

Pojistný obzor

Ročník 89 **2012**

2

Časopis
českého
pojištnictví

EDITORIAL

NA AKTUÁLNÍ TÉMA

Solventnost II je více než nutná regulace, říká prezident EIOPA	4
Mgr. Jan Cigánik	

LEGISLATIVA A PRÁVO

Nový občanský zákoník: Zásadní změny v právní úpravě pojistné smlouvy – část II.	6
JUDr. Jana Čechová	
PhDr. Vladimír Přikryl	
Alternativní řešení sporů: Co přináší návrh směrnice?	10
Ing. Jaroslav Mesršmíd, CSc.	
Věcný záměr zákona o zdravotních pojišťovnách a soukromé pojištění	12
Ing. Jaroslav Mesršmíd, CSc.	
Novinky z legislativy	14
Mgr. Eva Kozojedová	

EKONOMICKÉ INFORMACE

Analýza: Vývoj cen v povinném ručení ohrožuje pojišťovny	18
Mgr. Adam Voldán	
Bankopoištenie je nielen o spolupráci s bankami	20
Ing. Pavol Lím	

POJISTNÉ SPEKTRUM

Pohledem analytika: Co ohrožuje pojistný trh?	23
Ing. Kateřina Lhotská	
SVIPO: Nástroj pro systematické odhalování podvodů napříč trhem	25
Mgr. Ondřej Karel	

ZE SVĚTA

Finanční gramotnost: Češi se zúčastnili mezinárodního projektu	27
Ing. Markéta Svatošová	
Long Term Care: Demografický problém trápí i Francii	30
Ing. Irena Jeníková	
Africké pirátství je globální hrozbou	31
Lloyd's Communications	
Redakce	

Z DOMOVA

Konstantín Alexejenko: Nejdůležitější je dobrý tým	33
Mgr. Jan Cigánik	
Anketa Pojišťovna roku 2011 bez velkého překvapení	35
Ing. Zdeňka Indruchová	
Prezidium ČAP v novém složení	37
Redakce	
Distribuce finančních produktů aneb Výchova klientů v Čechách	38
Redakce	
Vzpomínka na profesora Petra Mandla	40
Petr Bohumský	

INSURANCE DIGEST

Solvency II is more than necessary regulation, says President EIOPA	41
Mgr. Jan Cigánik	



Solventnost II je více než nutná regulace, říká prezident EIOPA

strana 4



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

strana 6



Pohledem analytika: Co ohrožuje pojistný trh?

strana 23



Konstantín Alexejenko: Nejdůležitější je dobrý tým

strana 33

Vážení čtenáři,

optikou trvání lidského života je dosažení jubilea devadesáti let úctyhodným počinem. V oblasti mediální, a u časopisů zvláště, je však takový výsledek naprosto unikátní.

Pojistný obzor si za téměř století své existence vysloužil pověst respektovaného média, které významně napomáhá k orientaci ve světě pojištění. Dávno není jen časopisem úzké skupiny odborníků z pojišťoven či zaměstnanců České asociace pojišťoven. Stále častěji se stává součástí studijních materiálů pro stovky studentů, kteří obor pojišťovnictví či financí studují na řadě vysokých škol. Není se co divit – archiv časopisu ve správě České asociace pojišťoven skrývá nepřeberné množství historicky cenných i relativně „mladých“ informací a odborných příspěvků či analýz.

Náš časopis byl u všech zlomových událostí, které pojišťovnictví v posledních devadesáti letech zažilo. Za tu dobu se podařilo získat, a hlavně udržovat cenné zahraniční kontakty. O tom svědčí členství v Mezinárodní organizaci odborného pojišťovacího tisku PIA nebo aktuální rozhovor s prezidentem EIOPA Gabrielem Bernardinem.

Pojistný obzor má před sebou v dnešní digitální a uspěchané době řadu výzev. Oproti jiným médiím s často jepičím životem má nicméně jednu velkou výhodu – pojišťovnictví a ochrana rizik je obor, který lidstvo provází stovky let bez ohledu na ekonomickou či politickou situaci. Věřím proto, že na tomto základě časopis vybuduje i svou budoucnost.

Pojistnému obzoru přeji pevně „zdraví“ a hodně čtenářů v dalších desítkách let. Zároveň bych rád jménem prezidia ČAP poděkoval redakčnímu týmu a všem autorům, jež svými analýzami, názory a znalostmi do časopisu pravidelně přispívají.



L. Bartoniček

Ing. Ladislav Bartoniček, MBA
prezident České asociace pojišťoven

Vážení čtenáři,

v dnešní moderní a uspěchané době máme tendenci zajímat se především o věci přítomné. Ohlížení se do minulosti se nenosí, a přitom právě její pochopení a vyvarování se chyb bývá tím nejlepším průvodcem přítomností. V tomto kontextu se jeví jako velmi podstatná zpráva, že Pojistný obzor slaví 90 let své existence! Pro někoho to je možná překvapení, ale opravdu je to tak. Pojistný obzor se řadí mezi nejdéle vycházející odborné publikace u nás.

Časopis spatřil světlo světa 1. května 1922 v podobě odborné revue a jeho formát A5 a tenoučké rozsah 16 stran nenasvědčovaly, že by se měl stát klíčovým periodikem pojistného trhu. A přitom už tehdy bylo o čem psát, pojišťovnictví totiž zažívalo v poválečném Československu velký rozmach. Řešila se daňová problematika, chystal se zákon o pojistné smlouvě, na produktovém poli se připravovalo například vskutku nadčasové pojištění leteckých rizik. A o tom všem Pojistný obzor aktuálně a hlavně kontinuálně informoval.

Vůbec pojem kontinuita je ve spojení s časopisem tím klíčovým slovem. Vždyť vycházel nepřetržitě až do roku 1944, kdy bylo jeho vydávání z málo čitelných avšak pochopitelných důvodů pozastaveno. O 12 měsíců později Pojistný obzor opět ožívá a s menšími úsměvnými momentkami, jako byly například otisky čtenářských básní, vychází dodnes.

V průběhu let Pojistný obzor několikrát změnil svoji podobu a formát. Vždy to však byl krok, který časopis posunul dále a přiblížil ho čtenáři. Ta nejaktuálnější změna proběhla v roce 2008, kdy se z měsíčníku stal čtvrtletník. Výrazným způsobem se proměnil i layout, jenž se snaží držet moderních časopiseckých trendů, přitom respektuje konzervativní linii tak obvyklou pro pojišťovnickou sféru. Pojistný obzor získal také svoji internetovou podobu. Pravidelný čtenář najde na webu www.pojistnyobzor.cz detailní popis aktuálního čísla, editorial šéfredaktora a vybraný článek k přečtení zdarma. Hlavní devízou webu je ale bohatý archiv, ve kterém jsou k dohledání až deset let stará vydání.

Pojistný obzor má před sebou bezesporu řadu výzev, ta nejdůležitější však zůstává stále stejná. A to nabízet za každé společenskopolitické situace aktuální a informačně hodnotnou pojišťovnickou publicistiku. V době překotného informačního a technologického vývoje je nezbytné, aby se časopis dokázal modernímu světu přizpůsobit. Přitom však i nadále nesmí zapomínat na svoji tradici a poslání. Není to jednoduchý úkol. Pomyslná laťka je nastavena velmi vysoko. Jsem ale přesvědčen, že tuto roli dokáže bezesbýtku naplnit. K devadesáti letům existence proto Pojistnému obzoru přeji, aby si zachoval tvář a i v dnešní nelehké době navázal na svoji historickou úlohu. Dovolte mi poděkovat současným i bývalým členům redakce a redakční rady, kteří se na vývoji Pojistného obzoru podíleli. Zvláštní poděkování pak patří samozřejmě autorům. Bez jejich přínosných a originálních příspěvků by nejen Pojistný obzor, ale troufám si tvrdit, že i obor pojišťovnictví jako takový, nebyly tam, kde jsou dnes.

Na závěr si dovoluji použít citát jednoho z mých oblíbených klasiků Karla Čapka, sice se exaktně nevztahuje k platformě časopisu, ale i tak je, myslím si, velmi přesný: „Kniha je nejmocnější zbraň národa. Národ, který si váží knih, váží si zároveň své duchovní nezávislosti a neztratí ji, dokud bude mít svou literaturu.“



Tomáš Síkora

Ing. Tomáš Síkora, MBA
výkonný ředitel České asociace pojišťoven

Solventnost II je více než nutná regulace, říká prezident EIOPA

MGR. JAN CIGÁNIK
POJISTNÝ OBZOR

Pane prezidente, děkuji vám, že jste si udělal čas na tento rozhovor. Začneme prosím obecným dotazem – co si myslíte o situaci na pojistném trhu v kontextu pomalu ustupující globální ekonomické krize?

Bez jakékoli nadsázky můžeme konstatovat, že pojistný sektor si v Evropské unii i přes složité ekonomické prostředí dokázal jako celek uchovat svoji stabilitu. Nicméně rizika v pojišťovnictví, která vyplývají zejména ze státního a bankovního dluhu, ale také z makroekonomických vyhlídek, jsou stále příliš vysoká. Je také zapotřebí zmínit i problematiku přetrvávajících nízkých úrokových sazeb, jež na pojišťovnictví vyvíjejí zvláště velký tlak. Podle mého názoru nás ekonomická krize naučila, že nejdůležitější je nevnášet do finančního systému rizika, aniž bychom je dobře ocenili.

Může podle vás nějaká regulace snížit riziko vzniku krizového období na minimum?

Prvořadým úkolem jakékoli regulace není riziko krize zcela vyloučit nebo snížit. Regulace však může vytvořit vhodné stimuly pro to, aby bylo riziko náležitě řízeno a správně oceněno. To je také jeden z účelů směrnice Solventnost II.

Budou mít současné výkyvy na finančních trzích dopad na konečnou podobu Solventnosti II či na způsob její implementace?

Poučení z krizového období musí být součástí Solventnosti II. Je důležité, abychom v budoucnu dokázali krizové situace lépe zvládat a procyklické důsledky zmírňovat.

Evropští pojistitelé se nacházejí v různých fázích přípravy na Solventnost II. Je podle vás reálné, aby byli včas stoprocentně připraveni?

Jsem přesvědčen, že příprava pojistného sektoru na zavedení Solventnosti II obecně probíhá velmi dobře a na požadované úrovni. Každá pojišťovna má nicméně trochu odlišné parametry, mám na mysli například velikost společnosti, úroveň přípravy se může také lišit stát o státu, což ostatně potvrzují i kvantitativní dopadové studie. A právě proto je nyní zásadní, aby všechny pojišťovací společnosti v celé Evropě zcela vážně braly na vědomí časový plán zavedení Solventnosti II v roce 2014. V tomto

Jsem přesvědčen, že pojišťovnictví je konkurenční a inovativní odvětví a mělo by být schopné nabídnout zákazníkům atraktivní „unisexové“ produkty, aniž by to neoprávněně ovlivnilo celkovou úroveň cen.

kontextu vybízí EIOPA národní orgány dohledu, ve vašem případě tedy ČNB, aby se zapojily do intenzivního dialogu se společnostmi na nejvyšší úrovni, tzn. na úrovni vedení. Tato komunikace pomůže orgánům dohledu pochopit a analyzovat plány pojišťoven týkající se zavedení Solventnosti II. Zároveň se tak mohou identifikovat nedostatky, které je zapotřebí napravit a na nichž se musí nutně zapracovat.

Solventnostní kapitálový požadavek

Co se stane, pokud se pojišťovna dostane pod úroveň solventnostního kapitálového požadavku?

Solventnostní kapitálový požadavek je regulační nástroj k monitorování finančního zdraví

Blížící se Solventnost II přináší velké množství změn, které ovlivní pojistný trh – to bylo hlavní téma exkluzivního rozhovoru s prezidentem EIOPA Gabrielem Bernardinem, který navštívil Prahu na pozvání KPMG Česká republika.

pojišťoven a musím zdůraznit, že orgán dohledu bude mít možnost posoudit, zda jeho případné porušení způsobily zásadní nedostatky ve společnosti, nebo těžká situace vyvolaná důsledkem vysoce proměnlivého trhu. Je třeba si uvědomit, že když pojišťovna poruší SCR, nemusí to ihned znamenat, že je nesolventní. Pokud už k porušení solventnostního kapitálového požadavku dojde, zahájí orgán dohledu se společností konkrétní jednání, a pokud to uzná za vhodné, pak daná pojišťovna bude muset předložit svůj

ozdravný plán. Koncepce SCR v zásadě spočívá v tom, že orgán dohledu získá k využití tzv. dohledovou stupnici zásahů, která zajistí, že jeho reakce bude na míru odpovídat obtížné situaci postižené společnosti. Jednoduše řečeno, orgán dohledu bude považovat porušení SRC za známku zhoršení finančního zdraví pojišťovny a v závislosti na tom učiní potřebné kroky. Tento přístup je základním stavebním kamenem rámce založeného na riziku, který se zaměřuje na prevenci.

Co bude Solventnost II znamenat pro malé a střední pojišťovny?

Jedním ze základních principů Solventnosti II je proporcionalita. Prostřednictvím jedno-
dušších postupů se tento koncept aplikuje jak na kvantitativní, tak na kvalitativní požadavky. Rovněž jej uplatňujeme na důvěryhodný reporting, zveřejňování informací a postupy orgánů dohledu. Menší nebo

méně komplexní pojišťovny tak budou moci vzhledem ke své velikosti a méně složitému rizikovému profilu podávat méně zpráv. Tyto společnosti budou také osvobozeny od čtvrtletního reportingu.

Jaká je podle vašeho názoru vůbec největší výzva, které pojistitelé v souvislosti se Solventností II čelí?

Myslím si, že pro pojišťovny je největší aktuální výzvou aplikovat do svých podnikatelských aktivit novou kulturu řízení rizika. Změny ve výpočtech technických rezerv a solventnostních požadavků samozřejmě také nejsou snadné, ale pojišťovací společnosti s modely běžně pracují. Zavedení ORSA, Own Risk and Solvency Assessment, jim pomůže propojit kvantitativní analýzy s podnikatelskými plány, čímž se zdokonalí řízení rizika.

Solventnost II zkvalitní řízení pojišťovny

Co je podle vás klíčové pro minimalizaci dopadu Solventnosti II na běžný provoz?

Věřím, že tato směrnice bude pro každodenní provoz pojišťoven velmi prospěšná. Klíčové pro zvládnutí přechodu je však začít s nezbytnými přípravami co nejdříve. Pojišťovny se budou muset naučit používat důkladné a vhodné techniky řízení rizik, které obsahují strategie, procesy a postupy reportování, jež jsou nezbytné pro průběžnou identifikaci, měření, sledování, řízení a podávání zpráv o rizicích, kterým jsou, nebo by mohly být vystaveny. Moje rada je nevnímat Solventnost II jen jako „nutnou regulaci“, ale spíše jako novou metodu, která významně napomůže ke zlepšení řízení pojišťoven.

Jak ovlivní Omnibus II přípravu pojišťovnictví na Solventnost II? Můžete v tomto kontextu popsat budoucí časový průběh?

Je příliš brzy na to hovořit o možném dopadu směrnice Omnibus II. Její celkový efekt se bude odvíjet od výsledku jednání mezi Evropským parlamentem, Radou EU a Evropskou komisí. Zvláštní důležitost se pak v rámci OMD II klade na nástroje určené ke zvládnutí dlouhodobých záruk v životním pojištění a na přechodná opatření. Hlasování Evropského parlamentu o OMD II je v současnosti naplánováno na září 2012, a, jak už jsem naznačil, zavedení Solventnosti II na 1. ledna 2014.

Solventnost II bude mít značný dopad na produkty s dlouhodobými zárukami – jak na to podle vás mohou životní pojišťovny reagovat?

Produkty s dlouhodobými garancemi jsou pod tlakem z hlediska své udržitelnosti. Scénář s nízkými úrokovými mírami vytváří pro tento typ produktů další výzvy. Díky Solventnosti II budou tyto výzvy transparentnější a doufejme, že směrnice pomůže rozeznat nelikvidní charakter některých dlouhodobých závazků. Pojišťovny poskytující životní pojištění potřebují přizpůsobit své produkty novým ekonomickým podmínkám a v tomto kontextu posílit řízení souladu aktiv a pasiv a svoji zajišťovací strategii ve prospěch pojistníků.

S „unisex“ problémem si pojišťovny poradí

Na základě rozhodnutí Soudního dvora Evropské unie už nebude hrát při výpočtu pojistného roli pohlaví. Co si myslíte o tomto rozhodnutí?

Podle mě je to legitimní politické rozhodnutí, proti kterému by se neměly vznášet námitky. Věřím, že je důležitější sledovat, jakým způsobem budou toto rozhodnutí pojišťovny zavádět. Jak jistě víte, Evropská komise přijala metodické pokyny, aby pomohla pojišťovnám zavést stejné ceny pro obě pohlaví. Tyto pokyny pokrývají řadu témat, která vzešla z důkladných konzultací s členskými státy a dalšími zainteresovanými stranami. Například vyjasňují to, že rozhodnutí se týká pouze nových pojistných smluv, konkrétně smluv uzavřených od 21. prosince 2012. Tyto pokyny navíc uvádějí příklady pojistných postupů pro obě pohlaví, které jsou v souladu se zásadami „unisex“ pojistného a pojistného plnění, a nebudou se proto kvůli rozhodnutí Test-Achats měnit. Myslím si, že uvedené pokyny pomohou pojistnému sektoru zajistit včasnou a plnou shodu se zmíněným rozhodnutím Soudního dvora EU. Bude to prospěšné pro pojistný sektor i pro pojistníky.

Kritici ovšem varují, že by to mohlo vést k růstu nákladů na pojistné produkty a negativně ovlivnit penzijní reformu...

Nemůžeme ignorovat fakt, že přechod ke stejným cenám pro obě pohlaví by mohl mít na individuální úrovni pro muže a ženy dopad na pojistné a/nebo pojistné plnění. V závislosti na konkrétním produktu by se



Gabriel Bernardino, prezident Evropského orgánu pro pojišťovnictví a zaměstnanecké penzijní pojištění.

pojistné pro určité kategorie zákazníků mohlo zvýšit, nebo také snížit. Jsem přesvědčen, že pojišťovnictví je konkurenční a inovativní odvětví a mělo by být schopné realizovat tyto úpravy a nabídnout zákazníkům atraktivní „unisexové“ produkty, aniž by to neoprávněně ovlivnilo celkovou úroveň cen.

Další významný aspekt tohoto rozhodnutí se týká pojištění motorových vozidel. V zemích, v nichž nemusí být výpočet pojistného genderově neutrální, platí ženy méně na základě statistik, které prokazují, že obecně jsou jako řidiči opatrnější. Co si myslíte o tomto tématu?

Ve svém vysvětlení k rozhodnutí Test-Achats Komise sdělila, že toto rozhodnutí neznamená, že ženy budou vždy platit stejné vysoké pojistné jako muži. V současné době platí opatrný mladý řidič za pojištění vozidla více jen proto, že je muž. Podle tohoto rozhodnutí nemohou pojistitelé používat pohlaví jako určující rizikový faktor, aby ospravedlnily rozdíly mezi výší pojistného pro jednotlivce. Ale pojistné placené ohleduplnými a opatrnými řidiči – muži i ženami – bude napříště založeno na jejich individuálním chování za volantem. To rozhodnutí však neovlivňuje využití dalších legitimních rizikových faktorů a cena by nadále měla odrážet riziko.

Děkuji vám za rozhovor.

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

JUDR. JANA ČECHOVÁ
PHDR. VLADIMÍR PŘIKRYL
MINISTERSTVO FINANCÍ

Povinnost k pravdivým sdělením

Současná povinnost pojistníka a pojištěného pravdivě a úplně odpovědět na všechny písemné dotazy pojistitele při sjednávání pojištění se omezuje jen na dotazy, které mohou mít význam pro sjednávání pojištění (§ 2788). Povinnost k pravdivému sdělení bude splněna, nezatají-li pojistník nic podstatného, tj. je-li skutečnost, na niž je pojistník tážán, v podstatném souladu s jeho tvrzením. V opačném případě má pojistitel právo od smlouvy odstoupit, pokud by při pravdivém a úplném zodpovězení dotazů smlouvu neuzavřel (§ 2808). Totéž se týká i pojistitele, který má povinnost zodpovědět písemné dotazy zájemce nebo pojistníka. Mělo by se jednat o ty, jež se vztahují k pojistné ochraně proti pojistnému nebezpečí a k jejímu rozsahu.

Nová povinnost

Zcela novou je navrhovaná povinnost pojistitele upozornit zájemce o pojištění na nesrovnalosti mezi jeho požadavky a mezi nabízeným pojištěním, musí-li o těchto nesrovnalostech vědět (§ 2789). Pojistiteli totiž svědčí domněnka zvláštní kvality odborníka v úzce specializovaném odvětví. Přitom musí být především přihlédnuto jednak k okolnostem, za nichž se smlouva uzavírá, jednak ke způsobu uzavírání smlouvy. Zvláštní význam má, pokud je zájemci při uzavírání smlouvy nápomocen nezávislý zprostředkovatel. Takovým nemusí být jen registrovaný pojišťovací zprostředkovatel, ale i jakýkoli jiný zprostředkovatel, který nejedná v zastoupení pojistitele. Porušení této informační povinnosti zakládá pojistníkovi právo od smlouvy odstoupit (§ 2808).

Terminologie

Zde chceme poukázat na terminologii použitou ve vztahu k činnosti zprostředkovatele.

Za věcně zcela nesprávné tak považujeme snahu redukovat zprostředkovatele na vázané a samostatné. Samostatnou je každá fyzická nebo právnická osoba, která provozuje podnikatelskou činnost bez ohledu na to, zda zastupuje stranu nabídky nebo poptávky. Současně odkazujeme na § 2950, jenž upravuje náhradu škody způsobené informací nebo radou takto: „Kdo se hlásí jako příslušník určitého stavu nebo povolání k odbornému výkonu nebo jinak vystupuje jako odborník, nahradí škodu, způsobí-li ji neúplnou nebo nesprávnou informací nebo škodlivou radou danou za odměnu v záležitosti svého vědění nebo dovednosti. Jinak se hradí jen škoda, kterou někdo informací nebo radou způsobil vědomě.“ K tomu je nutno vzít v úvahu i základní ustanovení nového občanského zákoníku – např. § 5, podle kterého: „Kdo se veřejně nebo ve styku s jinou osobou přihlásí k odbornému výkonu jako příslušník

Článek, s využitím důvodové zprávy k návrhu nového občanského zákoníku, seznamuje čtenáře s hlavními a podstatnými změnami, které nová právní úprava přináší. Příspěvek navazuje na úvodní část publikovanou v Pojistném obzoru 1/2012.

ani z protiprávního stavu, který vyvolal nebo nad kterým má kontrolu.“ Z tohoto pohledu lze snahu ohánějící se ochranou spotřebitele přenášet na zájemce o pojištění prostřednictvím značného množství informací, pro které v naprosté většině nemá a nemůže mít dostatek relevantních odborných znalostí, odpovědnost za odborné posouzení nabídky jako věcně nesprávné.

Změna pojistného rizika

Co se týká zvýšení pojistného nebezpečí, resp. pojistného rizika, (§ 2790 až 2795), i zde přináší nový občanský zákoník velmi podstatné změny. V první řadě se jedná o změnu okolností, jež vedou ke zvýšení pojistného rizika. Těmi jsou pouze ty, které jsou uvedeny ve smlouvě nebo na které se pojistitel písemně dotazoval

Apelujeme na pojišťovny, aby se vzhledem k velmi zásadním změnám občanského práva, konkrétně pojistné smlouvy, s těmito změnami seznámily a včas je promítly do svých smluv, resp. pojistných podmínek, které budou platit již za necelé dva roky.

určitého povolání nebo stavu, dává tím najevo, že je schopen jednat se znalostí a pečlivostí, která je s jeho povoláním nebo stavem spojena. Jedná-li bez této odborné péče, jde to k jeho tíži. Proti vůli dotčené strany nelze zpochybnit povahu nebo platnost právního jednání jen proto, že jednal ten, kdo nemá ke své činnosti potřebné oprávnění, nebo komu je činnost zakázána.“ – nebo § 6, podle kterého: „Každý má povinnost jednat v právním styku poctivě. Nikdo nesmí těžit ze svého nepoctivého nebo protiprávního činu. Nikdo nesmí těžit

při sjednání pojištění (§ 2788), a to za předpokladu, že se změnily tak podstatně, že tím dochází ke zvýšení pravděpodobnosti vzniku pojistné události. V návaznosti na to se stanoví povinnost pojistníka, jde-li o pojištění cizího pojistného rizika i pojištěného, neučinít nic, co by zvýšilo pojistné nebezpečí a ani to třetí osobě nedovolit, pokud s tím pojistitel nevyslovil souhlas. Pojistník však může něco učinit nebo povolit, aniž k tomu měl souhlas pojistitele, a teprve následně zjistí, že ke zvýšení pojistného nebezpečí došlo. V tomto případě musí

změnu bezodkladně oznámit pojistiteli. Dojde-li k tomu nezávisle na pojistníkově vůli, vznikne mu tato povinnost bez zbytečného odkladu poté, co se o zvýšeném nebezpečí dozvěděl.

Právo vypovědět pojištění

Pojistiteli je dáno právo změny pojistného, které může využít do jednoho měsíce ode dne oznámení změny, nebo pojištění vypovědět s osmidenní výpovědní lhůtou, pokud by za změněných podmínek pojištění neuzavřel. Nesouhlasí-li pojistník se zvýšením pojistného, může pojistitel do dvou měsíců ode dne obdržení nesouhlasu se stejnou výpovědní lhůtou pojištění vypovědět, avšak pouze tehdy, pokud na tuto možnost v návrhu na změnu pojistného upozornil.

Poruší-li ovšem pojistník nebo pojištěný tuto oznamovací povinnost, vzniká pojistiteli právo pojištění vypovědět bez výpovědní lhůty, a to do dvou měsíců ode dne, kdy se o této změně dozvěděl. Tento postup důvodová zpráva ospravedlňuje neodůvodněným, umělým prodlužováním pojištění. Pojistitel má přitom právo na pojistné až do konce pojistného období, v němž pojištění zaniklo, v případě jednorázového pojistného mu náleží celé.

Mimo stávajících výjimek zákon zohledňuje případy, kdy se pojistné riziko zvyšuje, ale v zájmu odvrácení nebo zmenšení vyšší škody, tedy vlastně v zájmu pojistitele, anebo kdy se pojistné riziko zvýší v důsledku toho, že nastala pojistná událost. Stejně tak, jde-li o případ jednání z příkazu lidskosti, kdy ke zvýšení pojistného nebezpečí dojde zejména v úsilí o ochranu lidského života (§ 2795 odst. 1). Stejně jako v řadě jiných případů se zde právní norma navrácí k úpravě zákona č. 145/1934 Sb. z. a n., konkrétně k § 36.

Šetření pojistné události

Každý, kdo se pokládá za oprávněnou osobu, bude mít právo oznámit pojistiteli událost, s níž spojuje svůj požadavek na pojistné plnění, nikoli vznik pojistné události. Bude to tedy nejen pojistník, popřípadě pojištěný nebo obmyšlený, ale každý, kdo má na pojistném plnění právní zájem (§ 2796 – 2799), např. zástavní věřitel. Každý má samozřejmě povinnost podat pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků takové události, ale i o právech třetích osob a o jakémkoliv vícenásobném pojištění a předložit pojistiteli potřebné doklady a postupovat způsobem ujednaným ve smlouvě. I na tato oznámení pojistitel musí reagovat a zahájit šetření. Na tomto místě je nezbytné vyjasnit rozdíl mezi šetřením pojistné události



Ilustrační foto: Dreamstime.com

a její likvidací. Již ze samotné právní úpravy pojistné smlouvy vyplývá, že pojistitel zahajuje šetření pojistné události bez zbytečného odkladu po jejím oznámení (§ 2796). Šetření je přitom skončeno sdělením jeho výsledků osobě, která uplatnila právo na pojistné plnění (§ 2797 odst. 1). Dále je pojistiteli stanovena povinnost zaplatit pojistné plnění v době ujednané, jinak do 15 dnů od skončení tohoto šetření (§ 2798 odst. 1). Šetření pojistné události je tak podmnožinou její likvidace, která začíná tímto šetřením a končí výplatou pojistného plnění nebo jeho odmítnutím. Na žádost osoby, která uplatnila právo na pojistné plnění, jí pojistitel v písemné formě zdůvodní výši pojistného plnění popřípadě důvod jeho zamítnutí.

