzniku škody působit více zastoupených. Navíc, jestliže lze škodlivé jednání přičíst jednomu subjektu (pojistiteli) v případě zastoupení zaměstnancem nebo vázaným zástupcem (§ 15 a násl. ZDPZ), pak za jinak stejných podmínek nemůže být poškozený stavěn do horší pozice než ti, jejichž chování ohrožuje právem chráněné zájmy. To je také důvodem pro vznik solidární odpovědnosti všech v úvahu přicházejících zastoupených, protože jde o činnost, kterou by jinak sami museli vykonávat. Je zde jednoznačná vnitřní souvislost. Solidární odpovědnost je nutné také upřednostnit s ohledem na zásadu, že nikdo nemůže mít ze svého protiprávního jednání prospěch (§ 6 odst. 2 OZ).

Také otázka souběžné (konkurující) kauzality je řešena ve prospěch poškozeného tak, že za příčinu škody se považuje každé jednání, z něhož by každé způsobilo škodu ve stejný okamžik, podobně jako u alternativní kauzality. Výsledkem je tedy vznik solidární odpovědnosti. To je případ dokonce více poskytnutých rad, které by vedly ke stejnému následku (např. špatnou radu udělí postupně zaměstnanec pojišťovny i její samostatný zástupce nezávisle na sobě). Riziko nevyjasněnosti má nést spíše potenciální škůdce než poškozený.

Celý problém vynikne na příkladu kategorie doplňkového pojišťovacího zprostředkovatele (§ 24 a násl. ZDPZ). Tento podnikatel může zastupovat více zastoupených (§ 24 odst. 3 ZDPZ) a zároveň na něj není kladen požadavek povinného profesního pojištění (§ 13 ZDPZ). Jestliže se více pojišťoven nechá zastupovat doplňkovým pojišťovacím zprostředkovatelem, který způsobí škodu předtím, než byla navázána na konkrétní produkt určité pojišťovny, pak by v konečném důsledku neodpovídala žádná pojišťovna za škodu, protože by jí nebylo možné takové jednání přičíst, a zároveň by neodpovídal ani doplňkový pojišťovací zprostředkovatel, protože podle obecného § 1935 občanského zákoníku sám za výsledek činnosti neodpovídá on, nýbrž dlužník (pojišťovna).⁷⁶ Žádnému zastoupenému by přitom nebylo možné stanovit nápravné opatření ze strany ČNB (§ 104 odst. 3 ZDPZ).

8.2.6 Vyprázdňení nároku poškozeného na náhradu škody

Naznačené řešení by v konečném důsledku způsobilo zásadní hodnotový rozpor, protože zákazník finančních služeb by nesl riziko nevyjasněnosti a jeho nárok na

náhradu škody by mohl být vyprázdňen. Pro takový výklad není žádný rozumný důvod a byl by přinejmenším v rozporu s principem racionálního zákonodárce. V právním státě je vyloučeno, aby byl za jinak stejných podmínek lépe stavěn ten, jehož chování porušuje právem chráněné zájmy ve větší míře, než ten, který tyto zájmy neohrožuje.

Vzhledem k časové souvislosti musíme proto přijetí ZDPZ považovat za překonání názoru uvedeného v rozhodnutí finančního arbitra, který je důvodem pro odchýlení se ve skutkově shodných případech (§ 13 OZ) a rozdělení odpovědnosti interpretovat v souvislosti s novými nosnými hodnotovými rozhodnutími zákonodárce. V opačném případě by stát nesplnil své pozitivní závazky zajistit dostatečnou ochranu před zásahy do vlastnictví osob prostřednictvím soukromého práva. To by mohlo vyvolat vyšší potřebu po úvěru, jehož důsledkem by mohla být vyšší míra zadlužení poškozených.

Vnitřní spor principála a pomocníka by zásadně neměl zatěžovat druhou stranu. Naopak riziko nevyjasněnosti má nést zaviněně jednající škůdce, a nikoli oběť. České právo vychází u deliktů z přímé odpovědnosti pomocníka,⁷⁷ což umožňuje poškozenému volbu, zda nárok uplatní vůči principálovi, či solidárně závázanému pomocníkovi.⁷⁸ U odpovědnosti za plnění se však na rozdíl od obecné úpravy rozšiřuje odpovědnost za výsledek také u pomocníků v roli pojišťovacího zprostředkovatele. Existence obchodních vazeb a také vyjednávací síly totiž mnohdy neumožňují účinně uplatňovat regresní nároky vůči pomocníkům, a proto se zákazníkovi umožňuje s nárokem na náhradu škody za nesprávně poskytnutou radu obrátit přímo na pomocníka.

To však nutně neznamená, že se tím vytváří vztah smluvního plnění mezi zákazníkem a pomocníkem. Pokud by také pojišťovací agent nesl zcela sám odpovědnost za poskytnutí rady, pak by to spíše znamenalo, že plní samostatně funkci poradce bez úmyslu napomáhat uzavřít pojistnou smlouvu, jako advokátů, notářů nebo daňových poradců. Tak tomu ve skutečnosti být nemusí. Samostatnou odpovědnost za radu lze spatřovat v postavení pojišťovacího makléře, který je zástupcem pojistníka jednajícího v jeho zájmu. Na podobném principu funguje samostatná odpovědnost pojistníka podle § 4 ZDPZ, jenž někdy působí jako nepřímý zástupce pojištěných.

Z hlediska ochrany důvěry je tak nezbytné, aby zákazníkovi bylo zřejmé, v jaké pozici zprostředkovatel jedná. Nemá-li potřebné oprávnění, a přesto radí zákazníkovi, ač je z okolností tento nedostatek zřejmý, pak je to důvodem pro samostatnou odpovědnost podle § 2950 OZ. V případě pochybností (netransparentnost) o rozsahu pověření (§ 2 písm. e) ZDPZ)⁷⁹ však musíme dát přednost ochraně důvěry zákazníka (§ 6 OZ, 44 ZDPZ).⁸⁰ To má potom podobné důsledky jako v případě přenesení důkazního břemene z hlediska odpovědnosti z provozu (§ 2924 OZ).⁸¹ Je na pojišťovně, aby prokázala, že pomocník jednal jen ve svém výlučném a osobním zájmu a že taková skutečnost byla pojistníkovi zřejmá.⁸²

(Pokračování příště.)

Názory a hypotézy obsažené v tomto příspěvku představují osobní postoje a přístupy autora.

- 1 Směrnice Evropského parlamentu a Rady 1999/44/ES ze dne 25. května 1999, o některých aspektech prodeje spotřebního zboží a záruk na toto zboží, kterou nahrazuje směrnice Evropského parlamentu a Rady (EU) 2019/771 ze dne 20. května 2019, o některých aspektech smluv o prodeji zboží, o změně nařízení (EU) 2017/2394 a směrnice 2009/22/ES a o zrušení směrnice 1999/44/ES.
- 2 Směrnice Rady ze dne 25. července 1985 o sblížení právních a správních předpisů členských států týkajících se odpovědnosti za vadné výrobky.
- 3 Např. § 30 slovenského zákona č. 186/2009 Z. z., o finančním sprostředkování a finančním poradenství: *Finančný agent a finančný poradca sú zodpovední za škodu spôsobenú pri vykonávaní finančného sprostredkovania alebo finančného poradenstva*; § 63 německého VVG (BGBI. I S. 2631): *Der Versicherungsvermittler ist zum Ersatz des Schadens verpflichtet, der dem Versicherungsnehmer durch die Verletzung einer Pflicht nach § 60 oder § 61 entsteht. Dies gilt nicht, wenn der Versicherungsvermittler die Pflichtverletzung nicht zu vertreten hat*, aj.
- 4 Zákon č. 70/2018 Sb., o distribuci pojištění a zajištění.
- 5 Zákon č. 257/2016 Sb., o spotřebitelském úvěru.
- 6 K pojmu „product manufacturer“ srov. nařízení Evropské komise v přenesené pravomoci (EU) 2017/2358 ze dne 21. září 2017, kterým se doplňuje směrnice Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/97, pokud jde o požadavky na dohled nad produktem a jeho řízení vztahující se na pojišťovny a distributory pojištění.
- 7 Při neúplatných plněních ospravedlňuje bezúplatnost vadné plnění (v nižší hodnotě, kvalité), protože nebyla poskytnuta protihodnota, nikoli však vznik následné škody (srov. § 2065 OZ).
- 8 Např. je-li podle § 1917 vada nápadná a zřejmá již při uzavírání smlouvy, jde to k tíži nabyvatele. Porušení určité povinnosti oběžnosti v míře, která dosahuje hrubé nedbalosti (§ 4 odst. 2 OZ), zakládá domněnku znalosti vady, již se nelze dovolávat přes vlastní zaviněné jednání (§ 6 OZ).
- 9 Existují některá (samostatná) práva na informace, resp. práva na odpověď, která jsou založena na základě žádosti pojistníka (např. podle § 2773 odst. 2 věty druhé, § 2783 odst. 3 nebo § 2798 odst. 2 OZ). Splnění těchto povinností se lze domáhat soudní cestou, nikoli jen náhrady škody. Jejich účelem je zajištění okamžitého přístupu k informacím, a proto se jedná spíše o vedlejší plnění.
- 10 Např. proto, že nebyly splněny všechny předpoklady pro vznik povinnosti nahradit škodu, resp. došlo k zániku povinnosti k její náhradě. Vznik bezdůvodného obohacení je tak jen důsledkem nemožnosti domáhat se splnění této povinnosti žalobou. Kondikce z plnění má přitom blokační účinek před kondikcemi nikoli z plnění. Pojistník se může náhrady domáhat vůči zástupci přímo za splnění podmínek § 2995 OZ (např. z důvodu lsti nebo využití závislosti). Účel předcházení vzniku „újm“ mohou naplnit také uhrazené náklady za službu doporučení, která nebyla poskytnuta, resp. byla poskytnuta v nedostatečném rozsahu.
- 11 Horn, Josef. Pojistné právo. V. Linhart, Praha 1934, s. 283–285.
- 12 Není však vyloučeno, aby došlo ke vzniku společné odpovědnosti s pojistitelem v rámci tzv. „spolupachatelství“ podle § 2915 OZ, příp. v některé z forem účastenství (např. organizátorství, návod, pomoc).
- 13 Např. Slanina, Jan – Jemelka, Luboš – Vetešík, Pavel – Wachtlová, Lucie – Flídr, Jan. § 26 m. č. 4. In: Slanina, Jan, a kol. Zákon o spotřebitelském úvěru. 1. vydání. C. H. Beck, Praha 2017, s. 189.
- 14 Tento rozdíl se projevuje zejména v § 440 odst. 1 a § 446 OZ, u kterého nepřikázané jednání vyžaduje vždy schválení, zatímco nežinnost u jednání přikázaného, ačkoli byl překročen jeho rozsah, má za následek schválení, protože si osobu zástupce skutečně vybral.
- 15 Ponecháme nyní stranou, zdali se jedná o jednání nutné za účelem zabránění škody (např. zabránění předčasnému ukončení smlouvy), nebo užitečné jednání.
- 16 Ani v případě neoprávněného zastoupení správce cizího majetku podle § 1401 OZ nejde o vyloučenou odpovědnost náhradníka, ale o společnou odpovědnost.
- 17 Musel by existovat projev vůle pojistníka uzavřít poradenskou smlouvu se zprostředkovatelem jen pro určitý úsek jednání o uzavření nebo změnu pojistné smlouvy.
- 18 Srov. rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR ze dne 3. května 1926, sp. zn. Rv I 1685/25, Vážný č. 5808: *Pojišťovací jednatel není oprávněn s pojistníkem ujednati odchylky od pojistných podmínek uvedených v pojistném návrhu. Uvedl-li jednatel pojistníka v omyl, ručí osobně za škodu tím vzniklou. Dále rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR ze dne 7. března 1923, sp. zn. Rv I 788/22, Vážný č. 2363: *Pojišťovací jednatel není oprávněn povolit placení prémie ve splátkách. Jeho zmocnění vyplývá z jednatelských instrukcí otištěných na pojistném návrhu. Přestoupil-li pojišťovací jednatel hranici svého oprávnění, není tím pojišťovna vázána.**
- 19 V rozporu se současným § 5 a § 2950 OZ byl závěr rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR ze dne 15. května 1931, sp. zn. Rv I 623/30, Vážný č. 10.780: *Pojistník se domáhal žalobou na jednateli náhrady škody, která mu vznikla v důsledku špatné jeho rady tím, že pojišťovna odmítla krytí škodu. Žaloba byla zamítnuta, neboť § 1300 obč. zák. předpokládá existenci smlouvy mezi rádcem a poškozeným, čehož v daném případě nebylo. Že by šlo o radu vědomě nesprávnou, nebylo ani tvrzeno. Spokojil-li se pojistník radou poj. jednatel, který v této otázce nebyl osobou povolnou ani podle svého povolání nebyl k tomu povinen, a podle ní se zařídil, zavinil si škodu sám.*
- 20 Rozhodnutí Nejvyššího soudu ve Vídni ze dne 25. ledna 1916, sp. zn. Rv III 10/16: *Nelze mluvit o zamlčení závažných okolností nebezpečí, byly-li tyto sděleny jednateli pojištění zprostředkujícímu. Dále rozhodnutí Vrchního zemského soudu ve Vídni 4 R 547/28: *Nesprávné zodpovězení otázky o závažných okolnostech**

nebezpečných neopravňuje pojišťovnu k odstupu od smlouvy podle § 3 odst. 1 tehdy, když zprostředkovací jednatel o nesprávném zodpovězení otázky věděl.

- 21 Např. rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR ze dne 23. října 1930, sp. zn. Rv I 2087/29, Vážný č. 10.250: *Pojistník nemůže se dovolávat neplatnosti pojistné smlouvy, ježto nebyla splněna podmínka, kterou toliko ústně s jednatelém pojišťovny ujednal. Podepsal-li pojištník návrh sepsaný jednatelém, aniž jej četl, jest vůči pojišťovně vázán, a jednal tedy na vlastní nebezpečí. **Jednatel pojišťovny jest pokládán při sepsování návrhu za zmocněnce pojistníka, je-li takové ustanovení, vyjádřené z jednatelských instrukcí, připojeno k pojistnému návrhu.** (Tučně zvýrazněno autorem.)*
- 22 Srov. rozhodnutí BGHZ 102, 194 = VersR 88, 234.
- 23 Shodně Hermann-Otavský, Karel. Soukromé pojišťovací právo československé podle zákona z 23. prosince 1917. Česká akademie věd a umění, Praha 1921, s. 181.
- 24 Např. rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR ze dne 5. února 1932, sp. zn. Rv II 36/31, Vážný č. 11.384: *Nemá významu pro platnost smlouvy, sblíbil-li zprostředkovací jednatel životního pojištění, že prémie nebude přesahovat určitou částku, byla-li v návrhu označena určitá sazba a přesahovala-li pak celková prémie částku, o níž mluvil jednatel. Byl-li pojištník uveden v omyl pojišťovacím jednatelém, nestává se tím smlouva neplatnou, neboť pro pojišťovnu jest jedině rozhodný obsah pojistného návrhu; jednatel jest pokládán za třetí osobu ve smyslu § 875 obč. zák. S tímto formalistickým závěrem nelze souhlasit, protože zcela pomíjí, že ústní ujištění vytváří určité legitimní očekávání a mohlo být právě tím důvodem, proč bylo učiněno právní jednání.*
- 25 Podobně in: Horn, Josef. Pojistné právo. V. Linhart, Praha 1934, s. 287: *Jedná se o skutečnost, že určitá osoba jest pověřena pojistitelem, aby zprostředkovala nebo uzavírala smlouvy pojistné, přičemž jest nerozhodné, je-li tato osoba k pojistiteli v poměru služebním, či nikoli. A dále s. 303: *I když [...] nemůže být zprostředkovací jednatel zásadně hodnocen jako zástupce pojistitelův, musí přece také zde být chráněn oprávněný zájem veřejnosti s ohledem na vnější skutečný stav, ježto pojistitel získává obchody tím, že používá jednatel k obchodnímu styku s obecností. I když také jednatel nemůže být prostě považován za „druhou stranu“ v poměru k pojistníkovi podle § 871 obč. zák. [...], přeci musí být přiznáno odporování pro omyl tam, kde jednatel takovými nepravými údaji svedl k uzavření smlouvy...* (Tučně zvýrazněno autorem.)*
- 26 Rakouské i německé právo stále upravují rozsah zákonného zmocnění (*gesetzliche Vertretungsmacht*), u kterého se rozlišuje tzv. „zprostředkovací jednatel“ a tzv. „plnomocný jednatel“.
- 27 Např. rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR ze dne 17. března 1925, sp. zn. Rv I 174/25, Vážný č. 4815: *I když v tiskopisech pojišťovny bylo uvedeno, že pojišťovací jednatel má být při sepsování návrhu pokládán za zmocněnce pojistníka, má přesto jednatel být považován za zmocněnce pojišťovny, jejímž jménem jednal. **V tom, že pojišťovna zmocnila jednatel, aby pro ni získával pojistné návrhy, nutno spatřovati i zmocnění, aby stranám o podmínkách pojištění podával potřebná vysvětlení.** (Tučně zvýrazněno autorem.)*
- 28 Opačně např. rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR ze dne 12. března 1924, sp. zn. Rv I 1530/23, Vážný č. 3909: *Pro posouzení otázky, zda pojišťovna ručí za jednání jednatelova, jenž uvedl pojistníka v omyl, jest rozhodný jedině skutečný poměr jednatelův k pojišťovně, a nikoli to, co jednatel vůči pojistníkovi o tomto poměru tvrdil neb jak si pojistník tento poměr představoval.*
- 29 Paragraf 46 odst. 1 zákona č. 145/1934 Sb. („ZPS 1934“): *Pokud podle tohoto zákona nebo podle smlouvy jest vědomost pojistitelova právně významná, rovná se vědomost plnomocného jednatel v příčině pojištění, jež uzavřel, vědomosti pojistitelově. **Avšak vědomost zprostředkujícího jednatel rovná se vědomosti pojistitelově toliko tehdy, jestliže jí jednatel nabyl z oznámení nebo prohlášení, k jichž přejmutí platí za zmocněna.** Srov. § 43 ZPS 1934: *Pojišťovací jednatel, kterého pojistitel pověřil třeba toliko zprostředkováním pojistných jednání (zprostředkující jednatel), platí za zmocněna v pojistném odvětví, pro něž je ustanoven:*
a) *přijímatí návrhy na uzavření, prodloužení nebo změnu pojistné smlouvy, jakož i odvolání takových návrhů;*
b) *přijímatí od pojistníka prohlášení o výpovědi a odstupu a jinaká prohlášení o oznámení týkající se pojistného poměru;*
c) *doručovati pojistky a prodlužovací listy pojistitelem vyhotovené.* (Tučně zvýrazněno autorem.)*
- 30 Paragraf 47 odst. 1 ZPS 1934: *Svedl-li pojišťovací jednatel někoho k uzavření pojistné smlouvy nepravými údaji o podstatných okolnostech, nevzniká tomu, kdo byl uveden v omyl, závazek proti pojistiteli.*
- 31 Horn, Josef. Pojistné právo. V. Linhart, Praha 1934, s. 292–293.
- 32 Tamtéž, s. 302.
- 33 V tomto ohledu vystupuje do popředí právě požadavek nezávislosti na pojistiteli, který může nabývat různé intenzity.
- 34 Melzer, Filip. § 583–585 m. č. 114. In: Melzer, Filip – Tégel, Petr, a kol. Občanský zákoník: velký komentář. Svazek I, § 1–117. Leges, Praha 2013, s. 766.
- 35 Hermann-Otavský, Karel. Soukromé pojišťovací právo československé podle zákona z 23. prosince 1917. Česká akademie věd a umění, Praha 1921, s. 174.
- 36 Melzer, m. č. 117, op. cit. sub 34, s. 766.
- 37 Zcela opačně např. rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR ze dne 15. září 1933, Rv I 704/32: *Jednatel zprostředkovací, který z příkazu navrhovatele sepsuje návrh pojištný, jedná jako zmocněnec pojišťovny. Neuvedl-li jednatel v písemném návrhu obsah ústní dohody s navrhovatelem, uvedl pojistníka v omyl jednatel, a nikoliv pojišťovna, a nemůže proto z tohoto omylu být vyvozována neplatnost smlouvy.*

