

Pojištný obzor

2

Ročník 91

2014

Časopis českého
pojištnictví

INTERVIEW

Václav Krivohlávek: Lidé se brání osobní odpovědnosti

Mgr. Jan Cigánik

4

NA AKTUÁLNÍ TÉMA

Metodika k odškodňování nemajetkových újem je na světě!

Mgr. Lucie Jandová

7

LEGISLATIVA A PRÁVO

Zákon „38“ opět ve světle ramp. Přípomínky odborníků nevyslyšeny

Mgr. Lucie Jandová

11

K aktuálnímu vývoji evropské právní úpravy zprostředkování pojištění

Mgr. Ondřej Karel

14

Legislativní záměry vlády: Jaký bude dopad na pojišťovnictví?

Ing. Jaroslav Mesršmíd, CSc.

16

Novinky z legislativy

Mgr. Eva Kozojedová

18

EKONOMICKÉ INFORMACE

Budiž ukazatel!

Martin Podávka

19

Příležitost, nebo hrozba? Zamyšlení nad rolí finančního arbitra

Ing. Jiří Šindelář, Ph.D.

22

Interní modely pro kapitálovou přiměřenost. Kdy má smysl do nich investovat?

Ing. Petr Bednařík

24

POJISTNÉ SPEKTRUM

Vývoj úmrtnosti v České republice. Nastane rovnoprávnost pohlaví?

RNDr. Petr Sotona

26

Boj s pojistným podvodem: Hlasový analyzátor spolehlivě odhalí podvodníky

JUDr. Ludvík Bohman

28

FATCA: Dohoda mezi Českou republikou a USA ve finální fázi

Ing. Jaroslav Mesršmíd, CSc.

30

ZE SVĚTA

Proč oddělit dohled nad obezřetností od dohledu nad odbornou péčí?

Daniel Tošner

33

Námořní pojištění: Neexistence společné legislativy je problém

JUDr. Petr Dobiáš, Ph.D.

36

Z DOMOVA

Jakub Hradec: Strategii nízkých cen vnímám se zdviženým obočím

Mgr. Jan Cigánik

40

Anketa Pojišťovna roku 2013: Vyrovnané skóre

Redakce

42

Výroční konference AČPM: Ohlédnutí za minulostí není samoučelné

Redakce

43

Vzpomínka na pana Marka Venutu

Redakce

44

INSURANCE DIGEST

An opportunity or a threat? Contemplating the role of Financial Arbitrator

Ing. Jiří Šindelář, Ph.D.

45

SLOUPEK TOMÁŠE SÍKORY

Finanční arbitr je zajímavý fenomén, který určitě stojí za krátký komentář. Tento mimosoudní institut řešení sporů na finančním trhu totiž od samého počátku své existence vzbuzuje rozporuplné reakce a od listopadu loňského roku může dokonce řešit i spory mezi pojišťovnou, pojišťovací zprostředkovatelem a klientem. Samozřejmě je v naprostém pořádku, aby v rámci trhu existovala možnost mimosoudního řešení jednotlivých rozepří mezi poskytovateli finančních služeb, těmi, co je prodávají, a klientem. Na druhou stranu je zapotřebí důrazně varovat před rozsahem pravomocí tohoto institutu, který si ve velké míře přisvojuje suplování soudů, navíc bez možnosti účinného a nestranného odvolání proti jeho výrokům. Neustálé rozšiřování těchto pravomocí také přináší významnou příležitost pro různé firmy, které účelově zneužívají klientovu důvěru. Čím dál více se totiž těmito společnostmi – tzv. ochránci spotřebitelů – vytvářejí umělé kauzy, které zdánlivě pod rouškou bohumilné činnosti jednájí především ve vlastním obchodním zájmu. Tyto firmy, často složené z lidí, kteří ještě nedávno finanční produkty prodávali, se na bázi známého modelu multilevelmarketingu ty samé spotřebitele nyní snaží přesvědčit, aby jejich tehdejší „rady“ žalovali. A plošný „nábor klientů“ už byl také zahájen. Množství podaných oznámení může postupně vzbudit dojem, podpořený očekávaným mediálním zájmem, že finanční sektor je vlastně „banda lupičů“, která se snaží pouze „odřít“ klienta. Opak je však většinou pravdou. Nedávná situace kolem bankovních poplatků je myslím názornou ukázkou. Pojišťovnictví je tvrdý byznys a ono pověstné roucho beránců není jeho každodenní uniformou, přesto je na místě obava, aby veřejnost zbytečně nenabyla dojmu, že je pojišťný trh zavalen neustálými spory a souboji s klienty. Je proto otázkou, zdali úřad arbitra zaměstnává dostatečně zkušené a kvalifikované specialisty, kteří dokáží odlišit skutečné spory od těch uměle vyvolaných. Nezbyvá než si přát, aby arbitr nepodlehł módní vlně ochrany spotřebitele a aby všechny spory řešil s náležitou odborností a věcně spravedlivě.

Tomáš Síkora

Tomáš Síkora
výkonný
ředitel ČAP



Vážení čtenáři,

letošní rok je více než kdy jindy ve znamení klasického latinského přísloví o chlebu a hrách. Nejdříve byl sportovním příznivcům naservírován svátek „míru a přátelství“ v podobě zimní olympiády v ruském černomořském letovisku(?) Soči. Ta sice nyní vyznívá optikou bratrovražedné války na Ukrajině poněkud cynicky, podle přímých účastníků však patřila mezi ty nejprovedenější. A to jak po stránce bezpečnosti, tak hlavně v kontextu materiálního zabezpečení a kvalitou postavených sportovišť, která doslova vyrostla na zelené louce. A bodejť by taky ne, vždyť Rusko a olympijské hnutí na tento projekt vydaly neskutečných 50 miliard amerických dolarů, tedy přes bilion českých korun. Tato částka by zaplatila všechny dosavadní zimní OH v historii dohromady. V těchto dnech jsou fanoušci sportu a hlavně kopané v zajetí další megalomanské akce. Tou je světový šampionát v Brazílii. Přestože je tato jihoamerická země fotbalu zaslíbená, brazilské stadiony a infrastruktura už dávno nesplňují nároky moderní doby. A tak i zde se proinvestovaly astronomické částky. Na těchto dvou příkladech je vidět trend poslední doby – mezinárodní sportovní klání se přestávají organizovat ve vyspělých zemích a čím dál častěji se stěhují do států, jež o uspořádání takovéto události v minulosti ani zdaleka neuvažovaly. Zde se pak zafinancuje

nejen akce samotná, ale i leccos ostatní. Jistě, ve výsledku jsou všichni spokojeni, stavebnictví vzkvétá, turisté jezdí, nezaměstnanost aspoň na chvíli klesá a odpovědným politikům a potažmo „bafuňářům“ také není zle. Jen mě tak napadá, jestli by měl globalizovaný sport tímto způsobem suplovat v podstatě povinnost daných zemí dotčené regiony rozvíjet a jestli se také z mezinárodních sportovních organizací nestávají spíše „mafiašské“ struktury schopné ve jménu sportu zařadit i v té nejméně vhodné lokalitě jakoukoli akci? Ať to stojí, co to stojí...

Ale zpátky k pojišťovnictví. V letním čísle Pojistného obzoru se v rubrice Na aktuální téma věnuje Lucie Jandová z Generali Metodice k odškodňování nemajetkových újem, kterou připravil Nejvyšší soud ČR ve spolupráci se Společností medicínského práva a se zástupci právnických a lékařských profesí a pojistitelů. V rámci Ekonomických informací popisuje specialista pojišťovny Allianz Martin Podávka problematiku standardizovaného ukazatele nákladovosti IŽP a výkonný ředitel USF Jiří Šindelář se zamýšlí nad činností Úřadu finančního arbitra. Ze světa například přinášíme pokračování článku odborníka KPMG Daniela Tošnera z prosince loňského roku, který tehdy popisoval současné trendy Britského orgánu výkonu dohledu ve finančních službách. Nyní se autor zaměřuje



na důvody zrušení této instituce a přesunu jejích pravomocí. V rubrice Z domova pak informujeme o dění v oblasti povinného ručení a krátkou reportáží zrekapitulujeme výsledky z tradiční ankety Pojišťovna roku.

Hezké letní čtení přeje,

Jan Cigánik
šéfredaktor

Dear Readers,

More than ever before, this year is reminiscent of the classical Latin phrase about bread and circuses. First, the sports fans were served the festive “peace and friendship” event - the Winter Olympics in Russia’s Black Sea resort Sochi. Through the lens of the fratricidal war in Ukraine, the games’ motto seemed rather cynical, but by direct participants’ testimonies, the Sochi Olympics ranked among the most successful, both in terms of the level of security and, in particular, the available funds and quality of the sports facilities that were literally built on a green field. That is hardly surprising as Russia spent on this project a whopping 50 billion US dollars, i.e. in excess of a trillion Czech crowns. This amount would pay for all previous winter Olympic Games in history. These days, sports fans and especially football fans are mesmerized by another megalomaniac event, the World Cup in Brazil. Although this South American country is dedicated to football, Brazilian stadiums and infrastructure stopped meeting the current requirements a long time ago. Still, the amounts invested in Brazil were astronomical. These two examples demonstrate the recent trend - global sporting events are no longer

organized in developed countries and are increasingly being moved to the countries that would never consider financing such a major event in a not-so-distant past. In these countries, the funds are spent not just on the event itself, but on a few other things as well. Sure, everyone is satisfied in the end, the construction industry is booming, tourists are flocking into the country, unemployment is falling for at least a little while, and pertinent politicians and functionaries are not doing so badly either. I just wonder whether globalized sport should in this way substitute an obligation of the organizing countries to develop the relevant regions or whether international sports organizations are turning into “mafia-like” structures capable of organizing, in the name of sport, any event even in the least convenient location? Whatever the cost...

Let’s focus on the insurance industry. In the Current Issues section of the summer issue of Pojistný obzor Lucie Jandová of Generali presents Methodology for compensation of non-property damage prepared by the Supreme Court of the Czech Republic in collaboration with the Medical Law Association, representatives of legal and

medical professions and insurers. In the Economic Issues section, Allianz pojišťovna’s specialist Martin Podávka describes the standardized expense indicator of unit-linked life assurance and USF Executive Director Jiří Šindelář reflects on the activity of the Financial Arbitrator Office. In the World Issues section we carry another part of the article by KPMG expert Daniel Tošner published last December, which described the current trends related to the British Financial Services Authority. In this issue, the author focuses on the reasons for abolishing this institution and on transfer of its powers. In the Home Issues section we bring you information about the recent developments in liability insurance. Finally, we include a brief report on the results of the annual Insurance Company of the Year survey.

Wishing you an enjoyable summer reading,

Jan Cigánik
Editor-in-Chief

VÁCLAV KŘIVOHLÁVEK: LIDÉ SE BRÁNÍ OSOBNÍ ODPOVĚDNOSTI

MGR. JAN CIGÁNIK / ŠÉFREDAKTOR / POJISTNÝ OBZOR

Laureátem ocenění Osobnost pojištného trhu v rámci ankety Pojišťovna roku se stal Ing. Václav Křivohlávek, CSc., z Vysoké školy finanční a správní. V exkluzivním rozhovoru jsme zavzpomínali na jeho začátky v oboru a zeptali jsme se také na názory v kontextu aktuálního vývoje pojištnictví.

Gratuluji vám, pane inženýre, k ocenění Osobnost pojištného trhu. A hned na úvod se dovolím zeptat, zdali můžete zavzpomínat na začátky, kdy jste se s pojištnictvím teprve seznamoval, a v čem je podle vás kouzlo této finanční oblasti?

Děkuji za přání, tohoto ocenění si velmi vážím. Na pojištnictví se mi líbí, že se jedná o živý obor, který se neustále vyvíjí a mění, přitom však v jádru zůstává stále stejný. Říkáva se, že šedá je všechna teorie a zelený strom života. Pro pojištnictví to pak platí dvojnásob. Opravdu si můžeme přecíst dvě stě let staré finanční teorie a zjistíme, že základy jsou neměnné, jejich uplatnění v praktickém životě je však už diametrálně rozdílné. V tom je podle mě jedno z kouzel pojištnictví. A kdy jsem se s ním poprvé setkal? V podstatě to bylo v roce 1993, kdy jsem se stal ředitelem odboru na Ministerstvu financí, který pojištnictví dozoroval. V té době nás tam bylo pouze pár a museli jsme se poprat s velkým množstvím informací, které se na nás po vzniku republiky začaly hrnout. Byla to hektická doba, ale rád na ni vzpomínám. Jak se dnes moderně říká, byla to výzva. Museli jsme se tenkrát hodně samovzdělávat a významnou pomoc právě v pojištnictví jsme našli ve spolupráci s německým dozorovým orgánem BAFINem.

pohledu tehdy se utvářejícího pojištného trhu. Samozřejmě nám pomáhali i další odborníci. To všechno byli lidé, na něž velmi rád vzpomínám a s některými z nich mě dodnes pojí také více než profesní vztah. Myslím si, že jsme nakonec do tajů pojištění dostatečně pronikli, a když jsem na Ministerstvu financí v roce 2005 končil, tak na trhu působilo dvaačtyřicet pojišťoven. Tyto společnosti v nějaké struktuře a fakticky finančně zdravé existují dodnes. To je dobrá vizitka.

Jak se pojištnictví za tu dobu, co v něm působíte, změnilo?

Jeden z mých kolegů říkával, že pojištění provází člověka od kolébky do hrobu. A to je pravda. Týká se majetku, zdraví, života, a jeho principy jsou, jak již jsem zmínil, trvalé. Demonopolizovalo se však od roku 2000 povinné ručení, existují zákonné povinnosti, povinnosti plynoucí ze souvisejících zákonů, vliv Evropské unie a vliv České národní banky atd. Není tedy překvapením, že se náplň pojištnictví v průběhu času chtě nechtě modifikovala. Asi bych mohl v kontextu otázky ještě zmínit problematiku životního pojištění, kde v posledních letech hraje významnou roli investiční životní pojištění a problematiku zprostředkovatelské činnosti, kde struktura



Foto: Archiv autora

Ing. Václav Křivohlávek, CSc.

s fenoménem nedostatečné finanční gramotnosti. A podle mého názoru bude velmi těžké širokou veřejnost dnes rychle dovedout tak, aby začala pojištným produktům aspoň trochu rozumět. Navíc mi připadá, že veřejnost ani rozumět nechce. Chce spíše věřit, ale v žádném případě ne rozhodovat. Když se pak něco pokazí, není plněno podle očekávání, může za to ten nekorektní, „zlý“ zprostředkovatel, potažmo pojišťovna. Osobní odpovědnost je mezi lidmi stále velmi malá. Určitou šanci vidím v základním a středním školství, kde se k dětem a mladým lidem už pomalu informace z finanční oblasti v rámci povinných i nepovinných předmětů dostávají. Snad jim to pomůže k lepší orientaci v dospělosti.

Nemůže v tom hrát roli i příliš velká komplikovanost produktů?

To je problém. Osobně se mi složitost a špatná srozumitelnost některých produktů vůbec nelíbí. Komplikovaným pojištěním leckdy nerozumí ani jejich prodejce – pojišťováci

„Čím dál více slyším od svých kolegů stížnosti, že nabobtnání povinností, které přináší jak regulátor MF, tak dohled z ČNB, začíná přesahovat únosnou mez.“

Měli jsme ale i další fantastické učitele z řad pojištnické odborné veřejnosti. Zmíním například dva vrcholové představitele České asociace pojišťoven, pana Uzla, který problémy řešil vždy elegantně a diplomaticky, nebo například trochu boulivějšího pana Mráze. Oba mě osobně postupně provázeli problematikou pojištnictví, především z hlediska

a velký počet registrací nepřispívá ke kvalitě prodeje a kvalitě pojištného trhu jako celku. Nesmíme zapomínat, že pojištnictví je především služba klientovi, což ovšem zprostředkovatelé a pojišťovny někdy opomíjí. Není se pak co divit, že jako službu nevnímají pojištění ani klienti, kteří se často na tento obor dívají skrz prsty. Negativní pověst však také souvisí

zprostředkovatel, tedy se nemůžeme divit, když je nechápe samotný zákazník. A to je prostě špatně. Jak jsem zmínil, pojišťovny musí nabízet službu, na činnost v pojišťovnictví totiž dostávají povolení od orgánu dohledu. Na druhé straně se jedná o akciové společnosti, tedy o společnosti obchodní, jež jsou založené za účelem podnikání – tvorby zisku. Jsme tak svědky odvěkého souboje mezi proklientským jednáním a touhou po zisku. A to někdy i za každou cenu! Působnost tohoto rozporu pak můžeme například vidět v konkurenčním boji a dumpingových cenách v povinném ručení. Podle mého názoru se celý trh musí vrátit k původnímu účelu pojištění a významnou roli by zde měl sehrát orgán dohledu – Česká národní banka. Připomeňme si jenom, že první důležitý zákon o státním dozoru v historii moderního pojišťovnictví v Rakousku byl císařský patent, přičemž hlavním cílem tehdejšího dozoru, a to již před více než 130 lety, bylo „kontrolovat, zda založení a vedení pojišťovny poskytuje trvalou záruku splnitelnosti převzatých závazků“. Právě důvod pro založení pojišťovny by měl zkrátka být ve službě lidem, ne za účelem pouhého zisku. Pojišťovna pojišťuje!