Nově je upraveno právní jednání, kdy oznámení pojistné události obsahuje vědomě nepravdivé nebo hrubě zkrácené podstatné údaje týkající se rozsahu oznámené události, anebo se v něm vědomě zamlčí údaje týkající se této události. V takovém případě má pojistitel právo na náhradu nákladů účelně vynaložených na šetření skutečností, o nichž mu byly tyto údaje sděleny nebo zamlčeny. Má se za to, že pojistitel vynaložil náklady v prokázané výši účelně (§ 2797 odst. 2).

Ukončení šetření

Beze změny zůstává povinnost pojistitele ukončit šetření pojistné události do tří měsíců ode dne jejího oznámení, resp. v této lhůtě sdělit jejímu oznamovateli důvod nemožnosti jejího ukončení. To platí i o poskytnutí přiměřené zálohy, kterou nemusí pojistitel poskytnout, má-li rozumný důvod vyplacení zálohy odepřít. Důvodová zpráva spojuje takový důvod s porušením obecných ustanovení nového

občanského zákoníku, kdy má každý povinnost jednat v právním styku poctivě a nikdo nesmí těžit ze svého nepoctivého nebo protiprávního činu, nebo z protiprávního stavu, který vyvolal nebo nad kterým má kontrolu (§ 6). Naopak, není-li šetření ukončeno z příčin na straně pojistitele, nemá pojistitel ani rozumný důvod k odepření zálohové platby. Naproti tomu, znemožní-li či ztíží-li šetření nebo jeho ukončení pojistník, pojištěný nebo oprávněná osoba z příčin na své straně, nastane rozumný důvod k odepření zálohy nebo k přiměřenému odložení její výplaty.

Zánik pojištění

Zániky pojištění, mimo speciálních ustanovení zákona, jsou upraveny v § 2803 až 2810. Nově se rozšiřuje právo pojistníka vypovědět pojištění v případě, že pojistitel porušil při určení výše pojistného nebo pro výpočet pojistného plnění zásadu rovného zacházení (§ 2769). Jinak se přísně zohledňuje skutečnost, že se vypořádá obligace, nikoli smlouva. Nepřebírá se však skutková podstata podle stávajícího § 24 odst. 1 písm. b) spočívající v tom, že pojistitel má právo pojistné plnění odmítnout, jestliže oprávněná osoba uvede při uplatňování práva na plnění z pojištění vědomě nepravdivé nebo hrubě zkrácené údaje týkající se rozsahu pojistné události nebo podstatné údaje týkající se této události zamlčí. To se odůvodňuje tím, že: „Byla do soukromého práva přejata z trestního zákona (§ 250a) a u níž není věcný důvod k odmítnutí pojistného plnění; postačí jiné právní instituty, zejména bezdůvodné obohacení a náhrada škody.“



Nový občanský zákoník už byl podepsán prezidentem ČR Václavem Klausem.

Pojištění osob

Z hlediska systematiky byla úprava pojištění osob (§ 2824 až 2848) předržena současné úpravě pojištění věci a jiného majetku. Život a zdraví člověka jsou podle vyjádření autorů nového občanského zákoníku z hlediska ústavněprávního i soukromoprávního hodnotami významnějšími než majetek. Oproti stávající právní úpravě se podle § 2825 v pojištění pro případ pracovní neschopnosti, kdy není v pojistné smlouvě uveden jasný údaj o povaze a rozsahu pojištěné neschopnosti, za ujednané pojištění neschopnosti pojištěného považuje jeho neschopnost vykonávat jeho obvyklé povolání. Pokud je podle výše uvedených ustanovení vyžadován k platnosti smlouvy souhlas pojištěného, popřípadě jeho zákonného zástupce, pak podle § 2826, neprokáže-li pojistník tento souhlas v ujednané době, jinak do tří měsíců ode dne uzavření smlouvy, zaniká pojištění uplynutím této doby. Nastane-li během této doby pojistná událost, a takový souhlas nebyl udělen, nabývá právo na pojistné plnění pojištěný. Je-li pojistnou událostí smrt pojištěného, nabývají toto právo osoby uvedené v § 2831.

Skupinové pojištění

Co se týká změn skupinového pojištění (§ 2827), pak v pojistné smlouvě musí být ujednán i způsob, jak se členové pojištěné skupiny určí. Pro tyto případy se nevyžaduje souhlas pojištěných s uzavřením pojistné smlouvy podle § 2826. Absence souhlasu nahrazuje osvědčení pojistníkovra pojistitelného zájmu na pojištění dané skupiny. Stejně tak v případě postoupení smlouvy musí osoba vstupující na místo původního pojistníka osvědčit, že

na tom má pojistný zájem. Případné porušení povinnosti zodpovědět pravdivě a úplně dotazy pojistitele se může záporně dotknout jen pojištění těch osob, ohledně nichž byla povinnost porušena.

Obmyšlená osoba

Novinkou v pojištění osob je ustanovení týkající se ujednání o neodvolatelnosti určení manžela pojistníka jako obmyšleného. Jeho účinky zanikají rozvodem manželství nebo prohlášením manželství za neplatné. Byl-li obmyšleným určen předek nebo potomek pojistníka, pak účinky takového ujednání zanikají osvojením obmyšleného nebo pojistníka, což platí i v případě, kdy byl takto obmyšleným určen pojistníkův osvojenec nebo osvojitel, jestliže bylo osvojení zrušeno. Předkladatelé zákona tuto úpravu odůvodňují tím, že: „Nový občanský zákoník nepřejímá pravidlo totalitního práva obsažené dnes v § 574 odst. 2 platného občanského zákoníku, podle něhož je neplatný projev vůle, kterým se osoba vzdává práv, jež jí mohou vzniknout teprve v budoucnosti.“

Ustanovení § 51 odst. 1 o pojistné smlouvě je promítnuto do § 2829 s tím, že ho rozšiřuje § 2832 odst. 1, podle kterého nabývá obmyšlený právo na pojistné plnění vznikem pojistné události. Do této doby může pojistník volně nakládat s právy z pojištění, zejména je zastavit nebo postoupit, jakož i změnit označení osoby obmyšleného. Výjimkou je pojištění důchodu, kde se ke změně obmyšleného vyžaduje souhlas pojistitele. V opačném případě není pojistitel změnou vázán.

Posloupnost osob nabývajících právo na pojistné plnění podle současného § 51 odst. 2 až 4 zákona o pojistné smlouvě je obdobně upravena v § 2831 s tím rozdílem, že byly z této posloupnosti vyloučeny osoby, které žily s pojištěným po dobu nejméně jednoho roku před jeho smrtí ve společné domácnosti a jež z tohoto důvodu pečovaly o společnou domácnost nebo byly odkázány výživou na pojištěného. Tyto osoby jsou uvedeny jako dědici v novém členění dědiců do šesti tříd podle § 1635 až 1640.

Životní pojištění

Úprava životního pojištění (§ 2833 až 2843), pojištění úrazu (§ 2844 až 2846) a pojištění nemoci (§ 2847 a 2848) navazuje na obecná ustanovení o pojištění osob. Ze zákona o pojistné smlouvě nebylo při vymezení životního pojištění (§ 2833) převzato ustanovení § 54 odst. 3, které zakazovalo sjednat pojištění pro případ smrti dítěte do tří let jeho věku, pro případ potratu nebo narození mrtvého dítěte.

Důvodová zpráva v této souvislosti uvádí jako důvod, že obdobný zákaz není v historickém a mezinárodním srovnání obvyklý. Současně jako paradox uvádí, že platná úprava zakazuje pojištění pro případ smrti dítěte do tří let jeho věku jen u životního pojištění, ačkoli takové pojištění nevylučuje u pojištění úrazového.

Právo pojistitele na odstoupení od smlouvy podle stávajícího § 55 odst. 3 pojistné smlouvy v případě uvedení nesprávného data narození se v § 2835 omezuje subjektivní dvouměsíční prekluzivní lhůtou s tím, že od smlouvy lze odstoupit nejpozději do tří let od uzavření smlouvy a za podmínky, že pojištěný je v době odstoupení živ. Autoři nového občanského zákoníku uvádějí, že vzorem je čl. 2421 občanského zákoníku Québecu stejně jako v případě § 2836, kde se pro účely pojištění řeší následky současné smrti pojištěného i obmyšleného.

Úrazové pojištění a pojištění pro případ nemoci

Nový občanský zákoník se u těchto pojištění nijak výrazně neodklání od stávající právní úpravy. Pouze nepřejímá definici úrazu obsaženou dnes v § 60 odst. 3. Je tak věcí smluvních stran, jak si v pojistné smlouvě (pojistných podmínkách) vymezí pojistnou událost.

Pojištění majetku

Toto pojištění upravují § 2849 až 2855. Ze současného § 37 nebyla převzata úprava odstavce 1 a 2 s odůvodněním, že se jeví jako nadbytečná, pojem majetku je dobře srozumitelný a nevyžaduje bližší vysvětlení. Stejně tak ujednání, zda má být pojištění sjednáno jako škodové nebo obnosové, je záležitostí autonomie vůle smluvních stran.

V § 2850 se přebírá pravidlo současného § 38, avšak s tím, že se v první řadě upravuje pojištění hromadné věci. Stejná úprava se použije i pro soubor věcí. Podle § 501 soubor jednotlivých věcí náležejících téže osobě, považovaný za jeden předmět a jako takový nesoucí společné označení, se pokládá za celek a tvoří hromadnou věc.

Nález pojištěné věci

Současná právní úprava vychází z toho, že je-li pojištěná věc po pojistné události a vyplacení pojistného plnění opět nalezena, nabývá k ní pojistitel vlastnické právo ex lege a musí nalezenný pojištěný majetek převzít, pokud nebylo ve smlouvě ujednáno jinak. Nový občanský

zákoník však toto právní pravidlo mění tak, že nálezem pojištěné věci vlastnické právo na pojistitele nepřechází, pokud nebylo ujednáno jinak (§ 2852). Pojistitel tak bude mít právo, aby mu bylo vráceno, co na pojistném plnění poskytl, po případném snížení o náklady účelně vynaložené na odstranění závad mezitím vzniklých. V rámci připomínkového řízení Ministerstvo financí namítalo, že v řadě případů je vrácení nalezeného majetku spojeno se značnými obtížemi a neúměrnými náklady, nehledě na to, že vyplacené pojistné plnění již bylo použito na zakoupení nové věci. Proto bylo do zákona doplněno, že se majetek nepovažuje za nalezený, je-li sice doložena jeho fyzická existence, ale vlastník se nemůže ujmout jeho držby buď vůbec, nebo jen s nepřiměřenými obtížemi nebo náklady, anebo je-li nalezená věc natolik poškozena, že ji již ztratila svůj původní charakter, nebo ji lze opravit jen s nepřiměřenými náklady.

Institut přepojištění

V úpravě institutu přepojištění (§ 2853) se doplňuje řešení případu, kdy návrh na snížení pojistné částky při současném poměrném snížení pojistného podává pojistitel a návrh není pojistníkem přijat. Nepřijetím návrhu, ať byl podán pojistníkem nebo pojistitelem, do jednoho měsíce od jeho obdržení pojištění zaniká. V případě, že bylo ujednáno jednorázové pojistné, se pojistiteli dává právo domáhat se snížení pojistné částky pod podmínkou, že bude poměrně sníženo i pojistné, a pojistníkovi právo domáhat se snížení pojistného pod podmínkou, že bude poměrně snížena i pojistná částka.

Pojištění lidského těla

Zvláštní ustanovení § 2855 se týká pojištění lidského těla a jeho částí. Do zákona bylo doplněno v souvislosti s tím, že podle nového občanského zákoníku není věcí v právním smyslu nejen člověk, ale ani jeho mrtvé tělo, ani části lidského těla, i když byly od těla odděleny. Pro pojištění lidských tkání nebo orgánů, lidské krve nebo jejích složek a mrtvého těla nebo jeho oddělené části tak budou platit obdobná ustanovení jako o pojištění majetku.

Pojištění odpovědnosti za škodu

Pojištění odpovědnosti za škodu zůstává beze změny názvu, i když nový občanský zákoník pracuje s povinností nahradit škodu, nikoli s odpovědností za škodu (§ 2894 až 2971). V této souvislosti upozorňujeme

na významnou změnu uvedenou v § 2927 až 2932 týkající se škody z provozu dopravních prostředků. Oproti současnosti se nerozlišuje u škody vyvolané zvláštní povahou provozu, zda jde o dopravní prostředek motorový nebo bezmotorový, a klade se tak důraz na zvláštní povahu provozu dopravního prostředku více než na samotnou povahu dopravního prostředku. Důvodová zpráva zcela jednoznačně zdůrazňuje, že není důvod rozlišovat jinou míru povinností provozovatele vozidla nebo plavidla motorového a bezmotorového.

Nová právní úprava opouští současné zbytečné omezování autonomie vůle smluvních stran. Příkladem může být také pojištění finančních ztrát, které je v současné době možné sjednat jen jako pojištění škodové, což § 2871 odst. 2. rozšiřuje o možnost sjednat toto pojištění i jako obnosové. Důvodová zpráva zdůrazňuje, že je věcí uvážení pojistitele, jak se rozhodne určitá pojistná nebezpečí pojistit. Bude-li se však jednat o pojištění velkého rizika, lze takové pojištění podle § 2872 sjednat pouze jako pojištění

účinnost končí 31. prosince 2014, a podle nového občanského zákoníku.

Podle § 3036 se všechny lhůty a doby, které začaly běžet přede dnem nabytí účinnosti nového občanského zákoníku, lhůty a doby pro uplatnění práv, která se řídí dosavadními právními předpisy, i když začnou běžet po dni nabytí této účinnosti, posuzují až do svého ukončení podle dosavadních právních předpisů.

Právo na náhradu škody

Co se týká práva na náhradu škody, pak podle § 3079 toto právo vzniklé porušením povinnosti stanovené právními předpisy, k němuž došlo přede dnem nabytí účinnosti nového občanského zákoníku, se posuzuje podle dosavadních právních předpisů. Ovšem pokud soud ke dni nabytí účinnosti nového občanského zákoníku nerozhodl o náhradě škody vzniklé porušením povinnosti stanovené právními předpisy, k němuž došlo přede dnem nabytí této účinnosti, může na návrh poškozeného, jsou-li pro to mimořádné důvody hodné zvlášť-

Nově je upraveno právní jednání, kdy oznámení pojistné události obsahuje vědomě nepravdivé nebo hrubě zkreslené podstatné údaje týkající se rozsahu oznámené události, anebo se v něm vědomě zamlčí údaje týkající se této události.

škodové. Přitom se u pojištění těchto rizik, kam patří i pojištění finančních ztrát, lze odchýlit od jakéhokoli ustanovení části týkající se pojištění ve prospěch kterékoli strany, vyžaduje-li to účel a povaha pojištění. K tomu důvodová zpráva uvádí, že povaha a účel pojištění velkých rizik v neživotním pojištění vylučují, aby se pojistná smlouva podřizovala omezením vyplývajícím z kogentních ustanovení závazkového práva.

Přechodná ustanovení

Přechodná ustanovení jsou v novém občanském zákoníku uvedena v § 3028 až 3079. Z nich odkazujeme zejména na § 3028, podle kterého se novým občanským zákoníkem řídí práva a povinnosti vzniklé ode dne nabytí jeho účinnosti, tj. od 1. ledna 2014. S ohledem na přechodné ustanovení § 72 zákona o pojistné smlouvě se tak budou muset pojistitelé vyrovnat se třemi právními úpravami pojistných smluv, a to podle hlavy XV zrušovaného občanského zákoníku platné do 1. ledna 2005, podle zákona o pojistné smlouvě, jejíž

niho zřetele, přiznat poškozenému i náhradu nemajetkové újmy podle nového občanského zákoníku. U mimořádných důvodů se úprava odkazuje na § 2 odst. 3, který stanoví, že výklad a použití právního předpisu nesmí být v rozporu s dobrými mravy a nesmí vést ke krutosti nebo bezohlednosti urážející obyčejné lidské citění.

Apel pojišťovným

Nová právní úprava nejen pojistné smlouvy, ale celého občanského zákoníku samozřejmě přináší řadu zásadních změn, které bude nutno po nabytí jeho účinnosti uvést do praxe. Naším cílem tak bylo pouze upozornit na změny, které považujeme v daný moment za nejdůležitější. Závěrem bychom chtěli apelovat na pojišťovny, aby se vzhledem k velmi zásadním změnám občanského práva, konkrétně pojistné smlouvy, s těmito změnami seznámily a včas je promítly do svých smluv, resp. pojistných podmínek, které budou muset platit již za necelé dva roky. ☒

Alternativní řešení sporů: Co přináší návrh směrnice?

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

Po fázi analýz, studií a konzultací připravila a dne 29. 11. 2011 také zveřejnila Evropská komise (EK) balíček návrhů k alternativnímu řešení sporů (*Alternative Dispute Resolution – dále jen „ADR“*). Tento balíček obsahuje Sdělení k ADR v rámci jednotného trhu, návrh směrnice o ADR a návrh nařízení o ADR spotřebitelů on-line. Klíčovou úlohu pro budování jednotného systému ADR má „Návrh směrnice o alternativním řešení sporů u spotřebitelských sporů a o změně nařízení (ES) č. 2006/2004 a směrnice 2009/22/ES (směrnice o alternativním řešení spotřebitelských sporů)“¹. Proto bude tento návrh čtenářům Pojistného obzoru blíže nastíněn. Pokud jde o vývoj legislativního procesu, tak se předpokládá, že o návrhu směrnice by měl dne 10. 7. 2012 hlasovat výbor Evropského parlamentu (EP) pro vnitřní trh a ochranu spotřebitele (IMCO) a v září 2012 plénum EP. Do konce roku 2012 by směrnice mohla být zveřejněna v Úředním věstníku EU. Platnost má nabýt dvacátým dnem po vyhlášení. Členské státy EU by dle návrhu měly směrnici implementovat do 18 měsíců od nabytí její platnosti.

Hlavní prvky návrhu směrnice

Směrnice se má vztahovat na postupy pro mimosoudní řešení smluvních sporů vzniklých v souvislosti s prodejem zboží nebo poskytováním služeb obchodníkem usazeným v EU spotřebiteli s pobytem v EU. Návrh stanoví členskému státu především povinnost zajistit, aby veškeré spory mezi spotřebitelem a obchodníkem vzniklé v souvislosti s prodejem zboží nebo poskytováním služeb mohly být předloženy subjektu ADR včetně prostřednictvím on-line prostředků. Návrh však nepředepisuje, jak to má členský stát učinit (jeden subjekt pro všechny spory ADR, nebo jeden v každém odvětví, nebo jeden pro všechny finanční služby a jiné varianty). Členské státy mohou využívat stávající subjekty ADR, ale ty se budou muset přizpůsobit požadavkům směrnice

implementovaným do národního práva. Lze pochopitelně vytvářet nové subjekty ADR či zbytkový meziodvětvový subjekt.

Směrnice by se neměla vztahovat na spory mezi obchodníky, neměla by však bránit členským státům přijímat nebo ponechat v platnosti ustanovení týkající se postupů pro mimosoudní řešení těchto sporů.

Důležitá pro aplikaci směrnice bude jistě definice „spotřebitele“, kterým se zde rozumí fyzická osoba jednající mimo rámec své obchodní činnosti, podnikání, řemesla nebo povolání.

Subjekty ADR se značně liší v rámci celé EU i v rámci členských států. Směrnice by se měla vztahovat na všechny subjekty, které jsou zřízeny na trvalém základě a nabízejí řešení sporů prostřednictvím ADR. Rozhodčí řízení, jež vzniklo mimo rámec subjektu ADR ad hoc pro konkrétní spor mezi spotřebitelem a obchodníkem, by nemělo být považováno za postup ADR.

Požadavky a vymezení směrnice

V Čl. 2 odst. 2 návrhu směrnice je vymezeno, že se **směrnice nevztahuje** na řízení před subjekty pro řešení sporů, pokud jsou fyzické osoby odpovědné za řešení sporů zaměstnány výhradně obchodníkem; na případy, jež řeší oddělení pro vyřizování stížností spotřebitelů provozovaná obchodníkem; na přímé jednání mezi spotřebitelem a obchodníkem, ať už v zastoupení, či nikoli a na pokusy soudce o urovnání sporu během soudního řízení týkajícího se sporu.

Návrh směrnice klade na subjekty ADR určité požadavky. Členské státy **musí zajistit**: aby subjekty ADR měly internetovou stránku umožňující stranám podat stížnost on-line; aby umožňovaly stranám vyměňovat si s nimi informace elektronickými prostředky; aby přijímaly jak domácí, tak přeshraniční spory, včetně sporů, na něž se

Členské státy EU musí zajistit, aby bylo možné každý spotřebitelský spor předložit k posouzení subjektu ADR (alternativní řešení sporů). Cílem je zjednodušení mimosoudního řešení sporů napříč Evropskou unií.

vztahuje nařízení EP a Rady o on-line řešení spotřebitelských sporů. Státy EU také musí zajistit, aby subjekty ADR při řešení sporů, na něž se vztahuje tato směrnice, podnikly nezbytná opatření s cílem zajistit, že zpracování osobních údajů je v souladu s pravidly o ochraně osobních údajů stanovenými ve vnitrostátních právních předpisech, kterými se provádí směrnice 95/46/ES.

Veřejné informace

Návrh směrnice dále upravuje „odbornost a nestrannost“ fyzických osob odpovědných za ADR a „transparentnost“ subjektů ADR, tj. jaké informace musí zveřejnit na svých internetových stránkách a v tištěné podobě ve svých prostorách. Mezi tyto informace patří například **informace**: o fyzických osobách odpovědných za alternativní řešení sporů, způsobu jejich jmenování a délce jejich mandátu, o zdroji financování, včetně procentního podílu veřejného a soukromého financování anebo o procedurálních předpisech pro řešení sporu. Dále sem patří i **informace**: o případných nákladech, jež hradí strany; o přibližné délce postupu ADR a o právním účinku výsledku postupu ADR atd. (viz Čl. 7 odst. 1 návrhu). Členské státy musí dle návrhu Čl. 8 také zajistit, aby postupy ADR byly pro obě strany snadno přístupné, strany měly přístup k postupu, aniž by byly nuceny využívat zákonného zástupce (ale mohou být zastupovány třetí stranou), aby postup ADR byl bezplatný nebo spojený s mírnými náklady pro spotřebitele a aby byl spor vyřešen do 90 dnů ode dne, kdy subjekt ADR obdržel stížnost. Členské státy EU podle návrhu Čl. 10 odst. 1 musí zajistit, aby obchodníci usazení na jejich území poskytovali spotřebitelům informace o subjektech ADR, které jsou příslušné pro řešení případných sporů mezi těmito obchodníky a spotřebiteli. Tyto informace obsahují adresy webových stránek příslušných subjektů ADR a upřesňují, zda se obchodník zavazuje tyto subjekty používat k řešení sporů se spotřebiteli.

¹ Návrh směrnice Evropského parlamentu a Rady o alternativním řešení sporů u spotřebitelských sporů a o změně nařízení (ES) č. 2006/2004 a směrnice 2009/22/ES (směrnice o alternativním řešení spotřebitelských sporů), KOM (2011) 793 final

Vnitrostátní předpisy nedotčeny

Tato směrnice nepředepisuje, že účast obchodníků v postupech ADR je povinná nebo že výsledek těchto postupů je pro obchodníky závazný. Touto směrnicí nejsou dotčeny vnitrostátní předpisy, které činí účast obchodníků v těchto postupech povinnou nebo jejich výsledek pro obchodníky závazný, za předpokladu, že tyto právní předpisy nebrání stranám sporu ve výkonu jejich práva na přístup k soudnictví, jak zaručuje článek 47 Listiny základních práv EU.

Sítě alternativního řešení sporů, které usnadní řešení přeshraničních sporů, jako je například síť FIN-NET² v oblasti finančních služeb, by měly být v rámci EU posíleny. Každý nový subjekt ADR bude muset počítat s možností podávání stížností on-line a bude muset být schopen řešit i přeshraniční stížnosti.

Analýza využívání přeshraničního ADR v EU

EK při přípravě návrhu vycházela též z analýzy stávajícího stavu systémů ADR v členských státech EU a své přístupy k problému si ověřovala například formou veřejných konzultací. Jednu takovou analytickou studii o přeshraničním ADR v EU zpracovala pro EP společnost Civic Consulting (Berlín)³. Tato studie je komplexního charakteru, neboť obsahuje nejen přehled ADR v EU, ale rovněž charakteristiku jejich fungování, hodnocení příslušné existující legislativy v EU a možnosti zlepšení přeshraničního ADR v EU.

Z této studie je účelné upozornit zvláště na tyto skutečnosti:

- v členských státech EU existuje 750 ADR subjektů (údaj ze studie z roku 2009), které mohou řešit spotřebitelské spory v EU,
- postupně se zvyšuje počet případů ADR, které se řeší; v roce 2006 bylo oznámeno 410 000 případů, v roce 2007 to bylo 473 000 případů a v roce 2008 více než 500 000 (jde o údaje za 21 největších subjektů ADR řešících ročně více než 4000 případů),
- 60 % z celkového počtu uvedených institucí (750) bylo notifikováno u EU. Notifikace v tomto případě znamená, že členské státy EU a EHP oznámily EK, že tyto instituce vyhovují požadavkům doporučení EK pro tuto oblast. EK vede seznam těchto subjektů,
- ze 437 subjektů ADR, o nichž jsou

k dispozici údaje, je 333 veřejných společností, 71 soukromých společností a u 33 jejich právní povaha neumožňuje jejich začlenění buď do veřejných, nebo soukromých společností,

- pokud jde o financování, tak v zásadě platí, že soukromé ADR subjekty jsou financovány ze soukromých zdrojů a veřejné systémy z veřejných zdrojů. Nicméně některé ADR subjekty byly založeny na základě zákona, ale jsou financovány ze soukromých zdrojů, a to zvláště ve vysoce regulovaných oblastech jako je bankovnínictví či pojišťovnictví. Z celkového počtu 750 ADR subjektů je jich asi třetina financována z veřejných zdrojů (nutno ovšem dodat, že téměř o polovinu z uvedeného celkového počtu subjektů nejsou k dispozici relevantní informace),
- účast podnikatelských subjektů v ADR je většinou dobrovolná (u 399 ze 449 subjektů v EU 27). Za povinnou účast lze podle studie pokládat například takovou účast, kdy je ADR systém vytvořen oborovou asociací a zapojení do ADR je podmínkou členství v asociaci. Podle studie je povinná účast častější v regulovaných oborech, jako jsou finanční služby, telekomunikace a energetika,
- důležitou charakteristikou ADR je rovněž závaznost výsledků (rozhodnutí). 286 ADR subjektů ze 449 v rámci EU 27, o nichž jsou k dispozici údaje, vydává závazná rozhodnutí. Z těch 286 pak 126 vydává pouze závazná rozhodnutí, kdežto zbytek nejenom závazná rozhodnutí (výsledkem může být totiž i dohoda v rámci mediace),
- 122 ADR subjektů ze 431, o nichž jsou k dispozici údaje, pokrývá pouze jeden

jazyka, neznalost práva členského státu EU, jehož je spotřebitel rezidentem apod. Na základě zhodnocení fungování stávajících ADR dospěli autoři studie k závěru, že je třeba učinit nový legislativní krok na úrovni EU. Dosavadní platná legislativa stále ještě počítá hlavně se soudním projednáváním a ADR systémy zatím neslouží jako účinná náhrada (k poslední odrážce je ovšem nutno dodat, že právě výše uvedený návrh směrnice je tím požadovaným novým krokem).

Řešení v ČR?

Z návrhu plyne, že směrnice se má vztahovat také na finanční služby včetně pojištění. V případě tohoto právního aktu EU tedy nelze počítat pro finanční služby s výjimkou. Pokud návrh směrnice projde úspěšně legislativním procesem a zůstanou zachovány základní principy, jež jsou v návrhu obsaženy, tak je nutno vzít na vědomí, že členský stát, tedy i Česká republika, musí zajistit, že každý spotřebitelský spor bude předložen k posouzení subjektu ADR. Směrnice (resp. návrh) vytváří prostor pro rozhodování členských států, ale i soukromých subjektů v určitém oboru, jak institucionálně zabezpečit výše uvedený požadavek. Nic ve směrnici nebrání tomu, aby byl zřízen například samostatný subjekt ADR v pojišťovnictví.