- 38 Hermann-Otavský, Karel. Soukromé pojišťovací právo československé podle zákona z 23. prosince 1917. Česká akademie věd a umění, Praha 1921, s. 166.
- 39 Tamtéž, s. 168.
- 40 Tamtéž, s. 167.
- 41 Podobně § 1313a ABGB, § 275 BGB, čl. 101 OR, čl. 8:107 PECL.
- 42 Srov. Melzer, Filip. Úvodní výklad k § 436 an., m. č. 2. In: Melzer, Filip – Tégl, Petr, a kol. Občanský zákoník: velký komentář. Svazek III, § 419–654 a související společná a přechodná ustanovení. Leges, Praha 2014, s. 39–40.
- 43 Melzer, Filip. § 2914 m. č. 18 a 19. In: Melzer, Filip – Tégl, Petr, a kol. Občanský zákoník: velký komentář. Svazek IX, § 2894–3081. Leges, Praha 2018, s. 352.
- 44 Poznamenejme jen, že pojem „ručení“ (*Haftung*) se někdy může blížit spíše pojmu „odpovídá“, protože akcesorický vztah podle § 2018 a násl. OZ zřejmě nedává smysl, je-li úkol svěřen deliktne způsobilé osobě nebo osobě, která nemá dostatečné znalosti a zkušenosti, což by vedlo k vyloučení odpovědnosti namísto jejího rozšíření, protože byl zanedbáván výběr způsobilé osoby. Srov. Melzer, Filip. § 2914 m. č. 108. In: Melzer, Filip – Tégl, Petr, a kol. Občanský zákoník: velký komentář. Svazek IX, § 2894–3081. Leges, Praha 2018, s. 367.
- 45 Zákon č. 256/2004 Sb., o podnikání na kapitálovém trhu.
- 46 Investiční zprostředkovatel může při poskytování hlavní investiční služby uvedené v § 4 odst. 2 písm. a) nebo e) předávat pokyny pouze obchodníkovi s cennými papíry, bance, investiční společnosti a obhospodařovateli fondu kolektivního investování nebo srovnatelného zahraničního investičního fondu, který tento fond obhospodařuje na základě povolení ČNB, nebo samosprávnému fondu kolektivního investování.
- 47 Zákon č. 427/2011 Sb., o doplňkovém penzijním spoření.
- 48 Srov. text důvodové zprávy k ZDPZ: *Návrh toto obecné pravidlo v případě samostatného zprostředkovatele modifikuje ve snaze zdůraznit jeho „samostatnost“*... Mělo by však být přihlíženo k tomu, že obsahuje také dodatek „i v oblasti následků jeho protiprávních činů“, tj. deliktního jednání.
- 49 Kromě toho pro něj platí *ex lege* zákaz konkurence podle § 304 zákoníku práce. Činnost vázaného zástupce je *per definitionem* vždy jen výhradním obchodním zastoupením (§ 2487 OZ), zatímco činnost samostatného a doplňkového zprostředkovatele může být výhradním i nevýhradním zastoupením (§ 2488 OZ).
- 50 Pravidla kontroly činnosti a řízení střetu zájmů naopak výslovně vyžadují závest, udržovat a uplatňovat systém kontroly samostatných zprostředkovatelů ze strany pojišťovny (§ 48 odst. 1 písm. a) ZDPZ).
- 51 Podobně čl. 6:102 (2) PETL: *Nezávislá smluvní strana není považována za pomocníka pro účely tohoto článku*. Dále § 1305 rakouského ABGB, § 831 německého BGB nebo čl. 55 švýcarského OR.
- 52 Obdobně platí pro odpovědnost za výběr osoby nebezpečných vlastností (§ 2923 OZ).
- 53 Znění § 13 ZDPZ při projednání Legislativní rady vlády ČR: *Protiprávní čin, kterého se samostatný zprostředkovatel dopustil vůči třetí osobě při své činnosti, zavazuje samostatného zprostředkovatele, i když jednal jménem pojišťovny nebo zajišťovny; pokud však pojišťovna nebo zajišťovna samostatného zprostředkovatele nepečlivě vybrala nebo na něho nedostatečně dohlížela, ručí za splnění jeho povinnosti k náhradě škody. Ustanovení § 2914 občanského zákoníku se nepoužije.* (Tučně zvýrazněno autorem.)
- 54 Směrnice Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/97 ze dne 20. ledna 2016, o distribuci pojištění.
- 55 Rixecker uvádí, že jde o solidární odpovědnost. Srov. § 6 m. č. 35. In: Langheid, Theo – Rixecker, Roland, a kol. VVG-Versicherungsvertragsgesetz. Kommentar. 6. Auf. München: C. H. Beck, 2019.
- 56 Rixecker. § 61 m. č. 5. In: Langheid, Theo – Rixecker, Roland, a kol. VVG-Versicherungsvertragsgesetz. Kommentar. 6. Auf. München: C. H. Beck, 2019.
- 57 Např. Weber, Manfred. § 6 VVG 2008 und die Haftung des Versicherers für Fehlberatung durch Vermittler. Versicherungsrecht, 2008, s. 285–289.
- 58 Srov. Armbrüster. § 6 m. č. 307. In: Langheid, Theo – Wandt, Manfred, a kol. Münchener Kommentar zum Versicherungsvertragsgesetz: VVG. § 1–99. Band I. 2. Auf. München: C. H. Beck, 2016.
- 59 Srov. Melzer. § 2913 m. č. 172. In: Melzer, Filip – Tégl, Petr, a kol. Občanský zákoník: velký komentář. Svazek IX, § 2894–3081. Leges, Praha 2018, s. 342.
- 60 Melzer. § 2913 m. č. 175. In: Melzer, Filip – Tégl, Petr, a kol. Občanský zákoník: velký komentář. Svazek IX, § 2894–3081. Leges, Praha 2018, s. 343.
- 61 Důvodová zpráva k § 44 ZDPZ: *Údaje zapsané o pojišťovacích zprostředkovatelích v registru mají zvláštní charakter a je chráněna dobrá víra každého, kdo jedná na základě údajů uvedených v registru, i když tyto údaje neodpovídají skutečnosti (tzv. „záhada materiální publicity“).*
- 62 Nedostatek dobré víry však pojistitel nemůže namítat, pokud porušil pravidla pro zastoupení podle § 47 odst. 1 ZDPZ. V takovém případě jedná vždy nepoctivě a nemůže z toho těžit (§ 6 OZ).
- 63 S tím souvisí i otázka vhodného sdělení nebo upozornění na omezení pověření. Pokud pojistníci pojištné podmínky zpravidla nečtou, je nablédní, že důkaz o zřejmosti nebude často bez dalšího úspěšný. V ideálním případě je vhodné učinit o tomto skutečném poučení poznámku v záznamu z jednání podle § 79 ZDPZ. V tomto případě nabývá podpis záznamu více na význam (§ 566 OZ).
- 64 Zákon č. 38/2004 Sb., o pojišťovacích zprostředkovatelích a samostatných likvidátorech pojištných událostí.
- 65 Horn, Josef. Pojištné právo. V. Linhart, Praha 1934, s. 288–289.
- 66 Shodně Melzer, Filip – Tégl, Petr. § 6 m. č. 41 a m. č. 93. In: Melzer, Filip – Tégl, Petr, a kol. Občanský zákoník: velký komentář. Svazek I, § 1–117. Leges, Praha 2013, s. 111, 122.
- 67 Dříve se informace o zastoupených sdělovala pouze na žádost zákazníka podle § 21 odst. 6 písm. c) ZPZ.
- 68 S. 25: *Neexistuje logický ani právní důvod k tomu, aby za takové jednání předcházející předmluvní fázi (tj. fázi, kdy už je konkrétní protistrana zprostředkovatelem vybrána) nesla odpovědnost pojišťovna, [...] může se totiž také stát, že jednání do okamžiku smlouvy vůbec nevstoupí a žádná vyjednávací strana postavení smluvní strany nenabyde – toto jednání pojišťovacího zprostředkovatele lze označit jako „poradenskou fázi“, která předmluvní fázi předchází. Počátek [...] odpovědnosti pojišťovny za průběh kontrakčního procesu při zprostředkování sjednání pojištné smlouvy prostřednictvím pojišťovacího zprostředkovatele v postavení pojišťovacího agenta podle § 7 zákona o pojišťovacích zprostředkovatelích pak vyvolává teprve okamžik volby konkrétního produktu, jež pojišťovací zprostředkovatel nabízí a který také následně právoplatně vznikne (nevznikne-li, není ani smlouva, ani předmluvní fáze). Volba konkrétního produktu právně významně kvalifikuje počátek předmluvní fáze a přechod odpovědnosti za průběh kontrakčního procesu z pojišťovacího zprostředkovatele na pojišťovnu.* (Tučně zvýrazněno autorem.)
- 69 V tomto ohledu, pokud by v důsledku nesprávné rady nebyla smlouva uzavřena, je odpovědný pouze zástupce, pokud udělí pojistníkovi špatnou radu, která není v souladu s požadovaným krytím, nebo pokud poskytne takové informace ještě předtím, než uvede jméno konkrétního pojistitele, kterého zastupuje.
- 70 Srov. Melzer, Filip. § 2913 m. č. 15. In: Melzer, Filip – Tégl, Petr, a kol. Občanský zákoník: velký komentář. Svazek IX, § 2894–3081. Leges, Praha 2018, s. 317.
- 71 Kromě toho se rozhodnutí nijak nevypovídá o nároku na provizi podle § 2508 OZ (dřívější § 659 odst. 3 OZ): *Právo na odměnu a na ujednanou náhradu nákladů obchodní zástupce nemá, byl-li při uzavírání obchodu činný pro obě strany jako obchodní zástupce nebo jako zprostředkovatel.*
- 72 Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2002/92/ES ze dne 9. prosince 2002, o zprostředkování pojištění.
- 73 Kontakt související s právním jednáním (*der rechtsgeschäftliche Kontakt*) zakládá nezávisle na vůli zúčastněných závazkový poměr, jehož obsah se vyčerpává vzájemnými ochrannými povinnostmi. Rozhodující význam tohoto zvláštního právního vztahu spočívá v tom, že se při poškození uplatní odpovědnost, která odpovídá porušení smluvních povinností. Srov. Kozioł, Helmut. Österreichisches Haftpflichtrecht. Band 2. Besonderer Teil. 2. Auf. Wien: Manz, 1984, s. 70, 71.
- 74 Tyto veřejnoprávní meze nicméně z hlediska soukromého práva nemusí mít vliv na platnost více dohod o zastoupení týmy vázaným zástupcem. Pokud budou uzavřeny, je nutné zkoumat, zda takový rozpor se zákonem bude důvodem pro neplatnost podle § 580 občanského zákoníku. Vzhledem k tomu, že ZDPZ má vlastní postup, kterým dochází k ukončení závazku (§ 19 ZDPZ), je nutné upřednostnit výklad *in favorem libertatis* (§ 574 občanského zákoníku).
- 75 Např. Koch, Bernhard A. Kauzalita a dělení odpovědnosti z hlediska rakouského práva. In: Tichý, Luboš – Hrádek, Jiří (eds.). Prokazování příčinné souvislosti multikauzálních škod. Univerzita Karlova v Praze v Nakladatelství Eva Rozkotová, Beroun 2010, s. 46.
- 76 Je nutné připomenout, že podle § 90 odst. 4 ZDPZ však i tyto osoby nesou odpovědnost za výsledek činnosti na rozdíl od pracovníků pojišťovny (§ 2 písm. k) ZDPZ). Principiálně je však nositelem této ochranné povinnosti pojišťovna jako výrobce produktu. Ponecháváme nyní stranou úvahy, zda by se na zprostředkovatele, kteří nemají povinnost uzavřít povinné pojištění profesní odpovědnosti, měla z hlediska úmyslu zákonodárce uplatnit spíše teleologická redukce z hlediska odpovědnosti za výsledek činnosti, či jde jen o nesprávnou transpozici směrnice IDD (čl. 10 odst. 5: *Členské státy vyžadují, aby zprostředkovatelé doplňkového pojištění měli pojištění odpovědnosti za škody při výkonu povolení nebo srovnatelné záruky...*).
- 77 Paragraf 2915 odst. 2 OZ: *Jsou-li pro to důvody zvláštního zřetele hodné, může soud rozhodnout, že škůdce nahradí škodu podle své účasti na škodlivém následku; nelze-li účast přesně určit, přihlédne se k míře pravděpodobnosti. Takto nelze rozhodnout, pokud se některý škůdce vědomě účastnil na způsobení škody jiným škůdcem nebo jej podněcoval či podporoval nebo pokud lze připsat celou škodu každému škůdci, byť jednali nezávisle, nebo má-li škůdce hradit škodu způsobenou pomocníkem a vznikla-li povinnost k náhradě také pomocníkovi.* (Tučně zvýrazněno autorem.)
- 78 Skutečnost, že ZDPZ nestanoví ochranné povinnosti zaměstnanci přímo, má jen vliv na to, komu lze ukládat nápravná opatření a sankce ze strany ČNB.
- 79 Z možnosti sjednání nebo změny pojištění však nelze automaticky dovodovat, že zprostředkovatel je také oprávněn uznávat nároky, uzavírat smíry, vzdávat se námitek, přijímat žaloby nebo být jinak procesním zástupcem pojistitele.
- 80 V pochybnostech při právních jednáních platí, že zástupce jedná svým jménem (§ 436 odst. 1 OZ) a z jednání je sám zavázán. Jde jen o druhou stranu téže mince, kdy není pochyb o tom, že jedná jménem jiného a v jakém rozsahu může jednat.
- 81 Jestliže přenesení důkazního břemene platí v případě porušení absolutního práva, pak minimálně a *simili* musí platit také v případě porušení relativního práva. Spíše by se více hodil argument *a fortiori*, vzhledem k tomu, že jde o zvláštní vztah důvěry, při kterém strany musí více zohlednit zájmy svého kontrahenta.
- 82 Podle § 14 a § 15 nařízení ze dne 5. března 1896 č. 31 ř. z. (pojišťovací regulativ) musely formuláře pojištěk i prospekty ústavů obsahovat poukaz na plné moci, jímž byly orgány ústavu vybaveny, a také ještě další poukaz, na povinnosti těchto orgánů vykazat se vůči stranám těmito plnými mocemi.