Máte nějakou profesní zásadu, jež vám ve vaší bohaté kariéře vždy dobře posloužila a kterou byste čtenáři předal?

Myslím si, že zásady by měl mít každý člověk, a to jak v rovině profesní, tak i životní. Jsem absolvent Strojní fakulty Vysoké školy strojní a textilní v Liberci a jako konstruktér a výpočtář mám rád matematiku a logické systémové myšlení. Moje následná více než dvacetiletá vědecko-výzkumná práce mi ukázala, že opravdu všechno na světě lze vymyslet a že v jednoduchosti je krása. Cení si toho, že umím přemýšlet ve variantách a že jsem v životě vždy všechno dotahoval až do konce. Dokud na konci jakékoli mé činnosti chybí ta příslovečná tečka, tak řešení nepovažuji za uzavřené. To je zřejmě moje největší životní zásada, se kterou souvisí i přesvědčení, že je důležité, aby člověk svoji životní energii vždy věnoval dané době, dané oblasti a danému projektu. Jen tak je možné dělat věci se stoprocentním nasazením a správně.

Ne vždy vychází vše dle plánů, co vás nejvíce motivovalo k překonávání překážek?

Překážek jsem v životě zažil dost, to je fakt, jak těch osobních, tak i pracovních. A pokud se ohlédnu přes rameno, tak se mi jich většinu podařilo úspěšně překonat. Víte, já se rád toulám po horách. Jejich energie mi „dobíjí baterky“, pomáhá mi relaxovat a nějakým způsobem najít rovnováhu. A je v podstatě jedno, jestli to je Šumava nebo Himálaje. Asi tady bude původ té životní síly, která se pak přetaví v motivaci. Už mám za sebou také



Tomáš Sikora (ČAP) a Ivan Špirakus (AČPM) gratulují Václavu Křivohlávkovi k ocenění Osobnost pojištění trhu.

zkušenost, kdy ležíte na JIPce a přemýšlíte, co v životě má nějakou důležitost, a co naopak nemá. Tohle člověku pomůže najít řád a určit priority.

Himálaj...?

Ano, před pěti lety jsem tyto kolosální velehory navštívil. Byl to nezapomenutelný zážitek. Když člověku začne v pěti tisících metrech docházet kyslík a dostane se na hranici svých možností, tak přemýšlí nad každým krokem, jestli zvládne vystoupit výše, nebo už ne, a jak se vlastně dostane nejenom do cíle, ale také zpět. No zkrátka krásná vzpomínka. Když jsem se vrátil domů, tak jsem si říkal, že za rok vyrazím okamžitě znovu. Bohužel už mi to kvůli pracovnímu vytížení nevyšlo. Ještě jednou bych se tam ale rád podíval (*úsměv*).

Působíte na Vysoké škole finanční a správní, jaký je váš názor na dnešní studenty? A jaký vlastně byl student Václav Křivohlávek?

Určitě jsem nebyl dokonalý student. Po jednácetiletce jsem začal v sedmnácti studovat vysokou školu a pamatuji, že hned u první zkoušky, byla to deskriptivní geometrie, kterou jsem si myslel, že dobře znám, mě pan docent vyhodil. Tím jsem spadl na zadek a zjistil jsem, že bez dokonalé přípravy to nepůjde. Myslím si, že dnešní studenti se nijak ve srovnání s minulostí nezměnili. Samozřejmě se mezi nimi najdou černé ovce, ale i premianti. Poslední dobou se více věnuji studentům kombinovaného studia bakalářského i magisterského, a tam vidím až dosud vysokou kvalitu jejich přípravy a v podstatě už i odbornosti, protože velký počet z nich v pojišťovnictví

pracuje a velmi dobře se v něm vyzná. Navíc znají konkrétní praxi. Někdy se dokonce objeví situace, kdy se sám spíše učím od nich (*úsměv*). Jsem přesvědčen, že jsem si k nim dokázal vybudovat velmi vstřícný vztah, plný vzájemného respektu a té pravé touhy po vzdělání. Vždyť co jiného vypovídá o dobře nastavené komunikaci se studenty, než když máte v sobotu v podvečer plnou učebnu nebo vás na horách či ve městě zastaví absolvent školy, který pojišťovnictví studoval.

Jak byste charakterizoval aktuální „formu“ českého pojišťovnictví? Kde leží hlavní problémy a co naopak pochválit? A je tuzemský pojištný trh srovnatelný s vyspělými západními zeměmi?

Nebude překvapivé, když řeknu, že pojištný trh u nás je velmi stabilní bez významnějších výkyvů. To je velmi dobrá zpráva. Přesto se musí průběžně řešit dílčí nedostatky, které by do budoucna mohly přerůst ve velké problémy. Například situace kolem povinného ručení je skutečně na hranici udržitelnosti. Dumpingové ceny trh výrazně pokřivily, a to se může odrazit ve velkých nesnázích zejména pro malé pojišťovny, ty velké to pravděpodobně zvládnou. Myslím si, že bude velmi důležitý postoj ČNB. Ta by měla včas „odchytit“ společnosti, které potenciálně mohou mít problém s podceněním přijatých rizik či se solventností. Z těch pozitivních věcí vidím do budoucna možnost určitého oživení u podnikatelského pojištění, které by mohlo růst v závislosti na růstu celého českého průmyslu. Co se životního pojištění týče, musím se přiznat, že jsem příznivec spíše konzervativního přístupu, rizikové investování je pro životní

Foto: ČAP

pojištění dle mého soudu nevhodné. V této souvislosti tak vidím velký otazník u investičního životního pojištění. Zmíním ještě problematiku pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za škodu způsobenou úrazem nebo nemocí z povolání. To je, jak říkám, brontosaurus české legislativy a záležitost zřejmě výrazně zpolitizovaná. Obecně si pak myslím, že pojišťovny budou muset více pracovat se svými kmeny. Je nutné je vyčistit a vůbec vhodně spravovat.

Nezbývá než doufat, že MF, ČNB, AČPM, AFIZ, USF a samozřejmě ČAP najdou společnou řeč a že se podaří „38“ připravit tak, aby byl výsledný kompromis pro všechny strany přijatelný.

A co se týče srovnání českého pojistného trhu s vyspělou Evropou, tak ta je ve struktuře trhu i v propojitelnosti ještě hodně před námi.

Jak vnímáte zamotanou situaci kolem zákona „38“?

Zmíněný zákon je jako velryba, vždy se na kratičký okamžik formou novely zákona vynoří z hlubin legislativního oceánu, způsobí trable na pojistném trhu, a pak si zase klidně zmizí. V této oblasti je opravdu velké dusno. A je to škoda. Plně vnímám diametrálně rozdílné názory jednotlivých stran na části zákona, které budou navrhovanými změnami zasaženy. Na samostatnou analýzu by pak bylo zejména chování Ministerstva financí, které znovu a znovu novelu předkládá, i když jsou zřejmá rozdílná stanoviska účastníků připomínkových řízení a také České národní banky, která evidentně na řešení situace zájem má, ale nijak významně se na dosažení dohody nepodílí. Kroky obou institucí jsou totiž značně kontraproduktivní, pomalé a zvláštní. Konkrétně se podívejme jen na problematiku struktury a počtu zprostředkovatelů... Současný stav nesprávně nějaká novela v podobě, ve které je zpracována, nebo nový registr, tady musí nastat velká systémová změna.

Jaká?

Pro zmíněnou velkou změnu asi ještě nenašel ten správný okamžik. Přikláním se k názoru vyčkat na úpravy připravované v rámci EU. Lze však novelou zákona fakticky velmi rychle řešit alespoň některé palčivé otázky. Uvedu příklad. Za mého působení na Ministerstvu financí se podařilo vytvořit systém registrace, který měl „stát na dvou nohách“. Jedna část systému měla být registrační a druhá kontrolní. Registrace začala fungovat, zprostředkovatelé se přidávali do systému a zdálo se, že všechno běží v normě. Bohužel však druhá část softwaru už na ministerstvu dokončena nebyla a celý systém přešel od 1. dubna 2006

na ČNB bez kontrolní části. Zůstalo jen slepé registrování pojišťovacích zprostředkovatelů, kvůli kterému dnes máme na 150 tisíc registrací, aniž by existovala jakákoli jejich systematická revize. V nejbližší době bude nezbytné nafouklý seznam výrazně vyčistit. A do toho se samozřejmě nikomu nechce, protože individuálními kontrolami jednotlivých registrací je splnění takového úkolu nereálné. Pokud by se ale jakási „malá novela“ vytvořila, pak

bych se přimlouval, aby obsahovala nejen možnost vyčistit registr, ale také aby obsahovala vyšší nároky na odbornost pojišťovacích zprostředkovatelů. Vezměme si vzor například z Rakouska, kde zprostředkovatelé patří mezi vážené a vzdělané specialisty na pojištění a finance a kde je vztah s klientem založen na celoživotní důvěře. Nezbývá než doufat, že Ministerstvo financí, ČNB, AČPM, AFIZ, USF a samozřejmě ČAP najdou společnou řeč a že se podaří „38“ připravit tak, aby byl výsledný kompromis pro všechny strany přijatelný.

Pojem regulace, ať už z jakéhokoli zdroje, začíná nabývat v poslední době na síle, jak hodnotíte tuto problematiku...

Čím dál více slyším od svých kolegů z oboru stížnosti, že nabobtnání povinností, které přináší jak regulátor MF, tak dohled z ČNB, začíná přesahovat únosnou mez. Sám jsem se setkal s dokumenty, kterým není možné ani dobře porozumět, natož se jimi řídit. Otázkou je také role různých benchmarků nebo úředních sdělení ČNB. Zmíněné benchmarky jsou podle mého názoru ukázkou určité zmatečnosti, protože vyjadřují: „názor pracovníků sekce dohledu, který bude aplikován v dohledové praxi, přičemž soud a případně bankovní rada ČNB mohou zaujmout odlišný názor“. Nedovedu si v minulosti představit jakýkoliv požadavek státního dozoru ministerstva zveřejněný a dozorem požadovaný, který by nebyl odsouhlasen panem ministrem. Myslím si, že je postupně přeregulováno, a to nejen z hlediska požadavků EU. Toho se osobně obávám daleko více než regulace nedostatečné. Vadí mi určitá celková nedůslednost, kdy jsou některé pasáže zpracovány do naprosto detailu a jiné pasáže jsou popsány neúplně. A také mi vadí preference dohledu na dálku před dohledem na místě. Z kanceláře se určitě u počítače kontroluje lépe. Ze získaných dat a informací lze zcela jistě

výborně kontrolovanou situaci modelovat a posuzovat, ale určitě je na místě otázka, zdali jsou v pořádku ty údaje samotné, se kterými se pracuje. Jistě, odpovědnost za správnost údajů padá na poskytovatele těchto údajů, tedy třeba na pojišťovny, jenže z vlastní praxe vím, že platí ono „důvěřuj, ale prověřuj“. V minulosti jsme se snažili v průměru přibližně dvou let se jako dozor do každé z pojišťoven podívat. To dnes zřejmě není reálné jak z hlediska počtu kontrolních pracovníků, tak z hlediska jejich profesního zaměření. Nedoostatek zkušených odborníků na pojišťovníctví je ale dnes ve všech orgánech a institucích veliký problém.

Nedá mi to, aby se nezeptal na váš názor na politickou situaci u nás? Jak hodnotíte aktuální ekonomické kroky vlády a vůbec situaci na politické scéně?

Po volbách se nic zásadního nezměnilo! V české politice panuje setrvalý stav. Ať už se jedná o levou, nebo pravou stranu politického spektra. Za čtyřleté volební období se toho zkrátka nedá nic moc pořádného udělat. Jsme v situaci, kdy se politické strany navzájem distancují od svých názorů, byť by byly z věcného hlediska přínosem nebo alespoň vstupem do konstruktivního jednání. Chybí schopnost naslouchat a věcně cíleně komunikovat. Podívejme se jen, jak dlouho trvá zpracování zákona od jeho návrhu až po jeho vydání ve sbírce. To jsou roky, rozhodně ne měsíce. A když si uvědomíme, že se pořádně začíná v politice pracovat až druhý rok po volbách a rok do nových voleb se už zase kvůli „lovu voličů“ žádné významné zákony nepřijímají, tak pro rozumnou legislativu zbývají dva roky čistého času. A za tu dobu se nedá stihnout téměř nic (úsměv). Navíc je smutným faktem, že naše společnost je výrazně rozdělená, což se pak v Parlamentu jasně zrcadí. Pamatuji se, když se na přelomu století schvalovala například velmi důležitá novela zákona o penzijním připojištění, tak celá Sněmovna byla pro. A takto by se základní a klíčové zákony měly vyjednávat a schvalovat. Ve shodě celého politického spektra. Politická kultura je u nás na velmi nízké úrovni. Když se jakákoli osobnost stane poslancem, tak se změní. Nevím, čím to je. Možná pocitem moci, pocitem toho čtyřletého volebního období s nejasnou budoucností, skutečně nevím. Na prstech jedné ruky bych spočítal politiky s velkým P. Jsem však optimista, a věřím, že se politická kultura změní. Stejně jako u pojišťovníctví je však otázkou kdy. Zkrátka a dobře, na konci dlouhého tunelu to pověstně světlýko vidím. Snad to ale nebude protijedoucí vlak (úsměv).

Děkuji vám za rozhovor.

METODIKA K ODŠKODŇOVÁNÍ NEMAJETKOVÝCH ÚJEM JE NA SVĚTĚ!

MGR. LUCIE JANDOVÁ / PŘEDSEDKYNĚ PRACOVNÍ SKUPINY OBČANSKÝ ZÁKONÍK / ČESKÁ ASOCIACE POJIŠŤOVEN

V Pojistném obzoru č. 3/2013 jsme se věnovali tématu odškodňování újem na zdraví podle nového občanského zákoníku (NOZ) s vyjádřením přání, aby tato závažná otázka nezůstala z hlediska praxe věštěním z křišťálové koule. Nejvyšší soud České republiky v součinnosti se Společností medicínského práva a se zástupci právnických a lékařských profesí a pojistitelů připravil Metodiku k odškodňování nemajetkových újem podle § 2958 NOZ. Metodika byla 14. 4. 2014 zveřejněna na internetových stránkách Nejvyššího soudu¹.

Důvody pro přípravu

Nový občanský zákoník nestanovuje pro odškodňování újem na zdraví žádná bližší kritéria, když pouze stanoví povinnost „plného“ odškodnění vytrpěné bolesti a další nemajetkové újmy a nahrazení ztížení společenského uplatnění a subsidiárně (byť by to naopak mělo být kritérium první) použití zásad slušnosti. Spíše než o kritéria se jedná o obecný přístup k odškodňování těchto újem, z něhož se však nelze dobrat bližších pravidel pro určení jeho výše. Současně s účinností od 1. 1. 2014 došlo bez náhrady ke zrušení vyhlášky č. 440/2001 Sb., která taková kritéria stanovovala. Z důvodové zprávy uvedme, že „Soukromý život je nekonečně variabilní a snaha po jeho nivelizaci v záležitostech tak navýsost individuálních, jako jsou bolest, důsledky újem na zdraví pro další budoucnost postiženého nebo ztráta blízkého člověka není důvodná.“ Na druhou stranu nový ob-

s dobrými mravy a vést ke krutosti nebo bezohlednosti urážející obyčejné lidské cítění. Nelze tedy vyčkávat na praxi vytvářenou postupně konkrétními rozhodnutími jednotlivých soudů, která představuje rámec několika let (z hlediska nalézání případů „shodujících se v podstatných znacích“ možná i desítek let).

Neurčitost pravidel

Neexistence kritérií pro odškodňování újem na zdraví však není problematická pouze pro justici. Je třeba si uvědomit, že naprosto převažující objem nároků na náhradu škody (včetně škod na zdraví) byl do současné doby řešen mimosoudně, ať už v rámci vztahu škůdce–poškozený nebo za účasti pojistitele. Neurčitost (nebo spíše neexistence) pravidel pro určení výše odškodnění postihuje všechny osoby dotčené „odpovědnostním“ vztahem:

- škůdce, který by měl být schopen posoudit důsledky svojí činnosti a rozsah své povinnosti nahradit újmy a
- v neposlední řadě pojistitele, který nezřídka za pojištěného škůdce poskytuje pojistné plnění.

Důvodová zpráva k této situaci jako vodítko uvádí, že: „Pocitují-li někteří představitelé soudní moci potřebu tabulek, vzorců nebo klíčů speciálně pro tyto účely, nic nebrání tomu, aby se soudní praxe sama shodla na zásadách, podle nichž bude postupováno.“ Nejvyšší soud České republiky v součinnosti se Společností medicínského práva a dalšími odborníky na tuto problematiku proto více než rok pracovali na pravidlech pro odškodňování těchto nároků, která by vyhověla také obecným zásadám NOZ, včetně zásady slušnosti. Výsledkem tohoto úsilí je Metodika k odškodňování nemajetkových újem podle § 2958 NOZ.