V roce 2011 však nabral vývoj v České republice poněkud jiný směr. S návrhem novely zákona č. 38/2004 Sb., o pojišťovacích zprostředkovatelích a likvidátorech pojistných událostí, ve znění pozdějších předpisů, byla do Legislativní rady vlády ČR předložena změna zákona č. 229/2002 Sb., o finančním arbitrovi, ve znění pozdějších

V členských státech EU existuje 750 ADR subjektů, které mohou řešit spotřebitelské spory.

sektor. Subjektů, které pokrývají více sektorů, je 218. Pouze 5 z nich je soukromých (z právního hlediska i z hlediska financování),

- mezi problémy, jež brání fungování existujících přeshraničních systémů, autoři studie zahrnuli mezery v sektorovém a teritoriálním pokrytí, nízkou znalost možností ADR a konkrétních ADR u spotřebitelů a podnikatelů a častou neochotu podnikatelů zapojit se do ADR. Tyto problémy jsou identické i pro národní ADR. U přeshraničních systémů ovšem navíc přistupují specifické problémy, jako jsou neznalost

předpisů. V § 1 se navrhuje doplnění, že k rozhodování sporů mezi pojišťovnami nebo pojišťovacími zprostředkovateli a zákazníky při nabízení, poskytování nebo zprostředkování životního pojištění je příslušný též finanční arbitř, pokud je jinak k rozhodnutí tohoto sporu dána pravomoc českého soudu. V této souvislosti lze jen dodat, že v tomtéž ale platném § 1 je stanoveno, že sjednání rozhodčí smlouvy nevylučuje pravomoc arbitra a že arbitř usiluje zejména o smírné vyřešení sporu. Projednávání návrhu novely zákona č. 38/2004 Sb. však Legislativní rada vlády ČR dne 12. 8. 2012 přerušila a upravený návrh jí nebyl zatím znovu předložen. ☒

² FIN-NET, http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm a webové stránky vybraných členů FIN-NET

³ Cross-Border Alternative Dispute Resolution in the European Union, European Parliament, IMCO, June 2011

Věcný záměr zákona o zdravotních pojišťovnách a soukromé pojištění

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

Legislativní radě vlády a vládě České republiky byl předložen k projednání návrh věcného záměru zákona o zdravotních pojišťovnách. Tímto věcným záměrem je plněno Programové prohlášení vlády ze dne 4. srpna 2010, kde je stanoveno, že vláda bude prosazovat větší roli a odpovědnost zdravotních pojišťoven při rozhodování o úhradách léčivých přípravků a zdravotnických prostředků. Návrh je součástí reformy zdravotnictví a dotýká se také soukromého pojištění. Z tohoto důvodu považuje autor za účelné upozornit na některé základní přístupy v něm obsažené.

Cíle návrhu věcného záměru

Nejdříve je vhodné připomenout, že současně postavení a činnost zdravotních pojišťoven provádějících veřejné zdravotní pojištění je upravena zejména zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky a zákonem č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.

Vlastní návrh věcného záměru vychází hlavně z teze, že současnou právní úpravu lze vzhledem k významu zdravotních pojišťoven hodnotit jako nedostatečnou a z hlediska rozvoje systému veřejného zdravotního pojištění a zvýšení jeho efektivity jako nevyhovující. Tato teze se opírá o detailní analýzu problémů stávající právní úpravy, na základě níž mohly být formulovány **následující cíle**: prosazování a ochrana veřejného zájmu na bezproblémovém fungování zdravotních pojišťoven; efektivní dostupnost zdravotních služeb; vytvoření jasné zodpovědnosti a systému kontroly plnění povinností zdravotních pojišťoven; jasné definování subjektu, který by měl motivaci dohlédnout na zajištění efektivního fungování a dlouhodobé prosperity zdravotní pojišťovny a kvalitu služeb jejím pojištěncům; jednotná

právní úprava pro všechny zdravotní pojišťovny; úprava právní formy sui generis zdravotních pojišťoven jakožto veřejnoprávních právnických osob zřizovaných na základě zákona; povinná neziskovost zdravotních pojišťoven; posílení role a odpovědnosti managementu a dozorčích rad zdravotních pojišťoven, jakož i jejich zainteresovanost na výsledcích hospodaření zdravotních pojišťoven; nový systém voleb do dozorčích rad zdravotních pojišťoven; posílení kontroly a dohledu nad zdravotními pojišťovnami; možnost zakládat dceřiné společnosti nabízející nejen zdravotní připojištění v oblasti poskytování zdravotních služeb; převod NRC¹ a činností VZP ČR, které vykonává

Současnou právní úpravu lze vzhledem k významu zdravotních pojišťoven hodnotit jako nedostatečnou. Jaké změny nám v tomto kontextu přinese nejbližší budoucnost?

Pokud jde o definice, tak je podle mého názoru velmi významné potvrzení vymezení „veřejného zájmu“ tak, jak je zakotven v § 17 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, tj. „jako soulad s právními předpisy a zajištění kvality a dostupnosti zdravotní péče, fungování systému zdravotnictví a jeho stability v rámci finančních možností systému veřejného zdravotního pojištění“.

Návrh upravuje, že zdravotní pojišťovna nesmí zakládat další právnické osoby nebo nabývat účasti v jiných právnických osobách z důvodu přehlednosti a efektivnosti hospodaření, jednoznačného postavení dohledového orgánu

Zdravotní pojišťovna může založit dceřinou společnost, která by poskytovala nejen zdravotní připojištění, ale i komerční pojištění bez explicitního omezení výběru pojistníků a provozovaných odvětví.

pro všechny zdravotní pojišťovny, na nově ustanovený subjekt (Kancelář) a převod CMÚ² pod tento subjekt. V návrhu věcného záměru se příslušné cíle konkretizují. Pro zachycení možného vlivu návrhu na soukromé pojištění v zásadě stačí širěji přiblížit pouze vybrané cíle.

Provozování veřejného zdravotního pojištění

V této části návrhu se především vymezuje, že zdravotní pojišťovnou se rozumí právnická osoba se sídlem v České republice, jejímž předmětem činnosti je provozování veřejného zdravotního pojištění. K tomu potřebuje licenci, kterou bude vydávat Ministerstvo zdravotnictví.

a ochrany osobních údajů, pokud tento zákon nestanoví jinak (poznámka autora: tento odstavec má v podstatě již podobu paragrafovaného znění).

Zdravotní pojišťovna může provozovat pouze veřejné zdravotní pojištění a nesmí být poskytovatelem zdravotních služeb a ani nesmí provádět smluvní zdravotní pojištění ani zdravotní připojištění.

Dceřiná společnost

Zásadní význam má ale teze, že zdravotní pojišťovna může založit dceřinou společnost, která by poskytovala nejen zdravotní připojištění, ale i komerční pojištění bez explicitního omezení výběru pojistníků a provozovaných

odvětví, přičemž poskytování tohoto typu pojištění bude umožněno také ostatním komerčním pojišťovnám. Povolení má vydávat v souladu se zákonem č. 277/2009 Sb., o pojištníctví, ve znění pozdějších předpisů, Česká národní banka, která bude vykonávat i dohled nad činností dceřiných společností. Návrh však počítá s tím, že Ministerstvo zdravotnictví si určitou roli ve vztahu k dceřiným společnostem ponechá: může kontrolovat, zda zdravotní pojišťovna při zřizování těchto dceřiných společností a při následném uzavírání obchodních vztahů s těmito společnostmi respektuje podmínky dané platnou právní úpravou, například zákonem o zdravotních pojišťovnách nebo zákonem o účetnictví.

Samozřejmě vzniká otázka, jak by mělo vypadat zdravotní připojištění. Jistě se to bude ujasňovat a precizovat při přípravě paragrafovaného znění, ale v návrhu se předpokládá, že zdravotní připojištění by krylo péči částečně hrazenou, ekonomicky náročnější variantu zdravotní péče, hotelové služby a další činnosti poskytované v souvislosti se zdravotní péčí a péčí nehrazenou, například stomatologické výkony. Pozoruhodná je však tato věta návrhu: „Zákon o zdravotních pojišťovnách stanoví konkrétní rozdělení zisku vytvořeného dceřinou společností mezi základní fond zdravotního pojištění a provozní náklady matky – příslušné zdravotní pojišťovny.“ Nelze přejít ani strategický záměr, že zdravotní pojišťovny mají provozovat též nemocenské pojištění. Tím by příjmy zdravotních pojišťoven vzrostly podle návrhu o cca 23,5 mld. Kč.

Právní forma a postavení zdravotních pojišťoven

Návrh stanovuje, že zdravotní pojišťovny budou mít právní formu *sui generis*, založenou na principech obdobných, jaké jsou užívány pro odlišení neziskových subjektů. Statutárním orgánem má být představenstvo složené z ředitele a odborných ředitelů. Ředitel, který bude zároveň plnit funkci předsedy představenstva, bude volen dozorčí radou na návrh některého člena dozorčí rady. Odborné ředitele bude volit a odvolávat dozorčí rada na návrh ředitele. Postavení dozorčí rady má být diametrálně odlišné od stávajícího pojetí. Dozorčí rada bude v některých ohledech nahrazovat spíše stávající správní radu. V dozorčí radě – primárním kontrolním orgánu zdravotní pojišťovny – budou zastoupeni, stejně jako nyní, reprezentanti pojištěnců, zaměstnavatelů a státu. Zákon pak podrobně upraví podmínky, které musí

splňovat ředitel a členové představenstva zdravotní pojišťovny a členové její dozorčí rady.

Požadavky na činnost zdravotní pojišťovny

Z širokého spektra požadavků na činnost zdravotní pojišťovny je účelné vybrat ty požadavky, které se týkají jejího hospodaření. **Návrh je vymezuje následovně:**

- zabezpečení dlouhodobé finanční stability sektoru veřejného zdravotního pojištění a vymahatelnosti zákonného nároku pojištěnců v rámci systému veřejného zdravotního pojištění (např. způsob přechodu pojištěnce při likvidaci zdravotní pojišťovny),
- zabezpečení zdravotní pojišťovny proti ohrožení finanční stability a výkyvu cash-flow (krátkodobými) nepříznivými vnějšími vlivy,
- monitorování finančního zdraví a solventnosti jednotlivých zdravotních pojišťoven a včasná identifikace rizika úpadku v důsledku nezodpovědného hospodaření s cílem přijetí a realizace nápravných opatření,
- zabezpečení přesných a včasných standardizovaných údajů a pravdivého obrazu o hospodaření zdravotních pojišťoven,
- regulaci hospodaření s prostředky určenými na zajištění nároku pojištěnců z veřejného zdravotního pojištění,
- zajištění ekvity péče ve všech regionech, kde má zdravotní pojišťovna působnost.

Solventnost pojišťovny

Dále je pak specifikována solventnost pojišťovny. Zdravotní pojišťovna při povinné neziskovosti je povinna mít trvale zdroje nejméně ve výši požadované míry solventnosti, kterou se rozumí schopnost zabezpečit úhradu závazků v čase jejich splatnosti. Prováděcí předpis Ministerstva zdravotnictví má stanovit způsob určení hodnoty zdrojů a způsob výpočtu a prokazování požadované míry solventnosti zdravotní pojišťovny.

Hospodaření zdravotní pojišťovny úzce souvisí s regulací provozních nákladů, která má být koncipována obdobně jako v současnosti. Motivem regulace je zabránit zdravotní pojišťovně vynakládat finanční prostředky na provoz bez jakéhokoli omezení. Prováděcí předpis bude podle návrhu věcného záměru stanovovat limit provozních nákladů jako maximální procento z celkového pojistného, které může zdravotní pojišťovna použít na úhradu provozních

nákladů. Ministerstvo zdravotnictví bude kontrolovat zdravotní pojišťovny formou dohledu na dálku, tedy průběžného sledování hospodaření zdravotních pojišťoven a jejich finanční stability, i dohledu na místě.

Příklady k dořešení v paragrafovaném znění

Od návrhu věcného záměru jakéhokoli zákona nelze očekávat, že dá komplexní detailní vysvětlení či odůvodnění všech cílů, a to právě proto, že jde o věcný záměr. Z tohoto důvodu není vhodná taková kritika a je lépe hovo-



řit o potřebě hlubšího zpracování například právního postavení zdravotních pojišťoven a principu neziskovosti ve vztahu ke konkurenci zdravotních pojišťoven, k jejich vlastníkům, transformaci apod. Dalším příkladem, který vyžaduje dotažení, je komerční připojištění realizované dceřinými společnostmi zdravotních pojišťoven. Ty musí fungovat jako komerční pojišťovny podle zákona o pojištníctví. V této souvislosti bude třeba v rámci přípravy paragrafovaného znění vysvětlit, zda bude možné rozdělovat jejich zisk na základě právní úpravy obsažené v zákoně o zdravotních pojišťovnách nebo z jakých zdrojů bude vytvořen základní kapitál komerční pojišťovny a do jaké míry bude zdravotní pojišťovna „ručit“ za solventnost její komerční dceřiné společnosti. V každém případě přichází návrh věcného záměru v oblasti soukromého pojištění s důležitým posunem, což by mělo Českou republiku v oblasti financování zdravotnictví přiblížit západoevropské úrovni.

Návrh věcného záměru zákona o zdravotních pojišťovnách projednávala dne 5. 4. 2012 Legislativní rada vlády České republiky. Jednání však bylo přerušeno. K této otázce bude tedy žádoucí se v dalších číslech Pojistného obzoru vrátit. ☒

Novinky z legislativy

OBDOBÍ 1. 2. 2012 DO 30. 4. 2012

MGR. EVA KOZOJEDOVÁ
PŘEDSEDKYNĚ ČESKÉ SEKCE MEZINÁRODNÍHO SDRUŽENÍ PRO POJISTNÉ PRÁVO (AIDA)



Foto: archiv autorky

Mgr. Eva Kozojedová

1. Zákon č. 55/2012 Sb., kterým se mění zákon č. 137/2006 Sb., o veřejných zakázkách, ve znění pozdějších předpisů. Rozsáhlá novela veřejných zakázek přináší změny jak pro zadavatele, tak pro uchazeče. Zavádí např. nový pojem významná veřejná zakázka. Ruší možnost veřejného zadavatele (s výjimkou oblastí obrany nebo bezpečnosti) omezit počet zájemců, jež vyzve k podání nabídky. Dále se zavádí povinnost zadavatele zrušit zadávací řízení v případě, že obdržel pouze jednu nabídku nebo po posouzení nabídek zbyla k hodnocení pouze jedna nabídka. Zvyšuje se horní hranice pokut za správné delikty zadavatelů i dodavatelů na dvojnásobek (z původních 10 mil. Kč na 20 mil. Kč).

Účinnost 1. 4. 2012, část 1. 1. 2014.

2. Vyhláška č. 57/2012 Sb., o minimálních náležitostech statutu účastnického fondu a statutu důchodového fondu. Vyhláška v návaznosti na zákony upravující důchodovou reformu stanoví minimální náležitosti statutu účastnického a důchodového fondu. **Účinnost 28. 2. 2012, část 1. 1. 2013.**

3. Vyhláška č. 58/2012 Sb., kterou se mění vyhláška č. 233/2009 Sb., o žádostech, schvalování osob a způsobu prokazování odborné způsobilosti, důvěryhodnosti a zkušenosti osob a o minimální výši finančních zdrojů poskytovaných pobočkou zahraniční banky, ve znění vyhlášky č. 192/2011 Sb. **Účinnost 28. 2. 2012, část 1. 1. 2013.**

4. Vyhláška č. 63/2012 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva spravedlnosti č. 330/2001 Sb., o odměně a náhradách soudního exekutora, o odměně a náhradě hotových výdajů správce podniku a o podmínkách pojištění odpovědnosti za škody

způsobené exekutorem, ve znění pozdějších předpisů. Vyhláška snižuje odměnu exekutora (a tedy i náklady exekuce) v případě, kdy dlužník splní po zahájení exekuce „dobrovolně“ svoji povinnost a zároveň nepřevyšuje-li vymožené plnění 10 tis. Kč. Exekutorovi pak přísluší obecně pouze náhrada hotových výdajů v paušální částce 1750 Kč. **Účinnost 1. 3. 2012.**

5. Vyhláška č. 64/2012 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva spravedlnosti č. 484/2000 Sb., kterou se stanoví paušální sazby výše odměny za zastupování účastníka advokátem nebo notářem při rozhodování o náhradě nákladů v občanském soudním řízení a kterou se mění vyhláška Ministerstva spravedlnosti č. 177/1996 Sb., o odměnách advokátů a náhradách advokátů za poskytování právních služeb (advokátní tarif), ve znění pozdějších předpisů. Snižují se sazby odměn v prvostupňových nalézacích řízeních o zaplacení peněžité částky nebo jiné penězi ocenitelné hodnoty. Sazby odměn jsou podrobněji rozčleněny do více pásem, aby náklady korespondovaly s výší vymáhané částky a mnohonásobně ji nepřevyšovaly. U tzv. bagatelních sporů (o částky do 10 tis. Kč) se odměna významně snižuje (u nízkých částek o více než o polovinu). Sazby odměn v dalších typech řízení se mírně zvyšují. **Účinnost 1. 3. 2012.**

6. Vyhláška č. 82/2012 Sb., o provádění kontrol technického stavu vozidel a jízdních soupřev v provozu na pozemních komunikacích (vyhláška o technických silničních kontrolách). **Účinnost 31. 3. 2012.**

7. Vyhláška č. 83/2012 Sb., kterou se mění vyhláška č. 302/2001 Sb., o technických prohlídkách a měření emisí vozidel,

ve znění pozdějších předpisů. **Účinnost 1. 5. 2012, část 1. 1. 2013 a 1. 1. 2014.**

8. Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník. Nový občanský zákoník nahradí za necelé dva roky nejen dosavadní občanský zákoník, ale také významnou část obchodního zákoníku a řadu dalších zákonů, např. zákon o pojistné smlouvě, zákon o rodině, zákon o odpovědnosti za škodu způsobenou vadou výrobku nebo zákon o nájmu a podnájmu nebytových prostor. Nová právní úprava představuje více než tři tisíce paragrafů a obsahuje zásadní změny soukromého práva, které nelze na vymezeném prostoru ani telegraficky shrnout. Přesto se pokusím část z nich stručně vyjmenovat. Pro činnost pojišťoven je významné zařazení úpravy pojistné smlouvy zpět do občanského zákoníku (§ 2756 a následující), čímž dojde k třetímu právnímu režimu pojistných smluv (pojistné smlouvy uzavřené za účinnosti stávajícího občanského zákoníku – do 31. 12. 2004, poté za účinnosti zákona o pojistné smlouvě – tedy pojistné smlouvy uzavřené v letech 2005–2013 a pojistné smlouvy uzavřené od ledna 2014). To přinese nutnost tří systémů správy pojištění, s nimiž mohou být spojeny administrativní a právní problémy. **Zásadním změnám v právní úpravě pojistné smlouvy se podrobněji věnuje článek na straně 6.** V obecné rovině považuji za nutné upozornit na zcela novou terminologii, kterou nový občanský zákoník používá. Otevírá se tak široký prostor pro výklad, včetně výkladu soudního. Nové pojmy by měly přinést větší srozumitelnost pro běžného člověka, z pohledu právního však budou nepochybně generovat velkou míru právní nejistoty. Z dalších změn bych uvedla oblast náhrady škody. Nový občanský zákoník zrušuje mj. vyhlášku stanovící bodové ohodnocení

bolestného a ztížení společenského uplatnění. Stejně tak neobsahuje ekvivalent současného § 444, který stanovil výši jednorázového odškodnění v případě usmrcení pro pozůstalé zemřelého. Nově bude odškodňování nároků ze škod na zdraví nebo usmrcení závislé výhradně na přiměřenosti konkrétní situaci. Bude odškodňována jak majetková, tak nemajetková újma (vč. tzv. duševních útrap). Duševní útrapy vyvažující plně utrpení jsou odškodňovány nejen u zraněného či u pozůstalých v případě usmrcení, ale nově také u příbuzných při zvlášť závažném ublížení na zdraví. Nelze-li výši náhrady určit, stanoví se podle zásad slušnosti. Dále se mění způsob a rozsah náhrady škody, když přednostně by měla být škoda nahrazena uvedením do předešlého stavu. Vodítkem pro rozhodnutí mezi peněžitou náhradou a uvedením do předešlého stavu není účelnost, ale rozhodnutí závisí výlučně na poškozeném. Také nejsou bez významu rozsáhlé změny dědického práva, které mj. zavádí šest dědických tříd. Zároveň dochází i k rozšíření okruhu osob blízkých (úprava příbuzenství – např. sešvagřené osoby). Rozšíří se tedy i okruh osob, které budou při usmrcení nebo zvlášť závažném ublížení na zdraví odškodňovány. Nahrazením části stávajícího obchodního zákoníku dojde k sjednocení smluvního práva a odstranění dvojího závazkového práva obchodního a neobchodního. Např. právní úprava smlouvy o obchodním zastoupení tak bude nově součástí občanského zákoníku. **Účinnost 1. 1. 2014.**

9. Zákon č. 90/2012 Sb., o obchodních společnostech a družstvech (zákon o obchodních korporacích). Je po novém občanském zákoníku druhým ze stavebních kamenů tzv. rekodifikace občanského práva. Nahrazuje část současného obchodního zákoníku (která nebyla hrazena novým občanským zákoníkem) upravující obchodní korporace (dřívější terminologií obchodní společnosti). Nová právní úprava je ve srovnání se stávajícím zněním podrobnější. Obsahuje řadu změn vztahující se k akciové společnosti, např. neomezuje akcionáře v tom, jaké druhy akcií vydává. Záleží pouze na akcionáři, jakým způsobem akcie ve stanovách vymezí a jaká práva s nimi spojí. Nově jsou členové dozorčí rady voleni valnou hromadou, odpadá povinnost volit třetinu členů dozorčí rady zaměstnanci společnosti. Dále obchodním korporacím ukládá povinnost přizpůsobit do 6 měsíců od nabytí účinnosti zákona ujednání společenských smluv



Ilustrační foto: Dreamstime.com

a doručit je do sbírky listin obchodního rejstříku. Porušení této povinnosti může vést až ke zrušení obchodní korporace a její likvidaci. Povinnost k přizpůsobení nové právní úpravě je stanovena také pro ujednání smluv o výkonu funkce a o odměně. Pokud nedojde do 6 měsíců k jejich uzpůsobení novému zákonu, platí, že je výkon funkce bezplatný. **Účinnost 1. 1. 2014.**

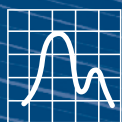
10. Zákon č. 91/2012 Sb., o mezinárodním právu soukromém. Společně s novým občanským zákoníkem a zákonem o obchodních korporacích vytváří nový rámec soukromého práva. **Účinnost 1. 1. 2014.**

11. Nařízení vlády č. 93/2012 Sb., kterým se mění nařízení vlády č. 361/2007 Sb.,

kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci, ve znění nařízení vlády č. 68/2010 Sb. **Účinnost 1. 4. 2012, část 26. 3. 2012.**

12. Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci. Podrobně se stanoví náležitosti a obsah zdravotnické dokumentace (údaje o zdravotním stavu pacienta a skutečnostech souvisejících s poskytováním zdravotních služeb pacientovi). **Účinnost 1. 4. 2012, část 1. 4. 2013.**

13. Vyhláška č. 117/2012 Sb., o podrobnější úpravě činnosti penzijní společnosti, důchodového fondu a účastnického fondu. **Účinnost 6. 4. 2012, část 1. 1. 2013.** ☒



StatSoft®
STATISTICA



STATISTICATM

• statistické analýzy • data mining • řízení kvality • prediktivní modelování

***STATISTICA* je nadčasovým softwarovým nástrojem pro profesionální analýzu dat.**

Je hojně využíván v bankovním a pojišťovacím sektoru, průmyslu, výzkumu, ale také i ve školách, službách, státní správě atd.

Kontakt: info@statsoft.cz, t: +420 233 325 006, www.statsoft.cz

Představení společnosti StatSoft



Společnost StatSoft byla založena v roce 1984 v USA a do dnešních dnů se nám podařilo úspěšně fungující pobočky rozšířit do dvaceti zemí světa, kde se snažíme přiblížit naše produkty a veškerou podporu co nejlíže klientům. Stali jsme se jedním z předních světových dodavatelů na poli softwaru pro analýzu dat a reportování. Jsme také nejvýznamnějším tvůrcem celopodnikových systémů pro kontrolu a zlepšování kvality na světě a jako jediní zajišťujeme celosvětovou plnou podporu našich produktů, díky svým regionálním autorizovaným pobočkám.

Produktová řada STATISTICA

Produktová řada STATISTICA a její celopodnikové, škálovatelné, špičkové systémy a techniky s možností distribuovaného zpracování prostřednictvím internetu jsou využívány v celé řadě průmyslových odvětví a aplikací předních světových společností ve více než 60 zemích světa. STATISTICA je široce využívána jako nedílná součást firemní výpočetní infrastruktury. Pomáhá dosáhnout zvýšení produktivity a zlepšení hospodářského výsledku, zvýšení bezpečnosti, snížení průmyslového znečištění nebo zlepšení ochrany životního prostředí. Je také využívána v kritických výrobních aplikacích, v regulovaných odvětvích jako základ firemní iniciativy v oblasti zavádění Six Sigma.

Spolupráce s Českou kanceláří pojistitelů

Společnost StatSoft v poslední době úzce spolupracovala s Českou kanceláří pojistitelů. ČKP již dlouhodobě využívala nástroje *WebSTATISTICA* server a *STATISTICA Data Miner*. Posledně jmenovaný software je využíván pro analýzu dat dopravních nehod i pojistných událostí „povinného ručení“. S cílem celkového rozšíření rozsahu prováděných analýz vyvstala poptávka po nástroji, který umí pracovat s nestrukturovanými texty, text miningu. Potřeba analýzy nestrukturovaného textu se v praxi objevuje například v situaci, kdy je nutné přesněji kvantifikovat informace potřebné pro členění škod na závažné a méně závažné. Podíl škod na zdraví na celkových závazcích pojištění odpovědnosti z provozu vozidla (POV) totiž stále narůstá. „Související nejzávažnější rentové nároky generují pro pojišťovny obrovské náklady, a to ve výši až 50% objemů všech škod na zdraví,“ uvádí zástupce ředitele ekonomicko-správního úseku ČKP RNDr. Petr Jedlička, Ph.D., který očekává, že se kombinací aplikace statistických technik Text Miningu a Data Miningu podaří rozšířit rizikové znaky predikující výskyt závažných nároků škod na zdraví již v rané fázi šetření případu. To umožní přesnější odhady celkové výše škod.

Vzájemná spokojenost

Celá implementace softwaru vzhledem k vyspělosti produktu trvala de facto jediný den. Úvodní konfigurace, vlastní implementace, krátké zaškolení i odstranění překážek implementace proběhlo z pohledu ČKP ve velmi krátkém čase ve standardní (tj. vysoké) kvalitě vzájemné spolupráce za tradičně profesionálního přístupu odborníků společnosti StatSoft ČR. Podle očekávání kombinace obou nástrojů *STATISTICA Data Miner* a *STATISTICA Text Miner* umožňuje rozšíření využitelné informace z analyzovatelných dat. Konkrétně obě techniky fungují následovně: Úlohou Text Mineru je z nestrukturované textové informace (popis nehodového děje) získat reprezentativní klíčová slova, která jsou následně zpracována do standardních datových položek. Z takto připravených datových položek se použitím Data Mineru získává zpřesněný odhad výše škody na zdraví pro specifické nehodové děje, které by bez analýzy nestrukturovaného textu nebyly odhalitelné a statisticky vyhodnotitelné. Dosažený cíl zpřesnění odhadu výše závažné škody na zdraví umožní lépe odhadovat celkové škodní úhrny povinného ručení, což vede k lepšímu řízení rizik v rámci nejzávažnějšího segmentu škod povinného ručení. V konečném důsledku dochází k přesnému plánování zdrojů v sektoru pojišťovnictví.

Analýza: Vývoj cen v povinném ručení ohrožuje pojišťovny

MGR. ADAM VOLDÁN
CONSULTANT, ACTUARIAL AND INSURANCE SOLUTIONS
DELOITTE ADVISORY S. R. O.

Průměrné pojistné nových smluv pojištění odpovědnosti z provozu vozidla (POV) i havarijního pojištění (HAV) v posledních letech každoročně významně klesá. Hlavním cílem studie společnosti Deloitte bylo zjistit, jaké dopady tohoto dlouhodobého poklesu cen lze očekávat a zda je současný stav udržitelný. Tento článek přináší popis použitých dat, našeho postupu a dílčích pozorování.

Pojištění odpovědnosti z provozu vozidla

Situace v České republice se na úrovni celého trhu dosud pro pojišťovny nejevila tak složitá jako v některých jiných zemích EU, a to i přesto, že i zde po úvodních letech demonopolizace systému pojištění vozidel pozorujeme výrazné snižování průměrného pojistného v rámci konkurenčního boje. Z našich analýz vyplývá, že do roku 2011 celkové pojistné POV stále ještě stačilo na pokrytí škodních a správních nákladů. Dále pozorujeme, že zatímco celková výše škod po roce 2005 stagnovala, celkové vybrané pojistné výrazně klesá. Důsledkem toho je pozorovatelný nárůst škodního poměru¹ v posledních letech, jak ukazuje **Graf 1**.