Hodnocení mimosoudních řešení spotřebitelských sporů v EU

Mgr. Jana Andraščíková, LL.M. / právník, evropská agenda / Česká asociace pojišťoven

Mgr. Nina Desanti Danielowitzová, LL.M. / právník, koordinace evropské agendy / Česká asociace pojišťoven

Metody mimosoudních řešení sporů (*alternative dispute resolutions*, ADR) charakterizuje dobrovolnost, nižší formálnost procesu, efektivnější i ekonomičtější průběh, individualizace, zesílená možnost ochrany soukromí a v neposlední řadě fakt, že nedochází ke stavění běhu lhůt. Za těchto podmínek se potenciál nachází v možnosti přizpůsobit řešení sporu dle jeho specifik nebo povahy vztahu stran. Ve srovnání se soudním řízením přináší ADR vyšší flexibilitu a rychlost. Jednotlivé techniky ADR i jejich kombinace lze považovat za inovativní, a to vzhledem k většímu výběru vhodného postupu zamezujícího vzniku či rozšíření sporu, k jeho urovnání za aktivnější participace a vzájemného dialogu, ale i ke zvýšené oboustranné spokojenosti. Nezanedbatelná samozřejmě není ani vysoká míra úspěšnosti těchto technik¹ a potenciál pro odlehčení soudních orgánů.

Vzhledem k těmto nesporným výhodám ADR založila ČAP začátkem roku 2019 Kancelář ombudsmana ČAP, z. ú. Je jedním ze subjektů pověřených Ministerstvem průmyslu a obchodu ČR k mimosoudnímu řešení sporů, a to v oblasti neživotního pojištění. Jedná se o první entitu tohoto typu, tj. sektorové, věcně specializované a zároveň soukromoprávní povahy, jež v rámci ČR působí. V EU nacházíme obdobné instituce, např. v Belgii, Německu, Francii, ale i v Chorvatsku, Finsku, na Slovensku či na Islandu. V rámci její relativně krátké doby fungování by bylo předčasné hodnotit výsledky a přínosy pro pojistný trh či informovanost spotřebitelů o možnostech ADR.

V širším měřítku se však na oblast ADR i na on-line řešení sporů (ODR) podívala s odstupem několika let fungování Evropská komise (EK). Ta dne 26. září 2019 publikovala *Implementační zprávu*², ve které hodnotí aplikaci právního rámce minimálně harmonizační směrnice Evropského parlamentu a Rady 2013/11/EU ze dne 21. května 2013, o alternativním řešení spotřebitelských sporů, a nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 524/2013 ze dne 21. května 2013, o řešení spotřebitelských sporů on-line. Jedná se o realizaci povinnosti zakotvené čl. 26 směrnice a čl. 21 odst. 2 nařízení. EK čerpala informace jak z evropských, tak národních zdrojů. Národní orgán, v ČR tedy Ministerstvo průmyslu a obchodu, každoročně předává informace o působení ADR subjektů. V neposlední řadě využila EK i poznatky získané během ADR shromáždění z roku 2018, jehož se ČAP zúčastnila.

Tento balíček legislativních předpisů v rámci spotřebitelsky orientované legislativy odráží snahu o posílení informovanosti a postavení spotřebitele při naplňování práv a také příklon k podpoře jeho samostatné aktivity, bera v potaz rozvoj digitalizace a přeshraničních vztahů, u kterých je z jejich povahy výkon práv složitější. Předpisy

jsou pilíři horizontální legislativní úpravy této oblasti, což zdůraznila EK i ve svém sdělení k legislativnímu balíčku Nová politika pro spotřebitele³, který jako jednu z priorit uvádí právě posílení práv spotřebitelů na internetu.

Legislativa je podporována i nelegislativními nástroji určenými ke zjednodušení aplikace práv plynoucích z ADR. Jedná se např. o doporučení EK. Pro spotřebitele mají přidanou hodnotu především sítě spotřebitelských center napříč EU (ECC-Net), jež nabízejí bezplatné poradenství u přeshraničních vztahů. Dále existují specializované sítě: FIN-NET pro sektor finančních služeb, NEON pro energetiku nebo TRAVEL-NET pro cestování.

V následujícím textu se budeme věnovat zjištěním obsaženým v *Implementační zprávě*, a to i v kontextu evropských států, ve kterých se metody ADR těší delší tradici. Jedná se např. o Nizozemsko, Belgii, Dánsko nebo i Velkou Británii.

Implementační proces u směrnice sice nebyl hladký, ale povedlo se ho zdárně ukončit ze strany všech členských států. U některých (Německo, Finsko) byl dopad znát zejména v unifikaci základních pravidel, u jiných (Slovinsko) se jednalo o první zakomponování do národních právních systémů v rámci ochrany spotřebitele. V ČR, patřící do druhé skupiny, byla směrnice transponována do části třetí zákona č. 634/1992 Sb., o ochraně spotřebitele⁴. Optikou minimální harmonizace tak bylo možno zavést přísnější kritéria, což ČR využila např. u kvalifikačních předpokladů, kde nad rámce požadavků směrnice doplnila nutnost právního vzdělání, nebo u požadavku na bezplatnost / / nominální poplatek zavedla u ČOI a finančního arbitra bezplatnost. Jiné členské státy zastropovaly nominální poplatek konkrétní částkou, např. v Nizozemsku, kde existují tzv. „spotřebitelské výbory“: Stichting Geschillencommissies Consumentenzaken (SGC), Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), se specializací na zdravotní

V Implementační zprávě EK označila za překážky bránící plné efektivitě implementace ADR legislativního rámce především tři oblasti. V první řadě jde o povědomí o ADR a jeho vnímání. V ČR, kde se nejedná o tradiční institut, je znát nedostatek informací jak ze strany široké veřejnosti, tak ze strany odborníků.

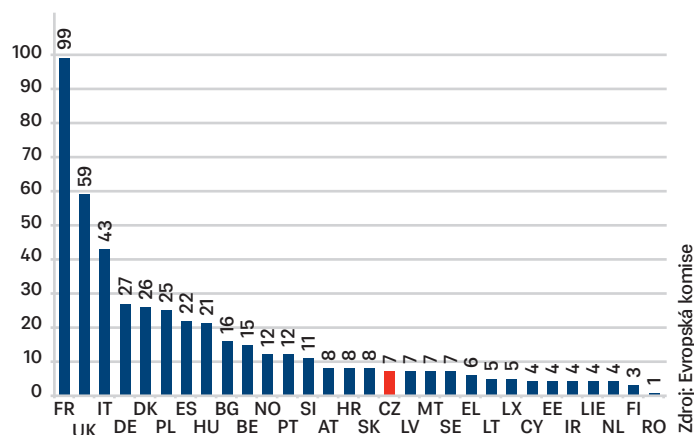
pojištění, a Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (Kifid), která je spotřebitelskou komisí pro finanční trhy. U SGC se poplatek pohybuje mezi 27,50 a 340 EUR; spotřebitel může žádat o proplacení nákladů druhou stranou v případě, že komise rozhodla v jeho prospěch. Stejně tak u ostatních dvou komisí není výše poplatku fixní. Stanoven může být až na 500 EUR u Kifid a 37 EUR u SKGZ.

V Implementační zprávě EK označila za překážky bránící plné efektivitě implementace ADR legislativního rámce především tři oblasti. V první řadě jde o povědomí o ADR a jeho vnímání. V ČR, kde se nejedná o tradiční institut, je znát nedostatek informací jak ze strany široké veřejnosti, tak ze strany odborníků. Z evropského pohledu bylo zjištěno, že dochází k zaměňování ADR subjektů se subjekty zákaznické péče; často visí otazník nad jejich objektivitou. To se více projevilo např. v Německu, inklinujícímu k tradičnějším formám řešení sporů, a proto ADR subjekty nezískaly širší podporu u spotřebitelských sporů. Tuto překážku si EK uvědomovala již dříve, kdy v letech 2016–2018 realizovala masivní komunikační kampaň a podporovala spolupráci či výměnu *best practices* ADR subjektů.

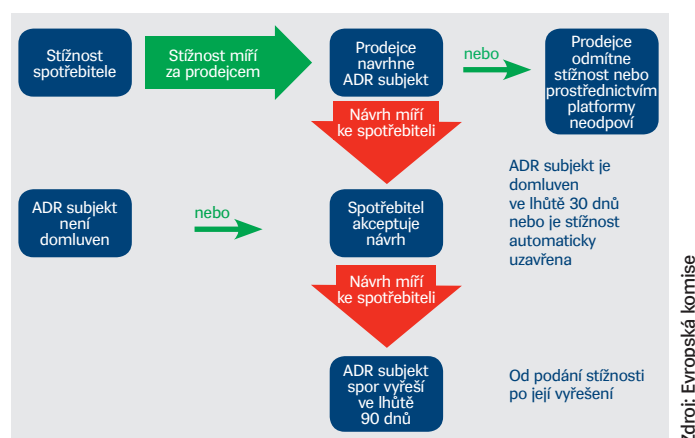
Dále byla jako nedostačující vyhodnocena možnost, aby byl spotřebitel správně nasměrován, na jaký ADR subjekt se má obrátit. To se týká především členských států s vysokým počtem ADR subjektů, jako je Francie či Velká Británie. Ale také v ČR se spotřebitelé mohou setkat s obdobným problémem, jelikož navzdory na první pohled jasně vymezeným kompetencím Kanceláře finančního arbitra a Kanceláře ombudsmana ČAP, z. ú., dochází ze strany spotřebitelů k jejich zaměňování.

Významným brzdícím aspektem je také nedostatek vůle ze strany maloobchodníků účastnit se ADR. Podle údajů

Graf 1: Počet ADR subjektů v členských státech



Graf 2: Proces ODR platformy



- 1 V případě mediace, která je jednou z forem ADR, se jedná o úspěšnost až 80 %. Viz in: Zoulik, F.: Mediace jako alternativa soudního sporu. Bulletin advokacie, ročník 2001, č. 8. Dostupné z: https://www.cak.cz/assets/files/181/BA_01_08.pdf.
- 2 K dispozici zde: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/com_2019_425_f1_report_from_commission_en_v3_p1_1045545_0.pdf. Zdrojem grafů v tomto článku je Implementační zpráva.
- 3 K dispozici zde: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN-CS/TXT/?uri=CELEX:52018DC0183&from=en>.

- 4 Oblast mediace je upravena samostatně směrnicí Evropského parlamentu a Rady 2008/52/ES ze dne 21. května 2008, o některých aspektech mediace v občanských a obchodních věcech, transponovanou zákonem č. 202/2012 Sb., o mediaci.
- 5 Dostupné zde: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/consumer-conditions-scoreboard-2017-edition_en.pdf.
- 6 Dostupná zde: <https://ec.europa.eu/consumers/odr/main/index.cfm?event=main.home2.show&lng=CS>.
- 7 Dostupné zde: <https://ec.europa.eu/consumers/odr/main/?event=main.statistics.show>.

*Hodnotící zprávy o spotřebitelských podmínkách*⁵ z roku 2019 pouze necelá třetina tuto variantu připouští. EK jako faktory pozitivně ovlivňující tento stav vymezila případy, kdy je účast vyžadována legislativně (v některých členských státech např. v energetickém sektoru) nebo na základě členství v asociaci (např. letečtí dopravci v Německu). V tomto případě vnímá EK kladně i mechanismy typu „naming and shaming“.

Vzrůstající potenciál ADR subjektů lze pozorovat i na jejich počtu. Dle statistik EK jich dnes v EU, Lichtenštejnsku a Norsku působí až 460. Konkrétní režimy a způsoby mimosoudního řešení se samozřejmě různí. To vychází z právních tradic jednotlivých států, z obecné nebo specializované povahy subjektů, ze spotřebitelské informovanosti apod. Odlišné faktické přístupy ADR ke spotřebitelským sporům se také odvíjejí od počtu subjektů: v Rumunsku působí jedna entita, v Polsku 25 a ve Francii téměř 100.

Co se týká ODR, samotný mechanismus je centralizovaný na jedné platformě⁶, odkud dochází k delegaci na příslušný orgán dle obsahu žádosti o řešení sporu. Byla zvolena právní forma nařízení, předpis je tedy přímo použitelný.

Platforma fungující od roku 2016 je multilingvní. Počet členů je totožný s počtem ADR subjektů v EU. Jak lze z její povahy dedukovat, hlavním smyslem je ulehčit přístup k řešení sporů přeshraniční povahy, které jsou v důsledku rozmachu digitalizace a internetového obchodu čím dál tím běžnější. Jejich řešení však není úměrně zjednodušováno.

EK publikovala zprávy o fungování platformy již v minulých letech⁷. Uvádí v nich, že ji navštívilo 8,5 mil. spotřebitelů a jejím prostřednictvím se řešilo 120 000 sporů (z toho 44 % přeshraničního rázu). To nepochybně není zanedbatelné číslo, otázkou však je faktická úspěšnost: V 80 % případů došlo k automatickému uzavření z důvodu ignorace požadavku ze strany obchodníka. Ve 42 % ze zbylých 20 % případů se povedlo případy evidované platformou vyřešit bilaterálně. Navzdory tomu, že EK registruje prostor pro zlepšení především v oblasti zapojení obchodníků, 80 % uživatelů je s fungováním platformy spokojeno.

Z *Implementační zprávy* tedy plyne, že spotřebitelé mají napříč EU přístup ke kvalitním ADR nástrojům, a to ve všech sektorech. Z tohoto hlediska není relevantní, zda je spor národní, nebo přeshraniční povahy nebo zda má on-line, či off-line charakter. Za výzvu však EK považuje zlepšení vnímání ADR a povědomí o něm. U přeshraničních sporů jsou jako největší překážky zefektivnění dostupnosti a fungování ADR vnímány odlišná národní právní úprava samotné kategorie přeshraničních sporů, jazyková dostupnost sporů u ADR subjektů a v neposlední řadě nedostatečná spolupráce ADR subjektů mezi členskými zeměmi. U ODR platformy byl detekován prostor pro větší reflexi uživatelských potřeb a zefektivnění fungování, především v oblasti podpoření spolupráce mezi přeshraničními ADR subjekty. Návrhy ke změnám textů předpisů však předloženy nebyly. Je otázkou, zda stávající mechanismy pro ADR řešení přeshraničních spotřebitelských sporů jsou ve směrnici dostatečné a neměly by být v rámci ochrany vnitřního trhu podrobně a plošně regulovány formou nařízení.

Novinky z legislativy

Období: 8. 6. 2019 – 4. 9. 2019

JUDr. Zuzana Hlaváčková / hlavní právník / ČAP

Nejvýznamnějšími přijatými právními normami v uvedeném období byly: zákon č. 254/2019 Sb., vyhláška č. 246/2019, nařízení vlády č. 321/2019 Sb. a vyhláška ČNB č. 327/2019 Sb.

- 1 Zákon č. 254/2019 Sb., o znalcích, znaleckých kancelářích a znaleckých ústavech

Znalec musí být pojištěn pro případ povinnosti nahradit újmu způsobenou v souvislosti s výkonem znalecké činnosti po celou dobu výkonu znalecké činnosti tak, aby výše limitu pojistného plnění byla úměrná možným újmám, které lze v rozumné míře předpokládat. Minimální limit pojistného plnění z pojištění znalce pro jednotlivé obory a odvětví stanoví Ministerstvo spravedlnosti ČR vyhláškou. Zákon upravuje i možnost výpovědi pojištění pojistitelem, a to z důvodů uvedených v ustanoveních občanského zákoníku upravujících pojistnou smlouvu. Zákon nabývá účinnosti 1. ledna 2021.

- 2 Vyhláška č. 246/2019, o výši ročního příspěvku cestovní kanceláře do garančního fondu pro rok 2020

Výše ročního příspěvku cestovní kanceláře do garančního fondu od 1. ledna 2020 činí 0,05 % ze základu pro výpočet ročního příspěvku. Vyhláška nabyla účinnosti 30. září 2019, s výjimkou § 2, který nabývá účinnosti 1. ledna 2020.

- 3 Nařízení vlády č. 321/2019 Sb., o úpravě náhrady za ztrátu na výdělků po skončení pracovní neschopnosti vzniklé pracovním úrazem nebo nemocí z povolání a o úpravě náhrady nákladů na výživu pozůstalých podle pracovněprávních předpisů (nařízení o úpravě náhrady). Nařízení vlády nabývá účinnosti 1. ledna 2020.
- 4 Vyhláška ČNB č. 327/2019 Sb., kterou se mění vyhláška č. 424/2017 Sb., o informačních povinnostech některých osob podnikajících na kapitálovém trhu. Vyhláška nabude účinnosti 1. června 2020.

Závěrkové a plánovací procesy v IFRS 17

Jakub Šiška / manažer poradenských služeb pro pojišťovnictví / Deloitte

Miroslava Bednářová / senior konzultantka poradenských služeb pro pojišťovnictví / Deloitte

Pečlivá příprava závěrkových procesů, která bude umožňovat automatizovanější a rychlejší prezentaci finančních výsledků, může pojišťovnám podstatně usnadnit práci pod účetním standardem IFRS 17.

Zkušenost autorů tohoto článku, pracujících na projektech IFRS 17 s různými evropskými pojišťovacími i zajišťovacími skupinami, praví, že čas zbývající do účinnosti účetního standardu IFRS 17 se využívá nejen k definování jasnějších metodických pravidel pro pojistněmatematické výpočty, ale i k prozkoumání a nastavení procesů spojených s finanční závěrkou a plánováním. Vedle zrychlení těchto procesů je cílem i zpřesnění závěrky s využitím potenciálu automatizace a akcelerace u již zaběhlých aktivit. Ty nyní probíhají při vykazování pod českým účetním standardem nebo pod standardem IFRS 4 (např. extrahování závěrkových dat ze zdrojových systémů, archivace jednotlivých mezivýsledků, zaúčtování výsledků apod.). Příмым dopadem na lokální trh jsou pak požadavky na mnohdy krátkou dobu dodání výsledků finanční závěrky (často v rozmezí 10–15 dnů od konce účetního období). Naplnění těchto požadavků je tak náročnější nejen kvůli nutnosti propojení většího množství útvarů, které do závěrky vstupují, ale i pro nutnost zohlednění doby běhu pojistněmatematických modelů.