Stanovení výše odškodnění bolesti nebo ztížení společenského uplatnění není ani otázkou právní, ani otázkou medicínskou.

čanský zákoník stanoví, že každý, kdo se domáhá právní ochrany, může důvodně očekávat, že jeho právní případ bude rozhodnut obdobně jako jiný právní případ již rozhodnutý, pokud se shodují v podstatných znacích. Byť toto ustanovení směřuje k rozhodování soudních sporů, není důvodu, aby neplatilo obdobně také pro oblast mimosoudní, protože odlišný přístup by mohl být v rozporu

- poškozeného, který by měl při uplatnění svůj nárok na náhradu újmy vymezit (a to včetně výše nároku, kterého se domáhá);
- jeho případného právního zástupce, který se bude těžce dobírat určení, v jaké výši je nárok jeho klienta oprávněný a má doporučit jej uplatnit (případně jak má v rámci právní pomoci klienta upozornit na oprávněnost či neoprávněnost jeho nároku);

Rozsah, povaha a dělení Metodiky

Úvodem je třeba zdůraznit, že Metodika se vztahuje pouze na odškodňování újem na zdraví podle § 2958 NOZ, tedy bolestného, ztížení společenského uplatnění (a částečně další nemajetkové újmy spojené s bolestí). Ostatní nároky na náhradu nemajetkové újmy (např. odškodnění duševních útrap osob blízkých při usmrcení nebo zvláště závažném ublížení na zdraví nebo odškodnění tzv. osobního neštěstí) Metodikou řešeny nejsou a je třeba k nim přistupovat individuálně. Metodika

¹ www.nsoud.cz/JudikaturaNS_new/ns_web.nsf/Metodika

nemá závazný charakter ani pro justici (zejména soudy nižších stupňů, které budou převážně spory o odškodnění újem na zdraví rozhodovat), ani pro škůdce, poškozené, pojistitele či jiné subjekty na náhradě újmy zinteresané. Zrušení závazného předpisu stanovujícího detailní pravidla pro odškodňování újem na zdraví bylo záměrem zákonodárce. Jedná se o doporučující pomůcku, na jejíž podstatě se shodla odborná veřejnost (právníká i lékařská). Je třeba si uvědomit, že stanovení výše odškodnění bolesti nebo ztížení společenského uplatnění není ani otázkou právní, ani otázkou medicínskou (lékař může hodnotit zdravotní stav, komplikace při operaci či léčbě, vyjádřit proporce mezi poškozeními např. z hlediska bolestivosti, avšak posouzení adekvátní výše odškodnění za takovou bolest nenáleží lékaři). Jedná se o otázku sociální, celospolečenskou, přičemž zásadní podíl na jejím zodpovězení náleží (i s ohledem na právně závazné rozhodování o těchto nárocích) justici.

Metodika je rozdělena na 4 části, a to:

- A. Preambule (úvod, obecný výklad);
- B. Přehled bolesti (bodové hodnoty bolesti);
- C. Aktivita a Participace (část MKF ve verzi upravené pro účely hodnocení ZSU);
- D. Technická část (tvorba posudků a kvalifikace znalců).

Bolest

„Při ublížení na zdraví odčiní škůdce újmu poškozeného peněžitou náhradou vyvažující plně vytrpěné bolesti a další nemajetkové újmy;...”

Úprava odškodňování bolesti vychází ze stavu, kdy vyhláška č. 440/2001 Sb. byla zrušena, nicméně etiologický přístup v ní uvedený a systém touto vyhláškou nastavený, tedy klasifikace poškození zdraví, je použitelný i nadále. Hodnocení bolesti se tedy sestává z jednotlivých položek (klasifikace poškození zdraví), jimž jsou přiřazeny bodové hodnoty. Tyto hodnoty odrážejí poměr mezi jednotlivými bolestmi. Výše odškodnění bolesti je pak dána součtem bodů za jednotlivé relevantní položky a vynásobením tohoto součtu hodnotou bodu.

Hodnota bodu

Hodnota bodu se odvozuje od hrubé měsíční nominální mzdy na přepočtené počty zaměstnanců v národním hospodářství za kalendářní rok, který předchází roku, ve kterém nárok/bolest vznikly, a činí 1 % této mzdy. V roce 2013 dosáhla tato mzda částky 25 128 Kč, hodnota bodu pro bolest vzniklou v roce 2014 tedy činí 251,28 Kč (zaokrouhlení na celé koruny se má provádět až ve vztahu k výsledné částce, ne

k hodnotě bodu). K hodnocení bolesti je třeba uvést, že ačkoliv se vznik bolesti váže k akutní fázi bolestivého stavu, vyčíslení nároku lze provést až v době stabilizace bolesti.

Pravidla pro určení výše odškodnění bolesti

Bližší pravidla pro stanovení výše odškodnění za bolest Metodika stanovuje například následovně:

- vychází se ze zdravotnické dokumentace;
- lékař hodnotí samostatně každý bolestivý stav;
- bolest může vzniknout jak při škodné události, tak při léčení či odstraňování následků;
- body z jednotlivých bolestivých stavů se sčítají;
- funkční či anatomická ztráta končetiny nebo orgánu není limitem – není vyloučeno, aby bolest a léčení např. mnohačetného poranění byly bolestivější než odnětí např. končetiny (odškodnění pak nesmí být nepřiměřené);
- při otevřených zlomeninách se do odškodnění k ohodnocení samotné zlomeniny přičte ještě ohodnocení zasažení povrchových částí;

- pokud pro určitou bolest chybí položka, použije se položka povahou a závažností nejbližší.

V odškodnění by měla být zohledněna případná komplikovanost léčby, pokud základní výše ohodnocení dostatečně nevystihuje závažnost újmy. Tato komplikovanost se ovšem hodnotí pouze ve vztahu k položkám, kterých se komplikace týká, a to procentuálním navýšením do 20 %. Podrobnějším vodítkem je pak rozdělení komplikací na:

- lehké (krátkodobá léčba, např. infekce rány) – do 5 %;
- středně závažné (dlouhá doba léčení, další operace, např. selhání osteosyntézy nebo hluboká infekce) – do 10 %;
- závažné (prudce zhorší zdravotní stav, vyžaduje intenzivní léčbu, více reoperací, např. pneumonie) – do 15 %;
- těžké (přechodně ohrožuje život, závažně ohrožuje zdraví, např. orgánové selhání, kardiopulmonální resuscitace) – do 20 %.

Další nemajetková újma spojená s bolestí

Je třeba zdůraznit, že hodnocení bolesti v sobě zahrnuje nejen bolest jako takovou,



Ilustrační foto: www.freeimages.com-LotusHead

ale také „určitou míru nepohodlí, stresu či obtíží spojených s utrpěnou zdravotní újmu“ v rozsahu, v jakém to s danou bolestí z povahy věci souvisí (tzv. bolest v širším smyslu). Může se tedy jednat např. o diskomfort spojený s omezeními způsobenými sádrou, s pobytem v nemocnici odpovídajícím danému úrazu, o běžné omezení rodinného, pracovního či společenského života, stres spojený s nutností absolvovat nepříjemná vyšetření či ošetření, případně až o stres z obavy ze ztráty života či vážného poškození zdraví odpovídající vážnosti úrazu. Odškodnění těchto újem je tedy zahrnuto do odškodnění poskytovaného v rámci odškodnění bolesti. Až nároky přesahující obvyklou zátěž poškozeného spojenou s daným zdravotním stavem by měly být odškodňovány navíc, mimo odškodnění bolesti jako tzv. další nemajetkové újmy. Jako příklady těchto dalších nemajetkových újem Metodika uvádí např. diskomfort při délce hospitalizace přesahující obvyklou mez pro obdobné případy nebo selhání funkce orgánů následkem úrazu, které samo o sobě nebolí, ale ohrožuje poškozeného na životě.

Ztížení společenského uplatnění

„...; vznikla-li poškozením zdraví překážka lepší budoucnosti poškozeného, nahradí mu škůdce i ztížení společenského uplatnění. Nelze-li výši náhrady takto určit, stanoví se podle zásad slušnosti.“

Pro hodnocení ztížení společenského uplatnění (ZSU) nebylo navázáno na dosavadní právní úpravu vycházející ze stanovení zdravotního následku úrazu (diagnózy) a tomu odpovídajícího bodového ohodnocení, neboť tento způsob výpočtu nezohledňuje dostatečně individuální promítnutí zdravotních omezení do života člověka. Tento nedostatek byl v praxi často reparován v rámci navyšování náhrady za ztížení společenského uplatnění soudem podle § 7 odst. 3 vyhlášky č. 440/2001 Sb., a to v rámci úvahy soudu. Tento stav pak vedl jak k rozdílnému posuzování a přiznávání náhrad v závislosti na uvážení konkrétního soudu, tak ke snížení významu určování základního bodového ohodnocení. Nová pravidla vychází z tzv. MKF neboli Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví vypracované Světovou zdravotnickou organizací. Tento systém umožňuje lépe promítnout dopad tělesných omezení a poškození do všech oblastí života člověka, u nichž dochází k omezení či dokonce vyloučení uplatnění. Z klasifikace MKF se pro účely hodnocení ztížení společenského uplatnění jeví jako vhodná zejména její část třetí označená Aktivita a participace,

kteří pomáhá detailně podchytit dopad zdravotních omezení do všech sfér života člověka. Část Aktivita a participace je rozdělena do 9 kapitol (z nichž každá je dále detailněji členěna):

- učení se a aplikace znalostí;
- všeobecné úkoly a požadavky;
- komunikace;
- pohyblivost;
- péče o sebe;
- život v domácnosti;
- mezilidská jednání a vztahy;
- hlavní oblasti života;
- život komunitní, sociální a občanský.

Hodnocení ztížení společenského uplatnění

Systém hodnocení ztížení společenského uplatnění je pak koncipován tak, že příslušným položkám bude přiřazováno procentuální vyjádření omezení poškozeného v dané aktivitě (0–100 %) a matematickým propočtem je následně možno stanovit celkové procentuální omezení poškozeného v životě. Hodnota 100 % ztížení společenského uplatnění by pak představovala úplné vyřazení poškozeného ze všech sfér života (včetně pohybu, sebeobsluhy apod.). V rámci hodnocení ztížení společenského uplatnění podle Metodiky bude třeba zjistit jak zdravotní stav poškozeného, tak dopady do života (zejména v rámci závažných a složitých poškození zdraví se doporučuje hodnotit poškozeného nejen v rámci části MKF Aktivita a participace, ale také v rámci části Tělesné funkce a Tělesné struktury, aby bylo možno zhodnotit vztah mezi poškozením zdraví a omezením možností poškozeného).

či naslouchátko. Za standardně dostupné pomůcky lze považovat např. pomůcky hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Nadále platí, že hodnocení trvalých následků by mělo být prováděno až po ustálení zdravotního stavu. Zpravidla se jedná o lhůtu jednoho roku, nicméně nemusí tomu tak být vždy, mohou nastat případy, kdy zdravotní stav bude ustálen již po kratší době, nebo naopak případy, kdy i po uplynutí jednoho roku nebude zdravotní stav stabilizován. Kvalifikátory pro hodnocení omezení uplatnění člověka v jednotlivých sférách života jsou odstupňovány do 5 stupňů:

- **0:** žádná obtíž – nepřítomná, zanedbatelná (0–4 %);
- **1:** lehká obtíž – mírná, nízká (5–24 %);
- **2:** středně těžká obtíž – zřetelná větší (25–49 %);
- **3:** těžká obtíž – vysoká, extrémní (50–95 %);
- **4:** úplná obtíž (96–100 %).

Při hodnocení se má vycházet zpravidla z průměru procentního rozpětí daného stupně. To neplatí u stupně 0 a 4, kdy se použije 0 % (stupeň 0) a 100 % (stupeň 4). V případech, kdy však lze provést hodnocení přesnější, lze použít i jiné procentuální vyjádření v rámci pásma pro daný stupeň.

Ohodnocení úplného vyloučení ze života

Pro tento systém hodnocení ztížení společenského uplatnění je třeba stanovit částku nejvyšší, odpovídající stoprocentnímu vyloučení ze života, od níž se pak odvíjí hodnocení i méně závažných následků. Tato částka byla při zhodnocení jak dosavadní judikatury, tak

V rámci hodnocení ztížení společenského uplatnění podle Metodiky bude třeba zjistit jak zdravotní stav poškozeného, tak dopady do života.

Kapacita a výkon

Omezení poškozeného v životě se hodnotí ve dvou kategoriích – tzv. kapacita a výkon. Kapacita představuje ztrátu potenciálu poškozeného bez kompenzačních pomůcek a hodnotí se její snížení oproti předchozímu stavu (tedy je třeba zohlednit tzv. předchorobí). Výkon by měl být hodnocen tam, kde za pomoci standardně dostupných pomůcek (tzv. facilitátorů) nebo pomůcek, které byly poškozenému škůdcem nebo jeho pojistitelem poskytnuty, jsou možnosti uplatnění poškozeného vyšší, a tedy jeho omezení v životě menší. Pro hodnocení ztížení společenského uplatnění se v takovém případě vychází z průměru obou položek, tedy jak hodnocení kapacity (bez facilitátoru), tak výkonu (s facilitátorem). Pomůckami mohou být např. protéza, brýle

srovnání zahraničních modelů a posouzení výše přiznávaných odškodnění tohoto druhu stanovena ve výši 400násobku průměrné hrubé měsíční nominální mzdy na přepočtené počty zaměstnanců v národním hospodářství za kalendářní rok předcházející roku, kdy se ustálil zdravotní stav poškozeného. Pro poškození zdraví s ustálením zdravotního stavu v roce 2014 by tato částka činila 10 051 200 Kč.

Zohlednění zvláštností

V rámci hodnocení ztížení společenského uplatnění je třeba ponechat prostor pro zohlednění zvláštností jednotlivých případů, a proto se předpokládá, že by hodnocení provedené podle uvedeného systému mohlo být dále upraveno v závislosti na:

- věku;
- ztrátě skutečně výjimečně lepší budoucnosti;
- důvodech podle § 2957 NOZ, tedy např. úmyslném způsobení škody, použití lsti, pohrůžky, zneužití závislosti poškozeného či diskriminaci.

Tyto mimořádné okolnosti by měly být v rámci zvýšení odškodnění zohledněny již jen v řádech desítek procent, celkové odškodnění ZSU by nemělo přesáhnout dvojnásobek základního hodnocení. Věk poškozeného by se mohl do hodnocení promítnout následovně:

- 0–24 let navýšení o 30 %;
- 25–34 let navýšení o 20 %;
- 35–44 let navýšení o 10 %;
- 45–54 základní ohodnocení;
- 55–69 let snížení o 10 %;
- 70 let a více snížení o 20 %.

Výjimečné zapojení do společenských aktivit lze zohlednit podle míry zapojení:

- nadprůměrné – navýšení o 10 %;
- výjimečně intenzivní – navýšení 20 %;
- zcela mimořádné – navýšení 30 %;
- podprůměrné – snížení o 10 %;
- prakticky žádné – snížení o 20 %.

Technická část

Metodika doporučuje, aby pro toto hodnocení byly v soudních sporech využívány znalecké posudky vypracované znalcem v oboru zdravotnictví, odvětví odškodňování nemateriálních újem na zdraví, který bude mj. splňovat jako kvalifikační předpoklad příslušný nadstavbový kurz týkající se odškodňování újem na zdraví podle NOZ.

Závěrem

V návaznosti na přechodná ustanovení NOZ je třeba upozornit, že právo na náhradu škody (tedy i škody na zdraví) vzniklé porušením povinnosti, ke kterému došlo před 1. 1. 2014, se posuzuje podle dosavadních právních předpisů, tedy podle vyhlášky č. 440/2014 Sb. Nicméně pokud o takovém nároku na náhradu škody k 1. 1. 2014 nerozhodl soud, může poškozený žádat i náhradu nemajetkové újmy podle NOZ. Podmínkou pro přiznání takového nároku je, že jsou pro to mimořádné důvody hodné zvláštního zřetele (kritériem by byl zejména soulad s dobrými mravy a zabránění krutosti nebo bezohlednosti urážející obyčejné lidské citění). Lze tedy předpokládat, že nová pravidla pro odškodňování újem na zdraví se v některých případech prolomí i do újem nastalých před počátkem tohoto roku. ■

Tři otázky pro soudce Nejvyššího soudu ČR JUDr. Petra Vojtku:

1) Jaké jste zaznamenal první reakce soudců na Metodiku odškodňování újem na zdraví? Bude Metodika ze strany justice respektována?