Propad průměrného pojistného – zdroj problémů

Pro naši analýzu jsme měli dostupná data o celkovém počtu vozidel a výši průměrného pojistného v jednotlivých segmentech pro nově sjednané smlouvy a souhrnně pro všechny smlouvy.

Při pohledu na vývoj průměrného pojistného všech osobních automobilů je vidět, jak se pokles začíná kolem roku 2005 v posledních

letech zrychluje. To potvrzují i dostupné výsledky za první čtvrtletí 2012, které naznačují, že oproti stejnému období roku 2011 došlo k dalšímu poklesu průměrného pojistného za celý trh POV až o 9 %. K ještě razantnějšímu poklesu dochází u nově sjednaných smluv, viz **Tabulka 1**.

Agresivní cenová politika je zřejmá u všech významných segmentů, to je důvodem množících se případů přesjednávání pojistných smluv. Nově sjednané smlouvy mají totiž výrazně nižší průměrné pojistné než smlouvy obnovené. Pro analýzu profitability jednotlivých pojištění je právě cena nového obchodu klíčová, neboť lze předpokládat, že během několika let se tyto ceny promítnou do celého portfolia.

Vývoj škod v POV

Pro účely naší studie jsme měli k dispozici vývojové trojúhelníky agregované za celý trh POV. Pro účely srovnávání výše škod s pojistným jsme metodou chain ladder zkonstruovali

Podle aktuální analýzy společnosti Deloitte zaměřené na český trh je stávající vývoj cen nově sjednaných smluv povinného ručení i havarijního pojištění pro pojišťovny dlouhodobě neudržitelný.

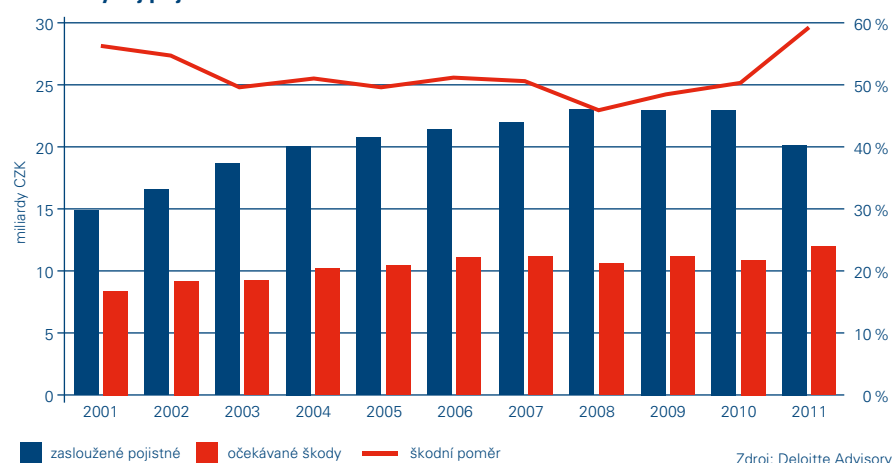
vlastní „nejlepší odhady“ budoucích celkových pojistných plnění na úrovni celého trhu, které nezahrnují žádné explicitní rizikové přírázky.

Z našich výsledků pozorujeme, že vývoj počtu škod je poměrně stabilní od škodního roku 2004. Podobně stabilní je úroveň celkových očekávaných škod od roku 2006.

Fakt, že celkové škodní náklady se drží na konstantní úrovni i přes to, že průměrné škody rostou v souladu s cenovou inflací, je dán především dvěma faktory:

- Poklesem škodní frekvence – tj. pravděpodobnosti, že na jedno pojištěné vozidlo bude hlášena škodní událost. Data poskytnutá z ČKP a statistiky policie ČR však naznačují zpomalování tohoto trendu, což by v budoucnu vedlo k růstu objemu celkových škod.
- Klesá počet závažných nehod – na základě policejních statistik pozorujeme výrazný úbytek počtu nehod, kdy dojde k usmrcení nebo těžkému zranění, zde očekáváme pokračování tohoto trendu.

Graf 1: Vývoj pojistného a škod



¹ Škodní poměr – poměr celkových očekávaných škod ku zaslouženému pojistnému

Tabulka 1: Vývoj průměrných cen nově sjednaných smluv POV

Tarifní skupina (objem motoru)	Do 1000 ccm	1001–1350 ccm	1351–1850 ccm	1851–2500 ccm	Nad 2500 ccm
Pokles (2012Q1/2008)	-21 %	-25 %	-27 %	-32 %	-35 %

Zdroj: Deloitte Advisory

Pro účely analýzy profitability POV nebyly odhady budoucích trendů zahrnuty, protože by příliš závisely na našem expertním názoru, a tím by snižovaly vypovídací hodnotu výsledků. Ze stejného důvodu jsme do výpočtů nezahrnovali žádné odhady dopadu nového občanského zákoníku, který bude mít patrně vliv zejména na vývoj ve zdravotních škodách.

Vývoj administrativních nákladů pojišťoven

Pro posouzení pořizovacích a správních nákladů jsme byli limitováni údaji z veřejně dostupných dat, především z výročních zpráv pojišťoven.

Na základě námi porovnávaných dat je nákladový poměr² napříč pojišťovnami relativně stabilní zhruba na hladině 28 %, tím se drží na srovnatelné úrovni s podobnými pojistnými trhy v EU. Ačkoli se průměrná hodnota správních a pořizovacích nákladů drží na přijatelné úrovni, na základě údajů z výročních zpráv je zřejmé, že na českém trhu jsou i pojišťovny, jejichž náklady výrazně převyšují tento průměr. Dokonce v letech 2009 a 2010 měly některé pojišťovny nákladový poměr vyšší než 100 %, což je způsobeno dvěma souvisejícími vlivy:

- malý objem smluv, proto pojišťovny nejsou schopny dosáhnout na dostatečné úspory z rozsahu,
- nákladná marketingová kampaň s cílem získat větší podíl na trhu, a tím snížit správné náklady do budoucna.

Profitabilita nově sjednaných smluv POV

V rámci naší studie jsme samostatně analyzovali postačitelnost pojistného nově sjednaných smluv. Ty se nám jeví jako ztrátové. Kombinovaný poměr³ za celý trh byl pro nový obchod ještě ke konci roku 2011 okolo 97 %. Nicméně další pokles průměrného pojistného pro nový obchod zaznamenaný v prvním kvartálu 2012 naznačuje nárůst současného kombinovaného poměru na 102 %, za předpokladu, že bude zachována konstantní škodovost i administrativní náklady. Je třeba zdůraznit, že se jedná

o nejlepší odhady nezahrnující rizikové přírázky; při volbě alternativní metodiky, např. na základě držených rezerv by odhadovaná profitabilita byla ještě nižší. Deloitte zvolil pro posouzení profitability právě metodu nejlepších odhadů, která se využívá při oceňování pojišťoven, protože poskytuje pohled na budoucí zisk pojišťovny včetně výnosů skrytých uvnitř rezerv, které vznikají po vyrovnání všech škod.

Výsledky našeho modelu navíc potvrzují současné trendy na našem trhu, kdy některé pojišťovny s vysokým podílem nových smluv vy-

ještě vážnější než u POV. V roce 2011 bylo podle statistik ČNB průměrné pojistné u nových smluv roku 2011 na úrovni 53 % průměrného pojistného u starších smluv (u POV je to okolo 92 %), díky tomu zde dochází k rychlejší obměně smluv než u POV se všemi negativními dopady na profitabilitu.

Navíc na rozdíl od POV roste i celkový objem škod (nárůst o 4,9 % od roku 2008). Výsledkem je, že zatímco ještě v roce 2009 se kombinované poměry největších pojišťoven pohybovaly kolem 90 %, v roce 2010 už se

Agresivní cenová politika je zřejmá u všech významných segmentů, to je důvodem množících se případů přesjednávání pojistných smluv.

kazují již dnes ztráty z POV. Tyto pojišťovny by měly přehodnotit svůj obchodní model, jinak hrozí riziko, že budou muset zvažovat odchod z trhu POV.

Ve vybraných segmentech je situace ještě závažnější

Do roku 2011 stačilo celkové pojistné na úrovni celého trhu a přes všechny segmenty POV na pokrytí nákladů pojišťoven. Přesto poskytnutá data ukazují, že některé segmenty byly již v této době ztrátové. Je na pojišťovnách, aby zhodnotily poskytování pojištění v těchto segmentech za stávajících podmínek a případně zde změnily přístup k tvorbě cen. Mezi ztrátové tarifní skupiny dle dostupných analýz patří zejména:

- tahače návěsů,
- autobusy a trolejbusy MHD, autobusy do 5 t.

Havarijní pojištění

Mnoho z trendů pozorovaných v pojištění odpovědnosti, zejména snižování pojistného v posledních letech, platí pro havarijní pojištění v ještě větší míře. K poklesu objemu pojistného dochází zejména v posledních třech letech, kdy nejvýraznější pokles je opět u nově sjednaných smluv. Situace je v tomto směru

ve většině případů přehouply přes 100 %, pro nově sjednané smlouvy jsou dokonce okolo 150 %. Statistiky kombinovaných poměrů pro jednotlivé pojišťovny za rok 2011 nejsou dosud vždy dostupné, ovšem data za celý trh naznačují, že kombinovaný poměr dále spíše mírně narůstá.

Doporučení

Na základě výše předložených analýz vývoje pojistného a vývoje budoucích škod jsme dospěli k následujícím závěrům.

POV

Data za první kvartál 2012 ukazují, že průměrná cena pojištění klesla pod profitabilní úroveň (kombinovaný poměr pro nové smlouvy je 102 %, při použití metody nejlepších odhadů). Pojišťovny se musí zejména zaměřit na správné nastavení systému slev a dodržování systému bonus-malus tak, aby nedocházelo k dalšímu propadu průměrných cen pojištění. Stejně tak doporučujeme pojišťovnám, aby zvážily svůj pricing, případně zvolily jiné faktory pro tarifkaci klientů. Dále se domníváme, že by se mohl lépe využít potenciál přímé likvidace.

HAV

Zde je situace ještě výrazně složitější (kombinovaný poměr pro celý trh HAV je přes 100 %,

²⁾ Nákladový poměr – poměr ostatních nákladů pojišťovny ku zaslouženému pojistnému

³⁾ Kombinovaný poměr – poměr součtu celkových očekávaných škod a ostatních nákladů ku zaslouženému pojistnému

a pro nové smlouvy dokonce překračuje 150 %). Při současných cenách lze jen těžko očekávat, že by pouze vhodný výběr klientů mohl vést pojišťovny k zisku. Kromě opatření jmenovaných pro POV by měly pojišťovny přehodnotit i nastavení své obchodní strategie a preferovat vyšší ziskovost před objemem upsaného rizika. V případě HAV vidíme prostor pro snížení vyplacených škod v rámci odhalování pojistných podvodů.

Vybrané segmenty

Je zřejmé, že některé segmenty (tahače návesů a autobusy MHD) jsou natolik ztrátové, že by bylo odpovídající navýšení průměrného pojistného v řádu desítek procent. Domníváme se, že problémy těchto tarifních skupin jsou částí širšího problému se ziskovostí u pojišťování flotil. Přestože jsme neměli data

k detailnějším analýzám, na základě našich zkušeností jsou flotily osobních i nákladních automobilů tradičním odvětvím, kde nejvíce převládá management prodeje podle objemu, namísto podle ziskovosti uzavřených smluv. Proto doporučujeme pojišťovnám zaměřit se při posuzování strategie prodeje POV na řízení prodeje, resp. upisování rizika v této oblasti.

Závěr

Stále se snižující průměrné pojistné nových smluv již nepostačuje na krytí souvisejících škod a nákladů. Pokud pojišťovny na tuto situaci nezareagují a nezvrátí dosavadní trend poklesu sazeb u nových smluv, bude trh jako celek v krátkém horizontu ztrátový v obou odvětvích pojištění motorových vozidel.

V příštích letech bychom se mohli dočkat i konsolidace na tomto trhu, který v pojistném dohromady za obě odvětví představuje polovinu trhu neživotního pojištění.

Podle názoru Deloitte by se měl posuzovat úspěch jednotlivých pojišťoven na trhu pojištění motorových vozidel dle kritérií zohledňujících zisk, nejen objem. Dosud byl často jediným měřítkem podíl pojišťovny na celkovém předepsaném pojistném. Současná situace vybízí k úvaze o alternativních měřítkách, jako je např. dlouhodobý podíl na ziskovosti (nebo naopak ztrátě) celého odvětví povinného ručení a havarijního pojištění nebo jako je současná hodnota budoucích zisků pojišťovny při zohlednění synergií s ostatním pojistným kmenem. Pro vývoj v tomto odvětví bude také velmi důležité sledovat chystané změny v regulaci pojištnictví a obecně směřování vývoje pojistného trhu. ☒

Bankopoistenie je nielen o spolupráci s bankami

ING. PAVOL LÍM
INTERNATIONAL CONSULTANT
LIMRA EUROPE

Po liberalizácii poistného trhu začiatkom 90tych rokov minulého storočia začali všetky poisťovne v krajinách strednej Európy bez ohľadu na ich majetkové pozadie rýchlo rozvíjať svoje agentské a maklérske siete. Ich úspech a veľkosť určovali podiel na trhu, ovplyvňovali vo veľkej miere pocit dôvery u klientov a v neposlednom rade aj spokojnosť akcionárov. Naše krajiny boli zaradené medzi rýchlorastúce trhy (Emerging Markets) a úspešné poisťovne len s veľkým úsilím zvládali svoj vlastný rast. Stratégovia najmä v nadnárodných spoločnostiach však už vedeli, že tempo rastu sa zhruba o 10 rokov spomalí, časť trhu dosiahnutelná klasickou distribúciou sa do veľkej miery naplní a skôr než príde k stagnácii rastu produkcie cez dva už spomínané tradičné distribučné kanály, bude treba začať rozvíjať ďalšie, ktoré nahradia očakávaný výpadok

a pomôžu zachovať kontinuálny rast zaplateného poistného.

Bancassurance

Anglické slovo bancassurance k nám začalo prenikať koncom 90tych rokov. Najmä poradcovia z nadnárodných spoločností, ktoré mali tento koncept overený v praxi v rôznych krajinách sveta, prichádzali so svojimi prezentáciami, aby personálne pripravili odborníkov pre nový distribučný kanál. Všade tam, kde z rôznych dôvodov neuspela distribúcia poistných produktov cez agentov či maklérov, hľadali si poisťovne cestu cez tzv. alternatívnu distribúciu, v rámci ktorej je práve bankopoistenie tou najúspešnejšou fungujúcou súčasťou. Práve v latinských krajinách nášho kontinentu klienti zrejme

Bankopoistenie funguje na trhoch západnej Európy už viac ako 30 rokov. Je to rýchlo sa rozvíjajúci predajný kanál, ktorý je výsledkom globalizačných a deregulačných trendov v bankovom a poistnom sektore.

viac dôverovali svojmu bankovému poradcovi, ako niektorému zo svojich susedov či rodinných príslušníkov. Väčšia polovica nových poistných zmlúv je preto už tradične dojednávaná prostredníctvom finančných inštitúcií v Španielsku, Francúzsku, Taliansku i Belgicku.

Banky, lízingovky a oveľa viac

Kto sú to teda tie finančné inštitúcie? Zužovať ich len na banky by bolo v našom prípade určite nespravodlivé. Radi totiž spolupracujeme aj s ich sestrami, dcérami či prinajmenšom obchodnými partnermi, ktorými sú lízingové spoločnosti, stavebné spoločnosti, spoločnosti poskytujúce splátkový

predaj a nebankové pôžičkové inštitúcie. Ak sa však rozhodneme pootvoriť dvere ešte viac, tak do alternatívnej distribúcie sa nám zmestia aj poskytovatelia médií ako voda, elektrina a plyn, telekom operátori, pošta, z maloobchodných sietí najmä tie s fungujúcimi vernostnými schémami, predajcovia áut ale aj poskytovatelia zdravotníckych služieb, zdravotné poisťovne nevynímajúc. Atraktívne sú pre nás všetky inštitúcie, ktoré majú veľké databázy lojálnych klientov. Tu nepatria tie, ktoré si klient sám nevybral ako napr. sociálna poisťovňa, alebo úrad práce, resp. iní monopolní dodávatelia. Im chýba práve lojalnosť, klient si ich nevybral lebo nemal z čoho vybrať, neostáva mu iné než ich akceptovať.

Pokiaľ sa nenecháme obmedzovať svojim vlastným myslením, pridáme na to, že poistenie patrí aj k cestovným kufrom (aké asi?), k rôznym športovým potrebám (lyže, bicykle), k akýmkoľvek cestovným lístkom (vlak, MHD), k vstupenkám na športové podujatia atď. Kreativite sa medze nekladú. Veď kto by sa nechcel odlíšiť od svojej bežnej konkurencie?

Počas posledného úplného zatmenia slnka pozorovateľného v krajinách strednej Európy v auguste 1999 sa v Maďarsku hojne predávali jednoduché papierové okuliare s tmavými filtermi na jeho pohodlné a najmä bezpečné pozorovanie. Jedna z poisťovní, ktorej ani jej svetová dominancia neubrala na kreatívnosti, využila príležitosť a okuliare sa predávali už aj s poistením prípadného poškodenia zraku. Skvelý príklad alternatívnej distribúcie!

Kto a s kým spolupracuje

Je nepopierateľným faktom, že s ohľadom na objem poistného sú najvyhľadávanejším obchodným partnerom práve banky. Nie nadarmo sú bankovníctvo a poisťovníctvo spomínané ako dve dominantné zložky finančnictva (Financial Industry). Ich produkty sa vhodne dopĺňajú – banka dokáže klientovi ponúknuť komplexnejší balík, dohodne mu výhodné podmienky, šetrí mu čas lebo výber urobila zaňho a v neposlednom rade dostáva sprostredkovateľskú províziu. Poisťovňa zas získava dôveryhodného distribučného partnera s dobre pripravenou a vyškolenou predajnou sieťou, kvalitným informačno-predajným systémom a širokým klientskym portfóliom. Výhody sú teda na oboch stranách (Win-Win Situation). Všeobecne platí, že na trhu nie je toľko bánk, koľko je spolupráce chutivých

poisťovní. Nielen v rámci Európy, ale aj krížom cez oceán sú vytvorené majetkovo prepojené skupiny alebo strategické partnerstvá, ktoré potom na národných úrovniach nedovoľujú dopredu určeným partnerom spolupracovať vo väčšej miere aj s niekým iným, hoci aj lepším v danej oblasti. Každý nový bankopoistný zámer je obvykle najprv diskutovaný na pravidelnom stretnutí oboch strategických partnerov. Až keď navrhujúca strana nenájde očakávanú podporu pre svoj projekt, môže sa obrátiť na iného konkurenčného poskytovateľa služby. Takto sa občas k spolupráci s bankami dostávajú aj menšie špecializované

poisťovne bolo na trhu dobre známe. Veď dobré meno tiež predáva.

Ako úspešne predávať

Predajné metódy sa rozvíjajú tak, ako sa rozvíjajú distribučné kanály. Osobný predaj (Face to Face) funguje a ešte dlho fungovať bude. Samoobsluhy s poistnými produktami sa zatiaľ neužili, prvé pokusy u nás skončili neúspešne. Často platí, že čím menej sprostredkovateľ zájde do podrobností produktu, tým má väčší predpoklad úspešného predaja. Nie nadarmo sa v laickej verejnosti



Ing. Pavol Lím během přednášky na půdě České asociace pojišťoven.

Foto: ČAP

poisťovne, ktorých produktové portfólio ani dosahované objemy predaja však nie sú strategickými partnermi bánk vnímané ako vážna konkurencia. Ide zväčša o menšie projekty, realizované so súhlasom koordináčnej skupiny pre bankopoistnú spoluprácu hlavných partnerov. Podobná situácia je aj v stavebných sporiteľniach, kde však ponuka poistných produktov oproti tej v bankách značne zaostáva.

Lízínkové spoločnosti sú na tom inak. Keďže ich klienti očakávajú širší výber v oblasti zákonného i havarijného poistenia, spolupráca s viacerými poisťovňami je tu nevyhnutná. Splátkové spoločnosti a nebankovky majú väčšinou voľnejšiu ruku pri výbere svojho poistného partnera. Snažia sa vybrať tak, aby popri zaujímavom produkte bol aj dostatočný priestor pre províziu a meno

tradiuje, že vrcholom nudy je večer strávený s poisťovákmi. Do podrobností idú väčšinou len právnici, finančníci, učitelia súvisiacich predmetov a pracovníci konkurencie v rámci prieskumu trhu.

Pri kúpe bankopoistného produktu sa na tlačivách určených na vyplnenie klientom objavuje nezriedka tzv. negatívna opcia (Negative Option), kedy ak klient vyslovene nevyjadrí svoj nesúhlas, má sa za to, že kupovaný bankový produkt bude mať aj s poistením. Ako pri osobnom predaji, tak i pri zaslanej negatívnej opcii musí samozrejme klient svojim podpisom potvrdiť, že súvisiace poistné podmienky nielen obdržal, ale sa s nimi aj oboznámil a súhlasí s nimi.

Predaj na diaľku si razí cestu všade tam, kde sú početné a solventné databázy. Tie bankové boli medzi prvými. Poistné produkty sú

ponúkané formou listov, zasielaných často ako súčasť inej pravidelnej korešpondencie (napr. výpis z účtu), ale aj samostatne, najmä vtedy, keď je na ponuku potrebné poslať viac materiálov. Listové kampane dnes tvoria pravidelne opakujúcu sa súčasť marketingu, je len na dohode bankopoistných partnerov, do akej miery budú využité na ponuku poistných produktov.

Aktívny telemarketing sa prirodzene rozvíja z pasívnych telefónnych centier finančných inštitúcií. Tu sa správny algoritmus poväč-

jedno, či ide o hypotéku, spotrebný úver, nákup tovaru na splátky, kreditnú kartu alebo leasing. Z pohľadu veriteľov znižuje CPI riziko nesplácania väčšinou z dôvodu úmrtia, invalidity, dlhodobej práceneschopnosti a nezamestnanosti. Napriek ich predajnému úsiliu však CPI len vzácné dosahuje vyššiu akceptovanosť ako 75 % u spotrebných úverov a kreditných kariet, resp. 55% pri hypotékach. Poistenie pravidelných platieb (Life Style Insurance) je zatiaľ skôr využívané ako atraktívna súčasť bežného účtu.

využívajú aj pri neosobnom predaji na diaľku (Direct Mail, Telemarketing).

V zásade však platí – čím viac je poistný produkt začlenený do nosného produktu finančnej inštitúcie, čím viac sa stane jeho organickou súčasťou, tým lepšie predajné výsledky budú dosiahnuté. Preto zatiaľ ne-reálna vízia, v ktorej kvalitné životné poistenie bude integrovanou súčasťou bežného účtu banky, by nemala chýbať medzi cieľmi každej poisťovne.

Je nepopierateľným faktom, že z hľadiska objemu poistného sú najvyhladávanejším obchodným partnerom práve banky.

šinou len hľadá. Pomerne úspešne sa predávajú neživotné produkty bez potreby preverenia zdravotného stavu, ktorých cena je však oproti tradičnému životnému poisteniu podstatne nižšia. Finančná náročnosť a nízka finálna akceptácia sú hlavnými prekážkami masívnejšieho rozvoja tejto modernej formy distribúcie v našich krajinách.

Paleta produktov je široká

Tak ako sa rozvíjajú metódy predaja, tak pribúdajú aj nové, respektíve modifikované poistné produkty, ktoré sú predmetom snažení našich sprostredkovateľov. Väčšie objemy sa spravidla dosahujú predajom životného poistenia, najmä individuálneho investičného poistenia (Unit Linked), súčasťou ktorého je nezriedka investičná zložka tvorená fondmi predávajúcej inštitúcie. Tým sa predchádza prirodzenej obave bankových domov z odlivu finančných prostriedkov mimo ich správu, keď sa podstatná časť investovaného poistného vráti späť na účet vlastnej správy aktív (Asset Management). Pokiaľ je jedna z investičných stratégií tvorená garantovaným fondom, poistenie supluje aj kapitálové životné poistenie. Skupinové životné poistenie je skôr sporadicky ponúkané korporátnymi útvarmi ako zamestnanecký benefit. Poistenie bezvládnosti (Long Term Care) sa bude v dôsledku starnutia populácie tešiť stále väčšej pozornosti aj finančných inštitúcií. Samostatne nepredajné poistenie schopnosti splácať splátky (Credit Protection Insurance – CPI) tvorí už teraz súčasť väčšiny produktov, pri ktorých sa klient stáva dlžníkom. Je pri tom

Produktový úrazového a zdravotného poistenia vhodne dopĺňajú produktové portfólio všade tam, kde či už spôsob predaja, alebo cieľová skupina predaj životného poistenia nepodporuje. Doplnkové zdravotné poistenie v kombinácii s asistenčnými službami majú určite so zužujúcim sa rozsahom povinného zdravotného poistenia budúcnosť. Majetkové poistenie je často reprezentované poistením bytu či domu, domácnosti, poistením auta a cestovným poistením. Tak majetkové, ako i úrazové poistenie sa pre svoj jednoduchý spôsob predaja a atraktivnosť marketingovej komunikácie často

Nové pravidlá povedú k zmenám

Nové pravidlá Európskej únie pre odmeňovanie v sprostredkovaní finančných produktov, ktoré už sú v platnosti v prvých krajinách EÚ, predpokladajú pevný sadzovník odmien jednotlivých sprostredkovateľov podľa nimi vykonaných úkonov. Teda bez akejkoľvek spojitosti s objemom predaja, ako je to teraz. Bude len na klientovi či a koľkokrát svojho poradcu zavolať a koľko úkonov bude požadovať. A čo je najdôležitejšie, bude vždy vedieť, koľko ho to bude stáť. Za predpokladu, že sa toto stane realitou aj u nás, môžeme očakávať, že len vyšší segment klientov bude takto poskytované sprostredkovateľské služby akceptovať. O poistenie väčšiny tých ostatných sa našťastie tiež má kto postarať. Veď každý z nás je už klientom niekto z finančných inštitúcií... ☒

LIMRA je najmä dôveryhodným zdrojom poznatkov a riešení

A že je skutočne z čoho čerpať, o tom svedčí 95 ročná história asociácie založenej v roku 1916 v americkom Chicagu. Náзов, pod ktorým vykonáva svoju činnosť od roku 1971, je skratkou pre Life Insurance Marketing and Research Association, teda v preklade asociácia pre marketing a výskum životného poistenia. Svoju činnosť vykonáva všade tam, kde ju jej 1 200 členov z viac ako 70 krajín sveta potrebuje. Nejde len o prieskumné a školiace programy, ale aj o ciele vedenie a navrhovanie riešení v jednotlivých etapách vývoja jednotlivých členských poisťovní.

Dnes LIMRA ponúka široký rozsah prieskumov a služieb – od porovnania údajov o aktuálnom poistnom trhu, jeho objeme a smerovaní, jeho hlavných reprezentantoch, cez spotrebiteľské správanie a jeho dôsledky až po školiace, rozvojové

a motivačné programy pre obchodníkov, stredný a vrcholový manažment. Na rozdiel od mnohých iných má dobre zmapovanú oblasť starnutia populácie a s ňou rýchle sa rozvíjajúci trh penzijného zabezpečenia.

Každý z členov sa vďaka dlhodobému poznaniu vývoja poistných trhov vo všetkých častiach sveta môže oprieť o kvalifikovanú pomoc pri hľadaní riešenia na zlepšenie svojej obchodno-marketingovej situácie dnes i v budúcnosti. Skúsenosti z vyspelých trhov LIMRA s úspechom uplatňuje v rýchle sa rozvíjajúcich ekonomikách. Poisťovne v strednej Európe takto už môžu predvídať prichádzajúce trendy, s ktorými budú musieť počítať na svojich trhoch, a teda sa na ne aj zodpovedne pripraviť, využívajúc pri tom najlepšie skúsenosti svetových lídrov. ☒

Pohledem analytika: Co ohrožuje pojistný trh?

ING. KATEŘINA LHOTSKÁ
INSURANCE COMPETENCE EXPERT
NESS CZECH, S.R.O

Osobně vidím potenciální hrozby někde jinde. Především v malém zaměření pojišťoven na dlouhodobou stabilitu a prosperitu (snaha o „rychlá vítězství“), v nedostatku kvalitních odborníků a ve špatné reputaci pojišťovnictví jako celku.