Aby byly společnosti schopny tyto termíny dodržet, obrazejí svoji pozornost na prozkoumávání samotného procesu závěrky. Tento krok ovšem není jednoduchý – vzhledem ke změnám, které standard do závěrky přináší, není možné spoléhat na dosavadní průběh finančních závěrek používaných pro české účetnictví ani pro účetnictví dle IFRS 4. V mnohém se závěrkový proces IFRS 17 může podobat procesu přípravy podkladů pro reportování dle režimu Solventnost II (např. požadavky na datovou kvalitu a na stanovení nejlepšího odhadu budoucích finančních toků plynoucích z pojistných smluv). Přináší ale i vlastní změny, které je nutné brát v potaz. Jak však přistoupit k prozkoumání a možnému vylepšení procesu, jenž v sobě bude zahrnovat tolik změn?

Zpřesnění implementace IFRS 17 za pomoci procesní analýzy

Procesní analýza definuje jednotlivé aktivity, jejich návaznosti, odpovědné osoby a systémy, kterých se dotýkají. Hlavním benefitem, jež lze z analýzy očekávat, je vizualizace propojení všech kroků potřebných ke včasnému dokončení finanční závěrky. Nejedná se ovšem o pouhé rozepsání a rozkreslení stávajících procesů. V případě nově vznikajícího procesu závěrky dle IFRS 17 procesní analýza umožní:

- definování oblastí a aktivit, které doposud neexistovaly nebo nebyly nikým vlastněny;
- definování business požadavků nutných pro úpravy, propojení nebo vývoj IT systémů;
- zhodnocení reálností aplikace jednotlivých metodických požadavků;
- zvýraznění nejrizikovějších míst procesu a nastavení kontrolních mechanismů;
- potvrzení a vizualizaci časového rámce celého procesu.

Nejběžnější průběh zapojování procesního přístupu do nasazování IFRS 17 úzce souvisí s průběhem celého projektu. Abychom nezačínali „na zelené louce“, ukazujeme společnostem, jak se odrazit od stávajících procesů, jako např. procesu reportingu pod Solventností II nebo IFRS 4. Právě tyto procesy mohou obsahovat mnohé z kroků a aktivit, které vyžaduje i IFRS 17 (např. stanovení nejlepšího odhadu budoucích finančních toků plynoucích z pojistných smluv nebo výpočet rizikové marže). Z těchto materiálů je následně možné vytvořit prvotní návrh procesu závěrky pod IFRS 17, proces rozdělit na logické bloky (např. získávání zdrojových dat o pojistných smlouvách, IFRS 17 výpočty, zaúčtování a další) a ty prozkoumat a upravit dle potřeby. Často pak následují workshopy s vlastníky jednotlivých aktivit s cílem upravit proces tak, aby plně odpovídal metodickým požadavkům nového standardu. V momentě, kdy jsou procesy připraveny, je možné je využívat jako podklad k testování a ladění samotného časování závěrky.

IFRS 17 přináší novou komplexitu do závěrkových procesů

Hlavní změny, které je možné v budoucím závěrkovém procesu očekávat, můžeme rozdělit do několika kategorií. První je komplexita spolupráce napříč společností. Závěrkový proces pro IFRS 4 již nyní vyžaduje vstupy ohledně výše pojistnětechnických rezerv, které jsou většinou zabezpečovány pojistněmatematickým útvarům. IFRS 17 však do stanovení pojistných závazků nově mnohem více zahrnuje pojistněmatematické odhady (např. nejlepší odhad budoucích finančních toků). Většina pojišťoven si je již vědoma míry komunikace a spolupráce mezi účetními a pojistněmatematickými útvary, které bude aplikace standardu vyžadovat. Tento fakt s sebou však přináší nejen otázku předávání dat a jejich toků, u kterých

bude nezbytné definovat jasné kontroly a pravidla, ale i otázku nastavení odpovědností mezi vlastníky nově definovaných částí procesů. Velmi často bude také nutné nastavení odpovědností napříč společnostmi v rámci mezinárodních skupin.

IFRS 17 přináší rovněž nové požadavky na granularitu výpočtů a konečných výsledků. Zatímco stávající výkazy dle IFRS 4 byly velmi často na úrovni společnosti nebo druhu pojištění, IFRS 17 požaduje mnohé výsledky na úrovni portfolií a skupin smluv¹. Velké množství pojištněmatematických odhadů nebo účetních hodnot bude muset být stanoveno na úrovni skupiny smluv. Výsledná granularita je v mnoha případech podstatně větší, než na kterou je většina IT systémů připravena, což vyžaduje nejen nové požadavky na jejich úpravy, ale také dodatečné výpočty na případné alokace tam, kde úpravy nejsou možné. Tyto výpočty a alokace pak s sebou nesou další prostor pro případné automatizace, ale také potřebu nastavení kontrolních systémů zabezpečujících přesnost a ověřitelnost účetních hodnot.

Další změnou, jak již bylo uvedeno výše, je nutnost zrychlit proces pojištněmatematických výpočtů tak, aby byly výsledky k dispozici rychleji než v současné době. Výsledky vstupující do vykazování v rámci Solventnosti II (např. technické rezervy, včetně rizikové marže) jsou totiž často dostupné až dva měsíce po konci účetního období. Naproti tomu výsledky pro IFRS 17 společnosti typicky očekávají 2–3 týdny po konci daného období. Se splněním těchto termínů mohou pomoci různé dostupné strategie, mj.:

- automatizace – využití RPA (*robotic process automation*) nebo *workflow* nástrojů;
- důkladné testy a kontroly během přípravné fáze – zaručení nasazení správných změn;
- aproximace dat – zpracování vybraných výpočtů před koncem účetního období.

Standard přinese zvýšené nároky i na proces forecastu a plánování

Nutnost definování a přípravy nového závěrkového procesu dopadá i do procesů plánování pro další období. Vzhledem k úsilí, které se věnuje přípravě závěrky, nepřekvapí, že většina společností předpokládá využití nových propojení i v procesech forecastu a plánování. Změnu v dosavadním chodu těchto procesů může představovat zavedení plné simulace procesu závěrky (včetně kalkulací projekcí finančních toků a finálních IFRS výsledků), a to na stejné granularitě pro nejbližší období. Závěrkové a plánovací procesy se však přirozeně liší v tom, na co jsou IFRS kalkulace použité a do jakých systémů vstupují. V případě závěrky data pokračují do účetních systémů, v případě forecastu a plánování se však ne vždy používají automatizovaná řešení pro další práci s nimi. Jednou z možností, jak v tomto případě postupovat, může být vybudování vlastních řešení (např. v Excelu) nebo nasazení a využití vizualizačních a plánovacích nástrojů, které umožní automatizaci a jasnou interpretaci předpokládaných výsledků. Vzhledem k časovému hledisku může být otázka prezentace výsledků budoucích plánů dokonce palčivější než nastavení celé závěrky, a to z důvodu blízkosti se nutností plánovat následující období, která již budou podléhat novému standardu.

Co si budou lokální společnosti dělat samy a kde se mohou spolehnout na mateřskou skupinu?

Jednou z otázek, kterou implementace standardu přináší, je rozdělení lokálních a centrálních činností a odpovědností. Mezinárodní skupiny podporují implementace u svých dceřiných společností mnohdy nejen metodicky, ale i zpřístupněním centrální IT infrastruktury potřebné pro závěrku. Kde však už často nejsou schopny pomoci, je zohlednění lokálních specifik. Nadnárodní metodická pravidla nejsou schopna pokrýt dopady českých zákonů na definici produktů, stejně jako nedokážou podchytit místní specifika jednotlivých portfolií. Samotný průběh závěrky pak leží v odpovědnosti lokálních společností, i když použitá infrastruktura je dostupná centrálně. To většinou vyžaduje detailní popis datových toků a nastavení automatických kontrol datové kvality, které se může týkat i lokálních primárních systémů, což navyšuje náročnost příprav celé implementace.

Co během implementace vlastně očekávat a na co si dát pozor?

Očekávejte, podobně jako u všech větších změnových projektů, potřebu dostatečných kapacit projektového týmu a klíčových expertů. To v tomto případě znamená, kromě projektové podpory, i dostatečnou časovou dostupnost metodických, modelovacích a účetních expertů, včetně aktivní IT podpory. Za samostatnou kategorii je pak možno považovat riziko „zapadnutí do metodiky“. Standard je specifický svými metodickými požadavky, které jsou složité nejen výpočetně, ale i interpretačně. Vidíme, že se věnuje významný čas i prostředky na dokonalé definice jednotlivých výpočtů, ovšem bez potřebného přesahu do systémové nebo procesní proveditelnosti. Způsobem, jak se tomuto riziku vyvarovat, je dostatečná komunikace mezi zainteresovanými stranami a praktický přístup k nasazování jednotlivých změn a požadavků.

Závěrem by se tedy dalo říci, že i když se dva roky a půl, které do účinnosti standardu zbývají, mohou zdát jako daleká budoucnost, je tato doba spíše nezbytná ke komplexnímu uchopení zákoutí a změn, jež standard přináší. Čas a úsilí vložené do pečlivé procesní analýzy a následné implementace závěrkového procesu se tak vrátí nejen při nastavování procesů plánování, ale především při samotných závěrkách. Právě rychlý a spolehlivý proces závěrky bude pro společnost nejlepší vizitkou a ocení jej finanční ředitelé, akcionáři a zejména všichni, kdo budou na závěrce pracovat.

1 IFRS 17 Insurance contracts (IASB; 2017; § 14, § 16).



Kroupy – modelování jejich předpovědi

Lukáš Braun / Aon

Krupobití jako doprovodný jev silných bouří v porovnání s ostatními přírodními živly (povodeň, zemětřesení) představuje v ČR poměrně frekventovaný jev, při kterém je ročně pozorováno zhruba 12 dní s kroupami o průměru více než 2 cm (Evropská databáze nebezpečných meteorologických jevů – *European Severe Weather Database, ESWD*). Právě kroupy od velikosti 2 cm způsobují škody na motorových vozidlech v podobě důlků na návětrné straně a zejména pak na střeše a kapotě. Když se průměr krup blíží ke 4 cm, začínají se objevovat i škody na obvodových sklech stojících vozidel a také na nemovitém majetku.

Extrémně velké kroupy, s průměrem pět a více centimetrů, jsou v ČR hlášeny 2–3krát ročně (ESWD), avšak velikost oblasti zasažené krupobitím bývá naštěstí relativně malá, a proto se jedná řádově o desítky škodních událostí. I přesto se hodnota pojištěných škod způsobených na majetku i motorových vozidlech kvůli jejich častému výskytu pohybuje v ČR řádově ve stovkách milionů korun ročně.

Škody z událostí dosahujících výšky zajištěného krytí se zpravidla vyskytují jen v případech, kdy jsou kroupami zasaženy oblasti s vysokou koncentrací majetku (velká města). Asi nejzásadnější událostí v ČR bylo krupobití v Praze a jejím okolí v roce 2010, kdy se pojištěné škody vyšplhaly přes 1,5 mld. Kč (ČAP, 2010).

Tvorba krup a jejich předpověď

V teplém půlroku dochází kvůli oteplení zemského povrchu k výstupnímu (konvektivnímu) pohybu vzduchu. Za vhodných meteorologických podmínek dochází ke vzniku bouřek. Jsou-li výstupní pohyby patřičně intenzivní a má-li atmosféra dostatek vlhkosti a vhodné proudění, v bouřkové oblačnosti se tvoří kroupy natolik velké, že dosáhnou povrchu země (tj. neroztají během sestupného pohybu). Ty pak v závislosti na své velikosti mohou v místě dopadu způsobovat rozsáhlé škody.

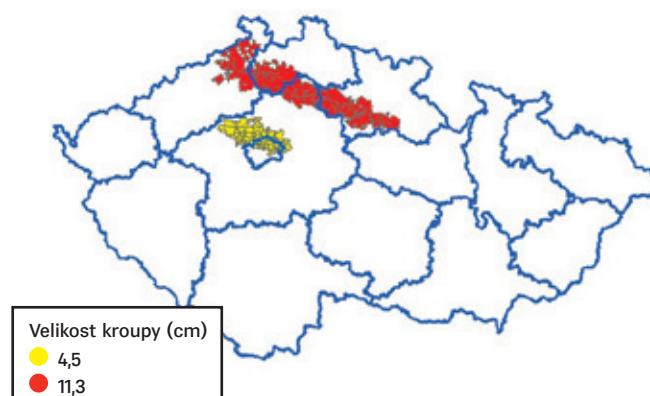
Na rozdíl od jiných přírodních rizik, jakými jsou např. povodně nebo hluboké tlakové níže v zimním půlroce (*winterstorm*), krupobití zasahuje výrazně menší oblast. Kroupová linie je obvykle dlouhá několik desítek (mimořádně i přes sto) kilometrů a široká několik kilometrů (vytváří oblast elipsovitěho tvaru). V ní se pak vyskytují kroupy různých velikostí, přičemž v meteorologické praxi se zaznamenává největší nalezená kroupa a dle její velikosti v centimetrech se událost klasifikuje. Přesné rozdělení velikosti krup a jejich rozmístění v elipse není v meteorologii dostatečně známo.

Při tvoření meteorologické předpovědi se meteorologové opírají o velkoprostorové parametry a výstupy z předpovědních modelů. Bohužel ani v dnešní době není tvorba bouřek dostatečně prozkoumána, a není proto možné předpovědět přesnou polohu vzniku a postupu bouřky. Meteorologové předpovídají jenom oblasti (v ČR typicky kraje), ve kterých je v důsledku náležitých meteorologických podmínek vysoká pravděpodobnost výskytu bouřkové činnosti.

Modelování škod

Katastrofický model vyvinutý týmem Impact Forecasting (součást firmy Aon) pro odhad škod způsobených krupobitím používá stejné parametry, jaké se používají k tvorbě předpovědí v meteorologii. Komponenta hazardu, tedy synteticky nasimulované události, se zakládá na 36 letech kontinuálních historických analýz ovzduší (ERA-Interim) nejen v blízkosti povrchu, nýbrž i v celé výšce atmosféry (resp. její troposférické části). Na rozdíl od modelů používajících družicemi detekované „přestřelující“

Obrázek 1: Příklad události s dobou opakování pojistné škody jednou za 200 let



vrcholky oblačnosti typu cumulonimbus (přerůstání vrcholku oblačnosti do tropopauzy, angl. *overshooting top*) popisuje tato analýza atmosféru ve třech dimenzích a má delší historickou řadu než data ze satelitů. Stabilitu výsledků modelu se dosahuje mnohonásobným vzorkováním (předpovídáním vzniku) kroupové elipsy. Její parametry se pak simulují použitím odvozených statistických distribucí o šířce a délce elipsy. Orientace elipsy v prostoru je pak dána převládajícím směrem větru v oblasti. Kompletní katalog stochastických událostí obsahuje 50 000 let pro celou Evropu, s více než 240 000 událostmi v ČR.

Zranitelnostní křivky jsou konstruovány kombinací dvou přístupů. Jako první je použit inženýrský přístup. Ten pomocí fyzikálních rovnic popisuje škody vzniklé na zasažených objektech (budovy, auta). Obsahuje také odhad částky nutné k opravě škody, pomocí které kvantifikuje škodní poměr. Následně, za využití reálných historických škodních dat, jsou takto odvozené křivky upřesněny, aby odpovídaly pozorované pojistné škodě. Díky spolupráci s pojišťovnami působícími na českém trhu model vychází z více než 95 000 detailních škodních dat. Výsledné zranitelnostní křivky jsou tedy uzpůsobeny přímo pro ČR.

Inženýrský přístup umožňuje lépe popsat specifické zranitelnostní křivky, které nejsou vždy obsaženy v záznamech pozorovaných škod, a není proto možné vyjádřit je na základě odvozených škodních poměrů. V případě krupobití jsou některé parametry důležitější pro přesnější odhad škody, např. u sklonu střechy platí, že čím je úhel dopadu kroupy kolmější, tím existuje větší pravděpodobnost poškození střechy. Dalším důležitým faktorem je samotná velikost budovy, neboť větší budova má jiný relativní poměr ceny k možnému poškození. Dobrým příkladem jsou jedno- a dvoupatrové domy. Jejich cena je rozdílná, přesto plocha střechy jakožto poškoditelná část je stejná.

Nárůst počtu solárních panelů na střechách budov také zásadně ovlivňuje výši škody. Z fyzikálního hlediska je solární panel konstruován tak, aby vydržel i náraz velkých krup, ovšem z analýzy našeho inženýrského modelu pro pojistnou praxi vyplývají jiné závěry. Panel je konstruován jako relativně odolný, nicméně po jeho poškození není možná jeho oprava a je nutné celý panel vyměnit. Cena výměny solárního panelu několikanásobně převyšuje cenu opravy střechy o stejné ploše, proto příslušná zranitelnostní křivka vrací vyšší relativní škodu. Přítomnost solárního panelu na střeše je dána jako volitelný vstupní parametr modelu.

Pro motorová vozidla platí jiná situace. Poškozená vozidla se primárně opravují metodou PDR (*paintless dent repair* –

oprava bez lakování), a proto má na zranitelnostní křivku zásadní vliv právě cena práce.

Agregace jednotlivých událostí

V běžné pojistné praxi se pro agregaci škod v rámci jedné události používá tzv. „hours clause“ (hodinová doložka). Ta je v případě atmosférických jevů (vítr, kroupy) definována jako 72 hodin. Dnes už ale není striktně dodržována a je možné ji v rámci pojistné smlouvy prodloužit (nebo také zkrátit) pro dosažení příznivějších podmínek pojistné smlouvy, a právě proto model musí být schopen zohlednit tyto změny v pojistných podmínkách.