Reakce kolegů soudců ze soudů nižších stupňů jsou zatím pozitivní, a to zejména proto, že s nimi byla průběžně celá situace diskutována a že

jž dříve zavládla shoda na tom, že je třeba si připravit pomůcku pro rozhodování náročných sporů o náhradu nemajetkové újmy na zdraví. Dalo by se proto s trochou nadsázky říci, že Metodika byla vytvořena právě na jejich objednávku. Protože ovšem je justice stav konzervativní, je většina kolegů obezřetná a nepochybně se bude ptát a při vlastním rozhodování zkoumat, zda navržený systém skutečně umožní nastavit odpovídající proporce a zda bude fungovat tak, aby zajišťoval spravedlivou výši náhrady v souladu se zákonným požadavkem slušnosti. Předpokládám, že se justice pokusí tento systém uplatňovat, případně jej upravovat či vylepšovat; ukáže-li se životaschopným, bude jistě respektován.



2) Jak se stavíte k názoru, že odškodnění ZSU ve výši cca 10 milionů korun za úplné vyloučení ze života není dostatečné?

To je velké téma k diskusi. Každý, kdo si představí, co by asi prožíval, kdyby najednou ochrnl, pozbyl soběstačnosti a ztratil všechny perspektivy, nebude považovat za dostatečnou ani částku mnohonásobně vyšší... Na druhé straně náhrada nemajetkové újmy byla a je i v řadě jiných zemí jakousi nadstavbou následující po zajištění prostředků k náhradě majetkových škod a k zajištění pomůcek k co nejširšímu znovuzapojení postiženého do společnosti. Musí se zohlednit i společenská realita a platové či cenové souvislosti. Proto si myslím, že jako základní východisko, tj. jako pomyslná částka vyjadřující kompletní ztrátu všech životních příležitostí u člověka průměrného po všech stránkách, jde o částku adekvátní. Nelze zároveň přehlédnout, že je tu dost velký prostor pro úvahu soudu, který může a musí zvážit individuální okolnosti poškozeného a příslušným způsobem výchozí částku modifikovat.

3) Metodiku lze, zejména v části odškodňování ZSU, považovat za novinku. Nelze vyloučit, že se mohou objevit případy, kdy odškodnění stanovené podle ní bude neadekvátní. Předpokládá se případná revize Metodiky po určité době jejího fungování?

Nepochybně nebylo možné předem odhadnout a podchytit všechny myslitelné nuance, které se v této sféře objeví. Zatím se zdá, že Metodika by mohla být účinná ve vztahu k obvyklým případům trvalých zdravotních újem. Dá se předpokládat, že se vyskytnou méně typické případy, které takto zhodnotit s úspěchem nepůjde; pak lze uvažovat o úpravách či změnách Metodiky. Nebude-li to z nějakého důvodu možné, uplatní se zřejmě třetí kategorie obsažená v § 2958 NOZ, tedy další nemajetková újma. Metodika je otevřeným systémem vyzývajícím k odborné diskusi, předpokládajícím, že bude následně hodnocena. Protože nejde o dílo legislativní, nic nebrání tomu, aby se po důkladné odborné analýze upravila či změnila, bude-li to zapotřebí.

ZÁKON „38“ OPĚT VE SVĚTLE RAMP. PŘIPOMÍNKY ODBORNÍKŮ NEVYSLYŠENY

MGR. LUCIE JANDOVÁ / PŘEDSEDKYNĚ PRACOVNÍ SKUPINY OBČANSKÝ ZÁKONÍK / ČESKÁ ASOCIACE POJIŠŤOVEN

Jedním z legislativních témat tohoto roku je bezesporu novela zákona č. 38/2004 Sb., o pojišťovacích zprostředkovatelích a samostatných likvidátorech pojistných událostí (ZPZ). Jedná se o jeden ze stěžejních právních předpisů pro oblast pojišťovnictví. Pokud bude přijat ve znění navrhovaném předkladatelem Ministerstvem financí, ovlivní zásadně nejen život pojišťovacích zprostředkovatelů a samostatných likvidátorů, ale také pojišťoven. I z tohoto důvodu je pozornost, která je novele ze strany pojistitelů věnována, mimořádná.

Ministerstvo financí se již několik let snaží zmodernizovat právní úpravu zprostředkování pojištění, resp. distribuci pojištění, „novelou“ ZPZ. O „novele“ v uvozovkách hovoříme z toho důvodu, že navrhovaným rozsahem změn se prakticky nejedná o novelu, ale o nový zákon upravující zejména distribuci pojištění. Návrh novely zasahuje prakticky do všech ustanovení stávajícího zákona a některá z nich navíc podstatným způsobem rozšiřuje.

Distribuce pojištění

Za zásadní změnu upravenou návrhem novely ZPZ lze považovat, že nadále by tímto zákonem nebylo upraveno pouze zprostředkování pojištění, ale obecně jeho distribuce – nabízení i zprostředkování. Upravoval by tedy jak uzavírání pojistných smluv prostřednictvím pojišťovacího zprostředkovatele (činnost zprostředkování pojištění), tak sjednávání pojištění přímo pojišťovnou, tedy jejími zaměstnanci, případně statutárními orgány (činnost nabízení pojištění – odborná činnost pojistitele). V tomto kontextu představuje rozšíření povinností pojistitelů a klade vyšší požadavky také na zaměstnance pojistitelů.

Kategorizace pojišťovacích zprostředkovatelů

Novela nastavuje nově kategorizaci pojišťovacích zprostředkovatelů, když opouští dosavadních 5, resp. 6 kategorií (vázaný pojišťovací zprostředkovatel, podřízený pojišťovací zprostředkovatel, pojišťovací agent, výhradní pojišťovací agent a pojišťovací makléř a dále zprostředkovatel, jehož domovským státem

není ČR) a umožňuje provozovat činnost zprostředkování pojištění pouze:

- pojišťovacímu zprostředkovateli a
- pojišťovacímu zprostředkovateli s domovským členským státem jiným než ČR.

Pojišťovací zprostředkovatele pak dělí na vázané zástupce a samostatné zprostředkovatele. Podmínkou nadále zůstává registrace pojišťovacího zprostředkovatele v registru spravovaném a provozovaném Českou národní bankou v elektronické podobě.

Vázaný zástupce

Vázaný zástupce může vykonávat činnost pouze pro jednoho zastoupeného, jeho jménem a na jeho účet. Za tuto činnost odpovídá zastoupený. Zastoupeným může být buď pojišťovna nebo zajišťovna nebo samostatný zprostředkovatel. Vázaný zástupce nemůže zmocnit jinou osobu k tomu, aby ho dále zastupovala, jedná buď osobně, nebo ho zastupují jeho zaměstnanci, prokurista či statutární orgán. Za škodu způsobenou vázaným zástupcem při provozování činnosti odpovídá ten, koho zastupuje. Vázaný zástupce není oprávněn inkasovat pojistné, a to ani v případě, že by mu to pojistitel na základě smlouvy chtěl umožnit. Jedinou výjimkou je situace, kdy je pojištění doplňkovou službou dodávaného zboží nebo poskytované služby. V takovém případě však zprostředkovatel musí mít oddělený účet.

Samostatný zprostředkovatel

Samostatný zprostředkovatel provozuje činnost na základě smlouvy jménem a na účet

jedné nebo více pojišťoven nebo zajišťoven, nebo na základě smlouvy se zákazníkem. Zákazníkem pak je zájemce o pojištění nebo pojistník. Samostatný zprostředkovatel opět nemůže udělit plnou moc ke svému zastupování jiné osobě. Pokud jedná samostatný zprostředkovatel na základě smlouvy se zákazníkem, nesmí současně jednat jménem a na účet pojišťovny. Samostatný zprostředkovatel odpovídá za škodu způsobenou při provozování zprostředkovatelské činnosti; této odpovědnosti se zproští, pokud prokáže, že vynaložil veškeré úsilí, které na něm lze požadovat, aby zabránil vzniku škody. Je třeba doplnit, že tento liberační důvod navržený do právní úpravy nekoresponduje s úpravou odpovědnosti podle nového občanského zákoníku (§ 2950 NOZ – škoda způsobená informací nebo radou). Navíc poslední věta ustanovení o odpovědnosti samostatného zprostředkovatele koncepcí „samostatnosti“ lehce nabourává, když kruhem zpět odkazuje na odpovědnost zastoupeného za zástupce.

Zásah do soukromoprávní oblasti

Zákon zasahuje také do určité míry do soukromoprávní oblasti, konkrétně do vymezení a práv pojistníků, když stanoví, že pojistníkem, který veřejně nabízí třetím osobám možnost přistoupení k pojištění, které uzavřel (tedy tzv. otevřené flotily) může být pouze pojišťovací zprostředkovatel. Jakkoliv je snaha o regulaci této oblasti pochopitelná, svým provedením opomíjí základní a obecná právní pravidla, např. obecnou povahu zprostředkování jakožto jednání za jinou osobu, a tedy nemožnost vystupovat v jednom právním vztahu ve více postaveních zároveň.

Samostatný likvidátor pojištých událostí

Novinkou v právní úpravě činnosti samostatného likvidátora pojištých událostí je zákaz souběhu postavení, kdy likvidátor nesmí provozovat svoji činnost u těch pojištých událostí, u nichž je ve smlouvě pojistníkem nebo pojištěným, a dále u těch pojištění, která zprostředkoval.

Zápis do registru

Samostatný zprostředkovatel může provozovat svoji činnost ode dne zápisu do registru. Žádné rozhodnutí o tomto zápisu se nevyžaduje, rozhodnutí nabývá právní moci okamžikem zápisu do rejstříku a ČNB žadatele pouze informuje. Oproti tomu vázaný zástupce se do registru sám zapsat nemůže. ČNB zapíše vázaného zástupce do registru pouze na základě oznámení podaného zastoupeným. Sám zastoupený ověřuje správnost a úplnost podkladů v oznámení a splnění podmínek pro výkon dané činnosti na straně vázaného zástupce.

Poplatky

Nově má oprávnění k provozování činnosti pojišťovacího zprostředkovatele omezenou platnost, platí do konce následujícího kalendářního roku po zápisu do registru. Platnost oprávnění lze za poplatek 5000 Kč pro samostatného zprostředkovatele a 1000 Kč pro vázaného zástupce prodloužit. Samotný zápis je zpoplatněn částkou dvojnásobnou oproti výše uvedené částce za prodloužení platnosti. Zápis samostatného likvidátora je zpoplatněn stejně jako u samostatného zprostředkovatele, není však omezena platnost oprávnění. Oprávnění sice nezaniká, nicméně ČNB je odejme v případě, když zjistí, že subjekt nevykonává činnost samostatného likvidátora nejméně po dobu 24 měsíců po sobě jdoucích.

Řádné provozování činnosti a odborná způsobilost

Pojišťovny, zajišťovny, pojišťovací zprostředkovatelé a samostatní likvidátoři pojištých událostí musí zajistit, aby jejich zaměstnanci, kteří se přímo podílejí na nabízení nebo zprostředkování pojištění nebo likvidaci pojištých událostí, a také vázaní zástupci a jejich zaměstnanci, kteří se na této činnosti podílejí, splňovali podmínku důvěryhodnosti a byli odborně způsobilí. Za důvěryhodnou se považuje zjednodušeně řečeno svéprávná osoba,

jejíž profesní znalosti a zkušenosti dávají předpoklady řádného provozování činnosti, splňuje podmínku bezúhonnosti a další podmínky (např. úpadkové zachovalosti).

Odborná způsobilost

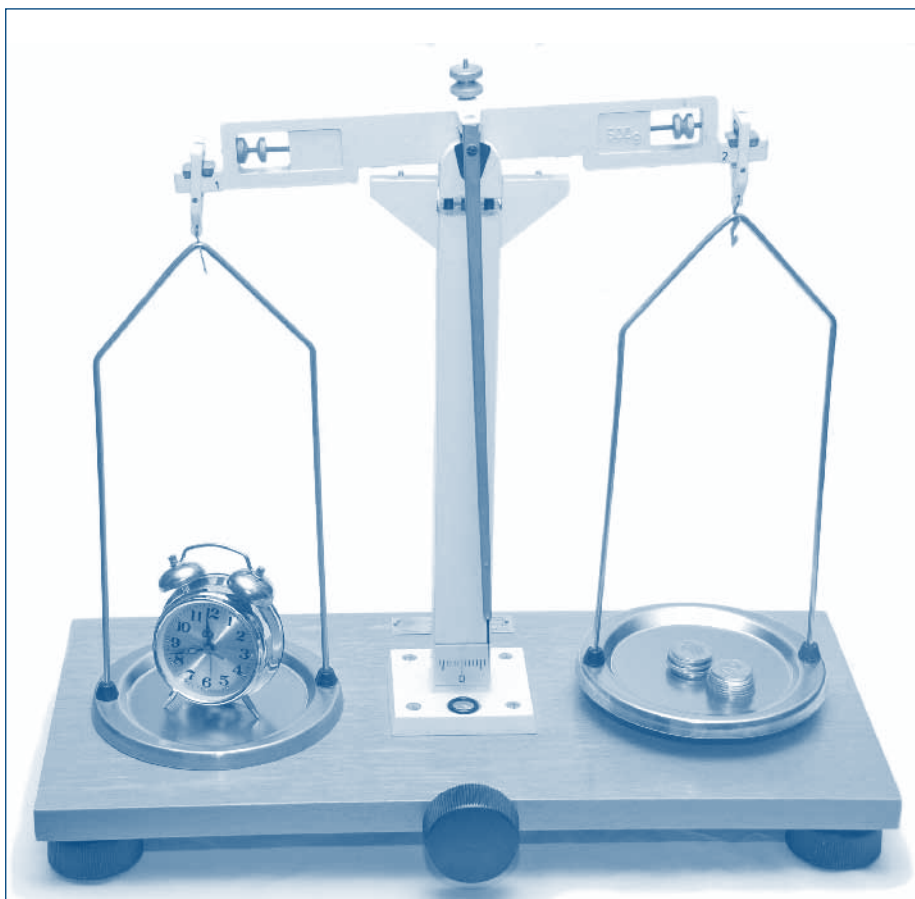
Odbornou způsobilostí se myslí získání jak všeobecných znalostí, tak odborných znalostí a dovedností. Všeobecné znalosti se prokazují maturitní zkouškou či dokladem o vyšším vzdělání. Odborné znalosti se prokazují osvědčením o vykonání odborné zkoušky (u samostatného likvidátora postačuje doklad o úspěšném zakončení odborného studia). Odborné zkoušky může pořádat pouze tzv. akreditovaná osoba, které ČNB udělila akreditaci (poplatek činí 50 000 Kč za udělení akreditace, obnovovací pětiletý poplatek pak 25 000 Kč). Akreditaci lze udělit v rozsahu skupin odbornosti, přičemž zákon nově vytváří tyto skupiny odbornosti (ruší se základní, střední a vyšší stupeň):

- nabízení nebo zprostředkování životních pojištění;
- nabízení nebo zprostředkování neživotních pojištění (kromě dalších bodů uvedených níže);

- nabízení nebo zprostředkování pojištění škod na pozemních dopravních prostředcích (ne drážních vozidlech) a pojištění odpovědnosti za škodu vyplývající z provozu pozemního motorového nebo přípojného vozidla (pokud se nejedná o velká pojistná rizika a zprostředkování zajištění);
- nabízení nebo zprostředkování pojištění pojištých nebezpečí týkajících se podnikatelských činností pojistníka (pokud se nejedná o velká pojistná rizika a zprostředkování zajištění);
- nabízení nebo zprostředkování pojištění velkých pojištých rizik a zprostředkování zajištění.

Rozsah odborných znalostí a zkušeností podle skupin odbornosti stanoví prováděcí právní předpis. Osvědčení o vykonání odborné zkoušky se vydává na dobu 5 let od jejího vykonání, po uplynutí této doby tedy bude třeba zkoušku vykonat opětovně.

Zákon také klade celou řadu povinností na zastoupené a na další subjekty (i v případě, že zastoupeny nejsou). Zastoupený je např. povinen zajistit, aby vázaný zástupce jednal v souladu s tímto zákonem a dodržoval pravidla jednání, je povinen zavést pravidla kontroly činnosti svých zástupců a v případě pojišťovny svých zaměstnanců. Pojišťovna



Ilustrační foto: www.freeimages.com-hisks

a samostatný zprostředkovatel jsou povinni s ohledem na obezřetnost zavést a udržovat postupy pro zjišťování a řízení střetu zájmů.

Pravidla jednání

Zákon pod označením „pravidla jednání“ upravuje povinnosti pojišťoven, zprostředkovatelů a likvidátorů a dále rozsah nezbytných informací, které mají být poskytovány zákazníkovi, ať už před uzavřením pojistné smlouvy nebo v průběhu trvání pojištění. Dále upravuje nezbytnost analýzy potřeb zákazníka a analýzu pojistných produktů, nutnost provádění záznamů z jednání a uchovávání těchto záznamů a jiných dokumentů.

Mezi informace, které musí být zákazníkovi sděleny před uzavřením pojistné smlouvy, patří nad rámec dosavadních např.:

- způsob určení výše pojistného plnění včetně informace o výlukách;
- výše, způsob a doba placení pojistného za každé pojištění;
- doba trvání pojištění;
- způsoby zániku pojištění;
- důsledky, které zákazník nese v případě porušení podmínek pojistné smlouvy;
- způsob vyřizování stížností zákazníků;
- informace o způsobu mimosoudního řešení sporů u finančního arbitra.