Samozřejmě nepopírám existenci obvykle uváděných jevů. Zmíněné „přepojišťování“ je však jen jedním z projevů snahy o „rychlá vítězství“. Vyšší výskyt katastrofických událostí dokážeme zvládnout lepším pochopením jejich příčin. Přes složitost tohoto úkolu je to řešitelné. Nějaká nová regulace nás provází neustále. Často platí, že novější neznamená lepší a její zavedení přináší určité potíže. Lze ale zároveň objevit i nové příležitosti, které mohou negativa vyvážit.

Jaké nepříznivé dopady však může mít krátkozrakost pojišťoven, nedostatek kvalitních pracovníků a špatná pověst pojišťovnictví? A co se s tím dá dělat? Pojďme se nad tím zamyslet.

Krátkodobost strategií pojišťoven

Pojišťovnictví je obor založený mimo jiné na snižování koncentrace rizika v čase. Vyžaduje tedy dlouhodobé přístupy a pohledy. Je to zřejmé v životním pojištění, ovšem i pro neživotní pojištění je dlouhodobé pojetí nutností.

Jaká je realita? Jsme svědky konkurenčního boje zaměřeného na maximalizaci tržního podílu v objemu předepsaného pojistného. Místo výhodnosti a přínosu sjednávanych pojištění se sleduje hlavně objem nové produkce. Někdy se to může projevit i v benevolentnějším přístupu k úpisu rizika. Přínos kampaní je vyhodnocován hlavně podle toho, zda bylo, nebo nebylo dosaženo očekávané produkce. Málokdo však tyto aktivity posuzuje s delším časovým odstupem. Jestli například takto získaný kmen nevykazuje výrazně horší charakteristiky

(například škodní průběh) nebo jestli nebyl rozebrán konkurencí dřív, než z něho mohla pojišťovna cokoliv získat.

Pojišťovny svým distribučním kanálům zpravidla nezařazují kvalitativní úkoly, ale stanovují jim jen kvantitativní cíle. S nadsázkou lze někdy dokonce konstatovat, že distribuci neřídí pojišťovny, ale že je tomu naopak. Z toho plynoucí riziko je zřejmé. V kmenech pojišťoven se nám objevují tzv. „toxická pojištění“. Z vnějšku lze těžko odhadovat, jaký je jejich podíl, a tedy jak závažná je jejich existence. Pokud však pojišťovny svůj přístup nezmění, situace se bude jen zhoršovat. Budoucnost tak nemusí být vůbec růžová. Znalci Solvency II mohou jistě oponovat, že na nebezpečí včas upozorní kvalitnější dohled nad pojišťovnami. Vzhledem k určitým analogiím s podobným prověřováním bank a jeho nízkou účinností je ale jistá skepse na místě.

Jsme svědky konkurenčního boje zaměřeného na maximalizaci tržního podílu v objemu předepsaného pojistného.

Kde je příčina?

Nedá se říci, že v absenci dlouhodobých strategií. Ty existují, mnohdy však připomínají spíše marketingový než koncepční materiál. Problém je v jejich naplňování, pokud je vůbec možné „reklamní“ záměry realizovat. Zaměstnanci pojišťoven potvrzují, že si jsou vědomi tohoto problému. Jedním dechem ovšem dodávají, že jejich úkoly určuje management. Že by byl problém právě tam? Nikoliv. Ani ten si totiž nedělá „co chce“. Plní zadání od představenstva reprezentující majitele. Ti vykonávají svobodně svoje vlastnická práva. Mezi ně patří také orientace na rychlý zisk i za cenu budoucích potíží, včetně ztrát. Za této konstelace

Při hledání odpovědi na otázku položenou v názvu článku dospěla řada odborníků k názoru, že mezi největší problémy patří nesrovnalosti v distribuci, klimatické změny a nové regulace. Jsou to však opravdu ty klíčové faktory?

existuje jen jeden subjekt, který může od majitele požadovat perspektivnost jeho počínání – klient. Ten ale nemá šanci krátkozrakost konání rozpoznat. To je úloha dohledu. O jeho zjištěních se ovšem musí klient dozvědět (což je relativně jednoduché) a musí také pochopit, co pro něj znamenají (to už je horší).

Co z toho vyplývá?

Jedna velmi špatná zpráva. Jednoduché řešení tohoto problému neexistuje. Nepomůže často omílané zvyšování finanční gramotnosti klientů. Je naivní si myslet, že dosáhne úroveň potřebné k rozpoznání zdravé pojišťovny od nezdravé. Nelze spoléhat ani na regulátora a dohled. Posilování jejich úlohy by bylo nespíš kontraproduktivní. Přílišná restrikce by totiž mohla vést až k tomu, že by se z pojišťovnictví začali stahovat investoři. Vše je tak

na majitelích. Ti svůj přístup ovšem upraví jen tehdy, když uvidí výhodnost této změny. Pak zajistí i praktickou realizaci dlouhodobých strategií. A to i v případě, že chtějí vlastnit pojišťovnu jen dočasně.

Nedostatek kvalitních odborníků

„Lidí je dost, dobrých pojišťováků málo,“ zní unisono z řady pojišťoven. Nejsou to úplně nové stesky. V rámci generační obměny se opakují pravidelně. Tentokrát je to ovšem

Pojistné spektrum

v něčem odlišné – objevuje se méně opravdu kvalitních odborníků a klesá i jakási „průměrná“ kvalita. Jak je to možné?

V pojišťovnách existují a vždy existovaly dvě skupiny pracovníků – „tvůrci“ a „vykonavatelé“. Obvykle platilo, že ze skupiny „vykonavatelů“ se ti nejspokornější časem stávali „tvůrci“. Díky tomu, že viděli i do jiných činností než jen do svých a naučili se vnímat problematiku pojišťovnictví v souvislostech. Dnes je snaha svázat činnosti do přesně definovaných procesů. Pracovníci, kteří dříve řešili často složité a rozmanité úlohy, se tak stávají vykonavateli rutinních aktivit. Vzhledem k (ne)kvalitě průměrného pracovníka jsou procesy nastavovány tak, aby je zvládali všichni. A protože jsou takto nastaveny, nepodněcují růst kvality pracovníků. Proto jsou procesy definovány ještě důkladněji. Je to začarovaný kruh... Kontext činností je přitom více a více skrytý. Přejít od „vykonavatelů“ mezi „tvůrce“ je tak mnohem komplikovanější. Má to

přichází z tzv. rychloobrátkových oborů zaměřených především na „rychlá vítězství“. Jejich krátkodobý přínos může být významný. Pro pojišťovnictví je ovšem mnohem důležitější dlouhodobá strategie, takže skutečné klady mohou být časem sporné.

Jak z toho ven? Řešení se nabízí. Umožnit pracovníkům zkušenosti získávat a poté je i využívat. To si pochopitelně vyžádá změnu stávajícího způsobu fungování. V žádném případě nevolám po zrušení procesního řízení pojišťoven. Je to užitečný institut především pro velké společnosti. Ale extrémně škodí a jde o to najít smysluplný kompromis. Pravděpodobněji by místo přesného definování každého procesu lépe posloužilo volnější nastavení jednotlivých činností. Ke každé určit cíl (čeho má být dosaženo), nejdůležitější kroky (jak má být cíle dosaženo) a zakázané kroky (co se nesmí). Není to nic nového. Vzpomeňme na pracovní a metodické postupy. V jejich rámci byla zachována kontrola nad kvalitou, pracovníci

důvody, aby nemusely.“ Čísí z toho jeden zásadní pocit – nedůvěra. Je to velmi špatná zpráva, protože pojišťovnictví je právě hlavně o důvěře. Není přitom vůbec podstatná oprávněnost nebo neoprávněnost postupu pojišťoven. Pro reputaci je důležité vnímání klienta. Oblíbená argumentace, že si měl svoje nároky prostudovat v pojistných podmínkách, zavání alibizmem. Rozhodující je, jaká vyvolává pojišťovna ve svých klientech očekávání a jak je také potom naplňuje. Nepatřičný je také argument, že očekávání nastavuje především distribuce, takže je viníkem tohoto stavu. Distribuce ale jedná jménem pojišťovny, alespoň je tomu tak v drtivé většině případů v segmentu retailu. Pojišťovna za ni zodpovídá, a musí ji tedy také uřídit.

Praktické plnění daných slibů

Jak situaci řešit? Zdánlivě jednoduše. Přejít od bezduchých a prázdných marketingových formulací typu „nám na našich klientech záleží“ k praktickému plnění daných slibů. Tím se myslí uskutečňovat je v souladu s vyvolanými očekáváními. Pojišťovna není pochopitelně žádná charita, která by měla plnit sliby „ze svého“. Je proto třeba vážit jejich realitu. To je samozřejmě těžké. Obzvláště, když konkurenti slíbí v podstatě cokoliv. Nebo když si distribuce dělá, co chce, a pojišťovna ji není schopna zvládnout.

V této záležitosti očekávám větší angažovanost institucí typu dohled a spotřebitelských sdružení. Často se také spoléhá na pozitivní vliv růstu finanční gramotnosti a schopností klientů rozpoznat falešné sliby. Nejspíš opět marně. Ideální by určitě bylo, aby se o zlepšení snažily i samotné pojišťovny. Příležitostí k tomu mají asi nejvíc. Doposud je ovšem jejich přístup poněkud pokrytecký. Na jednu stranu například kritizují „přetáčení“ smluv a na druhou stranu se chlubí „rostoucím zájmem o životní pojištění.“



i další negativa. Patří mezi ně ztráta schopnosti řešit mimořádné situace, nezáměr se zdokonalovat, demotivace a frustrace s následnou fluktuací a bohužel i alibizmus. Například, když v jedné pojišťovně nepředal pracovník správy smluv svoje podezření na podvodné jednání odpovědným pracovníkům proto, že na to „neměl proces“.

Odkud se berou „tvůrci“?

Jde hlavně o kvalifikované teoretiky pohybující se v různých oblastech pracovního trhu. U nás jim nelze upřít snahu, činnost a u některých i vůli se od svých zkušenějších kolegů co nejvíce naučit. Praktické zkušenosti jim ovšem zásadně chybí a tato absence se jeví jako nenahraditelná. A tak místo pronikání do hloubky problematiky jen „kloužou po povrchu“. Část „tvůrců“ navíc

nebyli příliš svázáni, a mohli tak uplatňovat svoje vlastní schopnosti a přístup k řešení jednotlivých úkolů. Tím zároveň docházelo k jejich rozvoji a zkušenosti takových pracovníků pak byly jedny z nejcennějších nevyčíslitelných aktiv pojišťovny.

Špatná reputace pojišťovnictví

Nedávno jsem četla jakýsi žebříček „společenské vážnosti“ jednotlivých profesí. Bylo to dost smutné čtení, protože pojišťováci na tom byli téměř nejhůř. Lidé obvykle shrnují svoje výhrady do věty: „Pojišťovny slibují, když potřebují, abychom platili my, a když mají platit ony, hledají

Co dodat...

Pozorného čtenáře jistě napadlo, že výše uvedené problémy spolu navzájem souvisí. Je to správný postřeh. Majitelé pojišťoven slyší na recepty „rychloobrátkových“ pracovníků ve snaze dosahovat „rychlých vítězství“. Součástí je i neúplně otevřené jednání s klienty, což samozřejmě posiluje negativní vnímání oboru jako celku. Důvěra je podlomena a o jejím obnovení se více hovoří, než se pro to reálně dělá. Kdo by taky něco dělal, když odborníci chybí a při stávajícím způsobu řízení jich přibývat nebude. S externími hrozbami se nám daří vypořádávat. A tak tím, co nejvíce ohrožuje pojistný trh, jsou jeho účastníci. Chabou útechou je, že ostatní obory jsou na tom podobně... 

SVIPO: Nástroj pro systematické odhalování podvodů napříč trhem

MGR. ONDŘEJ KAREL
VEDOUcí ODDĚLENÍ POJISTNÝCH PRODUKTŮ A PREVENCE POJISTNÉHO PODVODU
ČESKÁ ASOCIACE POJIŠŤOVEN

Česká asociace pojišťoven zahájila provoz Systému výměny informací o podezřelých okolnostech (SVIPO). Nový nástroj má významně zvýšit efektivitu pojišťoven při odhalování pojistných podvodů.

Realizací tohoto projektu, který umožňuje systematickou výměnu informací mezi pojišťovnami za účelem odhalování pojistného podvodu, se český pojišťovací trh dostává z hlediska přístupu k odhalování pojistného podvodu na úroveň srovnatelnou s vyspělými zahraničními trhy. Jasně tím deklaruje, že to s bojem s pojistnými podvody myslí skutečně vážně a ochrana finančních zájmů pojistitelů a jejich klientů, poctivých pojistníků, je jednou z jeho priorit. Cílem tohoto článku je seznámit odbornou veřejnost s funkcionalitami tohoto nástroje na podporu odhalování pojistných podvodů a hlavními východisky pro jeho vývoj.

Hlavní východiska projektu

Ideový návrh SVIPO jako specifického nástroje ČAP na podporu odhalování pojistného podvodu členskými pojišťovnami vznikl v roce 2007. Impulzem se stala potřeba zefektivnit stávající komunikaci mezi specialisty na odhalování pojistných podvodů jednotlivých členských pojišťoven. Ti byli totiž při prověřování škodní historie subjektů (osob) nebo předmětů pojištění (vozidel, nemovitostí apod.), vyskytující se v jimi identifikovaných podezřelých škodách, v ostatních pojišťovnách odkázáni na spolupráci se svými kolegy z těchto pojišťoven, jejich časové možnosti a vůbec na celkovou ochotu ke spolupráci. Jednoduchý způsob řešení této situace, který spočíval ve vytvoření společné databáze údajů o škodních událostech umožňující náhled vybraným osobám z pojišťoven, jež do databáze zasílají data o jimi registrovaných škodních událostech, však nebyl realizovatelný. Pojišťovny totiž nechtěly podstupovat riziko obchodního zneužití jejich dat při vzájemném sdílení. Vzhledem k tomu, že jednotlivé pojišťovny byly v době vzniku ideového zámeru SVIPO v různé míře vybaveny vlastními interními softwarovými nástroji pro detekci

pojistných podvodů, vznikl požadavek vytvořit takový systém, který by tyto nástroje vhodně doplňoval a jehož výstupy by bylo možné do těchto nástrojů integrovat.

Princip fungování SVIPO

Funkcionalita SVIPO je založena na zpracování dat o škodních událostech, která jsou v raném stádiu procesu likvidace škod zasílána do databáze SVIPO. Zde dochází k jejich vzájemnému automatickému porovnání na základě definovaných logických parametrů (tzv. interakcí). Jejich cílem je odhalit podvodná jednání, jež lze rozdělit do následujících skupin:

- pokus o vylákání vícenásobného pojistného plnění za jednu škodu, která je uplatněna u několika pojišťoven současně,
- pokus o opakované uplatnění v minulosti vzniklé škody, za kterou již jiná pojišťovna poskytla pojistné plnění,
- podezřeले časté škody subjektů (osob) nebo objektů (předmětů pojištění), jejichž frekvence překračuje pravděpodobnost nahodilosti,
- opakovaný výskyt subjektů (osob) nebo objektů (předmětů pojištění) ve škodních událostech, jež svědčí pro fingování nebo manipulování škodních událostí.

Jednotlivé škody jsou ve SVIPO porovnávány nejen v rámci stejného druhu pojištění, ale i v rámci různých druhů pojištění mezi sebou, pokud je to z hlediska odhalování pojistného podvodu relevantní. Pravidlem je také porovnávání škod uplatňovaných z pojištění vlastních škod se škodami uplatňovanými z pojištění odpovědnosti. Výsledkem automatického porovnání dat ve SVIPO je definice množiny škodních událostí, které byly na základě nalezení vzájemných vztahů (interakcí) mezi jejich atributy označeny jako podezřelé z hlediska možného spáchání pojistného podvodu.

Identifikace těchto škodních událostí je následně spolu s označením důvodů, ze kterých podezření vychází, respektive přesným označením interakce, oznámena pojišťovně nebo pojišťovnám, jež danou škodní událost do databáze SVIPO zasílaly.



Příprava realizace SVIPO s daty PMV

Za účelem ověření funkcionality systému SVIPO a jeho očekávaných přínosů rozhodlo prezidium ČAP o jeho pilotním nasazení k odhalování pojistných podvodů v oblasti pojištění motorových vozidel (PMV). Vzhledem ke skutečnosti, že pojistitelé PMV již zasílají data o škodních událostech z PMV České kanceláři pojistitelů (ČKP), bylo rozhodnuto o využití těchto dat i struktur, prostřednictvím kterých jsou do databáze škod (DBŠ) ČKP předávána, pro SVIPO. K ověření předpokladu proveditelnosti SVIPO nad daty v DBŠ byla vypracována studie, která tento předpoklad potvrdila s jistými omezeními vyplývajícími ze struktury položek datového rozhraní DBŠ

Pojistné spektrum

a míry jejich naplněnosti daty. V úvodní fázi realizace projektu SVIPO s daty PMV byly výše uvedené skupiny podvodných jednání, které má SVIPO odhalovat, detailně rozpracovány a byly pro ně definovány konkrétní typy a podtypy interakcí. K výše uvedeným skupinám interakcí také přibyla skupina „dalších vztahů mezi škodními událostmi“, jež byla dopracována za účelem odhalování některých dalších podezřelých okolností, specifických pro pojištění motorových vozidel. Celkově tak bylo definováno 194 možných interakcí z oblasti PMV, ze kterých bylo dodavatelem s ohledem na jejich relevantnost z hlediska odhalování pojistných podvodů a na naplněnost datového rozhraní DBŠ daty doporučeno k realizaci 50 interakcí. Po vypracování technické dokumentace (funkční specifikace) projektu a jejím odsouhlasení ze strany zadavatele bylo přikročeno k technické realizaci.

Akceptace SVIPO a jeho uvedení do provozu

Po akceptaci SW díla SVIPO ze strany zadavatele v říjnu 2011 následovalo od 1. listopadu 2011 období zkušebního provozu, jehož cílem bylo provozní testování systému, odhalení případných skrytých vad a současně vyškolení odpovědných pracovníků pojišťoven pro využití poznatků získaných z interakcí SVIPO a práci s nástrojem na prohlížení interakcí. Od 10. března 2012 je systém provozován v rutinním provozu, kterého se účastní Allianz pojišťovna, Axa pojišťovna, Česká podnikatelská pojišťovna, Česká pojišťovna, ČSOB Pojišťovna, Generali pojišťovna, Hasičská vzájemná pojišťovna, Kooperativa pojišťovna a Uniqa pojišťovna, kterým jsou v týdenní periodicitě zasílány výsledky porovnání jejich dat o škodních událostech – interakce SVIPO. Některé pojišťovny tyto interakce zpracovávají ve svých vlastních interních fraud management systémech nebo takové řešení připravují, ostatní využívají k prohlížení interakcí nástroj na bázi MS Access. První rok provozu SVIPO bude beze sporu ve znamení optimalizace funkcionalit systému. Zásadním úkolem bude doplnění dat o škodních událostech z havarijního pojištění motorových vozidel a obecné zvyšování kvality dat PMV, ve kterých SVIPO vyhledává podezřelé okolnosti, které umožní odstranění nedostatků vyplývajících z nedostatečně naplňované struktury datového rozhraní pro výměnu dat. To dosud sloužilo primárně k zasílání dat k jiným účelům, než je odhalování pojistných podvodů.

Přínosy SVIPO

Vzhledem k velmi krátkému období od nasazení systému do rutinního provozu a výše uvedeným omezením, způsobeným absencí nebo nedostatečnou kvalitou některých předávaných datových položek, je zřejmé, že seriózní vyhodnocení přínosů SVIPO bude možné provést až s určitým časovým odstupem po odstranění těchto nedostatků. Již nyní lze ale konstatovat, že systém splňuje všechny požadavky, které na něj byly kladeny na začátku projektu. Díky jeho konstrukci nemůže dojít k žádnému úniku obchodně zneužitelných informací. Pojišťovna se totiž k vlastní škodní události zavedené do systému dozvídá pouze skutečnost, že v jiné konkrétní pojišťovně existuje jiná škodní událost s některými shodnými klíčovými parametry a že tato podobnost byla vyhodnocena jako podezřelá. Výstupy ze SVIPO jsou plně implementovatelné do interních fraud

Opatření realizovaná v průběhu projektu

Na závěr je třeba alespoň krátce zmínit nejzastadnější opatření, která musela být realizována v průběhu projektu a jejichž podrobný popis bohužel rozsah tohoto článku neumožňuje. V prvé řadě se jedná o zajištění oprávnění pojišťoven ke vzájemné výměně informací za účelem odhalování pojistného podvodu formou zakotvení právní povinnosti, která umožňuje tuto výměnu realizovat bez nutnosti získávat k tomu individuální souhlas osob, jejichž osobní údaje jsou zpracovávány. Zatímco zákon o pojišťovnictví z roku 1999 tuto výměnu obecně umožňoval, ačkoli povaha předmětného ustanovení byla z hlediska stanovení právní povinnosti předmětem různých právních výkladů, v průběhu přípravy nového (stávajícího) zákona o pojišťovnictví z roku

Realizací projektu SVIPO se český pojišťovací trh dostává z hlediska přístupu k odhalování pojistného podvodu na úroveň srovnatelnou s vyspělými zahraničními trhy.

management systémů pojišťoven, kde mohou být zpracovávány a skórovány např. v kombinaci s poznatků, které jsou dané pojišťovně známy pouze interně. Některé interakce byly definovány natolik široce, aby detektivy pojišťoven oprostily od vzájemné komunikace a umožnily jim primární zjištění informace, zda subjekt nebo předmět pojištění, který se ve škodě vyskytuje, neměl v relevantní minulosti škodní událost likvidovanou u jiného pojistitele, aniž by se na tuto skutečnost museli individuálně dotazovat. Navíc některé interakce SVIPO umožní odhalit specifické druhy pojistných podvodů, jež na úrovni jednotlivých pojišťoven nelze vůbec odhalit nebo které lze odhalit pouze nahodile. Díky tomu umožní snížit vysokou míru latence, která je pro tento typ trestné činnosti příznačná, a zvýšit tak poměr podvodů, jež se pojišťovnám daří odhalovat. Postupné zvyšování kvality dat dodávaných do SVIPO povede k vyšší kvalitě interakcí, ke snížení průniků interakcí se standardními jevy, ke kterým v některých případech dochází, a současně k vyšší míře uplatnění konkrétně cílených interakcí, jejichž výskyt znamená významně vyšší pravděpodobnost podvodného jednání. Záleží tedy pouze na rozhodnutí pojistitelů, v jakém časovém horizontu uvedou prostřednictvím zvýšení kvality dodávaných dat výstupy ze SVIPO k dokonalosti a budou požadovat jeho rozšíření pro detekci pojistných podvodů v dalších druzích pojištění.

2009 reálně hrozila ztráta možnosti vzájemné výměny informací mezi pojišťovnami. Ta by nejen znemožnila realizaci SVIPO, ale také zcela ochromila činnost speciálních útvarů pojišťoven, které se odhalováním pojistných podvodů zabývají. ČAP se podařilo toto riziko odstranit a prosadit do zákona č. 277/1999 Sb., o pojišťovnictví, ustanovení § 129 odst. 6. To pojišťovnám stanovuje právní povinnost k výměně a sdílení informací za účelem prevence a odhalování pojistného podvodu a dalšího protiprávního jednání, a tudíž jim umožňuje při této činnosti zpracovávat osobní údaje bez nutnosti zajistit souhlas subjektů. Dále nelze neuvést založení společnosti SUPIN, s. r. o., společné servisní organizace ČAP a ČKP, do které byly přesunuty veškeré IT zdroje ČKP. Požadavek na zachování možnosti rozšíření SVIPO na další druhy pojištění a současně na úsporu nákladů, jež by jinak bylo nezbytné vynaložit k vybudování IT oddělení ČAP zajišťující datovou výměnu pro SVIPO, byl jedním z důvodů, které vedly k založení této společnosti. Pracovníci SUPIN se významně podíleli na celém procesu implementace systému. Jejich více než desetileté zkušenosti z oblasti technického zpracování dat pojišťoven a poskytování součinnosti dodavatelům softwarových řešení významně napomohly ochráněním zájmů ČAP, respektive zúčastněných pojišťoven při realizaci systému. ☒

Finanční gramotnost: Češi se zúčastnili mezinárodního projektu

ING. MARKÉTA SVATOŠOVÁ
SAMOSTATNÝ ODBOR OCHRANY SPOTŘEBITELE
ČESKÁ NÁRODNÍ BANKA

Na konci března 2012 zveřejnila INFE (Mezinárodní síť finančního vzdělávání) výsledky pilotního projektu zaměřeného na porovnání finanční gramotnosti, kterého se zúčastnilo 14 zemí. Jak dopadli v tomto srovnání Češi?

Projektu se zúčastnilo 14 zemí ze čtyř kontinentů – Albánie, Arménie, Česká republika, Estonsko, Irsko, JAR, Maďarsko, Malajsie, Norsko, Peru, Polsko, Německo, Velká Británie a British Virgin Islands (dále jen BVI). Ve většině zemí proběhlo pilotní měření již na konci roku 2010. Také v České republice byl v roce 2010 realizován pilotní projekt s cílem zmapování finanční gramotnosti dospělé populace na základě objektivních znalostí v oblasti financí a zjištění, jak lidé využívají nabyté znalosti v praxi, včetně zmapování postojů a chování lidí v souvislosti s obhospodařováním rodinných financí.

Měření se v České republice uskutečnilo na vzorku 1005 respondentů starších 18 let, napříč sociální a demografickou strukturou obyvatelstva. Základním podkladem měření byl dotazník obsahující otevřené otázky a otázky s možností výběru, na které respondenti odpovídali buď osobně, nebo telefonicky. Do volby odpovědi byla zařazena možnost označit jako odpověď „nevím“, s cílem odradit respondenty od hádání či tipování správných odpovědí.

Otázky projektu INFE – měření finanční gramotnosti byly rozděleny do tří oblastí:

- finanční znalosti – znalost finančních produktů a základní finančně-matematické dovednosti,
- chování ve světě financí – problematika hospodaření a kontroly financí,
- postoje k dlouhodobým finančním plánům a přípravě domácího rozpočtu.

Všechny tři sledované oblasti byly jednotlivě ohodnoceny a dílčí skóre byla dále sumarizována v celkový indikátor, jehož základem je průměr 13,7 bodu na bodové škále 0-22. Nad uvedeným průměrem se umístily ČR, Německo, Maďarsko, Irsko, Norsko, Malajsie, Peru, Velká Británie a BVI.

Z provedení porovnání výsledků měření s okolními státy, které se měření zúčastnily, vyplynulo, že výše dosažených správných odpovědí se liší v jednotkách procenta a jediná oblast, kde byl

zaznamenán nižší výsledek, je stanovování dlouhodobých finančních cílů, jež není ze strany dotazovaných v současné době preferováno.

Finanční znalosti

Dotazník zaměřený na oblast finančních dovedností obsahoval 8 otázek, které byly vybrány tak, aby pokryly různé oblasti, byly rozdílné obtížnosti, ale zároveň nevyžadovaly znalosti na expertní úrovni. Pro srovnatelnost odpovědí bylo vytvořeno bodování založené na počtu správně zodpovězených otázek každým dotazovaným a byl vytvořen propočít na populaci každé dotazované země. Vysoká znalost v oblasti finančních znalostí byla definována šesti a více správnými odpověďmi. V žádné zemi nebyla

na tuto otázku odpověděli dotazovaní většinou správně a i problematiku prostého dělení zvládlo 93 % dotazovaných. Také pojem placení úroku z úvěru je velké většině srozumitelný, v ČR zodpovědělo tuto otázku správně 88 % dotazovaných.

Většina dotazovaných ví, že růst inflace znamená zvyšování životních nákladů. Bylo shledáno, že ve většině zemí je vyššímu počtu lidí známa definice inflace spíše než její vlastní dopad na jejich kupní sílu.

Úroveň dosažených finančních znalostí je v ČR srovnatelná s okolními státy, nejvyššího skóre, tj. 6 a více správných odpovědí dosáhlo 57 % respondentů. ČR dosáhla nejlepšího skóre v porovnání správných odpovědí pouze v oblasti znalosti časové hodnoty peněz. Naopak nepatrně problematictější se jeví znalosti v oblasti úroče-

Důležitým prvkem posuzování finanční gramotnosti jsou postoje, preference a znalosti respondentů v oblasti financí.

překročena hranice 70 % populace, která by zodpověděla správně 6 a více otázek, naopak v některých státech to bylo méně než 50 % dotazovaných.