Model Impact Forecasting dovoluje zvolit úroveň agregace škod v libovolném rozsahu v denním kroku, počínaje agregací na jeden den. Otevírá tak možnost náhledu na vliv délky agregace na křivku opakování maximální škody (*probable maximum loss*, PML).

Klimatické změny a jejich vliv na modelování krupobití

Klimatické změny jsou stále častěji se opakujícím tématem i v oblasti pojištění a zajištění. Pojišťovnický sektor se pokouší závěry vědců stran těchto změn zohlednit při tvorbě cen programů. Katastrofické modely nemohou obecně klimatické změny obsahovat. Standardně předpovídají různé variace roku následujícího, nikoli situaci za 50 nebo 100 let. Přesto je možné předpovědní model upravit a analyzovat dopady klimatické změny za účelem dlouhodobé strategie.

Analytické oddělení Aon se věnuje studiu nejnovějších vědeckých publikací a zde vyvinuté katastrofické modely jsou schopny tyto odborné studie zohlednit a upravit stávající model. Pro krupobití byly použity závěry studie zabývající se změnou frekvence výskytu bouří v Evropě (Rädler, 2019). Studie předpokládá zvýšení četnosti krupobití o 20–45 %, v závislosti na klimatickém scénáři v období 2071–2100. Dopad těchto závěrů byl implementován do modelu popsaného výše. Jak je vidět v grafu 1, pro scénář rcp 4,5 (stabilizační scénář předpokládající stabilizaci koncentrace CO₂ na nižší úrovni před rokem 2100 díky využití nových technologií) zvýšení četnosti výskytu krupobití o 20 % způsobí nárůst škod o 9 % pro dobu opakování jednou za 200 let. Po zohlednění nejistot aplikovaných metodik a modelu jako celku je možné hodnotit nárůst pro rcp 4,5 jako zanedbatelný. Vyšší nárůst ukazuje klimatický scénář rcp 8,5 (nejhorší možný scénář – emise CO₂ – poroste beze změny). Ten je ale všeobecně chápán jako scénář katastrofický, a tedy mimořádně extrémní.

Obrázek 2: Příklad vlivu kumulování škod pro různou délku hours clause



Den	Denní škoda (Kč)	Kumulovaná škoda (Kč)
1.	4 551 745	4 551 745
2.	28 302 805	32 854 550
3.	0	32 854 550
4.	407 004	33 261 555
5.	0	33 261 555



Ilustrační foto: www.istockphoto.com

Závěrem

Kroupy představují v ČR relativně častý jev. Při jeho výskytu v hustě obydlených oblastech lze očekávat značné škody na budovách a na motorových vozidlech. Uvedený model – pro odhad katastrofických škod způsobených konvektivní činností –, jehož součástí je i simulace efektu krupobití, umožňuje lépe porozumět škodám způsobeným kroupami a především kvantifikaci těchto škod. Statisíce možných scénářů pro krupobití jsou simulovány za využití historické 3D analýzy atmosféry; zranitelnostní křivky jsou vytvořeny unikátní kombinací inženýrského přístupu a reálných škodních dat. Celý model je implementován na softwarové platformě ELEMENTS. Modelované výstupy lze využít nejen pro vstup do solventnostního kapitálového modelu (*solvency capital requirement*, SCR) v rámci regulatorního konceptu Solventnosti II, ale také pro optimalizaci upisování rizik nebo k testování různých nastavení spoluúčastí či limitů pojistných smluv.

Použité zdroje

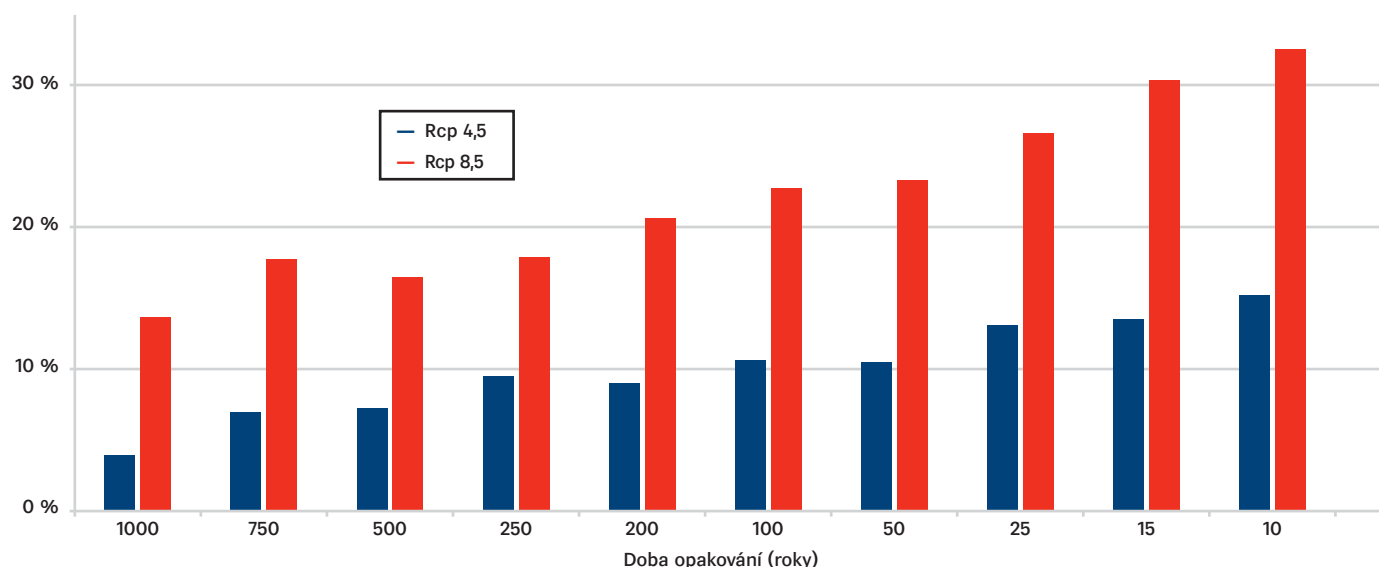
(ČAP, 2010) ČAP (2010): Likvidace pojistných událostí způsobených živly – víkendové krupobití, 6. září 2010.

(ESWD) European Severe Weather Database provided by European Severe Storms Laboratory e. V., <http://www.eswd.eu>.

(ERA-Interim) ERA-Interim, European Centre for Medium-Range Weather Forecasts, <https://www.ecmwf.int>.

(Rädler, 2019) Rädler, A. (2019): Frequency of severe thunderstorms across Europe expected to increase in the 21st century due to rising instability, *Climate and Atmospheric Science* (2019)2:30.

Graf 1: Relativní změna škody pro různé scénáře klimatické změny



Zdroj: AON



Insurtech společnosti

Ing. Michal Vyskočil / Vysoká škola ekonomická v Praze

Jedním z hlavních trendů pojistného trhu, resp. faktorem udávajícím trendy, jsou tzv. „insurtech společnosti“. Označení vzniklo spojením anglických slov „insurance“ (pojištění) a „technology“ (technologie), paralelně k fintech společnostem ve finančním sektoru. Jejich výraznější rozmach nastal kolem roku 2015. Tito noví digitální hráči si zakládají na inovativních podnikatelských plánech, cílí na určité mezery na trhu a vyznačují se nízkonákladovou technologickou platformou.

S rozmachem insurtech firem přichází výrazný tlak na efektivnost pojištění a vlastně můžeme říci i celého pojišťovnického sektoru. Tyto start-upy se zaměřují na specifické potřeby klientů, které tradiční pojišťovny na trhu nemají ambice uspokojit, příp. neumějí vytvořit finančně příznivější produkt přímo na míru. Rostoucí trend a úspěšnost insurtechu dokazují např. investice, které v roce 2017 celosvětově činily 1,65 mld. USD, avšak v roce 2018 byly již na hodnotě 3,18 mld. USD, tj. téměř se zdvojnásobily. Insurtech společnosti se více zaměřují na oblast neživotního pojištění a můžeme je dělit např. do následujících kategorií:

- on-line srovnávače – srovnávání pojistných produktů od pojišťoven na trhu;
- peer-to-peer pojištění – pojištění postavené na přímých vazbách mezi pojištěnci;
- blockchain a chytré kontrakty – přináší automatizaci během vyřizování nastalých pojistných událostí;
- big data analýza – využívána pojišťovnami k efektivnějšímu zacílení na zákazníky;
- digitální brokeři – např. správa pojistného kmene na jednom místě;
- doplňkové pojištění – např. pojištění elektroniky;
- on-demand pojištění – pojištění na krátké časové úseky sjednatelné během okamžiku zejména prostřednictvím mobilních zařízení.

Příp. můžeme insurtech společnosti dělit dle regulatorní podmínky: zda disponují, nebo nedisponují pojišťovací licencí.

1 Rozdíl mezi insurtech společnostmi a pojišťovnami

Insurtech společnosti prozatím působí na tradiční pojišťovny spíše jako riziko, neboť je nutí a budou nutit ke snižování nákladů i ceny pojistného a k více osobnímu přístupu vůči klientům. Na druhou stranu si pojišťovny tento stav jistě uvědomují a snaží se např. uzavírat strategická partnerství s insurtech společnostmi nebo do nich investovat kapitál. Insurtech společnosti se však oproti pojišťovnám zaměřují především na příležitosti vzniklé díky novým technologiím a na výnosově atraktivní oblasti, které spolu nesou vyšší riziko a nejsou cílem tradičních pojišťoven z důvodu regulace. Insurtech

společnosti se ani nemusí zaměřovat pouze na stejnou oblast pojištění jako pojišťovny a tím jim konkurovat – dle společnosti McKinsey až 40 % z nich nabízí nové pojišťovací služby.

Co do počtu zaměstnanců jich mají insurtech společnosti samozřejmě řádově méně. Díky prakticky plné digitalizaci, kterou disponují, neroste počet jejich zaměstnanců zásadním tempem, a proto nečelí takovému riziku nedostatku zaměstnanců jako tradiční pojišťovny. Nesporná výhoda insurtech společností tkví také v nižších nákladech oproti pojišťovnám, čehož dosahují několika různými způsoby: Zaměřují se spíše na jeden produkt či na úzkou skupinu produktů a tím pádem se nezatěžují méně výnosnými produkty. Ušetří také mzdové náklady, neboť zaměstnance nahrazují chatboty nebo umělou inteligencí.

Nemalým rozdílem oproti tradičním pojišťovnám je marketing zaměřený na sociální média, protože insurtech společnosti cílí hlavně na mileniány, kteří mívají vřelejší vztah a vyšší míru důvěry ke start-upům oproti starším generacím. Pojišťovny na sociálních sítích komunikují v omezenější formě a s většími obavami, a to i z důvodu reputačního rizika, kterému čelí řádově ve vyšší míře.

2 Pokročilé technologie v pojišťovnictví

2.1 Umělá inteligence, machine learning, internet věcí a big data

Umělá inteligence zažívá v posledních letech velký rozmach a pokrok. Využívají ji fintech i insurtech společnosti. Ty aplikují strojové učení k analýze dat a chatboty při komunikování se zákazníky, příp. při řešení pojistných událostí, čímž, jak bylo zmíněno výše, dokážou podstatně redukovat lidský faktor a s ním i mzdové náklady. S nástupem umělé inteligence jde ruku v ruce také využívání neuronových sítí.

Neuronová síť představuje strukturu, která si bere za vzor fungování lidského mozku. Neurony jsou spolu vzájemně propojeny a předávají si mezi sebou signály. Neuronové sítě jsou schopny učit se na základě sady vstupů, které vedou k určitému výsledku a u nově dodaných vstupů jej dokážou předpovídat. Nesporná výhoda neuronových sítí se skrývá ve faktu, že dokážou reagovat na nově vložené vstupy



Ilustrační foto: www.istockphoto.com

a učinit z nich obecné závěry a umí také řešit nelineární úlohy. V pojišťovnickém sektoru mohou neuronové sítě výborně sloužit např. k odhalování podvodů a následné výplatě pojistného plnění takřka během okamžiku, resp. mohou zastat celý proces, od nahlášení pojistné události až po její vyřízení. Jejich další přínos se projevuje při komunikaci s klientem nebo při analyzování pošty. Neuronové sítě se v pojišťovnickém sektoru nacházejí zatím na svém počátku a zůstává otázkou, jaké úkoly budou insurtech společnosti, příp. pojišťovny, schopny skrze neuronové sítě zastat.

V dnešní digitální době začínají zákazníci obecně vyhledávat věci na míru, což se týká i pojištění. Umělá inteligence nabízí možnost dosažení požadavku personalizace ve výrazně kratším čase, včetně rychlejšího přístupu. *Machine learning* můžeme technicky vzato považovat za velmi specifické odvětví umělé inteligence. Stojí na ideji, že můžeme postavit takové stroje, které budou schopny pracovat s daty a samy se z nich učit bez pravidelného fyzického dohledu. *Machine learning* není tedy pouze o vylepšení procesu uzavírání smluv a řešení pojistných událostí, ale také o automatizaci, která bude pomáhat s rizikovou analýzou.

Pod pojmem „internet věcí“ si můžeme představit připojení do sítě, ale nikoliv pouze pro chytré telefony nebo notebooky, ale např. pro komponenty chytré domácnosti. Zde může internet věcí najít široké využití, neboť např. dle počtu senzorů a zabezpečení domu navrhne pojišťovna pojištění na míru, včetně pojistného, příp. nabídne i varování, pokud klient nechá např. zapnutý sporák nebo vodu, čímž dokáže zabránit vzniku pojistné události. Na druhou stranu budou digitalizace a např. tato inovace zřejmě určitým způsobem zasahovat do soukromí klientů.

Data byla vždy vysoce ceněnou komoditou v pojišťovnictví a mohli jsme pozorovat snahu shromažďovat databáze s větší granularitou, příp. tvorbu prediktivních modelů. Využívání analýzy *big data*¹ v pojišťovnictví není tedy žádným překvapením. Příkladem může být efektivnější zaměření na zákazníka nebo více podrobná riziková analýza klienta. *Big data* nacházejí využití také zcela jistě v telematice, při analýze chování řízení motorového vozidla. Nicméně musíme brát zřetel na problémy, které mohou vyplynout

z využívání výše zmíněných technologií, např. na otázku etiky, na niž se budou regulátoři muset zaměřit. Pojišťovny zároveň musí vzít v úvahu např. evropskou směrnici GDPR, včetně možné výše pokuty při jejím nedodržení.

2.2 Blockchain

Pod pojmem „blockchain“ si můžeme představit decentralizovanou databázi, kterou spravuje více uživatelů. „Block“ označuje sekvenci transakcí v databázi a „chain“ pak pomyslný řetěz spojující všechny bloky. Nejčastěji dochází k ověřování transakcí určitou definovanou skupinou uživatelů blockchainu, kteří zadávají a potvrzují uložené záznamy. K nim má pak každý uživatel blockchainu přístup – kdykoliv si je tedy může ověřit. Za pomoci této architektury je téměř nemožné falšovat záznamy v databázi, protože by záznamy nebyly shodné se záznamy ostatních ověřovatelů.

Blockchain v pojišťovnictví využívá tzv. „chytrý kontrakt“, který představuje smlouvu přepsanou do podoby počítačového kódu kompatibilního s blockchainem. Chytrý kontrakt přijímá relevantní informace k předem daným náležitostem dohody a po splnění všech vyžadovaných náležitostí se kontrakt stává automaticky smluvně dohodnutým úkonem. V pojišťovnickém sektoru můžeme mluvit typicky o automatickém vyplacení pojistného plnění.

Blockchain může pomoci klientům v případě snížení pojistného nebo poskytnutí mikropojistek společně s chytrými kontrakty. Typickým příkladem může být mikropojištění zemědělců v rozvojových oblastech. Např. během výskytu povodní v určité oblasti se za pomoci blockchainu událost nahlásí meteorologickému ústavu a při splnění podmínek kontraktu jsou pojistná plnění vyplacena těm postiženým farmářům, kteří si mikropojištění sjednali, což snižuje administrativní náklady i výši pojistného. Např. u zpoždění nebo zrušení letu vloží externí zdroj tuto informaci do blockchainu a ten automaticky vyplatí pojistné plnění všem, kteří si pojištění na daný let sjednali.

2.3 Peer-to-peer² pojištění

Peer-to-peer pojištění je postaveno na vzájemných vazbách mezi pojištěnci vkládajícími pojistné do jednoho společného fondu se stejným rizikem. Z vytvořeného



pojištného fondu jsou následně vyplácena pojistná plnění. Za nevýhodu lze považovat fakt, že pojištěnci spolu musí sdílet stejný typ pojištění. Na druhou stranu nespornou výhodou je, že při bezeškodním průběhu se pojistné snižuje, příp. může dokonce dojít až k vrácení části pojistného. *Peer-to-peer* pojišťovny se prezentují klientům odlišně od tradičních pojišťoven, protože se klient cítí být součástí určité skupiny osob a vidina případného vrácení části pojistného ho žene k co nejvíce bezeškodnímu průběhu pojistného. Některé *peer-to-peer* pojišťovny fungují na principu pozvánky, tj. že sami klienti zvou své známé. Na druhou stranu ale mají motivaci zvat jen ty s předpokladem k bezeškodnímu průběhu, čímž vzniká vyšší transparentnost a zároveň zdravější kmen pojištěných osob. Nicméně tento koncept není dostatečně odzkoušený v praxi a snížení ani vrácení části pojistného nemusí být automatické při bezeškodním průběhu.