Jedná se o kombinaci a podstatné rozšíření dosavadních povinností podle § 21 ZPZ a § 66 a 67 zákona o pojistné smlouvě.

Způsob a forma poskytování informací

Informace a případně i záznam z jednání musí být zákazníkovi poskytnuty „na papíře“ (není užit standardní legislativní pojem „v tištěné podobě“), v případě rezervotvorného životního pojištění musí obsahovat stručnou charakteristiku pojištění ve sdělení srozumitelném osobě s průběrnou rozumovou úrovní, s prů-

„sdělení klíčových informací“ budou podrobně upraveny v prováděcím právním předpise. Tyto informace musí být poskytnuty ve formě tzv. standardizovaných ukazatelů vyjadřujících hodnotu nákladovosti produktu. Z informací o poplatcích v případě investičního pojištění, které nese pojištník, musí být zřetelné, kolik procent z pojistného tvoří poplatky a o kolik procent poplatky snižují pojistné určené k investování. I zde upraví prováděcí předpis jak způsob výpočtu standardizovaných ukazatelů, tak i strukturu a podobu, v jaké budou uveřejňovány.

Jednání v nejlepším zájmu zákazníka

Obecným pravidlem jednání je povinnost postupovat při distribuci pojištění s odbornou péčí, jednat kvalifikovaně, čestně, spravedlivě a vždy v nejlepším zájmu zákazníka. Při komunikaci se zákazníkem se nesmí používat nejasné, nepravdivé, zavádějící nebo klamavé informace. Touto úpravou může částečně dojít k překryvu s tím, co je upraveno buď v obecných právních předpisech (např. NOZ) nebo ve veřejnoprávních předpisech (např. zákon o ochraně spotřebitele). Zprostředkovatelům a likvidátorům se ukládá zachovávat mlčenlivost podle zákona o pojišťovnictví a zakazuje se přijmout, nabídnout nebo poskytnout pobídku, tedy jakýkoliv poplatek, odměnu nebo jinou výhodu, která může vést k porušení povinnosti jednat s odbornou péčí.

Zákaz ovlivňování zaměstnanců

Mezi pravidla jednání subjektů pojistného trhu je zařazena povinnost uložená všem zaměstnavatelům, a to zákaz ovlivňování svých zaměstnanců při výběru pojišťovatele a zákaz přijímání pobídek v souvislosti s poskytováním příspěvku zaměstnancům na pojištění.

Záznam z jednání, analýza potřeb zákazníka, analýza pojistných produktů

Pokud je v souvislosti s uzavíráním pojištění nebo jeho změnou zákazníkovi poskytována „individualizovaná rada“, lze ji poskytnout pouze na základě analýzy potřeb zákazníka a přiměřeného počtu produktů, které jsou zprostředkovávány nebo nabízeny. Samostatný zprostředkovatel, který má smlouvu se zákazníkem, mu musí poskytnout individualizovanou radu vždy při sjednávání, změně nebo ukončování pojištění, a to na základě komplexní analýzy zákaznických potřeb, finanční situace a cíle zákazníka při porovnání dostatečného počtu produktů nabízených na trhu tak, aby mohl doporučit jen pojištění odpovídající nejlepšimu zájmu zákazníka. Při jednání se zákazníkem je jak pojištník, tak zprostředkovatel povinen na základě informací zákazníka a v závislosti na charakteru pojištění vyhotovit záznam z jednání. Záznam obsahuje potřeby a požadavky zákazníka a zachycuje i důvody, na nichž je založeno doporučení zprostředkovatele nebo pojišťovitele. Záznam se vyhotovuje vždy písemně, jedno vyhotovení se předává zákazníkovi. Součástí záznamu musí být i vysvětlení dopadů na zákazníka a analýza potřeb a analýza produktů. Veškeré dokumenty a záznamy, tedy nejen záznam z jednání, ale i pojistná smlouva, e-mailová či jiná komunikace se zákazníkem apod. musí být uchovávány nejméně po dobu 5 let od okamžiku zániku pojištění nebo 5 let od poslední komunikace se zákazníkem, pokud k uzavření smlouvy nedošlo. Sankcí za porušení této povinnosti je pokuta ve výši do 20 milionů korun.

Sankce

Novela zákona rozšiřuje „rejstřík“ přestupků a správních deliktů spočívajících v porušení tohoto zákona. Některé přestupky a správní delikty jsou však poměrně vágní, i s ohledem na použité pojmy, s tím, že jsou sankcionovány poměrně vysokými pokutami. Příkladem může být správní delikt „porušení odborné péče“, když pojem odborné péče není nijak specifikován, v současné době je postupně vykládán Českou národní bankou a pro jeho porušení je navrhována pokuta až 20 milionů korun. Sankcionováno je např. uvedení nesprávných nebo zavádějících údajů v žádostech o udělení oprávnění či akreditace, ovlivňování zaměstnanců zaměstnavatelem při výběru pojištění, neověření podmínek odborné způsobilosti a důvěryhodnosti, nezavedení pravidel kontroly vázaných zástupců, nabízení nebo zprostředkování pojištění v rozporu s některými zákonnými ustanoveními, porušení

Novelou zákona by nebylo upraveno pouze zprostředkování pojištění, ale obecně jeho distribuce.

měrnou obezřetností a rovněž s průměrnou rozpoznávací schopností. Tyto informace jsou označovány jako „klíčové“ a musí být srozumitelné, aniž by se zákazník musel seznamovat s jakýmkoliv jiným dokumentem. Navíc zákon předpokládá, že struktura, forma a jazyková úprava dokumentu označovaného jako

Nesystematičnost zařazení tohoto ustanovení je o to závažnější, že v případě porušení této povinnosti může být zaměstnavateli uložena pokuta až 1 milion korun (zaměstnavatel fyzická osoba nepodnikající), resp. až 10 milionů korun (zaměstnavatel fyzická osoba podnikající nebo právnická osoba).

odborné péče při nabízení nebo zprostředkování pojištění, porušení povinnosti uchovávat dokumenty a záznamy. Pokuty za jednotlivé správní delikty se pohybují v rozmezí do 20 milionů korun. Za podstatné je třeba považovat, že nově je za správní delikt zastoupeného, tedy i pojistitele, považováno např. pokud „nezajistí“, aby povinnosti stanovené tímto zákonem dodržoval pojišťovací zprostředkovatel, který jedná jeho jménem. Jedná se tedy o přenesení odpovědnosti za porušení veřejnoprávních povinností pojišťovacím zprostředkovatelem na pojistitele.

Nevhodné načasování

Závěrem ještě zmiňme, že z hlediska „načasování“ je třeba novele ZPZ vytknout, že je

připravována „v předvečer“ změn v úpravě zprostředkování pojištění v evropském měřítku (revize stávající směrnice 2002/92/ES, předpoklad přijetí revize této směrnice, tzv. IMD 2, a nařízení upravujícího informační povinnosti při zprostředkování rezervotvorného pojištění, tzv. nařízení PRIIPs), které budou v rámci promítnutí do českého právního řádu představovat další legislativní změnu. Tím může dojít zcela zbytečně k vynaložení nákladů ze strany regulovaných subjektů (pojistitelů a zprostředkovatelů) na dočasné přizpůsobení legislativním požadavkům, které následně doznají další změny. Nadto je účinnost novely navrhována zhruba v polovině roku 2015. V obdobné době (1. 4. 2015) se však předpokládá přijetí novely zákona o pojišťovníctví. Tato novela představuje transpozici a implementaci směrnice Solvency II/Omnibus II a její účinnost se

předpokládá k 1. 1. 2016. Přijetí tak zásadních změn v oblasti zprostředkování a nabízení pojištění ve stejnou dobu, kdy se pojistitelé budou připravovat na rozsáhlé změny v rámci právní úpravy pojišťovníctví, by znamenalo pro pojišťný trh mimořádné zatížení. Pojistitelé proto navrhuji přijetí pouze tzv. malé novely, která by pomohla vyřešit nejtěživější problémy pojišťného trhu v oblasti nabízení pojištění, a případné ostatní změny odložit do vyjasnění promítnutí evropské legislativy do této problematiky. ■

Očekávaný návrh novely zákona „38“ měl být ve vládě projednán do 31. května. Kvůli potřebě zabývat se některými částmi podrobněji se však tento termín posunul. V době vydání časopisu se vláda novelou doposud nezabývala.

K AKTUÁLNÍMU VÝVOJI EVROPSKÉ PRÁVNÍ ÚPRAVY ZPROSTŘEDKOVÁNÍ POJIŠTĚNÍ

MGR. ONDŘEJ KAREL / PRÁVNÍK / ODDĚLENÍ LEGISLATIVY A PRÁVA / ČESKÁ ASOCIACE POJIŠTOVEN

Právní úprava zprostředkování pojištění obsažená v zákoně č. 38/2004 Sb., o pojišťovacích zprostředkovatelích a samostatných likvidátorech pojistných událostí (ZPZ), vychází ve značné míře ze směrnice Evropského parlamentu a Rady 2002/92/ES ze dne 9. prosince 2002 o zprostředkování pojištění (Insurance Mediation Directive, dále jen IMD), která harmonizuje požadavky na výkon činnosti v oblasti zprostředkování pojištění na úrovni EU. Případnou novelizaci ZPZ je tedy třeba vhodně časovat s ohledem na vývoj předmětné legislativy EU, aby byl zajištěn koncepční vývoj národní právní úpravy zprostředkování pojištění, který bude v souladu s harmonizační úpravou přijímanou na úrovni EU. Níže čtenářům předkládáme informace o aktuální situaci ohledně vývoje evropské legislativy vztahující se k problematice zprostředkování pojištění.

Schválené doplnění IMD prostřednictvím MiFID II

13. května 2014 byla přijata **revidovaná směrnice o trzích s finančními nástroji** (MiFID II), která novelizuje IMD. Oficiální text MiFID II ještě nebyl vyhlášen v Úředním věstníku EU, a nemohl tedy být důkladně analyzován, na základě informací obsažených

v pracovním textu Rady si však lze udělat představu o jeho obsahu. Čl. 91 MiFID II **doplňuje do IMD ustanovení obsahující speciální právní úpravu „distribuce pojištěně-investičních produktů“**. Přijatá právní úprava se bude vztahovat na distribuci pojištění zprostředkovateli pojištění i pojišťovnami samotnými resp. jejich zaměstnanci. Kategorie pojištěně-investičních produktů je vymezena tak široce, že do ní budou spadat prakticky

všechny druhy rezervotvorných životních pojištění. Výjimku tvoří tzv. „penzijní produkty, jejichž primární účel dle národní právní úpravy je zabezpečení příjmu investora po odchodu do důchodu a jež opravňují investora k čerpání garantovaných výhod“. Za tyto produkty bychom při splnění určitých podmínek (možnost odečtu části pojišťného od základu daně z příjmu fyzických osob) mohli patrně považovat některé produkty životního pojištění.

Nová právní úprava zavádí speciální pravidla pro obchodní jednání a odstranění konfliktu zájmů mezi pojišťovnou/zprostředkovatelem a zákazníkem. Za problematický lze považovat zejména obecný odkaz na úpravu podrobných povinností prostřednictvím aktu v přenesené působnosti, který Komise dodatečně přijme postupem v souladu s čl. 290 SFEU. Výslovně též uvádí možnost členských států zakázat provize, poplatky nebo jiné peněžní výhody za distribuci těchto produktů, která však nemá normativní charakter. Směrnice vstoupí v účinnost 20. dnem po jejím vyhlášení v Úředním věstníku a členské státy ji budou mít povinnost implementovat ve lhůtě dvou let od jejího vstupu v účinnost. **Účinnost této právní úpravy v ČR můžeme tedy očekávat cca od druhé poloviny roku 2016.**

Nařízení PRIIPs v procesu formálního schvalování

Kompromisu účastníků legislativního procesu ohledně obsahu nařízení PRIIPs (Packaged Retail and Insurance based Investment Products) bylo dosaženo na jednání trialogu 1. dubna 2014. Ten byl následně 15. dubna 2014 potvrzen na plenárním zasedání Evropského parlamentu přijetím společného postoje, po kterém bude následovat provedení oprav právních a legislativních nedostatků textu nařízení a jeho formální přijetí ze strany Rady. **Nařízení stanoví jednotná pravidla pro formát a obsah „sdělení klíčových informací“, které vypracují poskytovatelé strukturovaných retailových a na pojištění založených investičních produktů, a jednotná pravidla pro poskytování tohoto sdělení investorům.** Do uvedené kategorie produktů budou prakticky spadat všechny rezervotvorné produkty životního pojištění, vyjma specifické kategorie penzijních produktů, jež je definována shodně jako v čl. 91 směrnice MiFID II (viz výše). Cílem nařízení je umožnit retailovým investorům poznat a porovnat klíčové parametry těchto produktů a rizika spojená s jejich sjednáním. Sdělení klíčových informací bude smět obsahovat maximálně 3 stránky formátu A4 textu a bude muset obsahovat řadu specifických informací požadovaných nařízením, včetně informací o nákladovosti produktu ve formě ukazatele nákladovosti (procentuální i peněžní vyjádření dopadu nákladů na celkový objem investovaných prostředků). Nařízení obsahuje též řadu obecných odkazů na právní úpravu podrobných povinností prostřednictvím aktů v přenesené působnosti, které přijme Komise postupem v souladu s čl. 290 SFEU. Stanoví též konkrétní pravomoci EIOPA a národních orgánů dohledu, z nichž nejkontroverznější



Ilustrační foto: European Union

působí tzv. intervenční pravomoci (pravomoc ve specificky definovaných situacích zakázat nebo omezit distribuci produktu). Formální přijetí a následná publikace nařízení v Úředním věstníku EU jsou předpokládány v září 2014. **Nařízení, které je přímo aplikovatelným právním předpisem, vstoupí v účinnost ve lhůtě dvou roků od jeho vyhlášení, tedy přibližně v září 2016.**

Pokračující diskuze nad obsahem návrhu směrnice IMD II

Hospodářský a měnový výbor EP (ECON) přijal 22. ledna 2014 stanovisko k návrhu revize IMD (tzv. IMD II), které bylo potvrzeno 26. února 2014 hlasováním pléna Evropského parlamentu, nejednalo se však o přijetí společného postoje. Stanovisko obsahuje **požadavky Evropského parlamentu na změny návrhu revidované směrnice zveřejněného Komisí 3. července 2012** (k obsahu návrhu odkazujeme na článek Ing. Jaroslava Mesršmída, CSc., zveřejněný v PO 3/2012). Za nejvýznamnější z nich lze považovat požadavek zveřejňování informací o odměňování pojišťovacích zprostředkovatelů a zaměstnanců pojišťoven (před uzavřením smlouvy, uvedení zdroje a formy odměny a „relevantních kvantitativních prvků“, které budou upřesněny obecným pokynem EIOPA), stanovení minimální časové dotace jejich povinného odborného vzdělávání a poskytování informací o pojistných produktech (životního i neživotního pojištění) prostřednictvím standardizovaných formulářů. Při distribuci „pojistně-investičních

produktů“ stanovuje požadavek uvádět agregovaný nákladový koeficient, který zákazníkovvi umožní zjistit celkové náklady a jejich kumulativní efekt na návratnost investice, a další specifické povinnosti. Požaduje také vynětí samostatných likvidátorů pojistných událostí z působnosti směrnice. **Rada se dosud návrhem Evropského parlamentu nezabývala, zahájení jednání její pracovní skupiny pro předmětnou problematiku lze očekávat v době po volbách do Evropského parlamentu.**

Na závěr

Závěrem lze konstatovat, že evropská právní úprava zprostředkování pojištění, ze které naše národní právní úprava do značné míry vychází, prochází v současnosti překotným vývojem. Konečnou podobu nové právní úpravy, jejíž převážná část bude obsažena v IMD II, nelze nyní předjímat, protože proces přijímání IMD II ještě nedospěl do své finální fáze. Nejistotu ohledně obsahu budoucí právní úpravy vyvolává také skutečnost, že řada povinností je v jednotlivých výše uvedených předpisech upravena pouze obecně a jejich detailní právní úprava ponechána aktům v přenesené působnosti nebo prováděcím předpisům, jejichž obsah dosud není znám. V kontextu těchto skutečností by podle našeho názoru bylo vhodné omezit rozsah případné novely ZPZ na skutečně nejzávažnější problémy vyplývající z národní právní úpravy a k systémovým změnám přikročit až v okamžiku, kdy budou přijaty relevantní právní předpisy na úrovni EU. ■

LEGISLATIVNÍ ZÁMĚRY VLÁDY: JAKÝ BUDE DOPAD NA POJIŠŤOVNICTVÍ?

ING. JAROSLAV MESRŠMÍD, CSC. / ANALYTIK / ČESKÁ ASOCIACE POJIŠŤOVEN

Vláda České republiky schválila na svém zasedání 12. března 2014 plán legislativních prací na zbývajících částí roku 2014. Objevují se v něm některé návrhy právních předpisů, jejichž příprava či projednávání bylo v roce 2013 s ohledem na tehdejší politickou situaci přerušeno. Plán je také značně ovlivněn legislativou Evropské unie.