Otázky oblasti finančních znalostí se týkaly znalosti prostého dělení, časové hodnoty peněz, výše úroku z úvěru, znalosti principu výpočtu úroků, složeného úroku, velikosti rizika ve vztahu k návratnosti investice, znalosti definice inflace a diverzifikace rizik.

Výsledky

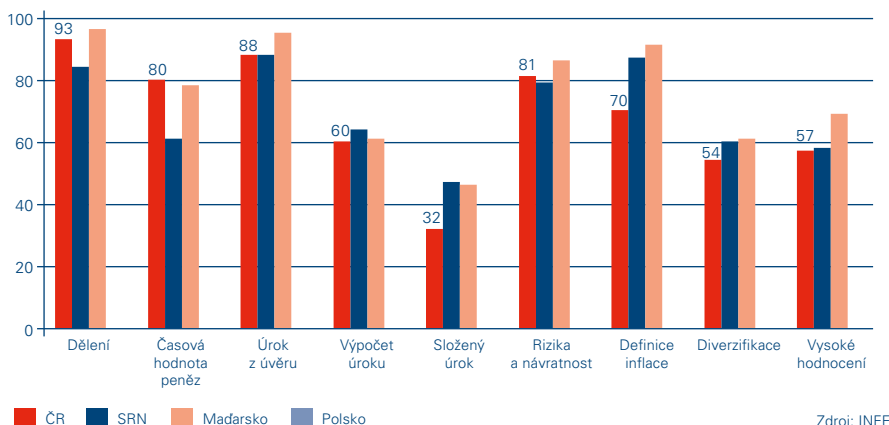
Výsledky potvrdily, že většina respondentů vládne základními matematickými znalostmi. Méně lidí však bylo schopno odpovědět na vazující otázku, jak inflace ovlivňuje fixovanou finanční částku. ČR byla jednou ze zemí, kde

ní a definice inflace, i když dotazovaní rozumí tomu, co znamená inflace v praktickém životě a že s rostoucí inflací rostou náklady a v případě výběru z vkladu vyberou sice vyšší částku, ale méně si za ni koupí. Povědomí o tom, co je inflace, roste s dosaženým vzděláním.

Finanční chování

Chování je nejdůležitější prvek posuzování finanční gramotnosti. Člověk, který se chová jako finančně gramotný, plánuje své výdaje a buduje případnou záchrannou finanční síť, tj. tvoří si rezervy na nepředvídané výdaje. Naopak takové chování, jako je například dotování finanční situace prostřednictvím dalšího zadlužování,

Správné odpovědi dosažené v oblasti finančních znalostí vyjádřeno v %



je vnímáno jako nesprávné finanční chování. Jádrem dotazníku v této oblasti bylo zjistit maximum informací o chování respondentů v různých situacích, a to jak lidé řídí své finanční výdaje, jestli pracují s finančním rozpočtem, vytváří časový plán, zda mají nějaké dlouhodobé cíle týkající se spoření a výdajů a v případě, že si v nedávné době půjčili, za jakým účelem.

Finančně vzdělaný člověk by měl vždy vědět, jaké množství peněz může utratit za nákupy. Z provedeného průzkumu vyplynulo, že lidé vědí, zda si mohou případný nákup dovolit.

Jedním ze znaků finanční gramotnosti je také to, že si člověk uvědomuje míru zadlužení, a vyhýbá se tak problémům možné platební neschopnosti. Průzkum se v této části respondentů dotazoval, zda platí své závazky včas. Většina odpovědí byla kladných.

Osobní finance

Další otázkou zaměřenou na chování respondentů bylo, jak často a jak bedlivě sledují své osobní finance. Sledování finančních toků je důležité i z důvodu zjištění, zda nedošlo v rámci platebních transakcí k nějakým chybám nebo neoprávněnému odčerpání finančních prostředků bez vědomí majitele, například neoprávněnou autorizací kreditních karet. Jen velmi malé procento respondentů nekontroluje své finanční toky, v některých zemích je to jen 1 % dotazovaných. Otázkou je také vytváření dlouhodobých finančních cílů. Průzkum zjišťoval, zda lidé počítají s dlouhodobými cíli, avšak nespecifikoval již horizont cílů ani jejich dosažení. Dlouhodobé cíle by měly být zdrojem prostředků pro očekávané výdaje jako studia nebo sňatek, případně úspory na stáří. Důležité je, zda respondenti opravdu odkládají finanční prostředky k dosažení dlouhodobých cílů, a ne aby jen o potřebě odkládání finančních prostředků přemýšleli. Z průzkumu vyplynulo, že lidé neodkládají průběžně prostředky na pokrytí dlouhodobých cílů.

Rozpočet

Průzkum se dále zabýval otázkou, jak dalece jsou lidé zodpovědní za své finance a zda vytvářejí rozpočet. Respondenti obdrželi dvě otázky – zda sledují výdaje domácnosti na denní bázi nebo zda žijí v domácnosti, která vytváří finanční rozpočet. Kombinace těchto dvou otázek vymezila velice širokou škálu odpovědí, z nichž vyplynulo, že méně než 30 % Němců, Estonců a Norů sleduje rozpočet denně, zatímco např. v Malaisii sleduje příjmy a výdaje na denní bázi téměř 74 % dotazovaných. V České republice je takto zodpovědných 37 % dotazovaných.

Za důležitou součást finanční gramotnosti je považována dovednost vytváření rezerv a snižování úvěrové angažovanosti jako základ finanční bezpečnosti domácnosti. V této souvislosti byli respondenti dotázáni, zda šetřili finanční prostředky některou z variant navržených v dotazníku, jako je odkládání finančních prostředků na spořicí účty, formou investování či odložení financí stranou v rámci rozpočtu bez dalšího umístění. V ČR vytváří pravidelnou rezervu tři

pětiny domácností. Nejčastěji jsou finanční prostředky ponechány na běžném účtu nebo odkládány na stavební spoření. Nemalá skupina 16 % dotázaných odkládá finance doma do obálky.

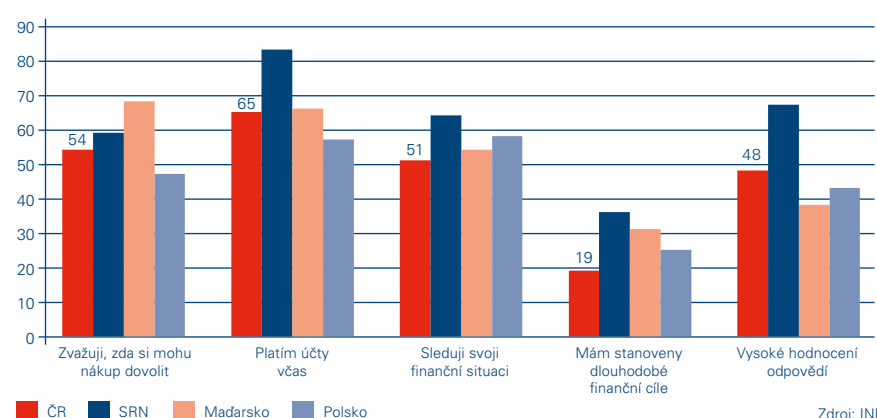
Výběr finančních produktů

Důležitým aspektem dosažené finanční gramotnosti je i umění výběru finančních produktů. Lidé projevují úroveň finančního vzdělání volbou produktu, který splňuje jejich potřeby na základě informovaného rozhodnutí. Ani v takových případech se ale nesnižuje riziko nesprávného výběru. Průzkum se dotazoval ohledně produktů nakoupených v předchozích dvou letech. V ČR si respondenti nejčastěji nakupovali penzijní připojištění nebo stavební spoření, žádný produkt si v posuzovaném období nekoupilo 52 % respondentů. Přístup k výběru produktů se v různých zemích liší. Celkové posouzení bylo provedeno na základě získaných informací, zda dotazovaní vybrali produkt bez doporučení, vybrali produkt na základě informovaného doporučení nebo nezávisle získaných informací. Více jak 60 % dotazovaných v České republice vybralo produkt bez doporučení nebo nerealizovalo v posuzovaném období žádný nákup. Z provedeného měření vyplynulo, že nejvíce ovlivnilo rozhodnutí respondentů doporučení zaměstnance či zástupce finančního subjektu nebo informace získané prostřednictvím internetu.

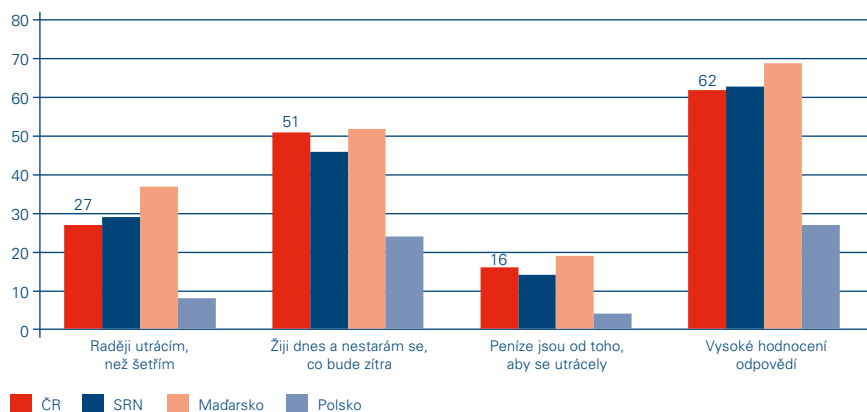
Vytváření budoucích rezerv

Finančně gramotní lidé budují strategie výdajů a vyhýbají se využívání úvěrů na pokrytí okamžitých potřeb, jako jsou potraviny nebo dovolená. Vytváření rezerv na budoucí výdaje je závislé od toho, jak umí respondenti předvídat budoucí příjmy a výdaje a zda mají nezbytné dovednosti. Je zřejmé, že není možné predikovat výpady v příjmech, ale pokrývat základní potřeby využitím úvěru je velmi nebezpečné. Z výsledků

Respondenti, kteří reagovali výrokem „Vždy“ (vyjádřeno v %)



Zásadní nesouhlas respondentů s uvedenými výroky (vyjádřeno v %)*



*K výroky uvedeným v grafu se kladně vyjádřilo průměrně okolo 10 % respondentů.

Zdroj: INFE

průzkumů vyplynulo, že někteří lidé se uchýlili právě k výše uvedené cestě a v případě výpadku finančních příjmů se je snažili pokrýt čerpáním úvěru. V ČR tuto tendenci vykazoval 11 % dotazovaných. Na druhou stranu dvě třetiny respondentů uvedlo, že vzít si úvěr na dovolenou a zaplatit

Výsledky měření v ČR ukázaly, že lidé raději spoří, než utrácí, a v případě investování neradi podstupují riziko a dávají přednost nízkorizikovým produktům. Záporně se ohledně připravenosti riskovat v souvislosti se spořením či investováním vyjádřilo 43 % dotazovaných. Stejně

Výsledky provedení pilotního měření jsou dostupné na internetových stránkách České národní banky www.cnb.cz a Ministerstva financí www.mfcr.cz

přibližně o 20 % více, než kdyby šetřili a využili vlastní finanční prostředky, není dobrý nápad. Stejně jako u finančních znalostí bylo pro oblast finančního chování zvoleno 8 otázek zaměřených na: nákupy, včasnost placení účtů, sledování finančních záležitostí, nastavení dlouhodobých finančních cílů, vlastní finanční odpovědnost a vytváření domácího rozpočtu, aktivní spoření, výběr produktů a zadlužování se na pokrytí okamžitých potřeb.

Finanční postoje

Důležitým prvkem posuzování finanční gramotnosti jsou postoje a preference respondentů v oblasti financí. Je patrné, že když mají lidé negativní postoje ohledně odkládání finančních prostředků a tvoření úspor do budoucnosti, tak nejsou příliš nakloněni ke změnám v jejich postojích. Průzkum hodnotil tři otázky zaměřené na postoje respondentů týkající se vyjádření jejich postoje k otázce, zda shledávají více uspokojující utrácet peníze, než šetřit v dlouhodobém horizontu, zda mají tendenci žít ze dne na den a nestarat se co bude zítra a zda jsou peníze tady od toho, aby se utrácely.

tak v souvislosti s výrokem ohledně okamžitého uspokojení potřeb prostřednictvím půjčky reagovalo zásadním nesouhlasem 50 % dotázaných.

Sociodemografické srovnání

V rámci měření byly využity informace týkající se pohlaví, věku, dosaženého vzdělání, pracovní pozice a výše příjmů respondentů. Z průzkumu vyplynulo, že ve většině zemí dosáhli muži vysokého hodnocení znalostí ve větším počtu než ženy. Výjimkou bylo Maďarsko, kde úroveň dosaženého hodnocení byla téměř stejná a muži i ženy dosáhli 69 %. V ČR muži dosáhli 63 % a ženy 52 %. Uvedené údaje svědčí o tom, že míra znalostí je poměrně vysoká, ale ženy mírně zaostávají. Obdobně tomu bylo u hodnocení chování, kde ale ženy v ČR dosáhly mírně vyššího hodnocení než muži. Lze konstatovat, že úroveň znalostí se jednoznačně odráží do finančního chování domácností a je přenášena do rozhodování hospodaření domácností. Z provedení věkového porovnání vyplývá, že nejvyšší hodnocení dosáhli mladí a staří lidé, zatímco generace ve věkovém rozpětí 30 až

60 let dosáhla nižší úrovně správnosti odpovědí. Rychle se měnící nabídka produktů na finančním trhu podporovaná využíváním nových technologií však může být zdrojem problémů v kontextu udržení vysoké finanční gramotnosti u starších lidí.

Výše dosaženého příjmu

Úroveň finanční gramotnosti úzce souvisí s výší dosaženého příjmu. I když příjmy samotné nemají na úroveň finanční gramotnosti vliv, tak ovlivňují rozhodování respondenta. Na druhou stranu nízký příjem neumožňuje ani nemotivuje respondenta k dlouhodobému stanovování cílů a vede spíše k uspokojování momentálních potřeb prostřednictvím zadlužování. Nízký příjem také souvisí s ostatními sociodemografickými faktory uvedenými výše. Prolnutí úrovně finanční gramotnosti s výší příjmu je jasně patrné z porovnávání zemí právě v České republice a Maďarsku. Faktor dosaženého vzdělání přímo úměrně ovlivňuje výši finanční gramotnosti. Průzkum ukázal, že většina lidí nějaké finanční znalosti má, pokud je však produkt složitý a kombinovaný z několika složek, finanční znalosti respondentů, týkající se vyhodnocení rizik a finančního přínosu produktu, se snižují. Analýzy také potvrdily úzkou souvislost mezi finančními znalostmi a chováním, což vede k závěru, že zvyšování znalostí podněcuje zvyšování orientace na finančním trhu a vede ke změnám chování respondentů. Dalším pozitivním výsledkem je kladný vztah mezi chováním a postoji respondentů. ☒

INFE – mezinárodní síť finančního vzdělávání pro experty z veřejného sektoru, založená v roce 2008. V současné době sdružuje cca 220 institucí (ministerstva financí, centrální banky a dohledové instituce, ministerstva školství) z 93 zemí, jak členů, tak nečlenů OECD. Za Českou republiku jsou členy INFE Česká národní banka a Ministerstvo financí. Úkolem INFE je především vypracování doporučených standardů a námětů pro oblast finančního vzdělávání ve školách, pro dospělou populaci, specifické skupiny obyvatelstva, a to vše na základě sběru zkušeností a výsledků programů finančního vzdělávání z jednotlivých členských států. Dále je úlohou INFE napomoci prosazení finančního vzdělávání v jednotlivých segmentech trhu v členských státech.

Long Term Care: Demografický problém trápí i Francii

ING. IRENA JENÍKOVÁ
PRACOVNÍ SKUPINA ČAP
SOUKROMÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

Začátkem dubna proběhla v Paříži jednodenní schůzka zástupců ČAP se zástupci FFSA (Fédération Française des Sociétés d'Assurances). Účelem schůzky bylo získat informace ohledně poskytování a financování dlouhodobé individuální péče (obecně vžitě označení z angličtiny „Long Term Care“, v textu dále jen LTC) a údaje o francouzském pojistném trhu v oblasti soukromého zdravotního pojištění.

Paní Agnès Canarelli, zástupkyně FFSA, která jednání v Paříži vedla, v úvodu připomněla hlavní důvod, proč se LTC v Evropě věnuje taková pozornost: „V roce 2025 bude více než 20 % všech Evropanů starších 65 let. Zdravotnický systém se musí této změně přizpůsobit, aby byl schopen poskytnout adekvátní péči a byl ekonomicky udržitelný. V roce 2007 žily ve Francii 3 miliony lidí starších 80 let, v roce 2035 to bude dle odhadů 6,1 milionu a v roce 2060 dosáhne počet těchto obyvatel čísla 8,4 milionu.“

Osobní příspěvek na LTC

LTC je poskytována osobám starším 60 let a souvisí s neschopností osoby provádět úkony každodenního života. Za pomoci modelu AGGIR (hodnocení činnosti vykonávané osobou z hlediska LTC) jsou osoby rozděleny do 6 skupin. V skupině 1–4 jsou zařazeny osoby s těžkým stupněm bezmocnosti, skupina 5–6 se týká lehčích nebo časově omezených případů odkázání na podporu druhých. Přezkoumání stavu dle AGGIR je prováděno opakovaně v rozmezí jednoho až

šesti měsíců. Nejedná se o zdravotní posouzení – provádí jej pověřený úředník dané samosprávy (departmánu).

Podle zařazení osoby do skupiny je vypočten osobní příspěvek na LTC. Příspěvek pro dlouhodobou péči tzv. APA (l'Allocation Personnalisée d'Autonomie) je vyplácen jednotlivými regiony a jeho skutečná výše závisí na finanční situaci nejen postižené osoby, ale celé jeho rodiny. Pokud postižená osoba pobírá důchod nebo je finanční situace rodiny dobrá nebo se zlepšuje v čase, příspěvek se snižuje. Tento aspekt zahrnující rodinnou solidaritu je u nás naprosto opomíjený! Zajímavá a inspirativní pro českou společnost je rovněž velká podpora obcí při poskytování LTC. Obce se o „své“ přestárlé nebo bezmocné občany starají a není výjimkou, že se například několik obcí domluví na provozování domu pro seniory. Péče v rodině a v domovské obci tak hraje v LTC ve Francii velmi důležitou roli.

Financování

Roční výdaje na LTC ve Francii dosahují částky 34,4 miliard eur. Z této částky je 24 miliard hrazeno z veřejných zdrojů, 10,4 miliardy ze zdrojů soukromých. Z veřejných zdrojů je hrazena ošetřovatelská a zdravotní péče. Největší část financí (62 %) je proplácena prostřednictvím Správy sociálního zabezpečení, druhým největším distributorem finančních prostředků je místní samospráva (22 %). 10,4 miliardy eur soukromých zdrojů je použito:

Stárnutí populace je jednou z hlavních sociálně-ekonomických změn 21. století a v průběhu dalších desetiletí zasáhne více, či méně všechny evropské státy. Francie není výjimkou.



1,5 miliardy eur na zdravotnické poplatky; 8,2 miliardy eur na hrazení nákladů na ubytování; 0,7 miliardy tvoří náklady na zdravotní péči. Vzhledem ke skutečnosti, že 81 % nákladů na ubytování hradí rodina, představuje soukromé zdravotní pojištění významný zdroj financí na úhradu těchto výdajů.

Soukromé zdravotní pojištění

V soukromém zdravotním pojištění působí ve Francii tři typy pojišťoven. Vedle běžných komerčních pojišťoven, které mají národní standard a fondový systém financování, se jedná o regionální pojišťovny s průběžným systémem financování, jako třetí pak na trhu fungují zaměstnanecké pojišťovny. Zdravotní pojištění je buď dobrovolné, kdy se člověk sám rozhoduje o pojišťovně a rozsahu pojištění, nebo povinné, kde o pojištění rozhoduje zaměstnavatel.

Co se týká samotného pojmu Long Term Care, tak na trhu soukromého zdravotního pojištění neexistuje jednotné vymezení – každá pojišťovna má svoji definici LTC, vlastní pojistné podmínky a vlastní způsob likvidace pojistných

Dle aktuálních údajů je v soukromém zdravotním pojištění ve Francii pojištěno 5,5 milionu klientů. Z toho 1,6 milionu klientů je pojištěno u komerčních pojišťoven, 3,6 milionu klientů u regionálních pojišťoven a 0,3 milionu klientů u zaměstnaneckých pojišťoven.

událostí, což přináší pro klienty na jedné straně širší nabídku, na druhé straně však těžší volbu. Soukromé zdravotní pojištění je finančně velmi rizikové. K minimalizaci rizik jsou využívány zdravotní dotazníky. Maximální věk pojištěného je 75 let. Čekací doba je tříměsíční, u některých nemocí rok, u neurologických potíží dokonce tři roky. Při úrazu se plní okamžitě, a to podle minimálně jistého rozsahu.

Aktuální údaje

Dle aktuálních údajů je v soukromém zdravotním pojištění ve Francii pojištěno 5,5 milionu klientů. Z toho 1,6 milionu klientů je pojištěno

u komerčních pojišťoven; 3,6 milionu klientů u regionálních pojišťoven; 0,3 milionu klientů u zaměstnaneckých pojišťoven.

Pojistné v soukromém zdravotním pojištění dosahuje částky 538 milionů eur ročně. Z toho pojistné u komerčních pojišťoven činí 395 milionů eur; pojistné u regionálních pojišťoven 123 milionů eur; pojistné u zaměstnaneckých pojišťoven 20 milionů eur. Průměrné pojistné na klienta u komerčních pojišťoven je 250 eur za rok, průměrné vyplacené plnění je 500 eur. Dlouhodobé rezervy systému dosahují v současné době 3,6 miliardy eur.

Soukromé zdravotní pojištění na francouzském trhu prodává zhruba 10 společností. Více jak 50 % trhu ovládají banky. Jejich výhodou jsou

nižší náklady oproti ostatním hráčům na trhu. Mezi hlavní klienty soukromého zdravotního pojištění ve Francii patří ti, kteří buď kupují pojištění pro své rodiče, nebo zažili osobně péči o vlastní rodiče a nyní kupují pojištění pro sebe.

Budoucí vývoj

V roce 2011 byla ve Francii zahájena reforma, jejímž cílem je stanovení pravidel pro soukromé zdravotní pojištění, konsolidace současného systému a vyloučení povinného pojištění. Smlouvy se mají stát pro pojistníka atraktivnějšími a mají chránit jeho zájem. V současné době je bohužel realizace reformy pozastavena. 

Africké pirátství je globální hrozbou

LLOYD'S
COMMUNICATIONS

REDAKCE
POJISTNÝ OBZOR

Je nepochybné, že pirátství, ač jej mysl Středoevropana vnímá optikou románových představ, znamená v současnosti bezpečnostní hrozbu globálního charakteru. Výskyt této nelegální činnosti je dnes spojený zejména s karibskou oblastí, Malackou úžinou, Jihočínským mořem a Indickým oceánem. Tím neaktivnějším a nejnegativněji proslulým regionem je však oblast Afrického rohu, konkrétně se pak jedná o Adenský záliv, kde se rekrutují somálští piráti.

Podle informací, které zveřejnil Úřad pro mezinárodní námořní dopravu (IMB), jsou nejčastější cíle pirátů ropné tankery. Jejich náklad totiž může mít hodnotu až 200 milionů dolarů, což je velmi lákavé sousto. Od této ceny se poté odvíjí i požadované výkupné. Z pirátství se postupem času stal velmi výnosný a profesionálně organizovaný byznys. „Piráti v posledních čtyřech letech změnili svoji taktiku. Začali používat unesená rybářská plavidla, která využívají jako mateřské lodě pro malé čluny. Z těch pak vedou své útoky. Tyto rybářské lodě jsou schopny na volném oceánu vydržet velmi dlouho. Dříve se pirátství odehrávalo většinou stylem – přepadnout pravidlo, vyplnit ho a co nejrychleji zmizet. Dnes se daleko více

vyplatí plavidlo zajmout a požadovat výkupné,“ popisoval Neil Smith, ředitel underwritingu, Lloyd's Market Association.

Válečná zóna

Adenským zálivem propluje ročně na třicet až pětatisíc tisíc lodí. To je ohromné číslo. A piráti to dobře vědí. Tato oblast odedávna patřila k těm méně bezpečným, v roce 2008, kdy se počet útoků rapidně navýšil, však byla určena pojišťovnami rovnou za válečný region. To se samozřejmě odrazilo v markantním navýšení pojistného. Položka „Válečného rizika“ se ze dne na den vyšplhala podle informací IMB až třístakrát – z 500 dolarů na 150 000 dolarů. Další položky narůstaly sice méně, ale rovněž skokově. Pojištění únosu a nákladů na výkupné vzrostlo desetkrát a pojištění proti fyzickému poškození lodí dvakrát. Tato skoková navýšení způsobila, že dnes poměr nákladů na pojištění již netvoří 0,05 % z celkové hodnoty nákladu, ale celou jednu desetinu!

Majitelé lodí přicházejí o velké peníze. Pokud se plavidlo rozhodne vyhnout těm nejrizikovějším

Majitelé obchodních lodí bijí na poplach. Námořní piráti, řádící hlavně u somálského pobřeží, jsou stále drzejší a agresivnější. Jejich útoky vyjdou podle společnosti Lloyd's světovou ekonomiku až na 12 miliard dolarů ročně.

oblastem, tak se logicky zvýší i čas strávený na moři. Uvedme příklad: přímá trasa z největšího evropského přístavu Rotterdamu do Singapuru přes Suezský průplav měří 8302 mil a trvá zhruba 15 dnů. Pokud se loď Adenskému zálivu vyhne a zvolí trasu kolem mysu Dobré naděje, pak urazí 11 762 mil a cesta jí potrvá 21 dnů.

Čísla mluví za vše

Pirátství u somálských břehů podle Mezinárodního úřadu pro námořní dopravu dosáhlo vrcholu v roce 2010. Prozatím. Tehdy piráti globálně zajali a drželi 1181 rukojmích, zranili 41 lidí a osm námořníků bylo dokonce zabito. Přepadeny bylo 445 lodí, z toho 219 měli na svědomí nejaktivnější somálští piráti, 49 akcí pak tito bandité dotáhli do „úspěšného“ konce a lodě unesli. V roce 2011 bylo celkově zajato 802 námořníků, proběhlo 439 přepadení, z toho bylo 45 lodí uneseno, u 176 případů piráti lodě vyplnili a odpluli, 113 lodí se dostalo pod pirátskou palbu a 105 lodí nějaký druh pokusu o přepadení aspoň nahlásilo. Osm námořníků pak bylo, stejně jako v roce

předešlém, zabito. Nejvíce se činili opět Somálci s 236 pokusy o přepadení lodí. Oproti roku 2010 však pouze 28 z nich bylo uneseno. Podle zprávy IMB je motivace pirátů k provozování jejich řemesla zřejmá, vždyť jeden pirát si v přepočtu dokáže vydělat kolem jednoho milionu korun ročně. To je na zemi, která patří mezi nejchudší na světě, opravdu pohádkový výdělek.

Tanker Irene SL

Nejvíce se podařilo somálským pirátům „vydělat“ na únosu supertankeru Irene SL s 24 lidmi na palubě v únoru 2011. Tanker byl na cestě z Perského do Mexického zálivu a vezl z Kuvajtu do Spojených států 1,8 milionu barelů surové ropy v hodnotě skoro 200 milionů dolarů. Loď byla nakonec v dubnu 2011 za rekordní výkupné 13,5

mezinárodní mise Combined Task Force 151. Přítomny jsou také Námořní síly Evropské unie (EU NAVFOR) plnící operaci Atalanta. Jejich úkol je však mimořádně obtížný a nebezpečný, a to i přesto, že počet útoků začal v poslední době mírně klesat. Zapotřebí je totiž ohlídat tisíce čtverečních kilometrů oceánu, a to opravdu není jen tak. Součástí operace Atalanta je také výcvik somálských námořních jednotek, které by v budoucnosti měly ochranu pobřeží převzít. Nezhálejí ani samotní majitelé lodí, jež se nespolehají pouze na nadnárodní jednotky a na své plavby si najímají soukromé bezpečnostní agentury, které mají s podobnými typy útoku velké zkušenosti.