3 Kritika insurtech společností

Přestože mnohé inovace již běží, existují důvody, proč se jim pojišťovny zdráhají přizpůsobit se. Častokrát totiž přežily i proto, že jsou při inovacích a nasazování nových technologií velmi opatrné a mnohdy se vyhýbají i spolupráci se start-upy, které ponechávají v jejich vlastním odvětví. Problém však může být závažnější, než se na první pohled zdá, protože insurtech společnosti stále potřebují a vyžadují pomoc od etablovaných pojišťoven, aby zvládly upisování a řízení katastrofických rizik, se kterými nemají prakticky žádné zkušenosti.

4 Trendy a výzvy

4.1 Digitalizace

Insurtech společnosti přinášejí nový směr masivní digitalizace služeb a také procesů v pojišťovnictví. Pokud pojišťovny zaspí inovování poskytovaných produktů, služeb a vlastních procesů, mohou postupem času přijít o podíl na trhu, přičemž mohou buď začít digitalizovat a inovovat samy, nebo spojit síly s insurtech společnostmi. Ty se zaměřují na zákazníky se zájmem o moderní technologie, kterých bude postupem času přibývat a kteří budou výzvou pro pojišťovny v tom smyslu, zda souboj o ně dokážou ustát. Další metou pro pojišťovny bude vyšší míra kybernetické bezpečnosti, na kterou insurtech společnosti dbají a zakládají si na ní.

4.2 Podpora regulátorů

Regulátoři mají za úkol zajistit funkční rámec ochrany spotřebitele a finanční stabilitu a zároveň by měli umožnit všem zúčastněným stranám, včetně spotřebitelů, profitovat z výhod finančních inovací. Tradiční pojišťovny i insurtech společnosti čelí překážkám v oblasti regulace bránícím rozvoji inovací a efektivním a transparentním řešením, příp. správnému výkladu regulace. Řada regulačních orgánů v Evropě i v zahraničí nedávno přijala mnoho podnětů zaměřených na podporu finančních inovací. Příkladem jsou inovační centra, kde regulátoři nabízejí odbornou asistenci při problémech týkajících se regulace nebo na ni navazujících předpisů. Regulátoři dále nabízejí možnost testovat v kontrolovaném prostředí finanční inovace (po splnění určitých kritérií) a možnost následného

nasazení inovace na trh. V neposlední řadě se jedná také o součinnost veřejného a soukromého sektoru např. vytvářením fór sloužících k výměně know-how, zkušeností nebo k navázání spolupráce pro financování inovací.

4.3 Distribuční kanály

Pokud se podíváme na celý proces pojištění, od sjednání až po jeho ukončení, tak jedním z nejvíce dotčených článků řetězce budou distribuční kanály a vlastně i samotný prodej pojištění. Nadále bude vysoce ovlivňován digitalizací, neboť se pojištění čím dál tím více prodává prostřednictvím internetu nebo mobilních telefonů, které těží ze svého zjednodušení, a to nejen v rámci dostupnosti, menší časové náročnosti a výrazně nižších počátečních nákladů při absenci provize. Tento fenomén může mít za následek postupné snižování počtu pojistných zprostředkovatelů a agentů s efektem snížení pojistného při absenci klasické formy provize za sjednání pojištění.

4.4 Vstup internetových gigantů na scénu

V blízké budoucnosti budou klasické pojišťovny zřejmě čelit vstupu internetových gigantů, jako jsou např. Facebook, Google, Apple nebo Amazon, do oblasti pojišťovnictví. Ty pak budou chtít zúročit nashromážděné množství dat o svých zákaznících, což jim bude umožňovat daleko přesnější zacílení pojištění. Přesto zůstává otázkou, jak se k této situaci budou stavět regulátoři jednotlivých zemí, včetně outsourcingu a dohledu nad zatím neregulovanými subjekty.

V blízké budoucnosti budou klasické pojišťovny zřejmě čelit vstupu internetových gigantů, jako jsou např. Facebook, Google, Apple nebo Amazon, do oblasti pojišťovnictví. Ty pak budou chtít zúročit nashromážděné množství dat o svých zákaznících, což jim bude umožňovat daleko přesnější zacílení pojištění.



Ilustrační foto: www.iStockphoto.com

5 Závěr

Insurtech společnosti na trh přinášejí novinky hlavně v oblasti digitalizace a zaměřování se na osobní potřeby potenciálního zákazníka. Insurtech společnosti však do budoucna nemusí nutně představovat zánik klasických pojišťoven, nicméně s největší pravděpodobností se stanou zdrojem tlaku na tradiční pojišťovny při jejich cestě k inovacím. Následující roky ukážou, jakým způsobem se k příchodu insurtech společností pojišťovny postaví. Hlavní roli na pojistném trhu budou hrát data a práce s nimi, hlavně co se týče jejich využití pro personalizaci pojištění. Zajímavé také bude sledovat postoj regulátorů k insurtech společnostem a k jejich propojení s pojišťovnickým sektorem.

Článek byl vypracován v rámci projektu IG 102029.

Použité zdroje

Blockchain in insurance – opportunity or threat? McKinsey [on-line]. New York: McKinsey & Company, 2016 [citace 2019-08-13]. Dostupné z: <<https://www.mckinsey.com/~media/McKinsey/Industries/Financial%20Services/Our%20Insights/Blockchain%20in%20insurance%20opportunity%20or%20threat/Blockchain-in-insurance-opportunity-or-threat.ashx>>.

Braun, Alexander – Shreiber, Florian. The Current Insurtech Landscape: Business Models and Disruptive Potential [on-line] [citace 2019-08-13]. Dostupné z: <https://www.ivw.unisg.ch/~media/internet/content/dateien/instituteundcenters/ivw/studien/ab-insurtech_2017.pdf>.

Catlin, Tanguy, et al. Insurtech – the threat that inspires. McKinsey. New York: McKinsey & Company, 2017 [on-line] [citace 2019-08-13]. Dostupné z: <<https://www.mckinsey.com/industries/financial-services/our-insights/insurtech-the-threat-that-inspires>>.

Davies, Stuart, 2018. Insurtech Impact 25 2018. 2018. B. m.: Oxbow Partners Limited.

EIOPA Insurtech Roundtable: How technology and data are reshaping the insurance landscape [on-line] [citace 2019-08-13]. Dostupné z: <https://eiopa.europa.eu/Publications/Reports/08.0_EIOPA-BoS17-165_EIOPA_Insurtech_Roundtable_summary.pdf>.

KPMG, Insurtech 10: Trends for 2019 McKinsey [on-line] [citace 2019-08-13]. Dostupné z: <<https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/xx/pdf/2019/03/insurtech-trends-2019.pdf>>.

What is a Smart Contract?: Pactum. Medium [on-line]. San Francisco: A Medium Corporation, 2017 [citace 2019-08-13]. Dostupné z: <<https://medium.com/pactum/what-is-a-smart-contract-10312f4aa7de>>.

**Pokud pojišťovny zaspí
inovování poskytovaných
produktů, služeb
a vlastních procesů,
mohou postupem času
přijít o podíl na trhu.**

1 Jako *big data* jsou označovány soubory dat, jejichž velikost přesahuje reálné možnosti jejich správy, zpracování a analýzy v přijatelném čase za využití běžně používaných softwarových prostředků.

2 V přeneseném významu pojem „peer-to-peer“ využívá pro všechny služby princip „lidé lidem“.

Důvody a nástin řešení celkového podpojištění ve vyspělých ekonomikách

Ing. Jaroslav Mesršmíd, CSc., MBA / poradce

Z dotazníkového šetření Ženevské asociace (Geneva Association) provedeného v sedmi vybraných vyspělých zemích a za účasti 7000 respondentů vyplynulo, že dvě třetiny respondentů pokládají pojištné produkty za komplikované a obtížně pochopitelné a tři čtvrtiny za nákladné.

V červnu 2019 vydala Ženevská asociace, která byla v roce 1973 založena s cílem identifikace a zkoumání klíčových trendů majících dopad na rozvoj pojišťovnictví, podnětnou studii pod názvem „Podpojištění ve vyspělých ekonomikách“ (*Underinsurance in Mature Economies*)¹. Lze v ní nalézt jak teoretický přístup k problematice „podpojištění“, tak výsledky výzkumu příslušných pojištných trhů formou dotazníkového šetření i obecná doporučení pro pojistitele ohledně jejich příspěvku k řešení „podpojištění“.

Vymezení pojmů

Čtenář se bude po přečtení názvu studie pravděpodobně domnívat, že předmětem zkoumání je známý pojem „podpojištění“, jak je vymezen v českém občanském zákoníku. Ženevská asociace však míní „podpojištěním“ (*underinsurance*) něco jiného; nejde o „podpojištění“ v rámci účinné pojištné smlouvy. K účelu výše uvedené studie jsou definovány dva důležité pojmy:

- „mezera v ochraně před riziky“ (*risk protection gap*), kterou se rozumí podíl nepojištěných škod na celkových ekonomických škodách;
- „mezera v pojištné ochraně před riziky“ (*insurance risk protection gap*), kterou se rozumí ta část mezery v ochraně před riziky, jež by měla být z ekonomického hlediska pojištěna.

U Ženevské asociace termín „podpojištění“ tedy vyplývá z těchto dvou pojmů. Činí-li první mezera teoreticky např. 45 %, mohlo by z ní být ještě z ekonomického hlediska pojištěno 15 %. Nicméně je účelné hovořit spíše o „celkovém podpojištění“ nebo o „celkové podpojištěnosti“, neboť jde o makropřístup a agregátní veličinu. Základní otázkou podle Ženevské asociace, na niž hledá tato studie odpověď, je, proč aktuální nákupy pojištění nedosahují ekonomického optima.

Ve studii není ale blíže naznačeno, jak by mělo ekonomické optimum vypadat a jaká by měla být jeho úroveň. To je

určitě téma pro další výzkumné práce. Vystává totiž celá řada otázek, např.:

- Jakou úroveň by mělo mít ekonomické optimum v jednotlivých odvětvích neživotního pojištění?
- Jaká úroveň ekonomického optima je akceptovatelná pojišťovnami?
- Proč nejsou řešením povinná pojištění, a to např. u majetkových pojištění?
- Jak ovlivňují ekonomické optimum na příslušném národním pojištném trhu geografická poloha a klima?

Mezera v ochraně před riziky

Ve studii nejsou prezentovány ani údaje o rozsahu mezery v ochraně před riziky, tedy o podílu nepojištěných škod na celkových ekonomických škodách. V tomto případě to asi autoři pokládali za nadbytečné, jelikož příslušné statistické údaje lze bez větších problémů dohledat. Pro dokumentování rozsahu dané mezery je možné použít údaje zveřejněné Swiss Re Institute² (viz tabulka 1).

Z tabulky vyplývá, že mezera v ochraně před riziky je značná (blíží se 50 %). Z toho důvodu je naprosto odůvodněné zkoumat tento problém a hledat řešení. Na

Tabulka 1: Mezera v ochraně před riziky – dopady katastrof v roce 2018

Region	Nepojištěné škody (A) (mld. USD)	Ekonomické škody (B) (mld. USD)	Podíl A/B (%)
Severní Amerika	27,6	80,5	34,3
Latinská Amerika a Karibik	3,6	4,9	73,4
Evropa	13,0	20,7	62,8
Afrika	1,1	1,3	84,6
Asie	34,3	54,7	62,7
Oceánie/Austrálie	0,7	2,3	30,4
Ostatní	0,1	0,7	14,3
Svět	80,4	165	48,7

druhé straně je třeba vzít v úvahu, že výše prezentované údaje se týkají pouze jednoho roku, a je nesporné, že v rámci regionů došlo v minulém roce k přírodním katastrofám jen v některých geografických oblastech, které se mohou lišit ve stupni propojištěnosti. To je reálný ukazatel, který vyjadřuje např. počet pojištěných domácností k celkovému počtu domácností v daném regionu nebo státě. Záleží samozřejmě i na druhu přírodní katastrofy, neboť např. všechna živelní rizika nemusí být v rámci daného pojištného trhu kryta. V případě Evropy se určitě jedná v roce 2018 o mezeru v ochraně před riziky, která neodpovídá úrovni evropského pojišťovnictví. Údaje obsažené v této tabulce v zásadě opravňují k vymezení jak výše uvedených, tak i dalších otázek.

Faktory ovlivňující celkové podpojištění

Experti Ženevské asociace při tvorbě dané studie využili řadu odborných podkladů z akademické i neakademické sféry a sestavili soubor faktorů, které ovlivňují celkové podpojištění ve vyspělých zemích. Tento přístup má vědecký charakter a je vhodné jej alespoň ve formě přehledu prezentovat (viz tabulka 2).

Tabulka 2: Faktory ovlivňující celkové podpojištění

Chování / behaviorální ekonomika	podjatost, vnímavost, důvěra
Ekonomika	finanční dostupnost, majetek, hodnota peněz, asymetrie informací
Sociálně-demografické faktory	věk, předpokládaná doba dožití, urbanizace, vzdělání
Kultura	averze vůči riziku, postoje, náboženství
Institute	právní prostředí, regulační rámec, angažovanost veřejného sektoru

Zdroj: Ženevská asociace

Faktory vymezené v tabulce 2 jsou ve studii podrobně rozebrány na celkem sedmi stranách. Zájemci o tuto problematiku mají možnost se s vysvětlením Ženevské asociace blíže a komplexně seznámit. V tomto článku je žádoucí si aspoň na příkladech osvětlit přístup zpracovatelů studie. Podle nich je celkové podpojištění ovlivněno též veřejným sektorem. Má se na mysli případ, kdy pomoc státu nahrazuje pojištění. Je to dokumentováno na činnosti Národního programu pro pojištění pro případ povodně (*National Flood Insurance Program*) v USA, kdy zvýšení průměrné dotační podpory snižuje průměrné pojistné krytí o více, než činí výše dotace. Dalším příkladem může být poskytování dlouhodobé péče na základě rozhodnutí japonské vlády, jež téměř eliminovalo soukromé pojištění pro případ dlouhodobé péče. Nemusí tomu ale tak být vždy, protože případné mezery v dlouhodobé péči mohou naopak vyvolat

větší zájem o pojištění či připojištění. V rámci globálního pohledu nelze opomíjet ani náboženství. Poptávka po pojištění může být v dané zemi světa ovlivněna unikátní kulturou a jejím účinkem na averzi obyvatel vůči rizikům. Dle expertů Ženevské asociace je údajně např. ověřeno, že v zemích s islámskou populací existuje menší (redukováná) poptávka po životním pojištění, na kterou bezesporu působí tamní náboženství.

Závěry ze zjišťování postojů spotřebitelů

Ženevská asociace upozorňuje, že daný výzkum odhalil značnou diskrepanci ve znalostech a vnímání spotřebitelů. Ti v podstatě správně chápou funkce a potenciální přínos pojišťovnictví pro společnost, ale mají malé znalosti o vnitřním fungování tohoto oboru. Pociťují nedostatek transparentnosti a jejich odvozené negativní názory mají nesporný dopad na poptávku. Padesát tři procent respondentů se vyjádřilo, že má špatnou zkušenost s pojišťovnictvím. Mezi tři největší „bolesti“ klientů patří: komplikované oznamování a likvidace pojistných událostí, složitost pojistných produktů a neuspokojivá protihodnota. Dvě třetiny respondentů pokládají pojistné produkty za komplikované a obtížně pochopitelné a tři čtvrtiny je mají za nákladné. Někteří respondenti, pokud jde o soukromé zdravotní pojištění a pojištění obytných nemovitostí, sdělili, že nemají v úmyslu sjednat jakékoli pojištění ani v budoucnu. Nejčastější zábranou je pro ně finanční nedostupnost. Finanční gramotnost potvrdili čtyři z 10 respondentů, existuje tedy prostor pro vzdělávací akce pojistitelů. Za zajímavé lze určitě pokládat zjištění, že pouhé uvolnění a zjednodušení nákupu pojištění (např. i využíváním aplikací chytrých telefonů) není relevantním faktorem, který by sám o sobě mohl povzbudit dodatečnou poptávku po pojištění. Z průzkumu vyplynulo, že budoucí distribuce pojištění zůstane podle názoru respondentů vícekanálová. Padesát pět procent z nich uvedlo, že preferují jako prodejní kanál síť pojišťovacích zástupců.

Ženevská asociace v závěru studie formulovala následující doporučení: renovovat tradiční přístup k produktové komunikaci; zlepšit postupy při likvidaci pojistných událostí (např. řešit složitost oznámení o škodní události, neodůvodněné odmítnutí plnění, opožděné výplaty plnění); vytvořit vícekanálovou distribuci (přes potvrzení významu pojišťovacích zástupců je nutno počítat s růstem významu digitalizace); reagovat na přání klientů, pokud jde o potřebu finančního vzdělávání. Přínos její studie tkví nejen v těchto doporučeních, ale i ve vymezení pojmů „mezera v ochraně před riziky“ a „mezera v pojistné ochraně před riziky“. V budoucnu by ale bylo žádoucí zabývat se v souvislosti s „celkovým podpojištěním“ ještě stanovením zmíněného „ekonomického optima“. Je účelné též zvážit, zda lze v tomto případě přijmout jako český ekvivalent tohoto „underinsurance“³ např. výraz „celkové podpojištění“.

1 The Geneva Association. Underinsurance in Mature Economies. June 2019. [on-line]. [citace 2019-11-12]. Dostupné z: <https://www.genevaassociation.org/publications/research-reports>.

2 Swiss Re Institute (SRI). Natural catastrophes and man-made disasters in 2018: „secondary“ perils on the frontline. Sigma 2/2019. [on-line]. [citace 2019-04-27]. Dostupné z: <https://www.swissre.com/institute/research/sigma-research.html>.