Vliv evropské regulace

V září 2014 by měl být vládě ČR předložen k projednání návrh zákona, kterým se mění zákon č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví a další související zákony. Tímto návrhem zákona se měla totiž vláda zabývat již v roce 2012, ale jeho příprava byla po vnějším připomínkovém řízení vzhledem ke zpoždění legislativního procesu u návrhu směrnice Omnibus II přerušena. Bylo tak nezbytné znovu posunout termín na bytí účinnosti rámcové směrnice Solventnost II – tentokrát na 1. 1. 2016. Teprve v listopadu 2013 byl dosažen v rámci dialogu kompromis, který umožnil pokračovat v projednávání návrhu směrnice Omnibus II. Evropský parlament návrh potvrdil dne 11. 3. 2014 a v Úředním věstníku EU byl zveřejněn dne 22. 5. 2014. Tím také může být obnoven legislativní proces v ČR. Pokračuje také příprava aktů v přenesené pravomoci, regulačních a prováděcích technických norem (ve formě nařízení) a obecných pokynů a doporučení EIOPA, které vycházejí z právních aktů úrovně 1.



Ilustrační foto: www.vlada.cz

Novela zákona „38“

V plánu legislativních prací byl na květen 2014 zahrnut rovněž návrh zákona, kterým se mění zákon č. 38/2004 Sb., o pojišťovacích zprostředkovatelích a samostatných likvidátorech pojistných událostí a o změně živnostenského zákona a další související zákony (ZPZ). Návrh novely ZPZ byl již v legislativním procesu projednáván v minulém volebním období. Legislativní rada vlády návrh dvakrát odmítla, jednou v roce 2011 a podruhé v roce 2012. I když předchozí návrh vláda ČR dne 14. 11. 2012 schválila, projednávání návrhu novely v Poslanecké sněmovně nebylo vzhledem k její komplikovanosti a výhradám odborné veřejnosti, o čemž svědčí nebývale vysoké množství uplatněných pozměňovacích návrhů, dokončeno.

Zákon o distribuci finančních služeb

Třetím návrhem, který se přímo týká pojišťovnictví, je věcný záměr zákona o některých podmínkách nabízení a zprostředkování finančních služeb (zákon o distribuci finančních služeb). Původně měl být vládě předložen v červnu 2013, ale Ministerstvo financí jej do vnějšího připomínkového řízení v roce 2013 nepředložilo. Obecně lze očekávat, že by měl být sladěn s výše zmíněnou novelou zákona č. 38/2004 Sb. a novou směrnicí o zprostředkování pojištění, která byla schválena zatím jen Evropským parlamentem 26. února 2014. Návrh by měl být vládě předložen v prosinci 2014.

Oblast cestovního ruchu

Bez pořadí důležitosti je nutno zmínit také návrh zákona, kterým se mění zákon č. 159/1999 Sb., o některých podmínkách podnikání a o výkonu některých činností v oblasti cestovního ruchu. Tento návrh zákona projednala Poslanecká sněmovna v prvním čtení již v minulém volebním období, ale s ohledem na rozpuštění Sněmovny bude vládě předložen v roce 2014 znovu. Návrh z roku 2013 se významně dotýkal právní úpravy pojištění záruky pro případ úpadku cestovní kanceláře. Dne 12. března 2014 schválil Evropský parlament pozměňovací návrh k návrhu směrnice Evropského parlamentu a Rady o souborných cestovních službách a cestách s asistovanou přípravou. Dialog má být zahájen na podzim



Ilustrační foto: www.vlada.cz

2014, není však zřejmé, kdy bude nová směrnice zveřejněna. Lze tedy očekávat, že po novele „2014“ přijde velice brzy další – dle výhledu legislativních prací v 1. čtvrtletí 2016 – tentokrát harmonizační novela.

Další změny zákonů

Také u některých dalších návrhů zákonů lze předpokládat, že se dotknou pojišťovnictví. Jedná se zejména o připravovaný návrh zákona k provedení Dohody mezi Českou republikou a USA o zlepšení dodržování daňových předpisů v mezinárodním měřítku a s ohledem na právní předpisy Spojených států amerických o informacích a jejich oznamování obecně známé jako Foreign Account Tax Compliance Act (Dohoda FATCA), který by měl být

který má být vládě předložen v září 2014, by mohl obsahovat právní úpravu pojištění odpovědnosti za škodu při výkonu dané činnosti. U dalších návrhů zákonů, resp. novel, je třeba podle plánu legislativních prací či zákonodárných iniciativ oprávněných subjektů sledovat, zda a jak se návrhy či navrhované změny týkají též pojištění či pojišťovnictví. V úvahu připadají například návrh atomového zákona, návrh novely zákona o účetnictví, změny daňových zákonů, především změny zákona o dani z přidané hodnoty nebo zákona o daních z příjmů, návrh novely zákona o veřejném zdravotním pojištění, návrh zákona o prevenci závažných havárií způsobených vybranými nebezpečnými látkami nebo chemickými směsmi, návrh novely zákona o ochraně spotřebitele, návrh novely zákona o odpadech apod.

půjde o plnění závazku koalice/vlády zajistit průběžnou analýzu aplikace NOZ od prvního dne jeho účinnosti a v návaznosti připravit potřebné právní úpravy odstraňující hlavní problémy aplikace nové kodifikace civilního práva. Ministerstvo spravedlnosti již oslovilo další rezorty se žádostí o sdělení námětů k přípravě novely NOZ. Určitý dopad do pojištění nelze vyloučit.

Výhled legislativních prací

Přílohou k přijatému usnesení vlády je výhled legislativních prací vlády na léta 2015 až 2017. Ve výhledu se pojišťovnictví přímo týká v podstatě jen návrh zákona o pojištění odpovědnosti za újmu způsobenou provozem vozidla, který má být vládě ČR předložen ve 2. čtvrtletí 2017. Tímto návrhem zákona má být podle výhledu implementována Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2009/103/ES ze dne 16. září 2009 o pojištění občanskoprávní odpovědnosti z provozu motorových vozidel a kontrole povinnosti uzavřít pro případ takové odpovědnosti pojištění (kodifikované znění). Pravděpodobně bude úmyslem především využít struktury této směrnice k novému uspořádání zákona, neboť věcný obsah směrnice byl již dávno transponován, případně reagovat na nové právní předpisy. Zájemci o detailní studium celého plánu legislativních prací vlády na zbývajících část roku 2014 i výhledu na léta 2015 až 2017 naleznou oba dokumenty na domovské stránce vlády ČR (www.vlada.cz). ■

V této chvíli je velkou neznámou, co se skrývá pod návrhem zákona, kterým se mění některé zákony v souvislosti s účinností rekodifikace soukromého práva.

”

“

vládě ČR předložen v červnu 2014. Zástupci ČAP měli možnost se podílet na činnosti pracovní skupiny FATCA při Ministerstvu financí ČR, zvláště pokud jde o návrh Dohody FATCA dojednané na pracovní úrovni mezi USA a ČR dne 4. února 2014 (více informací na straně 30). Zkušenost z předchozích let také ukazuje, že návrh zákona o soukromé bezpečnostní činnosti a o změně souvisejících zákonů,

Rekodifikace soukromého práva

V současné chvíli (konec května 2014) je velkou neznámou, co konkrétně se skrývá pod návrhem zákona, kterým se mění některé zákony v souvislosti s účinností rekodifikace soukromého práva. Lze jen předpokládat, že

NOVINKY Z LEGISLATIVY

OBDOBÍ 1. 2. 2014 – 30. 4. 2014

MGR. EVA KOZOJEDOVÁ / PRÁVNÍK EXPERT / GENERALI POJIŠŤOVNA

1. Vyhláška č. 23/2014 Sb. o výkonu činnosti bank, spořitelních a úvěrních družstev a obchodníků s cennými papíry. Stanoví se mj. požadavky na řídicí a kontrolní systém, obsah zprávy o ověření řídicího a kontrolního systému, způsob, struktura a periodicita jejího zpracování a lhůta pro její předložení nebo vymezení povinně zveřejňovaných informací a informací předkládaných ČNB. Vybrané části vyhlášky se vztahují na banky, spořitelni a úvěrní družstva, obchodníky s cennými papíry, investiční zprostředkovatele a pobočky banky z jiného než členského státu. **Účinnost 5. 3. 2014.**

2. Vyhláška č. 35/2014 Sb., kterou se mění vyhláška č. 383/2001 Sb., o podrobnostech nakládání s odpady, ve znění pozdějších předpisů. **Účinnost 1. 4. 2014.**

3. Sdělení Ústavního soudu č. 40/2014 Sb. o přijetí stanoviska pléna Ústavního soudu ze dne 4. března 2014 sp. zn. Pl. ÚS-st. 38/14 k nepřípustnosti ústavní stížnosti, jestliže stěžovatel v trestním řízení nepodá zákonem předepsaným způsobem dovolání. **Účinnost 17. 3. 2014.**

4. Nařízení vlády č. 41/2014 Sb. o stanovení jiných návykových látek a jejich limitních hodnot, při jejichž dosažení v krevním vzorku řidiče se řidič považuje za ovlivněného takovou návykovou látkou. V návaznosti na zákon o silničním provozu se stanoví limity návykových látek pro ovlivnění řidiče. **Účinnost 2. 4. 2014.**

5. Vyhláška č. 48/2014 Sb., kterou se mění vyhláška č. 428/2001 Sb., kterou se provádí zákon č. 274/2001 Sb., o vodovodech a kanalizacích pro veřejnou potřebu a o změně některých zákonů (zákon o vodovodech a kanalizacích), ve znění pozdějších předpisů. **Účinnost 1. 4. 2014.**

6. Sdělení č. 50/2014 Sb. Ministerstva práce a sociálních věcí o rozhodné částce pro určení celkové výše mzdových nároků vyplacených jednomu zaměstnanci podle zákona č. 118/2000 Sb., o ochraně zaměstnanců při platební neschopnosti zaměstnavatele a o změně některých zákonů. **Účinnost 1. 5. 2014.**

7. Sdělení č. 52/2014 Sb. Ústavního soudu o přijetí rozhodnutí ze dne 25. března 2014 č. Org. 24/14 o ahranování působnosti. V návaznosti na § 11 odst. 2 písm. k) zákona č. 182/1993 Sb., o Ústavním soudu, si plénum Ústavního soudu vyhrazuje rozhodování ve vyjmenovaných věcech. **Účinnost 31. 3. 2014.**

8. Zákon č. 56/2014 Sb., kterým se mění zákon č. 499/2004 Sb., o archivnictví a spisové službě a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Novela přizpůsobuje zákon novému kontrolnímu řádu tak, aby došlo ke sjednocení jak postupů v oblasti kontroly, tak některých dalších souvisejících činností. Stanoví se např. povinnosti provozovatele tzv. komerční spisovny, a to zejména s ohledem na archivaci dokumentů, s nimiž je spojena možnost uplatnění práva třetích osob, a to zejména v oblasti sociálního zabezpečení, pracovního práva nebo stavebního řízení. Cílem je zajistit odbornou správu dokumentů nacházejících se v těchto spisovnách. **Účinnost 7. 4. 2014.**

9. Zákon č. 60/2014 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony. Novela provádí transpozici směrnice č. 2011/24/EU



Foto: Archiv autorky

Mgr. Eva Kozojedová

týkající se náhrad nákladů za zdravotní služby čerpané v jiném členském státě Evropské unie (především specifická pravidla týkající se čerpání nezbytné zdravotní péče). **Účinnost 22. 4. 2014.**

10. Sdělení č. 75/2014 Sb. Ministerstva práce a sociálních věcí, kterým se vyhlašuje částka odpovídající 50 % průměrné měsíční mzdy v národním hospodářství pro účely životního a existenčního minima a částka 50 % a 25 % průměrné měsíční mzdy v národním hospodářství pro účely státní sociální podpory. **Účinnost 24. 4. 2014.**

11. Vyhláška č. 76/2014 Sb., kterou se mění vyhláška č. 400/2011 Sb., kterou se provádí zákon o občanských průkazech a zákon o cestovních dokladech. Stanoví se vzor občanského průkazu se strojově čitelnými údaji a s kontaktním elektronickým čipem a vzor tiskopisu potvrzení o občanském průkazu. **Účinnost 19. 5. 2014.**

12. Nález Ústavního soudu č. 77/2014 Sb. ze dne 25. března 2014 sp. zn. Pl. ÚS 43/13 ve věci návrhu na zrušení vyhlášky č. 267/2012 Sb., o stanovení Indikačního seznamu pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči o dospělé, děti a dorost. Ruší se vyhláška stanovující nemoci, u nichž lze lázeňskou léčebně rehabilitační péči poskytnout a předpoklady pro poskytnutí lázeňské léčebně rehabilitační péče. **Účinnost 1. 1. 2015.** ■



Ilustrační foto: Dreamstime.com

BUDIŽ UKAZATEL!

MARTIN PODÁVKA / VEDOUCÍ ODDĚLENÍ INOVACE A PODPORY / ALLIANZ POJIŠŤOVNA

Na počátku byl spotřebitel a byly produkty životního pojištění. I viděl, že zájemci parametrům a podmínkám pojištění nerozumějí. V jejich myslích byl chaos, a proto se rozhodl oddělit světlo od tmy. A tak řekl: budiž nákladový ukazatel. A viděl, že učinil dobře.

Vzájemná výhodnost

Kdo tak učinil? Mohl to být kdokoliv, protože zájem na správném pochopení produktu klientem má každý. Klient – má pojistný zájem a chce dobře znát podmínky zajištění. Pojistitel – pouze smlouva uzavřená s informovaným klientem neskončí předčasně. Zprostředkovatel – jeho povinností je srozumitelně seznámit klienta s vlastnostmi navrženého řešení jeho pojistného zájmu. Investiční životní pojištění má v porovnání s jinými finančními produkty složitější konstrukci. Část pojistného je spotřebována na rizikové pojistné, část na poplatky a zbytek je investován. Výše poplatků u rizikového pojistného není v čase konstantní, v průběhu pojištění se mění. Náklady jsou vyšší v prvních letech, některé poplatky mohou také záviset na hodnotě fondu, na výši pojistného nebo na jeho frekvenci. Ještě slo-

produktu je velmi obtížné (někdy i nemožné) pro průměrného spotřebitele aplikovat obecný sazebník na konkrétní návrh jeho smlouvy. Je na pojistiteli, aby před sjednáním poskytl modelový příklad a na něm ukázal poplatky. K tomuto úkolu lze přistoupit různě. Podívejme se na dva extrémní případy.

• Tabulka pro jednotlivé roky pojištění

Zájemci o pojištění je poskytnuta tabulka, která v každém roce trvání vyčísluje samostatně výši uhrazených poplatků a rizikového pojistného. Tato varianta sice poskytuje velmi podrobný obrázek nákladové struktury konkrétního pojištění („bez ztráty důležité informace“), ale opět stojíme před problémem nesrozumitelnosti pro průměrného klienta. Zjednodušeně řečeno – zájemce vidí tabulku s mnoha čísly, které nemusí být schopen snadno posoudit.

„Jablka“ – to jsou poplatky (počáteční, měsíční, vstupní, inkasní atd.) dle sazebníku spočtené pro konkrétní případ daného klienta. Druhou část – „hrušky“ – tvoří rizikové pojistné. Tedy v penězích vyjádřená pravděpodobnost, že dojde k pojistné události. I ČNB ve svém dohledovém benchmarku varuje před zaměřováním pojištění za spojení a chovat se k rizikovému pojistnému jako k jiným poplatkům (nebo je naopak při konstrukci ukazatele zcela ignorovat) by jistě bylo z pohledu regulátora chybou. Situace s poplatky je obecně ještě trochu složitější – i ony bývají částečně spojeny s pojistnou složkou. Například náklady na likvidaci pojistné události mohou být rozpuštěny do těchto poplatků, nejen do rizikového pojistného.

Problém RiY, Wabeke a podobných

Jak problém „jablek a hrušek“ řeší ukazatele, které se snaží celý produkt vyjádřit jedním číslem? Buď rizikové pojistné započítají jako náklad (A), nebo jej neuvažují (B). Oba případy se ale dopouštějí tak významného zjednodušení, že výsledek již není věrohodný a klientovi poskytuje zkreslený (až klamavý) pohled na sjednávané pojištění.

(A) **Sečtu jablka i hrušky.** Jako náklad započítám nejen poplatky, ale i rizikové pojistné. Metodická nekonzistence je vidět snadno: pokud poradce klientovi sjedná produkt „na riziko“, tedy na konci pojištění je kapitálová hodnota minimální (někdy i nulová), jedná se o maximální využití výhod pojištění s minimalizací kapitálové složky. Výhodně uzavřené pojištění pak ale má přímo odstrašující hodnotu ukazatele nákladovosti.

(B) **Hrušky neuvažuji.** Ukazatele typu RiY (reduction in yield) řeší nedostatky bodu (A) na první pohled jednoduše: při výpočtu se vynuluje rizikové pojistné. Prvním nedostatkem je, že ukazatel zobrazuje

Pojďme navrhnout ukazatel, který je dostatečně jednoduchý pro pochopení, zároveň však má nezkrácenou a o pojištění dostatečně vypovídající hodnotu.