Jak je ale vůbec možné, že „primitivní“ piráti dokážou úspěšně přepadnout a unést supermoderně vybavený tanker? Odpověď je jednoduchá. Počet námořníků sloužících na těchto plavidlech je totiž velmi nízký. Obchodní loď navíc nesmí být vů-

dostává výživné stimuly z výkupného, které bohaté státy a společnosti vyplátily. S touto informací jako první přišel britský think-tank Chatham House, který navíc přiložil satelitní snímky pobřeží, jež za poslední dekádu reálně ožilo. Přibýly nové budovy, jak bytové, tak i nebytové, po ulicích jezdí více aut, ze snímků je také patrné, že se výrazně zlepšila místní infrastruktura. Autoři studie tvrdí, že za rok může do rozvoje Somálska od pirátů připlout až 70 milionů dolarů. Přenesení některých „podnikatelských“ aktivit z oceánu na souš možná stojí i za utlumením pirátských akcí v prvním čtvrtletí aktuálního roku. Podle údajů IMB díky zesíleným mezinárodním hlídkám u východního pobřeží Afriky poklesl počet pirátských útoků v somálských vodách za první srovnávané čtvrtletí z loňských 97 pokusů na 43. Unést se Somálcům podařilo jen devět lodí oproti loňským 16.

Vypadá to, že ohnisko pirátství pomalu vyhasíná. Plamínky obdobné aktivity však, jak už to tak bývá, začínají pomalu plápolat jinde. Nové konflikty vznikají v oblasti Guinejského zálivu, kde nigerijští bandité podnikli do března letošního roku 11 útoků, přitom za celý loňský rok jich uskutečnili „pouze“ deset. Jejich útoky jsou navíc provázeny brutálním násilím, dva námořníci už při nich zemřeli a několik desítek dalších utrpělo zranění.

Řešení problému

Když to shrneme, tak problém pirátství poškozuje světovou ekonomiku v několika ohledech. Za prvé se jedná o obrovské výkupné, které piráti vyžadují, s tím souvisí také zvýšené pojištění lodí a ztráty z prodlení u dodávaného zboží. Významné jsou také finanční prostředky vynaložené na ochranu plavidel proploouvajících nebezpečnou oblastí a vůbec na boj s piráty jako takovými. Poškozena je také regionální ekonomika. Například Egypt přichází dennodenně o velké částky na poplatcích souvisejících s proplutím Suezského průplavu. Společnosti totiž nechtějí riskovat a stále častěji řeší problém obeplutím celého afrického kontinentu – je však otázkou, jak se v tomto kontextu budou nadále vyvíjet aktivity nigérijských pirátů. „Problém s piráty nebude podle mého názoru rozhodně možné vyřešit pomocí vojenské akce a rozhodně ho také nevyřeší sebekvalitnější pojištění. Jediný způsob vidím ve správném politickém přístupu. Je klíčové, aby všechny zúčastněné země společně s OSN věnovaly prostředky na rozvoj správní infrastruktury v postiženém regionu. To jediné může pirátům pomoci narušit jejich základny na souši. Pokud tyto zločinci nebudou mít pevný přístav, do kterého se po vykonané akci obvykle vrací, tak skončí i pirátství jako takové,“ uzavřel Neil Smith, ředitel underwritingu, Lloyd's Market Association. ☒



Ilustrační foto: Dreamstime.com

milionu dolarů vrácena majiteli. Kromě vyplacené ceny je příběh Irene zajímavý hlavně vzdáleností, ve které byla loď přepadena, piráti se totiž tankeru zmocnili asi 680 kilometrů východně od ománské přímořské metropole Maskatu. To byl jasný důkaz již zmíněné taktické změny, která dovoluje působit na delší vzdálenosti. „Jsem přesvědčen, že přenesení aktivity somálských pirátů na otevřené moře je důsledkem dobré práce antipirátské mise námořnictva Evropské unie, které se snaží v pobřežních vodách těmto útokům předcházet,“ doplnil Neil Smith.

Nejlepší obrana je útok

Kvůli velkému počtu pirátských útoků začalo v oblasti Afrického rohu operovat v posledních letech několik desítek vojenských plavidel v rámci

bec ozbrojené, jinak by podle mezinárodní úmluvy OSN o mořském právu (UNCLOS) ztratily právo svobodného tranzitu. Jediná možnost ochrany tak souvisí s prvky pasivní obrany, jako jsou například silná vodní děla na palubě, nedobytné úkryty v podpalubí s dostatkem zásob a možností komunikace. Někdy na odražení útoku stačí dokonce i silný reflektor během nočního přepadu nebo hlasitá zvuková siréna.

Rub a líc

Somálsko je země zdecimovaná krutými občanskými válkami, kde hladomor a nemoci jsou každodenní realitou. Přesto však odtud poslední dobou přicházejí zprávy, které zvláště v přímořských oblastech potvrzují zcela nečekaný ekonomický růst. Důvod je nasnadě. Místní ekonomika

Konstantín Alexejenko: Nejdůležitější je dobrý tým

JAN CIGÁNIK
POJISTNÝ OBZOR

**Laureátem ocenění
Osobnost pojistného trhu
v rámci ankety Pojišťovna
roku se stal bývalý
dlouholetý člen dozorčí rady
představenstva Kooperativa
pojišťovny Ing. Konstantín
Alexejenko.**

**Přijměte, pane inženýre, gratulaci k ocenění
Osobnost pojistného trhu v rámci prestižní
ankety Pojišťovna roku 2010 a děkuji vám,
že jste si udělal čas pro otázky Pojistného
obzoru. Co pro vás tato cena znamená?**

Děkuji za gratulaci, moc si tohoto ocenění vážím, spíše to však беру jako uznání práce nejen mojí, ale všech mých kolegů, kteří spolupracují s makléři a jež vytváří vztah mezi makléřem a pojišťovnou. Jsem rád, že právě Kooperativa si s makléřskou obcí vybudovala velmi dobrý vztah a že jsem mohl být u toho.

**Jak jste se vlastně k pojišťovnictví dostal
a které momenty byste určil jako ty nejdůležitější
pro vývoj vaší bohaté kariéry?**

Poslední roky před Sametovou revolucí jsem pracoval ve státní správě, konkrétně na Ministerstvu kultury SR na odboru zahraničních styků. V takovém zařazení se vyžadovala jistá jazyková vybavenost, a i když preferovaným jazykem byla samozřejmě ruština, tak jsem využil možnosti a zdokonalil se v angličtině. Po revoluci došlo ke změnám v personálním obsazení ve státní správě a já si musel hledat jinou práci. Tehdy mě oslovila bývalá kolegyně, která již pracovala v nově vzniklé pojišťovně Kooperativa a jež si vzpomněla na svého bývalého kolegu a jeho angličtinu. Důvodem byl fakt, že na funkci vedoucího odboru zajištění se vyžadovala v první řadě znalost angličtiny, zkušenosti z oboru byly zjevně v té době nepodstatné. Ono ani s tou mojí angličtinou to nebylo zrovna slavné, ale jak se říká – jednooký mezi slepými králem (úsměv). Bohužel o pojišťovnictví jsem toho moc nevěděl a o zajištění už vůbec nic. Naštěstí naším zajištěním makléřem byla v té době společnost Harris a Dixon, které byl udělen grant britské vlády na vzdělávání lidí ze střední Evropy v oblastech, jež v zemích s plánovaným hospodářstvím nebyly moc známé. V mém případě a v případě mých kolegů to bylo právě zajištění. Absolvoval jsem celou řadu kurzů a školení a následujících

téměř dvanáct let jsem se pak sféře zajištění věnoval. No a nakonec se výrazně zlepšila také moje angličtina (úsměv). Zajištění poskytuje dokonalý obraz o činnosti celé pojišťovny na jedné straně a na druhé straně je to jakýsi hlídací útvar pojišťovny, který dohlíží na to, jestli se dodržují zásady obezřetného upisování rizik. Osobně považuji zajištění a pojistnou matematiku za takové supervizní útvary pojišťovny dohlížející na její správný chod.

Jaké byly vaše další kroky...

Po šesti letech práce v zajištění jsem se stal členem představenstva v té době už slovenské Kooperativy, kde jsem odpovídal především za obchod. Dalším důležitým krokem mojí kariéry byla práce ve Vídni v odboru zajištění, kde jsem se

v technologiích, ve společenských poměrech a v neposlední řadě mají svůj velký význam i vlivy mezinárodních skupin, které podnikají na českém trhu. Od roku 1992 překonal český trh vývoj, který západoevropským zemím trval podstatně déle. Proto byl tento vývoj tak dynamický. Pro pojistnou sféru bylo také jen a jen dobře, že na trhu v té době působili i pojišťovníci pamětníci. Československé pojišťovnictví před druhou světovou válkou totiž bylo na velmi vysoké úrovni, o čemž svědčí i fakt, že některé postupy a produkty se využívají dodnes. Málokdo si možná uvědomuje, že škodní nadměrek jako metoda zajištění byla vyvinuta panem Tůmou z pojišťovny Banky Slavie a dnes představuje jednu z nejrozšířenějších metod zajištění.

**Trh se dostává do fáze, kdy bude nevyhnutelná jeho
konsolidace a ukončení dumpingových praktik růstu.**

zabýval zajištěním dceřiných společností skupiny. Tam jsem získal docela dobrý přehled o trzích střední Evropy – zejména v Maďarsku, Bulharsku, Polsku a Chorvatsku. Po akvizici společnosti Compensa v Polsku jsme zjistili, že Compensa vlastní taky pojišťovnu v Bělorusku, a tak jsem díky znalosti ruštiny jezdil i do Minsku. V té době mě oslovil pan Ing. Vladimír Mráz, generální ředitel pražské Kooperativy, jestli bych neměl zájem vést úsek hospodářských rizik v české metropoli. Mám rád výzvy, tak jsem na to kývnul. A to byl vlastně začátek mé spolupráce s českým makléřským trhem.

**V Kooperativě jste působil od roku 1992, jak
se pojišťovnictví za tu dobu, co v oboru působíte, změnilo?**

Pojišťovnictví je velice dynamický obor. Musí reagovat na změny v ekonomice, na změny

Pojistný trh v ČR obstál

**Jaká byla situace kolem zavádění nových
produktů na trh?**

Zavádění nových produktů bylo velmi rychlé až překotné a některé postupy jsme se museli učit za pochodu. Někdy ovšem vývoj pojistných produktů předbíhal poptávku a vyvinuli jsme produkty, z kterých se prodalo pár kusů a prostředky a práce kolegů vyšly nazmar. S tím ovšem úzce souvisí i výchova jak trhu, tak obchodní služby. Vysvětlování, k čemu který produkt je dobrý, nebylo jednoduché. Jako příklad by se dalo uvést pojištění živelních škod. V roce 1997 jsme zaznamenali první velkou katastrofickou událost, povodně na Moravě, a lidé si uvědomili, že pojištění má své místo v ekonomice nejen velkých firem ale i firem malých a také v privátní sféře. Povodně roku 2002 znamenaly i pro mě



Foto: AČPM

Ing. Konstantín Alexejenko

překvapení, protože pojištěné škody přesahovaly 50 % celkových ekonomických škod. Už to byl znak toho, že český trh se výrazně přiblížil rozvinutým zemím. V dnešní době je téměř nepředstavitelné, aby podnikatel, jenž chce svůj byznys jak vůči sobě, tak i svým zaměstnancům, vést odpovědně, neměl pojištění kryjící rozhodující rizika svého podnikání. Proto mě udivuje, když vidím v televizi reportáž o požáru a majitel si stěžuje, že nemá pojištění. Naštěstí je takových případů málo.

Ukazatele, jako je například podíl pojištění na HDP, jsou někdy zavádějící a pro českou ekonomiku nevychází příliš optimisticky. Na druhé straně zdravotní a důchodové pojištění v zemích západní Evropy představuje dost podstatnou část podílu na HDP, protože je soukromé, což není český případ. V každém případě je důležité zdůraznit, že rozhodně není potřeba, abychom dnes, i přes opravdu velmi dynamický vývoj českého pojišťovníctví, museli něco dohánět. Trh zkrátka reagoval na potřeby ekonomiky a jsem přesvědčen, že obstál více než dobře.

Jak byste charakterizoval současnou situaci v českém pojišťovníctví? A je tuzemský pojistný trh srovnatelný s vyspělými západními zeměmi?

Současná situace v českém pojišťovníctví v sobě odráží všechny nejistoty vývoje ekonomiky. Stagnace některých odvětví, jako je stavebnictví nebo služby, znamená propad v poptávce po pojištění. Dopad ekonomické krize znamená zpomalení růstu převážně v pojištění hospodářských rizik. Růst konkurence, hlavně v pojištění motorových vozidel, znamená snižování sazeb. Osobně se domnívám, že nastává čas

konsolidace trhu z pohledu krytí rizika a nastavení odpovídající ceny pojištění nejenom v pojištění motorových vozidel, ale i majetku a odpovědnosti. To nakonec můžeme vidět i v jiných odvětvích ekonomiky, kupříkladu mobilní operátoři jdou se sazbami výrazně dolů. Otázkou je, kde leží ten rovnovážný stav, kdy sazby budou adekvátně odrážet míru rizika, a zároveň zabezpečí návratnost kapitálu investorů. Samozřejmě za předpokladu spokojenosti klienta. V tomto je český trh porovnatelný s vyspělými západními zeměmi. A možná je v poněkud výhodnějším stavu, protože rentabilita některých druhů pojištění je v těchto zemích i negativní.

Je podle vás možné zastavit pokles, který v poslední době trh zasáhl?

To bude záviset od míry schopnosti některých pojišťoven „přežít“ negativní vývoj především v pojištění motorových vozidel. Vývoj pojistného se za poslední roky nezastavil a bohužel se ubírá směrem dolů. Trh se dostává do fáze, kdy bude nevyhnutelná jeho konsolidace, ukončení dumpingových praktik růstu. Bude to jenom ve prospěch pojišťovníctví, a především klientů, kteří si mohou být jisti, že pojišťovací společnosti na trhu budou schopny dostát svým závazkům. Není to jenom fráze. Když nám v období demopolizace povinného ručení zajišťitelé říkali, že naše závazky z jednotlivých pojistných událostí mohou dosáhnout řádově desítek milionů, tak jsme tomu nevěřili. Dnes nároky z pojistných událostí ze zelené karty už dosahují sta milionů. Proto sazby musí odrážet i růst odškodnění z pojistných událostí, navíc změny v legislativě vytvoří tlak na výšku pojistného plnění z poškození zdraví.

Regulace nesmí omezit konkurenční prostředí

Jaká „vlastnost“ pojišťovny podle vás určuje tu pomyslnou úzkou hranici mezi úspěchem a neúspěchem?

To asi není o „vlastnosti“ pojišťovny, je to spíše o lidech, kteří tvoří tým. Úspěch naší pojišťovny byl především v lidech. Hned na samém počátku se vytvořil tým, který přesně věděl, co se od něj očekává, i přesto, že tehdejší představy, jak by měla vypadat pojišťovna, se často měnily. Podle mě tak jednoznačně platí, že úspěch záleží na vhodně zvolených spolupracovnících. I když – být v pravý čas na pravém místě má taky svůj význam.

Pojistným trhem hýbe téma regulace distribuce, jak vnímáte tuto problematiku?

Já jsem se většinou zabýval neživotním pojištěním, kde regulace distribuce není tak ožehavým tématem. Navíc neživotní pojištění si lidé kupují většinou z vlastního popudu, zatímco životní pojištění je potřeba prodat. A to dokáže pouze zdatný obchodník, z toho se také odvíjí způsob odměňování. V opozici pak stojí ochrana spotřebitele, která vidí neadekvátnost způsobu odměňování. V každém případě čeká trh ještě hodně diskuzí.

Co si myslíte o průběhu implementace směrnice Solvency II?

Ekonomická krize zasáhla především finanční sektor, a proto je potřeba jej regulovat. Tak asi zněla základní premisa, z níž vznikaly všechny ty Basely, Solvency atd. Když se ale podíváme na sektor pojištění, tak se musíme ptát, kolik pojišťoven zkrachovalo? Žádná! Pouze AIG musela dostat finanční injekci, a to pouze proto, že upisovala něco, co nebylo jasným pojistným rizikem. Daleko větším problémem bylo pojištění odpovědnosti a z toho vyplývající pojistné události spojené s azbestovou problematikou ve Spojených státech, což nepřežilo vícero pojišťoven a zajišťoven. Z toho žádná opatření nevznikla. Můj osobní názor je, že nějaká forma regulace je potřebná, aby měl klient jistotu, že pojišťovací ústav, u něhož se pojistil, je solventní. Regulace obecně však nesmí omezit konkurenční prostředí a obchodní iniciativu pojišťoven.

Nástup moderních technologií

V poslední době začaly do pojišťovníctví pronikat moderní technologie, jako jsou chytré telefony nebo tablety. Co si o tomto fenoménu myslíte a může to pojistný trh nějak významně ovlivnit?

Bylo by naivní se domnívat, že moderní technologie do pojišťovníctví nezasáhnou. Mladá generace je s rozvojem technologií úzce spjatá a je nemyslitelné, aby se tomuto fenoménu pojišťovníctví vyhnulo. Rozdíl ve srovnání s bankami však vidím v tom, že každý z nás chce vidět průběžně, jak je na tom s financemi, zatímco pojištění je zajímavé jenom v situaci, když je potřeba zaplatit pojistné a pak když nastane pojistná událost. Proto své produkty pojišťovny „přizdobují“ různými aplikacemi, aby zvýšily jejich atraktivitu. Ovlivnit to ale pojistný trh může, a taky ho ovlivní. Distribuce se výrazně zlevní a změny v krytí, v datech a v pojistném období budou plně v rukou klientů, čímž se zlevní i provoz

pojišťoven. Přístup ke klientovi bude rychlejší, na druhé straně to bude vyžadovat jednoduché „neprůstřelné“ produkty, protože nebude k dispozici obchodní zástupce, aby je vysvětlil. Vidím to tak půl na půl, zcela jistě budou existovat produkty, které on-line prodat nepůjdou.

Existuje podle vás možnost, že s rozvojem internetu a moderních technologií nastane doba masivního on-line prodeje životního pojištění?

Životní pojištění je asi tak trochu na křižovatce. Nevíme, jak se bude vyvíjet penzijní pojištění, i když některé představy jsou v papírové podobě. Pokud se ale jedná o distribuci, tak, jak jsem už zmínil, životní pojištění je produkt, který je potřeba prodat. To znamená produkt klientovi vysvětlit a přesvědčit ho ke koupi, to on-line tak docela nejde.

Neodpustím si zabrousit i do politických vod, současná vláda není u veřejnosti zrovna nejoblíbenější, jak si „Nečasův“ tým stojí ve vašich očích? A co obecně říkáte na jeho reformní úsilí?

Ekonomická krize zasáhla především finanční sektor, a proto je potřeba jej regulovat. Tak asi zněla základní premisa, z níž vznikly všechny ty Basely, Solvency atd. Když se však podíváme na sektor pojištění, tak se musíme ptát, kolik pojišťoven zkrachovalo?

Bohužel jako každá pravicová vláda s reformními ambicemi nemůže být ani „Nečasův“ kabinet populární. I když jsou tyto reformy potřeba, tak pochopení na straně voličů bývá jenom před volbami. Ideální by bylo, kdyby se pravici podařilo být ve vládě ještě jedno období a dotáhnout reformy dokonce. To se pak i dnes „populárním“ levicovým politikům docela těžko mění. Máme s tím zkušenost tady na Slovensku, i když není všechno zlato, co se třpytí (úsměv). Přejí České republice, ať se to podaří. Bude to prospěšné nejen stávající generaci.

Nastala doba dovolených, jakým způsobem si nejlépe od práce odpočinete? Je o vás známo, že máto blízko k vodnímu živlu...

Ano, jsem srdcem vodák a u vody jsem také prožil celý život. Plánuji teď u vody strávit několik měsíců, to je pro mě ten nejlepší relax.

A co výhled do budoucna, jaké jsou vaše nejbližší plány a cíle?

Čerstvý důchodce má hodně plánů, kolegové, co odešli do důchodu přede mnou, mě přesvědčují, že čas je jejich nepřítel, že zkrátka nestíhají. Tak se na to pomalu připravuji. Ale svoji profesi tak docela neopustím, několik nabídek zaznělo, tak po dovolené uvidíme.

Děkuji vám za rozhovor.



Anketa Pojišťovna roku 2011 bez velkého překvapení

ING. ZDEŇKA INDRUCHOVÁ
VÝKONNÁ ŘEDITELKA
AČPM

Pojišťovně Kooperativa se podařilo obhájit loňské prvenství nejen v nejprestížnější kategorii Pojištění průmyslu a podnikatelů, ale také v kategoriích Pojištění občanů a Životní pojištění. V kategorii Autopojištění dosáhla letos na první příčku Allianz pojišťovna. Jak na tiskové konferenci k vyhlášení výsledků ankety řekla předsedkyně Asociace českých pojišťovacích makléřů Jiřina Nepalová: „Absence dramatických změn, ve srovnání s předchozím ročníkem ankety, jen potvrzuje, že postavení pojišťoven na trhu je z hlediska pojišťovacích makléřů stabilizované. To je pro

české pojišťovnictví dobrá zpráva, zejména s ohledem na přetrvávající obtížnou ekonomickou situaci.“

Mezi pojišťovnami, které byly hodnoceny v kategorii Specializované pojištění, zvítězila již šestým rokem za sebou Evropská cestovní pojišťovna. „Kategorie specializovaného pojištění zaznamenala největší změny. Na druhou příčku se totiž celkem překvapivě dostala Česká pojišťovna Zdraví, zatímco úvěrové pojišťovny KUEG (dříve EGAP) a Euler Hermes Čescob z letošních Top 5 zcela vypadly. Naopak se mezi ně vrátily AGRA pojišťovna

V pořadí již 12. ročník odborné ankety Pojišťovna roku opanovala Kooperativa, která se ve čtyřech kategoriích hned třikrát radovala z pomyslného zlata a jednou z bronzu.

a D.A.S. pojišťovna právní ochrany, což svědčí o diverzifikaci v potřebách klientů makléřských firem,” okomentoval výsledky člen prezidia AČPM Ivan Špirakus.

Pojišťovací makléř roku 2011

Novinkou letošního ročníku ankety bylo udělení titulu Pojišťovací makléř roku 2011, který získaly společnosti I. P. trust (regionální



Foto: AČPM

Ocenění v rámci tradiční ankety Pojišťovna roku 2011.

působnost) a RENOMIA (celorepubliková působnost). „Toto hodnocení nám v celém konceptu ankety doposud chybělo. Makléřské společnosti mají nezastupitelnou roli ve zpracovávání pojistných programů, konkrétně v oblasti pojištění průmyslu a podnikatelů, a proto vnímám jako důležité ocenit

služeb, než když v rámci oboru profesionálové hodnotí profesionály. Jsme velmi rádi, že Česká asociace pojišťoven dostala možnost spolupodílet se na organizaci této významné ankety, jejíž další rozvoj pro nás znamená nemalou budoucí výzvu,“ zdůraznil výkonný ředitel ČAP.

To, že spolupráce mezi makléři a pojišťovnami je nastavena tím správným způsobem, potvrzuje i generální partner ankety – auditorská a poradenská společnost KPMG Česká republika: „Pojišťovací makléři oceňují zejména stabilní vztahy s pojišťovnami. Ve výsledcích

Organizátoři ankety vyhlásili vítěze soutěže mezi studenty pražské Vysoké školy uměleckoprůmyslové v oboru sklo o ztvárnění ceny pro Pojišťovnu roku 2011. Prvenství za svůj originální návrh a šek na 10 tis. Kč získal Jakub Petr, student V. ročníku UMPRUM.

je za jejich přínos pro rozvoj pojistného trhu. Zástupci pojišťoven hodnotili makléře nikoliv podle velikosti, ale podle celé řady kritérií, jako je např. kvalita podkladů dodávaných pojišťovně, úroveň komunikace makléř–pojišťovna a makléř–klient, správa pojištění nebo podpora kultivace trhu,“ vysvětlil za sbor hodnotitelů výkonný ředitel ČAP Tomáš Síkora. „Tradiční anketa Pojišťovna roku je mezi členskými pojišťovnami ČAP vnímána velmi pozitivně, vždyť co může mít větší vypovídající hodnotu o kvalitě poskytovaných

Spolupráce je základ

Výsledky ankety její organizátoři Asociace českých pojišťovacích makléřů, Česká asociace pojišťoven a specializovaný server OPojištění.cz slavnostně vyhlásili na galavečeru v Kongresovém centru České národní banky. Akce se zúčastnilo na 250 makléřů, top manažerů pojišťoven, zástupců ČNB a MF, představitelů asociací finančního trhu a dalších významných hostů.

- Podrobné informace o anketě, její historii i kritériích hodnocení jsou k dispozici na webových stránkách ankety www.pojistovnaroku.cz.
- Anketa přináší odbornou alternativu ke spotřebitelským soutěžím v oboru. Makléři jako profesionálové v pojištění a expertní poradci svých klientů porovnávají nejen parametry nabízených produktů, ale hlavně skutečnou úroveň servisu jednotlivých pojistitelů tak, jak se s ní měli možnost každodenně setkávat v průběhu uplynulého roku.
- Anketu Pojišťovna roku již tradičně organizuje Asociace českých pojišťovacích makléřů, nyní ve spolupráci s Českou asociací pojišťoven a informačním serverem OPojištění.cz.
- Záštitu 12. ročníku poskytl guvernér České národní banky Miroslav Singer.

ankety se projevuje jejich vzájemná dlouhodobá spolupráce, proto také došlo jen k malým změnám oproti předchozím letům. Efektivní spolupráce s makléři je o to důležitější v dnešní době, kdy pojišťovny, čelí zejména v pojištění motorových vozidel, dlouhodobému poklesu cen pojistného a snižování celkové profitability. Tento trend bude zřejmě pokračovat i v nejbližších letech, což bude klást

na pojišťovny a jejich efektivitu ještě větší nároky do budoucna," připomíná Romana Benešová, partnerka, Risk Consulting, KPMG ČR.

Osobnost pojistného trhu

Prezidium Asociace českých pojišťovacích makléřů na základě nominací členů AČPM

a doporučení pojistitelů také již posedmé v historii ankety udělilo čestný titul Osobnost pojistného trhu za vynikající a mimořádný přínos rozvoji českého pojištnictví. Letos byl jmenován Konstantín Alexejenko, guru pojistného oboru a dlouholetá opora vedení Kooperativa pojišťovny. ☒

Prezidium ČAP v novém složení

REDAKCE
POJISTNÝ OBZOR

Shromáždění členů České asociace pojišťoven volilo dne 29. 3. 2012 členy statutárních orgánů asociace. Novými členy prezidia se stali Ing. Ján Čarný z DIRECT Pojišťovny a Ing. Štefan Tillinger z pojišťovny Generali.

Ve funkci prezidenta i nadále zůstává Ing. Ladislav Bartoníček, MBA. Viceprezidenty na další funkční období byli zvoleni Ing. Martin Diviš, MBA a RNDr. Jakub Strnad, Ph.D. Působení v prezidiu ukončili JUDr. Vladimír Krajíček

(Evropská cestovní pojišťovna) a Ing. Jaroslav Mlynář, CSc. (Generali Pojišťovna). Shromáždění členů rovněž zvolilo členkou již loni kooptovanou Ing. Renatu Mrázovou z ING Životní pojišťovny.

Kontrolní komise

Pro další období byla zvolena kontrolní komise ve složení Ing. Jana Jenšová (VICTORIA VOLKSBANKEN pojišťovna, a.s.), Ing. Peter

Profily nových členů prezidia ČAP



Ing. Ján Čarný
generální ředitel
DIRECT Pojišťovna

Ján Čarný pracuje od listopadu 2008 jako předseda představenstva a generální ředitel DIRECT Pojišťovny vlastněné britskou

pojišťovací skupinou RSA. Od ledna 2011 je rovněž předsedou představenstva Intouch v Rusku, rovněž vlastněnou britskou pojišťovací skupinou RSA, současně zastává pozici regionálního ředitele RSA pro Rusko a Českou republiku. Vystudoval Fakultu národohospodářskou na Vysoké škole ekonomické v Praze, absolvoval postgraduální studium na University of Wisconsin v USA a půlroční stáž u renomovaných britských bank. V roce

2006 absolvoval AMP na INSEAD ve Francii. V roce 2008 absolvoval AMP na IMD v Lausanne. V letech 1990 až 1994 pracoval jako ředitel odboru finančních trhů v Komerční bance, později působil jako ředitel úseku investičního bankovníctví ING Barings. Od roku 1999 byl ředitelem pobočky MasterCard Europe zodpovědným za Českou republiku, Slovensko a vybrané banky v rámci regionu střední a východní Evropy. Od ledna 2005 do května 2007 se jeho zodpovědnost v rámci MasterCard Europe rozšířila o Polsko, od roku 2007 zodpovídal také za řízení aktivit na Ukrajině.