3 Je vhodné doplnit, že se v pojišťovnické praxi používá také pojem „take-up rate“, zvláště v USA, kterému odpovídá český pojem „propojištěnost“. Jde o podíl počtu osob, jež sjednaly pojištění, vůči celkovému počtu vlastníků obytných nemovitostí (např. pojištění pro případ povodně). Propočít může být proveden pro vybraný region nebo stát apod.

Konference pojištného trhu 2019

Redakce *Pojištného obzoru*

V Kongresovém centru ČNB proběhla 4. konference pojištného trhu, na téma „Insuring Healthy Future: Soukromé zdravotní pojištění a produkty dlouhodobé zdravotní péče“. Jednotlivé diskuzní panely, za účasti vrcholných představitelů českého i evropského pojištnictví, nastolily četné otázky v oblasti, jejíž řešení se s ohledem na demografický vývoj populace stává čím dál tím naléhavější. Konferenci navštívilo téměř 300 zájemců z řad pojišťoven a odborné veřejnosti; několik stovek diváků ji sledovalo v on-line přenosu.

Osobní záštitu nad konferencí převzal guvernér ČNB Jiří Rusnok, který pojišťovníckému sektoru popřál, aby si uchoval své zdraví, a apeloval přitom na nutnost dostatečné prevence. Tu spatřuje ve znalosti rizikového profilu a v kvalitním řízení rizik managementy pojišťoven. Odolnost vůči zátěžovým testům totiž nijak nesnižuje jejich odpovědnost.

„Smyslem naší konference je udělat něco nového a dobrého, co změní náš sektor na dlouhou dobu. Chceme ukázat, že soukromá participace na financování zdravotní péče je možná a potřebná. Že není asociální, ale že ve skutečnosti otevírá daleko širšímu počtu osob naději na důstojnou, dostupnou a kvalitní péči bez zásadních dopadů na jejich rodiny, bez úplatků a beze strachu o budoucnost,“ přivítal všechny přítomné Jan Matoušek, výkonný ředitel ČAP a ČKP.

V inspirativní prezentaci poukázal profesor Pavel Pafko, uznávaný chirurg, na alarmující statistiku: podle údajů WHO člověk navštíví lékaře průměrně až sedmkrát za rok, zatímco v ČR 11krát za rok. Profesor Hiroaki Miyata z tokijské Univerzity Keio se podělil o japonské zkušenosti se systémem zdravotní péče: „Musíme se naučit zvládat a řešit nikoliv jen nemoc, ale i celkovou pohodu člověka. Je potřeba podporovat zdraví, které by mělo být životním cílem, ne pouze jakousi životní situací.“

První panelovou diskuzi, zachycující mezinárodní zkušenosti, reprezentovali: Charles Low, poradce, Insurance Europe; Bastian Biermann, Asociace německých soukromých zdravotních pojišťoven; Peter Eichler, člen představenstva, UNIQA Österreich Versicherungen AG a UNIQA International AG; Jos G. Breit, ekonom, Nizozemská asociace pojišťoven. „Každý produktivní člověk v Německu financuje tři seniory – avšak brzy to bude již sedm, což je neudržitelné,“ upozornil Bastian Biermann, přičemž Peter Eichler dodává, že zajištění dlouhodobé zdravotní péče v patřičném rozsahu by napomohla adekvátní politická rozhodnutí, jímž by měla předcházet rozsáhlá diskuze.

Na téma „Zapojení soukromého sektoru do financování zdravotní péče“ v dalším panelu hovořili: Ivo Hlaváč, předseda Sekce zdravotnictví a sociálních služeb,

Hospodářská komora ČR; Pavel Hroboň, řídící partner, Advance Healthcare Management Institute; Robert Kareš, předseda představenstva, Pojišťovna VZP; Dieter Pscheidl, ředitel pro evropské záležitosti, Vienna Insurance Group AG; Filip Vrabel, náměstek ministra zdravotnictví. Robert Kareš uvedl: „Bylo by dobré, ať už pro pojištění dlouhodobé péče, či soukromé zdravotní pojištění, vytvářet nějaké stimuly, tzn. motivovat jak zaměstnavatele, aby na to přispívali, tak i plátce, např. z hlediska daňových odpočtů.“ Dlouhodobá zdravotní péče představuje jednu z velkých výzev, které nás čekají, a to nejen v oblasti zdravotnictví, ale zejména v oblasti sociální péče, neboť kapacita lůžkových zařízení už dnes v zásadě nepostačuje poptávce, nastínil Filip Vrabel.

V panelové diskuzi věnující se produktům dlouhodobé zdravotní péče zasedli: Vladimír Bezděk, ekonom a konzultant, EY; Filip Král, člen představenstva, Kooperativa pojišťovna, a. s., VIG; Ivo Foltýn, zakladatel a řídící partner, Ambeat Capital; Marek Ditz, výkonný ředitel, Supernius; Eva Zamrazilová, předsedkyně, Národní rozpočtová rada. Problém tkví zčásti v jeho roztržitém mezi dvě různá ministerstva, ačkoliv řešení vyžaduje jednotnost. Nicméně věci by též napomohla změna myšlení veřejnosti: klienti jsou totiž mnohdy schopni zaplatit za vyšetření svého zvířecího mazlíčka částky, které za léčbu svoji nebo svého bližního vydat odmítají.

Celou konferenci a nastolené otázky v posledním panelu shrnuli: Mojmír Hampl, ředitel služeb pro finanční sektor, KPMG; Martin Diviš, prezident ČAP a předseda představenstva Kooperativa pojišťovny, a. s., VIG; Roman Juráš, generální ředitel a předseda představenstva, Česká pojišťovna; Dušan Quis, předseda představenstva, Allianz pojišťovna; Maurick Schellekens, generální ředitel, NN ČR a SR.

Martin Diviš na závěr konference zdůraznil: „Srovnáme-li české pojištnictví s tím evropským, obecně nám moc produktů nechybí. Produkty dlouhodobé zdravotní péče jsou poslední klíčovou věcí, kterou v rozvinutých státech mají, zatímco my ji v ČR z nějakého důvodu postrádáme. Pokud se nám podaří prosadit oblast soukromého zdravotního pojištění, projeví se to ve zlepšení celého systému.“



Zdroj: ČAP

Konference pojistného trhu 2019



Zdroj: ČAP

Jiří Rusnok



Zdroj: ČAP

Jan Matoušek vítá účastníky 4. konference pojistného trhu



Zdroj: ČAP

Zleva: Filip Vrubel, Robert Kareš, Pavel Hroboň



Zdroj: ČAP

Maurick Schellekens

Personální změny

Lucie Teisler / partner / Anderson Willinger

Andrea Kyslanová / associate / Anderson Willinger

Foto: D.A.S.



Tomáš Smolík

D.A.S.

Tomáš Smolík, ředitel úseku likvidace škod

Řízení úseku likvidace škod v pojišťovně právní ochrany D.A.S. převzal firemní (*inhouse*) právník a *compliance* manažer Tomáš Smolík. Mezi jeho hlavní kompetence spadá řízení zkušeného týmu právníků-likvidátorů, posuzování složitějších právních případů, kooperace s obchodním úsekem či komunikace se spolupracujícími advokátními kancelářemi. Do D.A.S. přišel z České pojišťovny, kde měl jako právník na starosti nejen přípravu a připomínkování smluv či právní podporu při řešení pojistných podmínek a dalších interních procesů a záležitostí, ale např. také ochranu osobních údajů. Do roku 2011 také figuroval jako právník v rámci České kanceláře pojistitelů. Vystudováno má právo na Univerzitě Karlově.

Generali Česká pojišťovna

Katarína Bobotová, chief HR a strategy officer

Katarína Bobotová je od července 2019 ředitelkou strategie a od října téhož roku také ředitelkou HR. Před svým příchodem do České pojišťovny (nyní Generali České pojišťovny) působila ve slovenské Generali na pozici šéfky HR a strategie. Devět let pracovala v jedné z největších evropských personálních agentur Grafton Recruitment, kde zastávala mj. i pozici *country* manažera pro Slovensko. Vystudovala ekonomiku a management na Slovenské poľnohospodárskej univerzite v Nitře.

Generali Česká pojišťovna

Pavol Pitoňák, člen představenstva

Pavol Pitoňák, člen představenstva Generali České pojišťovny, je s platností od 1. ledna 2020 jmenován obchodním ředitelem pojišťovny. Předtím zastával pozici pojišťnětechnického ředitele České pojišťovny (nyní Generali České pojišťovny). Pavol Pitoňák má dlouhodobé zkušenosti s vedením finančních institucí. Na manažerských pozicích pracoval v Generali také v letech

2001–2007. Absolvoval Slovenskou technickou univerzitu, Univerzitu Komenského v Bratislavě a je držitelem titulu MBA z berlínské ESCP.

RENOMIA

Leon Sverdlin, marketingový ředitel

Leon Sverdlin se 1. října 2019 stal marketingovým ředitelem RENOMIA GROUP. Nově je zodpovědný za řízení marketingových aktivit RENOMIA ve střední a východní Evropě. Do RENOMIA přichází z reklamní agentury MarkBBDO, ve které působil 17 let jako kreativní ředitel. V této agentuře měl Sverdlin na starosti práci na kampaních pro významné světové značky. Předtím působil v reklamní agentuře Leo Burnett Praha. Sverdlin studoval výtvarné umění a grafický design.

ČSOB

Radek Hájek, výkonný ředitel retailové distribuce

Radek Hájek se v listopadu 2019 stal výkonným ředitelem retailové distribuce v ČSOB. Pro ČSOB pracuje od roku 2004. Začínal na manažerských pozicích v oblastech financí, účetnictví a kontrolingu. Od roku 2009 zastával funkci *head of finance* a v roce 2012 se stal *chief information officerem*. V této pozici vedl IT agendu skupiny ČSOB. V roce 2015 se jako *digital change zone leader* stal zodpovědným za konceptualizaci a vytváření strategie digitálního bankovníctví skupiny ČSOB podporující transformaci retailového bankovníctví, včetně přípravy implementace plánu. Od roku 2016 byl na pozici *digital channels and innovations leader* zodpovědný za vývoj a údržbu digitálních kanálů a pobočkových aplikací ČSOB a také za inovace v celé skupině ČSOB.

RSBC

Tomáš Vysoudil, obchodní ředitel

Novým obchodním ředitelem investiční skupiny RSBC se stal Tomáš Vysoudil. Ve skupině finančníka Roberta Schönfelda je od prosince 2019 odpovědný za oblast marketingu, obchodu a udržování strategických vztahů s klíčovými partnery. Do RSBC Tomáš Vysoudil přišel z České pojišťovny a skupiny Generali, kde byl od roku 2015 členem představenstva České pojišťovny a předsedou dozorčích rad společností ČP Distribuce a Nadace GCP. Na starosti zde měl primárně rozvoj distribučních cest a obchodní strategii. Předtím působil pět let v Allianz pojišťovně, kde z pozice obchodního ředitele a člena představenstva penzijní společnosti odpovídal za kompletní obchodní strategii a distribuci. Vystudoval Univerzitu Jana Amose Komenského Praha, kde také získal doktorát z oboru andragogika a management.

Šomážní pojištění průmyslových podniků

Redakce *Pojistného obzoru*

Následující příspěvek byl publikován v *Pojistném obzoru* č. 32 dne 5. prosince 1924.

Šomážní pojištění průmyslových podniků.

JUDr. Josef Svojtka, ředitel akc. poj. „Alliance“.

Není dnes zajisté třeba mluvit o nutnosti pojištění požárního u průmyslových podniků a přece nejsou řídké případy škod při nichž jsou průmyslové podniky nedostatečně zabezpečeny proti škodám požárním. Praktický důsledek toho se pak jeví v odškodném, jež se vyplácí v stejném poměru, jako se má pojištěná částka ke skutečné pojistné hodnotě.

Takové ztrátě se dá arcíť snadno zabrániti přesnou evidenci pojištěných částek na podkladě hodnot, odpovídajících skutečnosti dnes tak mnohotvárné a měnivé. A jak velký význam se této evidenci přikládá, je vidět z okolnosti, že organizace průmyslníků na stále se ozývající přání svých členů zřizují zvláštní revisní kanceláře, jež hájí zájmy jejich pojištěných členů, zvláště když soukromé kanceláře revisní někdy nejsou s tento úkol.

Ale i když jest průmyslník dík své přesnosti a prozíravosti v případě požární škody pojištěn proti ní plně, tedy na 100% a dostane tudíž od požární pojišťovny náhradu, za niž může uvést poškozený podnik do dřívějšího stavu tak, aby mohl zase zahájit výrobu, utrpí přece jen mnohdy další škodu, často větší než je hmotná na budovách, strojích, zařízení, zásobách, jak ukazují četné praktické případy.

Nemyslím tím „škodu“, vyplývající z přirozené snahy vybudovati poškozený podnik, jenž byl snad postaven před mnoha desítkami let a nebyl tudíž vyzbrojen všemi vymoženostmi, jež vyžaduje dnešní stav techniky a průmyslové výroby, moderně a vypraviti jej lépe, než byl dosud. Poněvadž hradí pojišťovna požární škodu podle skutečného stavu v den požáru, jest přirozeno, že náklad spojený s modernisováním podniku požárem poškozeného, jde na vrub vlastníka podniku a není ani škodou v pravém slova smyslu, ježto se tím hodnota podniku jen zvýší. Mám spíše na mysli škodu, již utrpí průmyslník v případě požární škody, jež tkví v důsledcích škody požární a jež není pojistkou požární kryta.

První důsledek požární škody v provozovně podniku samé jest, že musí býti zastavena výroba buď z části nebo zcela, podle toho, která výrobní oddělení byla požárem postižena.

V podniku, v němž jest provedena dokonalá dělba práce, podle zásady, snížení výrobní náklady na nejnížší míru, nastane tím, že jeden článek ve výrobní stupnici podniku byl požární škodou vyřazen z výroby, podle okolností i úplné zastavení výroby po dobu, již bude zapotřebí, aby byl poškozený článek zase zapojen do výrobního řetězu.

Další důsledky vyplývají pak již logicky z prvních.

Nejen, že průmyslníku ujde zisk po dobu přerušené výroby, také značné výlohy správní běží dále, úředníků a cvičených dělníků nemůže propustiti, protože jich při zahájení výroby bude zase potřebovati, z daní musí platiti přes to, že nevyrábí, značnou část dále, rovněž tak hypotekární úroky a pojišťovací premie a ježto jest snad každý průmyslový podnik odkázán dnes na bankovní úvěr, zaujímá i položka debetních úroků bankovních nikoliv poslední místo v celkové režii průmyslového podniku, nehledě na amortisaci a jiné snad ještě správní výlohy, pro něž zřetelem na přerušenu výrobu není úhrady.

Všechny zde vyjmenované položky ztrátové mohou býti ve svém úhrnu po případě velmi značné, často značnější, než je hmotná škoda požární sama.

Stačí, aby byla požárem zničena kotelna, aniž jsou při tom ostatní oddělení výrobní dotčena, a škoda, vyplývající z ušlého zisku a neuhrazené režie po dobu, již bude zapotřebí, aby byla zase kotelna zřízena tak, aby byla schopna provozu, může činiti několikrát násobek škody požární.

Jest na snadě, že průmysl, který se chrání proti hmotným škodám požárním, má jistě zájem, aby přesunul i risiko, vyplývající z důsledků hmotné škody požární co do ušlého zisku a neuhrazené režie po dobu přerušené výroby rovněž na pojištovnu — najde-li se jaká, a budou-li podmínky, za nichž by pojištovna převzala i toto risiko, uzpůsobeny tak, aby jednak nezatěžovaly jeho režii, v průmyslu beztak již velmi značnou, jednak, aby bylo lze stanoviti v případě škody požární náhradu ušlého zisku a neuhrazené režie na základě skutečné ztráty, předpokládajíc ovšem obdobně jako při pojištění požárním, že bude podnik i proti následkům přerušení výroby pojištěn plně — tedy na 100%.

Moderní požární pojištovny uzavírají pojištění i proti šomáži, t. j. právě proti následkům přerušené výroby.

Chômage jest francouzský význam pro zastavení provozu. Ve smyslu podmínek pojištění šomážního jde však vždy toliko o přerušení provozu, způsobené požárem, výbuchem nebo bleskem, kdežto jiné možnosti zastavení provozu, jako na př. stávka, nedostatek surovin, hospodářská stagnace, povodně, průtrž mračen atd., do pojištění zahrnuty nejsou jednak proto, že u nich jde buď o možnost příliš subjektivního zásahu pojištěncova, jednak o případy, které se vyskytují jen sporadicky a zřídka, tak že zájem o pojištění i proti nim nebude nikdy značný. Tím odpadá také možnost vyrovnávati jednotlivá risika, což je se stanoviska pojistně technického pro každé pojišťovací odvětví nezbytnou podmínkou. Jedině snad šomáž, vyplývající z poškození strojů, by mohla býti spíše předmětem pojištění, avšak ani tato eventualita není, zatím alespoň, do pojištění šomážního zahrnuta.

V bývalém Rakousku provozovaly pojištění šomážní před válkou dvě anglické pojištovny a to Commercial Union a Excess. Když pak vypukla světová válka a oběma společnostmi byla další činnost zakázána, nastoupily na jejich místo roku 1915 dvě německé pojištovny a to: Basilejská pojišťovací společnost proti požáru (jejíž sídlo jest v německé části Švýcar) a Securitas, akciová společnost pro pojišťování požáru v Berlíně, která splynula roku 1921 s akciovou společností Alliance, největší dnes živelní pojišťovnou v Německu.