žitější je u některých produktů úhrada rizik. Tzv. přirozené pojistné závisí na aktuálním věku pojištěného a u hlavního pojištění také na aktuální hodnotě fondu (konstrukce plnění výplaty „vyšší z hodnot: fond, nebo pojistná částka“).

(Bez)ztrátová komprese informace

V jaké formě poskytnout zájemci informace, abychom zjednodušili pochopení produktu? Obecným základem je transparentní zveřejňování sazebníku poplatků a přirozeného pojistného na internetu pro každého návštěvníka a v tištěné podobě pro zájemce před sjednáním pojištění. Vzhledem k již popsané složitosti

• Jedno, nebo několik čísel

Všechny poplatky a srážky z hodnoty účtu v průběhu pojištění jsou shrnuty do jediného čísla, tzv. ukazatele nákladovosti. Zákonitě tak musí dojít ke ztrátě informace (matematik by situaci označil jako ztrátovou kompresi). A dostáváme se k největšímu problému konstrukce ukazatele nákladovosti: kdy ještě spočítané číslo (či několik čísel) má vypovídající hodnotu a kdy je již ztráta informace tak vysoká, že o produktu vlastně nic nevypovídá?

Jablka a hrušky

Pokud by se někdo snažil vyjádřit všechny poplatky jedním číslem (a jsou i tací ☺), musí sečíst dvě charakterově odlišné složky.



nákladovost smlouvy, která neodpovídá tomu, co si klient sjednal. Pohlíží na smlouvu pojištění pouze jako na spoření (což, jak víme z dohledového benchmarku ČNB, se nemá dělat). Druhou závažnější chybou je, že tato definice ukazatele často vede v budoucnu k účelové změně produktových parametrů. Pokud bude pojišťitel chtít vytvořit produkt s nízkou hodnotou ukazatele, přenesení co nejvíce nákladů do ceny rizikového pojištění. Samotný produkt pak bude vycházet „výhodněji“, ale klient všechny oprávněné náklady zaplatí v ceně rizik, v celku se pro něj nic nezmění.

A navíc švestky

Posledním nedostatkem ukazatele ve formě jediného čísla je míchání poplatků souvisejících s produktem a poplatků na straně fondu. U otevřených podílových fondů jsou oba druhy poplatků vykazovány také separátně. Každý podílový fond má za povinnost (např. v rámci sdělení klíčových informací) sdělit investorovi hodnotu nákladovosti fondů (tzv. syntetický TER). Do ukazatele TER nejsou „namíchány“ poplatky na straně samotného produktu: vstupní, výstupní, předplacené poplatky atd. O nich se investor dozví v sazebníku poplatků. Stejně tak v investičním životním pojištění nedává smysl směřovat nákladovost produktu s nákladovostí fondů, zejména protože:

- Poplatky související s produktem jsou dány sazebníkem poplatků, část poplatků se v průběhu pojištění ani nemůže měnit (často počáteční poplatky, rozdíl mezi nákupní

a prodejní cenou). Naopak nákladovost fondů TER se mění každý rok.

- O poplatcích v produktu a jejich změně rozhoduje pojišťovna. Nákladovost fondu je ale významnější měrou dána obhospodařovatelem podkladových aktiv, což u 99 % fondů IŽP je někdo jiný než pojišťitel.
- Klient v průběhu pojištění má stále stejný produkt, ale samotné fondy si může měnit. Buď na základě jeho přání (změna alokace pojištění, přesun jednotek mezi fondy), nebo automaticky (různé rebalancovací a realokační programy, např. v souvislosti s blížícím se dožitím smlouvy).
- I pokud by na počátku byl vypočten průměrný TER dle klientem zvolené alokace fondů a fondy v průběhu pojištění klient nezmění a tyto fondy budou mít stále stejný TER, i tak bude výpočet chybný. Různé fondy totiž budou zhodnocovat různě a jejich podíl na majetku klienta se bude v průběhu času měnit a počáteční zvolená alokace se nebude odrážet v poměru mezi hodnotami fondů.

Pokud bychom tedy při sjednání pojištění klienta informovali jedním číslem, které zahrnuje i nákladovost fondů, bude toto číslo platit pouze jeden rok. Nebo i méně, pokud klient změní alokaci mezi fondy. Má takový ukazatel smysl?

Trojediný ukazatel

Tak jako v jiných situacích v životě, i v případě hledání optimální nákladové informace pro klienta platí pravidlo zlaté střední cesty. Mnoho čísel vede k nepřehlednosti, jedno číslo nedokáže popsat realitu bez příliš velkého zkreslení.

Pojďme navrhnout ukazatel, který je dostatečně jednoduchý pro pochopení zájemcem, zároveň však má nezkrácenou a o pojištění dostatečně vypovídající hodnotu. A protože ukazatel tvoříme pro klienta, vyjděme z toho, co on chce vědět.

1. Nákladovost produktu: „Co se stane s penězi, které do pojištění vložíme?“

(Odborněji: informujte mě o dekompozici zaplaceného pojištění.)

Jasná odpověď by měla obsahovat tři údaje: kolik z pojištění je použito na úhradu poplatků, kolik na rizikové pojištění a kolik činí zbylá část, která je v rámci klientem zvolené investiční strategie zhodnocována. Takto definovaná odpověď je férová také proto, že nijak neoperuje s různými bonusy, modelovaným zhodnocením atd. Simulace pro určení těchto hodnot by měla být provedena se zhodnocením 0 %, aby poskytla nevychýlený odhad. Tento ukazatel označme jako SUN (standardizovaný ukazatel nákladovosti). Podobně jako spotřeba auta není jedno číslo (spotřeba ve městě/mimo město/kombinovaná) i ukazatel SUN má tři hodnoty.

2. Nákladovost fondů: „Kolik mě stojí jednotlivé fondy?“

(Odborněji: poskytněte informaci o syntetickém TER podkladových fondů.)

Klient by měl obdržet hodnoty ukazatele syntetického TER pro jednotlivé fondy s uvedením účetního období, ke kterému se vztahují. Vhodné je doplnit do tabulky identifikaci podkladových aktiv. Pokud jsou podkladovými aktivy fondu IŽP podílové jednotky jednoho podílového fondu, stačí uvést příslušný ISIN. Díky němu může zájemce vyhledat podrobnější informace na stránkách investiční společnosti, která obhospodařuje daný podkladový fond.

3. Modelované zhodnocení a bonusy: „Kolik dostanu vyplaceno na konci?“

Tato otázka nepatří přímo k diskuzi o ukazateli nákladovosti, ale jednak s ním souvisí a jednak je častá. Klientovi by měl být k dispozici výsledek modelace, která zohledňuje všechny poplatky v produktu, reálnou výši čistého zhodnocení fondů a informace o tom, jaká část vyplacené částky na konci je vázána automaticky na dožití a jaká na další podmínky typu bezeškoní bonus atd.

Metodika výpočtu nákladovosti investičních fondů (syntetický TER) je již hotova pro podílové fondy a k zobrazení ve formě přehledné tabulky není třeba dalšího popisu. Podívejme se podrobněji na nákladovost samotného produktu IŽP.

Forma prezentace ukazatele

Uvedený ukazatel SUN (rozpad pojistného) by měl být součástí modelového příkladu pojištění, který zájemce o pojištění obdrží. Relativní vyjádření všech tří hodnot se vztahuje k celkovému pojistnému, jedná se tak o průměrnou hodnotu z pohledu ročního pojistného. Pro názornost je lepší – místo textové informace říkající, že: „Celkové pojistné zaplacené za celou dobu trvání pojištění 360 000 Kč je použito

na úhradu poplatků (10,1 %), na úhradu rizikového pojistného (35,0 %) a zbylá část (54,9 %) je průběžně zhodnocována dle zvolené investiční strategie.“ – znázornit výsledek graficky (viz obrázek níže).

Definice standardu

Pokud je naším cílem zavést informační standard, který klientovi skutečně pomůže, pak lze doporučit následující sadu pravidel:

1. Vše na webu a před sjednáním

Povinně zveřejňovat na webu pojistitele všechny tři sady informací: (1) kompletní sazebník poplatků pro všechny produkty pojistitele, (2) kompletní sazebník přirozeného pojistného pro všechna takto zpoplatněná rizika, (3) tabulku s informací o syntetickém TER všech fondů pojistitele s uvedením účetního období, ke kterému se jednotlivá hodnota vztahuje. Všechny tyto údaje je samozřejmě třeba také mít k dispozici u zprostředkovatele pojištění pro zájemce.

2. Rozpad celkového pojistného

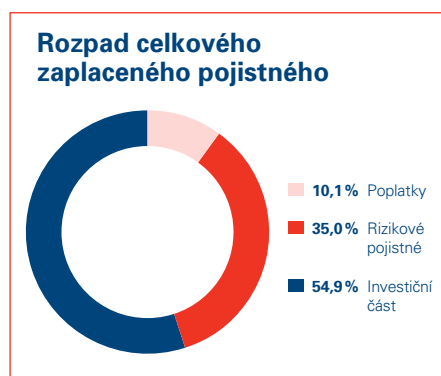
V rámci modelového příkladu pro zájemce poskytnout informaci o rozpadu zaplaceného pojistného na tři složky (poplatky, riziko, investiční část).

3. Podmínky modelovaného vývoje

V rámci simulace vývoje hodnoty pojištění informovat o předpokladech (použité zhodnocení, jakou část tvoří speciální (např. bezeškodní) bonusy. A samozřejmě přidat upozornění známé z podílových fondů („mírné výnosy...“).

Závěr

Článek dopisují v okamžiku, kdy ČOI řeší, zda některé úvěrové společnosti při nákupu auta správně počítaly ukazatel RPSN. Prý bude muset o správnosti výpočtu rozhodnout soud. V článku navržené ukazatele pro IŽP jsou tak jednoduché a pochopitelné, že nic podobného nehrozí. Stejně snadná je jejich implementace. Budiž ukazatel, budiž SUN. ■



ČAP česká asociace pojišťoven

Jazyk / Language

Úvodní stránka Kontakt Vyhledat...

O nás Statistické údaje Vše o pojištění Tiskové centrum Odborná veřejnost

ČAP radí: Aby se pro vás dovolená nestala noční můrou, pojistěte se

Praha, 3. června 2014 - Vyrazit si na dovolenou do zahraničí je dnes již samozřejmostí téměř pro každého. Ne každému však přijde samozřejmé sjednat...

Další informace

Pojistné produkty

Podle pojišťoven
Podle druhu produktu
Produktové infolisty

Kalkulačky a aplikace

Povodňové mapy
Pojistná hodnota nemovitosti
Pojistná hodnota domácnosti

Výroční zprávy

2012
Starší

Vzdělávání

Semináře
Cizojazyčné slovníky pojmů
Encyklopedický slovník pojmů
Brožury

Nový web ČAP

Česká asociace pojišťoven představila nový design svých webových stránek. Hlavní motivací pro změnu bylo zpřehlednění organizace jednotlivých rubrik. Neméně podstatná byla také grafická podoba webu. Aktuální moderní vzhled kopíruje současné trendy a uživatelům výrazně zjednodušuje orientaci během vyhledávání informací týkajících se pojistné problematiky. Nová struktura stránek dostala nový vícestupňový design umístěný v horním menu. Zahraničním uživatelům je k dispozici také anglická podoba vybraných rubrik. Věříme, že se uživatelům nový web ČAP bude líbit.

PŘÍLEŽITOST, NEBO HROZBA? ZAMYŠLENÍ NAD ROLÍ FINANČNÍHO ARBITRA

ING. JIŘÍ ŠINDELÁŘ, PH.D. / PŘEDSEDA PŘEDSTAVENSTVA / VÝKONNÝ ŘEDITEL / USF ČR

Je nesporné, že rozšíření kompetencí Úřadu finančního arbitra (FA) na oblast životního pojištění je pro pojišťovací industrii velké téma, a diskuze kolem něho jsou tedy logické. Stejně tak je zřejmé, že ani po zhruba půl roce od této přelomové změny nemáme dost informací, abychom jeho dopady mohli posoudit v úplném kontextu. Jaké scénáře budoucího vývoje nicméně připadají v úvahu?

Finanční arbitr je mimosoudní orgán řešení spotřebitelských sporů, který byl v Česku ustanoven na základě požadavků EU v roce 2002. Jeho činnost se řídí zákonem č. 229/2002 Sb. o finančním arbitrovi, který mimo jiné konstatuje, že řízení se zahajuje pouze na podnět navrhovatele (zákazníka). Má-li jeho podnět vady, pak jej FA vyzve k jejich odstranění, následně si sám aktivně opatřuje důkazy, přičemž řízení se nezpлатňuje a přiměřeně se řídí správním řádem (včetně procesních pokut). Závěrečné rozhodnutí (nález) je po vypořádání eventuálních námitek v právní moci a soudně vykonatelné (plus pozor, rozhodčí doložka pravomoc arbitra nevyklučuje). Jinými slovy, FA je orgánem veřejné moci, řízení před ním je velmi snadné zahájit (není potřeba sofistikovaný právník, FA napomůže s precizací návrhu – odstraněním vad), podání je bezplatné a prakticky bezrizikové. Jedinou bariérou na straně nespokojeného klienta je tak ochota dát informace dohromady a stížnost, třeba přes on-line formulář, podat.



Ing. Jiří Šindelář, Ph.D.

Foto: Archiv autora

Oblíbený nástroj pro stížnosti

Stejně jako u odboru ochrany spotřebitele ČNB je tedy tato bariéra velmi nízká, a z podání FA se tak zřejmě stane další oblíbený nástroj eskalace stížností klientů („když mi nevyhoví, podám to na finančního arbitra“), v dobrém i špatném. Fatálním rozdílem oproti „ochranářům“ z ČNB je nicméně fakt, že arbitr rozhoduje v meritů věci a může přiklonit náhradu škody klientovi, čímž se dostáváme do úplně jiné úrovně rizika. Zásadním faktorem, který toto riziko ještě znásobuje, je fakt, že FA se obecně necítí být při přijímání stížností klientů omezen zpětně, a bude tedy přijímat podání i na obchody sjednané před 1. 11. 2013 (účinnost rozšíření kompetence), prakticky bez

omezení. Jistou roli zde sice patrně bude hrát institut promlčení, nicméně možnost před FA otevřít případy tří, čtyři či pět let staré, kdy byl trh v úplně jiné fázi vývoje, to už je opravdu silný kalibr. Jen slabou náplastí pak bude dotčeným fakt, že FA bude muset při posuzování těchto případů přihlížet k zákonné úpravě platné v historickém okamžiku jejich zrodu.

Evoluce, nikoli revoluce

Z praktického pohledu bude zřejmě role finančního arbitra oscilovat mezi dvěma extrémami. Prvním z nich je taková rozhodovací praxe, která by v podstatě konzervovala současný stav a aktuální, často nedobrý způsob distribuce (životního) pojištění. Na druhé straně stojí scénář, kdy by úřad FA ve své rozhodovací praxi současný stav zásadně

napadl a systémově zpochybnil i ty obchody, na nichž se branže vcelku bez problémů shodne jako na právně a eticky bezvadných. Z pohledu státu a občana jsou oba tyto extrémní nežádoucí a finanční arbitr by měl sledovat vyvážený, racionální přístup. Tedy takový, který na jedné straně povede k potření těch nejhorších případů misselingu a přepojišťování, jež trápí všechny slušné zprostředkovatele i pojišťovny. Tlak FA zde by mohl mít zásadní ozdravný účinek, neboť hrozba náhrady škody působí jako velmi silný argument proti firmám a jednotlivcům, jejichž byznys je založen na systematickém misselingu životního pojištění v neprospěch klientů. Vezmeme-li v úvahu skutečnost, že samostatní agenti-fyzické osoby hrají v distribuci pojištění marginální roli a většina obchodu je zastřešena buď interními sítěmi pojišťoven (bank) anebo velkými poradensko-zprostředkovatelskými strukturami,

Tabulka: Počet přijatých podání u finančního arbitra

	Počet podnětů	Počet zahájených řízení (oprávněných podnětů)	Uzavřeno ve prospěch navrhovatele (klienta)	Z toho uzavřeno smírně cestou	Celková výše požadavků klientů (návrhy na zahájení řízení)
2008	619	64	17	N/A	10 226 657 Kč
2009	757	86	27	24	31 450 319 Kč
2010	822	94	28	26	17 158 485 Kč
2011	824	109	31	31	12 136 971 Kč
2012	1 572	195	63	60	N/A

Zdroj: Úřad finančního arbitra

postačí několik málo systémových rozhodnutí, aby nucená změna obchodního modelu zasáhla tisíce jednotlivých zprostředkovatelů a potažmo desetitisíce jejich klientů. To by mohl skutečně být krok vpřed, bude-li evoluční a nikoliv revoluční.