Ing. Štefan Tillinger
generální ředitel
Generali Pojišťovna

Štefan Tillinger vystudoval aplikovanou mechaniku na Vysokém učení technickém v Brně, kde následně

úspěšně absolvoval podnikatelskou fakultu se zaměřením na ekonomiku a řízení výroby. Svoji kariéru zahájil v roce 1994 jako auditor ve společnosti DRM Europe. O rok později začal pracovat pro Průmyslový penzijní fond (od 2000 ING penzijní fond), ve kterém se z pozice regionálního zástupce pro Prahu a střední Čechy postupně vypracoval na obchodního a marketingového ředitele a člena představenstva. Od roku 1999 řídil z pozice ředitele obchodu ING ČR. V roce 2001 zamířil do pojišťovny Generali, ve které působil nejprve jako vedoucí odboru servisu a řízení odbytu, následně jako ředitel resortu obchodu a životního pojištění a později jako její generální ředitel a člen představenstva. V období let 2008 až 2010 zastával v České pojišťovně pozici náměstka pro distribuci a člena představenstva. V roce 2011 přijal nabídku pojišťovny Generali, kterou vede jako generální ředitel a člen představenstva.

Mančík, MBA (AMCICO pojišťovna a.s.) a Ing. David Wolski (BNP Paribas Cardif Pojišťovna, a.s.). V její kompetenci je kontrola hospodaření asociace podle úkolů stanovených v zásadách finančního hospodaření asociace. „Těší mě, že prezidium zůstává stabilní a téměř ve stejném složení, v jakém pracovalo v uplynulých dvou letech. Osobnosti jednotlivých členů a jejich zkušenosti jsou zárukou dalšího efektivního rozvoje činnosti asociace, který si v současné ekonomicky nesnadné době pojišťný trh žádá,“ řekl výkonný ředitel ČAP Tomáš Síkora.

Akční plán

Shromáždění členů ČAP schválilo akční plán asociace s hlavními úkoly, které jsou vedle oblasti legislativy zaměřeny především na implementaci regulatorního režimu Solvency II do praxe pojišťoven, prevenci pojišťných rizik, pokračování boje s pojišťným podvodem, zvyšování kvality a etiky v distribuci pojišťných

Nové složení prezidia ČAP na období do března 2014

Ing. Ladislav Bartoníček, MBA	předseda představenstva	Česká pojišťovna, a.s.
Ing. Ján Čarný	generální ředitel	DIRECT Pojišťovna, a.s.
Ing. Martin Diviš, MBA	člen představenstva a generální ředitel	Kooperativa pojišťovna, a.s.
Ing. Jeroen Van Leeuwen	předseda představenstva a generální ředitel	ČSOB Pojišťovna, a.s.
Ing. Renata Mrázová	generální ředitelka	ING Životní pojišťovna N. V.
RNDr. Jakub Strnad, Ph.D.	předseda představenstva	Allianz pojišťovna, a.s.
Ing. Štefan Tillinger	generální ředitel	Generali Pojišťovna a.s.
RNDr. Petr Zapletal	předseda představenstva a generální ředitel	Pojišťovna České spořitelny, a.s.
Ing. Martin Žáček, CSc.	předseda představenstva a generální ředitel	UNIQA pojišťovna, a.s.

produktů, odborné vzdělávání zaměstnanců členů a v neposlední řadě na prohlubování finanční gramotnosti veřejnosti a posilování image pojišťovnictví. „Rád bych osobně poděkoval dlouholetým členům prezidia ČAP panu Vladimíru Krajíčkovi a panu Jaroslavu Mlynářovi za jejich působení v prezidiu a jejich osobní

přínos pro asociaci i rozvoj pojišťovacího trhu. Zároveň bych rád členům prezidia poděkoval za jejich důvěru. Mé znovuzvolení do funkce prezidenta asociace mě těší a je pro mne stále motivující,“ uzavřel letošní zasedání prezident České asociace pojišťoven Ladislav Bartoníček. ☒

Distribuce finančních produktů aneb Výchova klientů v Čechách

REDAKCE
POJIŠTNÝ OBZOR

Pod záštitou ministra financí Miroslava Kalouska se koncem března konalo XII. Fórum Zlaté koruny. Diskuzi přímo v sále sledovalo na 300 účastníků, další tisíce pak v přímém přenosu na internetu.

Na úvod fóra vystoupil náměstek ministra financí Radek Urban, který otevřel problematickou otázku regulace finančního trhu: „Zamysleme se nad tím, zda více regulace znamená lepší trh, nebo lepší trh znamená méně regulace. Ani politická objednávka nevytváří dostatečný důvod pro regulaci, to je odpověď na snahu regulovat finanční trhy v rámci celé EU.“

Druhý příspěvek přednesl viceguvernér České národní banky Vladimír Tomšík. Podle jeho názoru nelze veškeré důsledky nových regulací v rámci EU v krátkém čase dostatečně domyslet. „ČNB nesouhlasí s přenášením pravomocí na nadnárodní dohledové orgány, protože vše, co se tu děje, se týká českých občanů a oni také ponesou všechny důsledky. Nesmíme

dovolit, aby naše pravomoci přešly jinam,“ dodal Vladimír Tomšík.

Milan Šimáček z pojišťovny EGAP upozornil na to, že problémy mohou nastat s přijetím nových pravidel regulace pro banky a pojišťovny, týkajících se kapitálové přiměřenosti. Problémem je i dominantní postavení tří hlavních ratingových agentur, které ovlivňují

ekonomiku již od dvacátých let dvacátého století a mají příliš velké slovo. Vedoucí Kanceláře pro Evropskou unii České spořitelny Petr Zahradník však také připomněl, že regulace nemusí být vnímána pouze negativně a že regulační pravidla by mohla být účinnou prevencí do budoucna.

„Je zapotřebí zlepšit etiku prodeje a finanční gramotnost. A to nejen u klientů, ale i u zprostředkovatelů. Kvalita pojišťovacích zprostředkovatelů totiž přímo ovlivňuje výsledky a jméno pojišťovacího sektoru,“ upozornil výkonný ředitel ČAP Tomáš Síkora.

Role finančních poradců a zprostředkovatelů

Hlavní část fóra, jehož partnerem byla i Česká asociace pojišťoven, se zaměřila na roli finančních poradců a zprostředkovatelů. Na toto téma jako první vystoupil generální ředitel České pojišťovny Pavel Řehák, který nejprve upozornil na změny, jež čekají pojišťovnictví: „Příštích pět let bude pojišťovnictví extrémně zajímavým oborem, který bude vypadat úplně jinak než dnes. Odehrají se zásadní změny, jež ovlivní, jak trh bude fungovat nadále a jak bude stabilní.“ Zajímavá byla diskuze nad zveřejňováním provizí prodejců a zprostředkovatelů. „Odměny jsou zasloužené a poctivě odpracované, jde o to, jak to klientům srozumitelně vysvětlit,“ dodal generální ředitel České pojišťovny.

V tomto názoru jej podpořil předseda představenstva a generální ředitel OVB Allfinanz Michal Knapp: „Finanční zprostředkovatelé mají nezastupitelnou roli při poskytování informací a znalostí, které podporují finanční gramotnost obyvatel. Zveřejněním provize se vůbec nic nevyřeší. Zpoplatnění je ostatně popsáno v podmínkách a klient, který je spokojen, si na cenu nestěžuje.“

Důchodová reforma

V další části konference vystoupil opět náměstek ministra financí Radek Urban, který se zaměřil na otázky distribuce důchodové reformy. Ta by podle jeho slov neměla být drahá. Na něj navázal výkonný ředitel Unie společností finančního zprostředkování a poradenství Jiří Šindelář. Připomněl, že finanční poradci spustili penzijní reformu již s předstihem, neboť začali nabízet produkty pro zajištění stáří velmi intenzivně v podobě penzijního připojištění. „Ruku v ruce s vysokými požadavky na odbornost finančních poradců by se mělo rozhodovat adekvátně o stropu jejich odměn. Problémem je, že požadavek na odborné zkoušky zákon požaduje až v roce 2014, zatímco 2. pilíř by se měl nabízet již od začátku roku 2013,“ upozornil Jiří Šindelář na jeden z problémů. Upřesnil také údaj o tom, že u nás působí 134 tisíc finančních poradců a zprostředkovatelů. Reálný počet odhaduje na 30–40 tisíc. Některé nejasnosti, které způsobuje regulace provizí ve 2. pilíři důchodové reformy, pak připomněl i generální sekretář Asociace finančních zprostředkovatelů a finančních poradců Petr Šafránek. Kritika se týkala zejména zákonné výše provizí pro zprostředkovatele a jejího



Výkonný ředitel České asociace pojišťoven Tomáš Síkora odpovídá v rámci panelové diskuse.

porovnání se Slovenskem, kde byla více než pětinasobná. Ministerstvo financí však odmítá se zástupci zprostředkovatelů o otázce odměn zprostředkovatelů a jejich návrzích diskutovat. Reakce Radka Urbana na kritiku Petra Šafránka byla jednoznačná: „Když se vám to zdá málo, tak to za to nedělejte!“

Pojistný trh stagnuje

Výkonný ředitel České asociace pojišťoven Tomáš Síkora shrnul současný vývoj pojistného trhu. Podle jeho slov je ve velké stagnaci a loni trh dokonce poklesl. Zdůraznil, že největší podíl na prodeji pojistných produktů mají zprostředkovatelé – až 70 %. Roste však podíl prodeje po internetu, který již dosahuje 10 %. „Je zapotřebí zlepšit zejména etiku prodeje a finanční gramotnost, a to nejen u klientů, ale často i u zprostředkovatelů. Kvalita pojišťovacích zprostředkovatelů přímo ovlivňuje výsledky a jméno pojišťovacího sektoru. Česká asociace pojišťoven také dlouhodobě tvrdí, že regulace distribuce pojištění nesmí být nad rámec legislativy EU a musí být nákladově únosná,“ řekl Tomáš Síkora.

Ochrana spotřebitele

Závěrečná část fóra se věnovala ochraně spotřebitele na finančním trhu. V úvodu tohoto bloku vystoupil prof. Michal Mejstřík, který představil navigátor bezpečného úvěru jako jednoduchý nástroj pro nové dlužníky. Podle ředitele strategie masového trhu ČSOB Františka Klufy stojí ochrana spotřebitele na třech pilířích

– informace, schopnost informace zpracovat, možnost spotřebitele prosazovat a hájit svá práva. Petr Kučera, výkonný ředitel CCB, seznámil přítomné s registrem finančních poradců a zprostředkovatelů ELIXIR, který by měl přispět k transparentnosti ve vztahu poskytovatel finanční služby – zprostředkovatel – spotřebitel. Vít Kalvoda, ředitel think-tanku TANK, zdůraznil, že klienti by měli dostávat jasné a přehledné informační materiály. Zástupce ministerstva financí Lukáš Vacek pak upozornil na to, že pod pláštěm finančního vzdělávání se skrývají některé marketingové aktivity, což je nežádoucí. Doplnila jej Helena Kolmanová, ředitelka odboru ochrany spotřebitele ČNB. Ta uvedla, že podle průzkumů, pokud jde o finanční gramotnost, v Evropě nezaostáváme a že mezi Čechy a Němci neexistují výrazné rozdíly. Na téma finančního vzdělávání hovořil i zástupce Finančního arbitra ČR Petr Scholz a obchodní ředitel M. C. Triton Hanuš Thein.

Z dalších příspěvků

Ředitel alternativní distribuce UniCredit Bank Radim Štajtenský seznámil účastníky fóra s tím, jak fungují franšizová obchodní místa, která banka od roku 2010 zavádí. Vít Volhejn, předseda představenstva společnosti Finesko, uvedl zkušenosti se získáváním finančních poradců a o internetu jako distribučním kanálu hovořil Daniel Köppl, šéfredaktor Marketing & Media – podle něj zažitý názor, že internet šetří čas, je přežitkem, což potvrdily průzkumy mezi nakupujícími na internetu. ☒

Foto: Zlatá koruna

Vzpomínka na profesora Petra Mandla

PETR BOHUMSKÝ
PŘEDSEDA ČESKÉ SPOLEČNOSTI AKTUÁRŮ

Koncem února letošního roku nás hluboce zasáhla smutná zpráva. Dne 24. února 2012 zemřel ve věku 78 let prof. RNDr. Petr Mandl, DrSc., emeritní profesor Univerzity Karlovy a čestný předseda České společnosti aktuárů.

Kariéra

Vědecká a současně i odborná kariéra Petra Mandla je viditelně rozdělena do dvou stejně významných etap. V letech 1961–1989 získal světové uznání v tehdy velmi dynamicky se rozvíjející teorii náhodných procesů, jako úplně první v Československu začal pěstovat stochastickou analýzu. V této oblasti založil současnou úspěšnou vědeckou školu, která



RNDr. Petr Mandl, DrSc.

se na základě jeho podnětu zabývá modelováním dynamiky populací, problémy, které vycházejí ze současné teoretické fyziky, a v neposlední řadě i modelováním finančních rizik. Etapa druhá započala po roce 1989, kdy profesor Mandl s velkou předvídavostí pochopil akutní potřebu vychovat kvalitní odborníky – analyticky vybavené matematickým vzděláním a schopnostmi exaktního tvůrčího myšlení – pro potřeby bankovního a hlavně pojišťovacího sektoru. V této době Petr Mandl soustředil všechny své síly, zkušenosti i vědeckou erudici a použil své mezinárodní kontakty k tomu, aby v poměrně krátké době vybudoval na Matematicko-fyzikální fakultě Univerzity Karlovy (MFF UK) v Praze studijní obor na světově srovnatelné úrovni.

Role Petra Mandla

Petr Mandl byl aktivním členem mezinárodních odborných společností, členem redakčních rad mezinárodních i tuzemských odborných časopisů. Za svou činnost v aktuárské profesi byl zvolen dopisujícím členem francouzské Association des Actuaire Diplômés de l'ISFA, akademickým korespondentem americké Casualty Actuarial Society a britského institutu aktuárů. Pan profesor byl český zástupce v Groupe Consultatif Actuariel Européen, Fellow of the Institute of Mathematical Statistics a dlouholetý člen katedry pravděpodobnosti a matematické statistiky MFF UK. Jako matematik patřil do absolutní světové špičky, konkrétně v oblasti teorie pravděpodobnosti. V roce 1998 mu byla udělena medaile Jednoty českých matematiků a fyziků za zásluhy o pojišťovnu matematiku a stochastickou analýzu a v roce 2009 stříbrná pamětní medaile Univerzity Karlovy za významný přínos v oblasti teorie pravděpodobnosti. V roce 2009 mu byla udělena prezidentem České republiky medaile Za zásluhy o stát v oblasti vědy. V roce 2003 byl také zvolen čestným předsedou České společnosti aktuárů.

Odkaz

Výsledkem úsilí Petra Mandla v oblasti pojiš-
tovnictví je skutečnost, že Česká republika je obecně považována za zemi s vysokou profesní úrovní finančních a pojištných matematiků. Dlouhá řada vděčných absolventů tohoto oboru si do života odnesla nejen nejvyšší odborné znalosti, ale i morální příklad jeho výjimečné osobnosti. To svědčí o nemalé míře zásluhy profesora Mandla na tom, že české banky a pojišťovny disponují

vzdělanými a schopnými odborníky. Některé z nich lze z titulu jejich rolí právem považovat za hybatele současného vývoje českého pojištnictví.

Petr Mandl se do poslední chvíle velmi aktivně zapojoval do činnosti jak na matematicko-fyzikální fakultě, tak v rámci České společnosti aktuárů. Do konce akademického roku 2010/2011 konal přednášky a vedl semináře. Po dalším zhoršení zdravotního stavu však již nemohl déle pobývat v Praze a nalezl útočiště u obětavých příbuzných v Sušici. Odtud organizoval další nové plány na vytvoření monografie k řízení rizik, ustanovení semináře, který by kromě finanční a pojištné matematiky zahrnoval i příbuzné matematické obory, anebo vybudování speciální knihovny ze vzácných a historicky cenných publikací k pojištné matematice.

V říjnu 2011 se v Praze konalo zasedání výborů a výroční konference Groupe Consultatif Actuariel Européen. Profesor Mandl se osobně zúčastnil slavnostní společenské části a dostalo se mu předlouhého potlesku od všech zúčastněných špiček oboru.

O pár měsíců později citát na smutečním oznámení říkal: „Nikdo mě nemusí slzami ctít a pohřbívat s pláčem...“ Je zřejmé, že co bylo vykonáno, hovoří samo za sebe, a že celoživotní zásluhy profesora Mandla nemohou být nikdy zapomenuty. Na pohřeb v kostele sv. Bartoloměje v Plzni se dostavilo i mnoho kolegů z matematicko-fyzikální fakulty, jeho absolventů i členů České společnosti aktuárů, aby se s panem profesorem rozloučili. ☒

Solvency II is more than necessary regulation, says President EIOPA

MGR. JAN CIGÁNIK
POJISTNÝ OBZOR

Solvency II is bringing a lot of changes that will have impact on the whole insurance. It was a major theme of the interview with President EIOPA Gabriel Bernardino, who came to Prague at the invitation of KPMG Czech Republic.

I'd like to thank you for joining me for this interview. Let's begin with general questions – what do you think about the situation on the insurance market in the context of the slowly subsiding global economic crisis?

Overall, the financial position of the EU insurance sector remains resilient despite the challenging environment. Nevertheless, risks in the insurance sector are at high levels, namely stemming from exposures to sovereign and banking debt as well as the macroeconomic outlook. Furthermore, enduring low interest rates are causing particular strain on the insurance sector. The main lesson that we learned from the financial crisis is that we must not bring risk into the financial system without pricing it well. It is not the role of regulation to abolish or reduce risk.

In your opinion, can regulation help to reduce risk of beginning of a period of crisis?

Regulation can provide the appropriate incentives for the risk to be adequately managed and rightly priced. This is one of the purposes of the Solvency II Directive.

Will the current turbulence in the financial markets impact the eventual shape of Solvency II, or the way it is implemented?

Solvency II will certainly consider some lessons from the crisis and specially will incorporate innovative tools to deal with crisis situations and mitigate pro cyclical consequences.

European's Insurers are at very different stages of the Solvency II process – how confident are you that everyone will be ready on time?

We are confident about the industry's level of preparation. Of course companies have different sizes and in different countries the preparation levels are also different, which we see

from QIS exercises. But precisely because of that it is now fundamental that all the companies around Europe take seriously the Solvency II implementation timeline of 2014. And in this regard EIOPA is encouraging national supervisors, CNB in Czech Republic, to engage in a dialogue with the companies at the highest level, at the level of executive boards. This dialogue will help supervisors to understand and analyse the implementation plans that companies have in order to enter into Solvency II. And at the same time this will give them the opportunity to identify the gaps or the areas where further efforts need to be done.

Solvency capital requirement

What happens if an insurance company falls below the solvency capital requirement?

The solvency capital requirement (SCR) is a regulatory tool of monitoring financial soundness of the undertakings. The supervisor will have a possibility to interpret the breach of the SCR as sometimes the difficult situation of the company is not due to a fundamental unsoundness, but can also be caused by markets being exceptionally volatile. It is important to understand that the breach in the SCR doesn't mean that the company is insolvent. In case of a breach in the SCR the supervisor will enter into a dialogue with the company and, if appropriate, the company will have to present a recovery plan. The idea of the SCR aims at providing supervisors with a so called "supervisory ladder of intervention" that ensures that the supervisory response is tailored to the specific situation of the entity. The supervisory authority will take the breach of the SRC as an indication that the financial soundness



President EIOPA Gabriel Bernardino.

Photo: EIOPA

of the undertaking is deteriorating, and take appropriate action according to that situation. This approach is a cornerstone on a risk based framework that focuses on pre-emption.

How does SII framework deal with small and medium-sized insurers?

One of the fundamental principles in Solvency II is proportionality. This concept is applied on the quantitative requirements, through the possible use of simplifications, on the qualitative requirements and also on the reporting, disclosure and supervisory process. Smaller or less complex undertakings will have less to report due to their size or less complex risk profile. Furthermore, smaller and less complex undertakings will be exempted from quarterly reporting.

If you had to choose just one, what do you think the biggest Solvency II challenge

facing insurers is at the moment and why do you think so?

I would say the big challenge for insurance companies is to introduce a new risk management culture in their business activity. Of course the changes in the calculation of technical provisions and solvency requirements are challenging but insurance undertakings are used to work with models. The implementation of the Own Risk and Solvency Assessment (ORSA) will help in linking the quantitative analysis and the business plans, enhancing risk management.

Solvency II as a way to improve the management

What do you think is the key to minimizing the impact of Solvency II on normal day-to-day operations?

I believe that Solvency II will bring benefits to the day-to-day operations of companies. The key to manage the transition is to start as early as possible with all the necessary preparations and look at Solvency II as a way to improve the management of the business rather than just a solvency regime.

What effects you believe Omnibus II will have on the insurance industry's preparation for Solvency II and can you in this context describe the timeline of future evolution? What do you think are the most significant impacting issues there?

It is early to talk about the possible impact of the Omnibus II Directive (OMD II). The overall effects will depend on the outcome of the dialogue between the European Parliament, the Council of the EU and the European Commission. Of particular relevance in OMD II are the tools to deal with the long-term guarantees in life insurance business and the transitional measures. The vote in the European Parliament on the OMD II is currently scheduled for September 2012. The implementation of Solvency II is scheduled to 1 January 2014.

Solvency II is going to have a big impact on long-term guarantee products – what do you think life insurers can do to respond to that?

The long-term guarantee products are under pressure relating their sustainability. The low interest rate scenario creates further challenges for this type of products. Solvency II will make these challenges more transparent, while hopefully recognizing the illiquid

I believe that Solvency II will bring benefits to the day-to-day operations of companies. The key to manage the transition is to start as early as possible with all the necessary preparations and look at Solvency II as a way to improve the management of the business rather than just a solvency regime.

characteristics of certain long-term liabilities. Life insurers need to adapt their products to the new economic environment and reinforce their matching and hedging strategies for the benefit of policyholders.

What does Solvency II mean for the management of insurers and what would be your advice to insurers looking to make the most of a Solvency II compliant world?

Under Solvency II insurers will have to apply sound and robust practices of risk management comprising strategies, processes and reporting procedures necessary to identify, measure, monitor, manage and report, on a continuous basis, the risks to which they are or could be exposed. So my advice here would be to take these provisions as a way to improve the management of the business and not only as a regulatory requirement.

Insurance industry will handle „unisex“ situation

Insurance premiums will no longer be dictated based on gender after a ruling by the European Court of Justice (ECJ). What is your opinion about this decision?

This is a legitimate political decision that should not be challenged. I believe it is more important to monitor the way this decision will be implemented by insurance undertakings.

As you know the European Commission adopted guidelines to help the insurance industry implement unisex pricing. These guidelines cover a series of issues which emerged from in-depth consultations with Member States and stakeholders. For example, they clarify that the ruling applies only to new contracts, in particular to contracts concluded as from 21 December 2012. In addition, the guidelines provide examples of gender-related insurance practices which are compatible with the principle of unisex premiums and benefits, and therefore will not change because of the Test-Achats ruling.

We are confident that those guidelines will help the industry to ensure timely and full compliance with the judgment of the Court of Justice. This will be beneficial for both the industry and policyholders.

Critics warn it could cause the costs of insurance products to rise and negatively impact pension reform....

We cannot ignore the fact that a transition towards unisex pricing might have consequences on premiums and/or benefits at the individual level for men and women. Depending on the product concerned, premiums might increase or decrease for certain categories of consumers. But the insurance industry is competitive and innovative. It should be in a position to make these adjustments and offer attractive unisex products to consumers without unjustified impact on the overall price level.

The other major aspect of the ruling involves car insurance. In countries that don't require premium calculations be gender-neutral, women pay less based on statistics that show they are generally less reckless drivers. What are your thoughts on this issue?

In its communication about the Test-Achats ruling the Commission points out that this ruling does not mean that women will always pay the same car insurance premiums as men. At the moment, a careful young male driver pays more for auto insurance just because he is a man. Under the ruling, insurers can no longer use gender as a determining risk factor to justify differences in individuals' premiums. But the premiums paid by careful drivers – male and female – will continue to be based on their individual driving behaviour. The ruling does not affect the use of other legitimate risk-rating factors and price should continue to reflect risk.

Thank you for interview.



POJISTNÝ OBZOR

Obdobný čtvrtletník českého pojištnictví
www.pojistnyobzor.cz

2/2012

Ročník LXXXIX



Vydavatel: Česká asociace pojišťoven

Redakční rada:

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

Šéfredaktor: Mgr. Jan Cigánik

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

Telefon: (+420) 222 350 161

Fax: (+420) 221 413 400

E-mail: redakce@pojistnyobzor.cz

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

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

Husovo náměstí 54, 533 04 Sezemice (okres Pardubice)

ISSN 0032-2393

Distribuce, objednávky a předplatné přijímá jménem vydavatele:

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

E-mail: send@send.cz

Telefon: (+420) 225 985 225

Fax: (+420) 225 341 425

GSM: (+420) 777 333 370

SMS: (+420) 605 202 115

www.send.cz

Předplatné na Slovensku:

Magnet Press, Slovakia s.r.o.

Šustekova 8, 851 04 Bratislava

Telefon: (+421) 267 201 921

E-mail: vojackova@press.sk

www.press.sk

Evidenční číslo: MK ČR E 1060.

Inzerce: Veškeré informace podá redakce.

Nevyžádané rukopisy nevracíme.

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

© Česká asociace pojišťoven

www.cap.cz

Cena výtisku: 78 Kč

Roční předplatné: 250 Kč

Pojistný obzor je členem Mezinárodní organizace
odborného pojišťovacího tisku.



www.piassurance.eu

OSMISMĚRKA S POJISTNOU TEMATIKOU

Č K S K Ú V A H A E A K P A L T
Í O O O B L E K C D L R E N Á O
S T P N Y E K A N O O I N V V N
E E U H T L L O B C T U A O K Č
L C O N E U S Í E Ř Š T L D A A
N M A S K É R N K F I O T A E R
I K P R Ú S T A V M I T A Ř S M
C O I K R O U P A K K C V Ú P Ú
E C A T I V E L Á E Ž Č I A O P
C O N H Ý Y A P T Á Č E R E J L
I V O K O K A Z N E Ú C T A N A
N I O Ř V L V E E Š E P E D I T
T N A O Č Á R A T L O V E R C A
Á A Z V E D S B A Z Í M E R E N
R O P Á L K A C E C I N M O R H
V Á L K A A E C I V A S A R K T

BRLOH - BŘITVA - CÍRKULACE - ČÍSELNICE - DEPEŠE - DRENÁŽ - HEREC -
HROMNICE - KALAMITA - KBELÍK - KOCOVINA - KOEFICIENT - KONTURA -
KOTEC - KRASAVICE - KROUPA - KŘOVÁK - LAPÁK - LÁVKA - LEVITACE -
LUSKNUTÍ - MASKÉR - MEDAILE - MOHYLA - MRAČNO - NEÚCTA - OBLEK -
OLOVO - PÁLKA - PARCELACE - PENALTA - PIANO - PLATAN - PROCENTO -
PTÁČE - REMÍZA - REVOLTA - SONTA - SPOJNICE - ŠTOLA - TLAPKA - ÚBYTEK -
ÚŘADOVNÁ - ÚSTAV - ÚVAHA - VÁLKA - VAZELÍNA - VČELA - VOZOVKA -
VRÁTNICE - VYKLÁDKA - VÝKON - VZTEK

The screenshot shows the Insurance Europe website. At the top is the logo and navigation links: Home, Contact, Sitemap, Links, and MEMBERS' EXTRANET. Below the navigation bar is a dark blue bar with white text links: ABOUT US, NEWS & PRESS, EVENTS, KEY ISSUES, FACTS & FIGURES, and PUBLICATIONS. The main content area is divided into two columns. The left column has a list of topics: Corporate governance, Working bodies, Members, People, Vacancies, and Address. The right column has a section titled 'ABOUT US' with a paragraph about the organization's mission and a 'Mission Statement' section. The mission statement lists three goals: to draw attention to issues of strategic interest, to raise awareness of insurers' and reinsurers' roles, and to promote the export and representative voice of the insurance industry.

CEA změnila název a kontakty

Od 1. 3. 2012 mění CEA svůj název na **INSURANCE EUROPE**. S tím souvisí další změny.

Webové stránky jsou nyní k nalezení na **www.insuranceeurope.eu** a **extranet** na **http://extranet.insuranceeurope.eu**

E-mailové adresy mění formát na **příjmení@insuranceeurope.eu**

Nové telefonní číslo: +3228943000

Nová adresa: INSURANCE EUROPE, rue Montoyer 51, B-1000 Brussels