Z domácích ústav se zabývá ve větším měřítku pojišťováním šomážním toliko Pražská městská pojišťovna, která získává v poslední době dosti obchodů i přes nynější stagnaci hospodářskou.

Ježto jest mně známo, že v mnohých případech průmyslníci nechtěli uzavřít pojištění šomážní proto, že se obávali značné premie, kterou omylem počítali z pojištěné hodnoty požární, tedy z hodnoty budov, strojů, zařízení a zásob, připomínám, že při pojištění šomážním se pojišťuje:

a) ušlý zisk z podniku,

b) nutný náklad na stále výlohy provozovací jako platy, mzdy, nájemné, daně, pojišťovací premie, smluvené úroky z vypůjčených nebo vložených peněz, amortisace, po př. ještě jiné zvláštní položky. Podle volby pojištěncovy pojisti se také pouze jednotlivé položky, zvláště označené, vždy však jest pojistiti příslušné částky ve výměře celého účetního roku.

Z částky, jež jest úhrnem jednotlivých zde vyjmenovaných položek, se platí premie, vypočtená na základě požární sazby pro příslušnou tarifní položku, násobené koeficientem 1.75, čili jinými slovy: k základní požární sazbě tarifní se připočítává 75%; při tom se poskytuje sleva třídní, montánní a dobová obdobně jako u pojistky požární a v téže procentuální výši. Pokud platí některé pojištěné podniky při pojištění požárním tak zvanou výbuchovou přírážku, jest ji počítati i při pojištění šomážním a i tu se příslušná sazba požární násobí koeficientem 1.75.

Jak patrně, jest premiová sazba šomážní značně vyšší než při obyčejném pojištění požárním. Jednak přicházejí totiž u pojištění šomážního zpravidla poměrně menší pojistné hodnoty v úvahu než u pojištění požárního, šomážní škody však právě naopak mnohdy bývají poměrně značnější než škody požární, jednak není dosud značná část průmyslových podniků proti šomážním škodám vůbec pojištěna. Zvětší-li se však okruh šomážních pojištěnců alespoň přibližně ve stejném rozsahu jako u pojištění požárního, bude lze jistě snížit premiovou sazbu šomážní, sotva ovšem tak, aby byla stejná jako u pojištění požárního.

Premiová sazba šomážní jest dále počítána vždy v předpokladu, že pojišťovna bude uhrazovati v případě škody ušlý zisk a nutnou režii nejdéle po 12 měsících.

Pakliže jsou výrobní poměry u některých průmyslových podniků takové, že nemůže býti u nich přerušena výroba i při sebe větší škodě požární po dvanáct měsíců a že tedy mohou zahájit výrobu v dřívějším rozsahu již dříve i při škodě katastrofální, lze již předem v dohodě s pojišťovnou omeziti tuto normální dvanaříměsíční odškodňovací dobu, při čemž pojišťovny šomážní poskytují za každý měsíc, o nějž se jejich odškodňovací povinnost již předem zmenší, 5%, nejvýše 30% slevy, což by tedy odpovídalo nejvyšší odškodňovací době šestiměsíční.

Na první pohled by se zdálo, že není tato sleva úměrná snížení odškodňovací doby a že by měla činiti na příklad: při šestiměsíční odškodňovací době 50% normální roční premie a při osmiměsíční 1/3, ve skutečnosti však činí tato odškodňovací sleva při šestiměsíční době odškodňovací toliko 30% a při osmiměsíční jen 20%. Jest totiž při tom uvážiti, že poměrně větší část škod šomážních vyplývá z okolnosti, že jest výroba přerušena na několik neděl nebo měsíců, kdežto šomážní škody, jež by trvaly celý rok, se vyskytují poměrně méně často. Jde tudíž i při zkrácené odškodňovací době největší část škod na vrub pojišťovny a jest tedy tato zdánlivě nepoměrná sleva se stanoviska pojistné technického úplně správná.

Ale i v případě, že by se pojištěnec a pojišťovna dohodli předem, že odškodňovací lhůta bude menší než 12 měsíců, že by však přerušeni výroby v případě škody pak přece trvalo přes nejvyšší odškodňovací dobu předem stanovenou, hradí pojišťovna

vzniklou škodu, ovšem toliko po dobu v pojistce předem stanovenou, kdežto škody vyplývající z přerušení výroby přes tuto lhůtu jdou na vrub pojištěncův.

Kdyby tedy na příklad byla vzájemnou dohodou snížena normální odškodňovací doba na 6 měsíců, v případě škody pak se ukázalo, že přerušení výroby bude trvat 8 měsíců, tedy by pojišťovna hradila škodu z ušlého zisku a neuhrazené režie na základě pojišťovacích podmínek po šest měsíců. Ztráta, připadající na zbývající dva měsíce, by pak šla na vrub pojištěncův.

Vyplývá z podstaty věci samé, že u tak zvaných *saisonních* podniků t. j. u takových, jež pracují toliko po určité části roku, jest snížení odškodňovací doby vzájemnou dohodou jež předem vyloučeno, protože jest u nich, jako na příklad u cukrovarů, celá výroba soustředěna již předem na několik jen měsíců a jest tedy u nich možnost tak zvané totální škody mnohem častější, než u podniků pracujících nepřetržitě po celý rok.

Jak již z pojmu šomážního pojištění vysvitá, jest předmětem tohoto pojištění ušlý zisk a neuhrazená režie, nemůže tedy býti z titulu tohoto pojištění hrazena škoda věčná, s jedinou jen výjimkou. Jakmile nastane škoda, jest totiž pojistník povinen pečovat podle možnosti o odvrácení a zmenšení škody co do přerušené výroby. Veškerá, tedy i věčná opatření pojistníkovy v tomto směru jdou při tom na vrub pojišťovny, byť i zůstala bez výsledku, pokud jen mohl pojistník pokládati tato opatření za účelná a vhodná.

Při likvidaci škody samé se postupuje obdobným způsobem jen výši škody, nýbrž i dobu, po kterou musí následkem škody požární podnik výrobu zcela nebo z části přerušiti.

Při určování výše škody jest ovšem přihlížeti k výrobním a tržním poměrům příslušného průmyslového odvětví v den škody a k celé řadě jiných momentů, z jejichž úhrnu pak znalci stanoví často snad jen přibližně, ale přes to dosti přesně výši škody.

Pojišťovny šomážní žádají také při tom, aby jim byly předkládány bilance za poslední tři léta. Tento požadavek však za dnešních poměrů nemá valné ceny, ježto tyto bilance mají býti jen jakousi fotografií předcházejících tří výrobních období, jež by byla v normálních poměrech jakousi směrnicí pro znalce, že by podnik požárem postižený byl pracoval v přibližně stejném rozsahu, jako v předcházejících letech, i po dobu přerušené výroby kdyby právě nebyl postižen škodou požární. Za nynějších poměrů však, kdy se situace průmyslu mění téměř každý měsíc, takové směrnice pozbývají svého praktického významu.

Celkem pak možno říci o zjišťování škody šomážní, že závisí od výběru vhodných znalců pro obě strany, což konec konců platí i pro zjišťování škod požárních.

Jak z tohoto nástinu vyplývá, tvoří pojištění šomážní důležitý doplněk pojištění požárního, zaručujíc průmyslu stabilitu v případě, že je výroba přerušena požárem, výbuchem nebo bleskem, což má zejména velký význam při dobré konjunkturu; avšak i za dnešní poměrné stagnace průmyslové neztrácí toto pojištění na své důležitosti, ježto se, jak již řečeno, poměry velice rychle mění a požární škoda, vzniklá za naprosté stagnace v příslušném průmyslovém odvětví, může svými důsledky zasáhnouti právě do doby, kdy by podnik, postižený nezaměstnaností, mohl zase ztráty z toho vyplývající dohoniti a jest tedy v případě škody postižen vlastně dvojnásob.

Financial Statement and Planning Processes under IFRS 17

Jakub Šiška / insurance-related consultancy manager / Deloitte
Miroslava Bednářová / senior insurance-related consultant / Deloitte

Careful preparation of financial statement processes that will allow more automated and faster presentation of financial results may simplify the activities carried out by insurance companies under IFRS 17.

The authors of this article work on IFRS 17 projects with various European insurance and reinsurance groups, they have made the experience that the time remaining to the force of IFRS 17 accounting standard is used both for defining clearer methodological rules for actuarial calculations and for investigating and setting the processes related to financial statement and planning. Along with speeding up these processes, the goal is to refine the financial statement by using the automation potential and by accelerating routine operations. Nowadays, these operations are carried out when reporting under Czech accounting standard or under IFRS 4 (e.g. extracting financial statement data from source systems, archiving of individual interim results, posting results, etc.). Direct impacts on local market comprise often short time for providing financial statement results (often within 10 to 15 after the end of the accounting period). Hence, complying with such requirements is demanding as several departments providing input for the financial statement have to cooperate and as it is necessary to take into account the runs of actuarial models.

Insurance companies – in order to be able to meet the deadlines – focus on checking the process of financial statement. This step is not simple; due to the changes introduced by the standard in relation to the financial statement one cannot rely on the existing process of financial statements used for Czech accounting standard or for IFRS 4. The IFRS 17 process is similar to the process of preparing inputs for reporting under Solvency II (e.g. required data quality and defining best estimates of future cash flows arising from insurance policies). However, it introduces also own changes that must be reflected. How should we approach the exploration and improvement of a process that includes so many changes?

Refining IFRS 17 implementation with the process analysis

Process analysis defines individual activities, their dependencies, responsible persons and affected systems. The main benefit one can expect from the analysis is the visualisation of the connections of all steps necessary for timely finalisation of financial statement. This does not comprise only the detailed description and drawing maps of existing processes. As for the emerging process of financial statement under IFRS 17, the process analysis will allow:

- defining areas and activities that did not yet exist or had no owner;
- defining business requirements necessary for modifications, connection of development of IT systems;
- assessing the feasibility of application of individual methodological requirements;
- highlighting the most risky parts of the process and setting check mechanisms;
- confirming and visualising the process time line.

The most common way of introducing process approach into the IFRS 17 implementation relates closely to the actual progress of the entire project. To avoid starting from the scratch, we show the companies how to take the existing process as a starting base, i.e. processes such as Solvency II or IFRS 4 reporting. These processes may comprise several steps and activities required also under the IFRS 17 (e.g. defining best estimates of future cash flows arising from insurance policies or calculating risk margin). These inputs then allow creating the first draft of financial statement process under IFRS 17, splitting up the process into two blocks (e.g. collecting source data about insurance policies, IFRS 17 calculations, posting, etc.) and then checking them and modifying them as needed. This is then often followed by workshops with owners of individual activities in order to adapt the process to be compliant with methodological requirements under the new standard. Once the processes are ready, one can use them as the testing input and for the alignment of the actual timing of the financial statement.

IFRS 17 provides new complexity of financial statement processes

Main changes one can expect in the emerging financial statement process can be divided into several categories. First one is the complexity of cooperation across the company. Financial statement process under IFRS 4 already now requires inputs about the sum of actuarial provisions that is usually provided by actuarial departments. However, the IFRS 17 includes much more actuarial estimates into the definition of insurance liabilities (e.g. best estimates of future cash flows). The majority of insurance companies is aware of the communication and cooperation among accounting and actuarial departments that will be required under the new standard. This brings along not only the

issue of handing over data and their flows for which clear checks and rules will have to be defined, but also the issue of defining the responsibility among owners of newly defined parts of processes. It will be often necessary to define the responsibilities across companies within international groups.

IFRS 17 brings along also new requirements regarding the calculation granularity and final results. Whereas the existing statements under IFRS 4 were often drafted on the level of company or insurance lines of business, IFRS 17 requires many outputs on the level of portfolio and groups of policies¹. Manifold amounts of actuarial estimates or accounting values will have to be defined on the level of groups of policies. The final granularity is in many cases higher as compared to the one for which the majority of IT systems is ready; this requires new adaptations as well as additional calculations of potential allocations, if adaptations cannot be made. These calculations and allocations provide further potential for automation and generate the need for setting check mechanisms providing for accuracy and verifiability of accounting values.

As already said above, the next change is the necessity for accelerating the process of actuarial calculations in order to have the outputs faster as compared to the current situation. Reporting inputs into Solvency II (e.g. technical provisions, incl. risk margin) are often available only two months after the end of the respective accounting period. However, the inputs for IFRS 17 are usually expected by the companies within 2 to 3 weeks after the end of the respective accounting period. Various available strategies may help with complying with these deadlines, among others:

- automation – using RPA (robotic process automation) or workflow tools;
- thorough tests and checks during the preparation phase – to make sure that the right changes are implemented;
- data approximation – processing selected calculations before the end of the respective accounting period.

Standard will bring along increased requirements also for the forecast and planning process

The necessity to define and prepare new financial statement process influences also the planning process for next periods. Given the effort dedicated to drafting financial statement, it is no surprise that majority of companies foresees using the new connections also in planning and forecast processes. Changes in existing processes may comprise introduction of full-fledged simulation of the financial statement processes (incl. calculating forecast of cash flow and final IFRS results) based on the same granularity also for the next period. Financial statement and planning processes differ naturally by the use of IFRS calculations and by the systems in which they are used. As for financial statement, data enter accounting systems; as for forecast and planning, automated solutions are not always used for further operations. One of the options how to proceed in such cases may be developing own solution (e.g. in Excel) or implementing and using visualisation and planning tools that will allow automation and clear

interpretation of assumed results. Given the time line, the issue of presentation of future result plans may be even more urgent than the setting of the entire financial statement, mainly due to the approaching need to plan future periods that will comply with the new standard.

What will local companies implement themselves and where can they rely on their parent companies?

One of the issues of the standard implementation includes the division of local and central activities and responsibilities. International groups support the implementation carried out by the affiliated companies both methodologically and by providing access to central IT structure necessary for the financial statement. However, they fail to help with reflecting the local specifics. International methodological rules often cannot cover impacts of Czech legislation on the product definition as well as local specifics of individual portfolios. Hence, the actual financial statement process remains in the responsibility of local companies in spite the used infrastructure being available centrally. This usually requires detailed description of data flows and setting of automated data quality checks that may affect also the local primary systems which makes the preparation of the entire implementation more demanding.

What can one expect during implementation and what one should pay attention to?

Similarly to all major change projects, you should expect the necessity to have sufficient capacities in project teams and of key experts. This means, along with the project support, also the sufficient availability of methodological, modelling and accounting experts including active IT support. The risk of “getting stuck in the methodology” can be seen as a separate category. The standard is specific by its own methodological requirements that are difficult both to calculate and to interpret. We have experienced that significant time and sources were dedicated to a perfect definition of individual calculations, nevertheless, without the necessary overlap to the systems or process feasibility. The way to avoid this risk includes sufficient communication among stakeholders and a practical approach to the implementation of individual changes and requirements.

One could conclude that even though two and half years remaining to the force of the standard may appear as far future, this period of time is rather necessary for comprehensive approach to the details and changes facilitated by the standard. Time and effort invested into detailed process analysis and then into the implementation of financial statement process pay off not only when setting planning processes, but mainly during actual financial statement. It is the fast and steady financial statement process that is the best self-presentation of a company and will be appreciated by CFOs, shareholders and mainly by all those involved in the processing of financial statements.

1 IFRS 17 Insurance contracts (IASB; 2017; Section 14, Section 16).



Pojistný obzor 4/2019

Odborný čtvrtletník českého pojištnictví
vycházející od roku 1922.
www.pojistnyobzor.cz

Adresa: Česká asociace pojišťoven, Main Point
Pankrác, Milevská 2095/5, 140 00 Praha 4
Telefon: +420 222 350 167
E-mail: libor.hlavicka@cap.cz

Šéfredaktor: Mgr. Libor Hlavička

Redakční rada:

Mgr. Jana Andraščíková, LL.M.;
Nina Desanti Danielowitzová, LL.M.;
prof. Ing. Jaroslav Daňhel, CSc.; JUDr. Zuzana
Hlaváčková; RNDr. Petr Jedlička, Ph.D.; Milan
Káňa; Petr Koblížek; Mgr. Jan Matoušek;
Ing. Jaroslav Mesršmíd, CSc., MBA;
JUDr. Mgr. Drahomíra Murínová; PhDr. Miloš
Novák; Mgr. Ondřej Novotný; Ing. Eva Svobodová;
Ing. Milada Veselá; Mgr. Lucie Žulavská

Sazba:

Identita, s. r. o.
www.identitaweb.cz

Tisk:

QT studio, s. r. o.
www.qstudio.cz

Náklad: 200 kusů

Evidenční číslo:

MK ČR E 1060
ISSN 0032-2393 (print)
ISSN 2464-7381 (on-line)

Publikované příspěvky jsou recenzovány.
Využití článků povoleno pouze se souhlasem
redakce a při zachování autorských práv.

Názory a hypotézy obsažené v jednotlivých
autorských příspěvcích je třeba považovat
za osobní postoje a přístupy autora, nikoliv
za stanovisko instituce, kterou zastupuje nebo
u které je zaměstnán, ani za stanovisko vydavatele,
tj. České asociace pojišťoven,
pokud není uvedeno jinak.



Vydavatel: Česká asociace pojišťoven

© Česká asociace pojišťoven
www.cap.cz



Pojistný obzor je členem Mezinárodní organizace
odborného pojišťovnického tisku.
www.insurancepress.eu

Konference pojistného trhu 2019



Zdroj: ČAP

Účastníci panelové diskuse na téma
„Zapojení soukromého sektoru do financování zdravotní péče“



Zdroj: ČAP

Zleva: Filip Král, Ivo Foltýn



Zdroj: ČAP

Hiroaki Miyata