Pozor na „vymahačské“ firmy

Na druhé straně napadat a zpochybňovat etiky korektní obchody, třeba v důsledku nátlaku „vymahačských“ firem, by bylo tragickou chybou. Není pochyb, že v takovém případě by se byznys proti verdiktům arbitra razantně bránil a dotčení aktéři by využili všech zákonných možností, jak je revidovat. Taková rozhodovací praxe, která by destruovala současný odborný úzus a zpochybňovala obecně přijímané best-practices, by v konečném důsledku vedla nepochybně k otřesu celého systému úpisu životních rizik, který – bez ohledu na problémy s investičním pojištěním – musí stát bezpodmínečně udržet v chodu a funkční. Není také pochyb o tom, že jinak rozdělená industrie by v takovém případě rychle našla společnou řeč a vyvinula značný tlak na regulátora, aby působnost FA pro oblast pojištění znovu přehodnotil.

Tenká červená linie

Nutno dodat, že hranice mezi oběma extrémy je velmi tenká. Dlouhou dobu se hovoří o systémové vhodnosti životního pojištění jako investičního produktu, rovněž proces jeho sjednání má celou řadu významných uzlů, které mohou ovlivnit výsledné vnímání: ať už jde o zmapování potřeb klienta, modelové zhodnocení vložených prostředků, informace o poplatcích, kvalitu doporučení... to je složitý labyrint, kterým musí finanční arbitř přesně a zodpovědně proložit červenou nití toho, co už je špatné a co je ještě co do zájmu zákazníka obhajitelné. Samozřejmě, základním

mantinelem je právní úprava v okamžiku sjednání dané smlouvy. Bylo by však naivní se domnívat, že některé poměrně vážné instituty nemohou být vyloženy různým způsobem. Minimálně se o to arbitř může, v dobrém i zlém, pokusit. Jakou váhu jednotlivým scénářům můžeme přiložit s přihlédnutím k historii rozhodování finančního arbitra? Rychlá analýza výročních zpráv FA odhalí (viz Tabulka),

k rozhodnutí a raději se s klientem bez dalšího dohodnout. Oproti současné zdlouhavé možnosti se soudit (být souzen) je to zásadní změna.

Slovo na závěr

Sečteno a podtrženo, činnost finančního arbitra může distribuci životního pojištění opravdu prospět, stejně jako jí může významně uškodit. Z dosavadní krátké historie je patrné, že jak dotčené firmy, tak patrně i arbitř jako takový preferují spíše smírné řešení těch nejožehavějších případů s cílem nedospět k rozhodnutí, které by zásadním způsobem ohrozilo „zdravou“ majoritu na trhu (o tom svědčí i nedávný omezitelný postoj FA v otázce úverových poplatků). I vlivem agresivních firem zaměřujících se na vymáhání škody však takový stav patrně nemůže trvat věčně a dříve či později dojde na „lámání chleba“. FA je nicméně stále státním úřadem, který má stanovenou povinnost rozhodovat podle své-

Sečteno a podtrženo, činnost finančního arbitra může distribuci životního pojištění opravdu prospět, stejně jako jí může významně uškodit.

že počet přijatých podání rok od roku stoupal, i to, že v rostoucím počtu případů byla institucí zvolena smírná cesta „mimosoudního“ vyrovnání. Těžko předjímat, jak se k rozhodování finančního arbitra postaví naše poněkud dynamičtější branže, ale toto zřejmě bude ona evoluční cesta. Nenechat sporný případ dojít

ho nejlepšího vědomí a svědomí, nestranně, spravedlivě a bez průtahů a pouze na základě skutečností zjištěných v souladu se zákonem a zvláštními právními předpisy. Věřme tedy, že nakonec zvítězí na straně jeho úředníků rozum a vyhneme se oběma negativním extrémům. ■



Ilustrační foto: Dreamstime.com

INTERNÍ MODELY PRO KAPITÁLOVOU PŘIMĚŘENOST. KDY MÁ SMYSL DO NICH INVESTOVAT?

ING. PETR BEDNAŘÍK / MANAGER / ACTUARIAL & INSURANCE SOLUTIONS / DELOITTE ADVISORY

O interních modelech v rámci Solventnosti II je známo, že jsou velice náročné na implementaci a nesou s sebou nutnost komplikovaného schvalovacího procesu s dohledem. Mnoho zejména větších pojišťoven se ovšem rozhodlo touto cestou jít – některé ji naopak opouštějí. Cílem článku je zamyslet se, v jakých situacích a jakým způsobem může být interní model užitečný a jestli se investice do něj může vyplatit.

Kapitálový požadavek

Jedním z klíčových pilířů režimu Solventnosti II je kapitálový požadavek, který by měl mnohem lépe reflektovat skutečnou rizikovost portfolia konkrétní pojišťovny, než to dělá současný režim Solventnosti I. Na nejobecnější úrovni je kapitálový požadavek v rámci Solventnosti II (SCR) nastaven tak, aby pojišťovna byla schopna ustát nejhorší ztrátu, která přijde jednou za 200 let (nebo také, že každý rok by neměla ze skupiny 200 pojišťoven zbankrotovat v průměru více než jedna). V technické řeči je tedy SCR rovno 99,5% kvantilu ztráty za období jednoho roku. Pro všechny způsoby výpočtu SCR je společným základem ocenění technických rezerv (současná hodnota očekávaných peněžních toků z pojistných smluv), které se v praxi počítá pomocí poměrně komplexních modelů, a existují detailní pravidla, co má takovýto model splňovat. Většina způsobů výpočtu SCR je založena na kvantifikaci efektu různých rizikových situací a scénářů na výši technických rezerv (např. co se stane, pokud dojde k okamžitému stornu velké části portfolia). Metody se liší v tom, jak moc komplexní a přesná je metoda kvantifikace dopadu těchto rizik. V rámci pravidel Solventnosti II existují následující přístupy k výpočtu výše SCR:

- standardní formule;
- underwriting specific parameters (USP);
- částečný interní model;
- interní model.

Kontext interních modelů

Nejkomplexnějším z nich je interní model, kdy je regulací předepsána pouze výše zmíněná

definice SCR a konkrétní způsob výpočtu je ponechán na rozhodnutí pojišťovny. Pojišťovna dostává tedy pro výpočet větší volnost (může ho lépe přizpůsobit své konkrétní situaci), cenou jsou však náročné požadavky na validaci, dokumentaci a schválení interního modelu ze strany dohledu. Nejjednodušším a zároveň nejčastěji používaným přístupem (zejména ve střední Evropě) je využití standardní formule. Tento přístup je pro pojišťovny jednodušší, jelikož regulace přesně předepisuje rizikové scénáře (např. pokles úrokových sazeb o 1 %), které povedou k 200leté ztrátě, a vzorec jakým má být kapitálový požadavek spočten. Takovýto přístup má kvůli své relativní jednoduchosti a zejména univerzální platnosti svá omezení. Dále existují přístupy, které jsou „na půl cesty“. Jednodušší z nich je přístup undertaking specific parameters (USP), který používá metodiku standardní formule, ale vybrané parametry je možné nahradit odhadem na základě vlastních dat společnosti. Dále jsou možné částečné interní modely, kdy je využita standardní formule, ale pro vybraná rizika se použije interní model (tedy vlastní přístup společnosti).

Jaké jsou problémy se standardní formulí

Klíčem k porozumění smyslu pokročilejších přístupů (částečný nebo interní model nebo i USP) je pochopit omezení standardní formule, která mohou být velice významná. Pokud k nim dojde, je možné očekávat, že může existovat i tlak ze strany dohledu k použití pokročilejšího přístupu, pokud má dohled dojem, že standardní formule není pro danou pojišťovnu vhodná, protože dochází k podcenění rizika,



Foto: Archiv autora

Ing. Petr Bednařík

jemuž je pojišťovna vystavena. Mezi tato omezení patří:

- pevně nastavené rizikové moduly;
- zjednodušená metodika agregace rizik;
- pevně nastavené parametry na základě „průměrné“ evropské pojišťovny.

Pevně nastavené rizikové moduly

Prvním důležitým omezením je fakt, že rizika a rizikové faktory, které se mají při výpočtu kapitálu uvažovat, jsou pevně dané. V případě, že společnost je významně vystavena riziku, jež standardní formulí pokryto není, nemusí být její použití vhodné. Typickým příkladem je kreditní riziko státních dluhopisů evropských zemí, které není v rámci standardní formule bráno v potaz. Dále to mohou být rizika spojená s prodejními kanály, legislativními změnami, reputační riziko apod. V rámci standardní formule je například také obtížné vhodně zachytit produkty, které mají životní i neživotní charakter zároveň (například annuity z povinného ručení nebo úrazové připojištění v rámci životního pojištění).

Zjednodušená metodika agregace rizik

Dalším bodem je zjednodušená metodika agregace rizik. Výpočet probíhá tak, že kapitál je spočítán pro každé riziko zvlášť (např. riziko změny úrokové míry, riziko vyšší stornovosti, riziko nedostatečnosti škodních rezerv apod.) a výsledný kapitálový požadavek vznikne jednoduchým zkombinováním pomocí korelační matice. Tento přístup však vede k nepřesným výsledkům v případě, že:

- závislost ztráty na rizikovém faktoru je komplexní (nelineární) – např. závislost na změně úrokové míry může být v případě životního pojištění s podíly na zisku velmi komplexní;
- pravděpodobnostní rozdělení rizikových faktorů je komplexní (jiné než normální rozdělení) – např. pokud je vyšší pravděpodobnost extrémních posunů v akciovém indexu, než jakou implikuje normální rozdělení;
- závislosti mezi rizikovými faktory jsou významné a komplexní (např. provázanost ekonomické situace a rizika storna).

Pevně nastavené parametry

Posledním a možná nejvýznamnějším omezením je fakt, že parametry pro výpočet kapitálu pro jednotlivá rizika jsou pevně dané a společné

pro všechny pojišťovny v Evropě. Parametry byly odvozeny EIOPA na základě dostupných dat z celého evropského trhu, a dá se tedy říct, že odpovídají „průměrné“ evropské pojišťovně. V případě, že se konkrétní pojišťovna v nějakém aspektu výrazně odlišuje od ostatních pojišťoven, může být způsobená nepřesnost velice významná. Typické případy takovýchto situací si popíšeme v další části.

Jde to i bez standardní formule

Existují však i pozitivní důvody, proč může mít smysl pro pojišťovnu investovat do lepších přístupů. Investice do interního modelu má nejjednodušeji prokazatelnou návratnost v případě, že výpočet pomocí standardní formule nadhodnocuje kapitálový požadavek. V Tabulce 1 si zkusíme rozebrat, v jakých případech je toto typicky možné. Obecně lze tedy říct, že pokud pojišťovna cítí, že v nějakém aspektu má lepší procesy na omezení rizika než „průměrná“ evropská pojišťovna, je pravděpodobné, že se jí může vyplatit pokročilejší přístup k výpočtu kapitálového požadavku, než je standardní formule.

Jak zavést interní model

Pokud čtenářům Pojistného obzoru některý ze zmíněných bodů přišel relevantní, zbývá otázka, jak dál postupovat. Určitě nedoporučujeme pouštět se do jednorázové implementace plného interního modelu. Spíše doporučujeme postupný přechod se zaměřením na nejrelevantnější rizikové moduly za pomoci přístupů USP nebo částečného interního modelu. Pro pojišťovny s významným podílem neživotního pojištění doporučujeme otestovat přístup USP – pokud má společnost k dispozici dostatek kvalitních dat, nejedná se o komplikovaný výpočet a přínos může být velice významný. Dalším krokem mohou být částečné interní modely na katastrofické riziko (existuje poměrně široká škála dodavatelů katastrofických modelů) a obecně neživotní upisovací riziko. Nejkomplexnější na implementaci jsou interní modely pro oblast tržních rizik zejména pro pojišťovny s významným podílem životního pojištění se silnou vazbou na aktiva. Nezbytným základem pro takovou implementaci je kvalitní stochastický model aktiv a závazků pro ocenění technických rezerv v různých ekonomických situacích. Pracnost zavedení interního modelu není jen v komplexnosti definice metodiky a implementace samotného modelu, ale také v rozsáhlé dokumentaci a validaci, která je vyžadována pro schválení modelu od dohledu. Často je toto hlavní překážkou, a to zejména v případech, kdy jde o skupinový interní model, jehož schvalování se musí účastnit nejen lokální dohled, ale dohledy ze všech zemí, jichž se interní model týká (tzv. „college“). Přístup k tomuto problému, který volí některé pojišťovny je, že interní model nejdříve vyvinou pro interní účely a případně pro použití pro vlastní ohodnocení rizik (ORSA) v rámci Piliře II. Až poté, co je model zaběhlý a společnost se naučí ho používat, přistoupí se k žádosti o schválení interního modelu pro používání i v rámci Piliře I. Doporučujeme podobný přístup.

Závěr

Z naší zkušenosti mohou být interní modely (nebo obecně komplexnější přístupy, než jsou standardní formule) pro společnost přínosné. A to nejen jako prostředek pro lepší zachycení rizik, ale také jako prostředek, jak promítnout nějakou obchodní výhodu společnosti (např. kvalitní retenční proces) do nižšího kapitálového požadavku, a tím získat výhodu konkurenční. Je jasné, že implementace plného interního modelu je velice náročná, ale existují dobré způsoby, jak se k velké části benefitů dopracovat postupnou cestou. Očekáváme proto, že pojišťovny budou v budoucnu více přemýšlet o těchto možnostech. ■

Tabulka 1

Riziko	Příklad nevhodnosti standardní formule
Neživotní upisovací riziko	Pojišťovna má větší portfolio (s vyšší mírou diverzifikace) v daném odvětví než „průměrná“ evropská pojišťovna – to může typicky být případ buď velkých pojišťoven nebo specialistů na vybraná odvětví.
Neživotní upisovací riziko	Pojišťovna má rychlejší/spolehlivější/kvalitnější likvidaci (v porovnání s „průměrnou“ evropskou pojišťovnou), která snižuje nejistotu v očekávaných budoucích výplatách.
Neživotní upisovací riziko	Pojišťovna má zajištěný program, který vede ke snížení variability budoucích výplat (např. neproporční zajištění).
Katastrofické riziko	Je známým faktem, že kalibrace katastrofických rizik (v případě ČR zejména rizika povodní) v rámci standardní formule je velice prudentní a takto spočtený kapitálový požadavek výrazně převyšuje výsledky detailních specializovaných modelů (např. povodňové modely od zajištěných brokerů, které modelují konkrétní povodně – v jakém místě bude kolik vody).
Životní upisovací riziko	Rizikový scénář pro riziko storna předpokládá extrémní stornovost portfolio, která není v souladu s očekáváním zejména těch pojišťoven, které mají rozvinutý retenční program.
Pomezí životních a neživotních produktů	Jde zejména o anuity v rámci neživotního pojištění a připojištění v rámci životního pojištění. Standardní formule požaduje jednoznačné rozdělení produktů na životní a neživotní pro účely vyčíslení upisovacích rizik. Zmíněné produkty s sebou mohou nést rizika z obou sfér (např. životní připojištění mají neživotní charakter vzhledem k nejistému škodnímu poměru, ale zároveň jsou spjaté s dlouhodobou životní smlouvou a nesou rizika stornovosti a úmrtí).
Tržní riziko	V případě, že společnost má kvalitně nastavené ALM, které zajišťuje, že aktiva i pasiva jsou v souladu, je v rámci standardní formule možné, že ne všechny benefity tohoto uspořádání budou zachyceny (například fakt, že pojišťovna by v případě ekonomického propadu nějakým způsobem reagovala a ne jen přihlížela). Část těchto situací je však možné také zachytit kvalitním modelem na ocenění technických rezerv.

VÝVOJ ÚMRTNOSTI V ČESKÉ REPUBLICE. NASTANE ROVNOPRÁVNOST POHLAVÍ?

RNDR. PETR SOTONA / POJISTNÝ MATEMATIK / ODDĚLENÍ PRO FINANČNÍ PORADENSTVÍ / EY

Podobně jako v ostatních evropských státech i v České republice stále častěji narážíme na důkazy prodlužující se délky života, resp. snižující se pravděpodobnosti úmrtí. Odhad úmrtnosti v budoucích letech je díky výrazným pozorovaným změnám nelehkou výzvou nejen pro nadšené vědce, ale zejména pro pojišťovny a v neposlední řadě i vládní instituce. Jejich rozhodování je totiž přímo ovlivňováno právě odhadem úmrtnosti a dalších demografických parametrů. Zásadní rolí pro správné modelování (projektování) úmrtnosti je pochopení a správná interpretace historických dat. Příkladem je odhalení změn trendu úmrtnosti, což zpravidla nenastává pro všechny věky najednou, ale zvláště pro různé věkové skupiny na základě příčiny změny trendu.

Naděje dožití a míra úmrtnosti

Pro zkoumání historických dat existuje mnoho ukazatelů. Jedním z nich je střední délka života, resp. naděje dožití. Naděje dožití (též střední délka života) ve věku x vyjadřuje počet roků, které v průměru ještě prožije osoba právě x -letá za předpokladu platnosti pravděpodobností úmrtí dané úmrtnostní tabulkou zkonstruované nejčastěji z dat za konkrétní kalendářní rok. Tento hypotetický údaj nám říká, kolika let by se člověk určitého věku dožil, pokud by úroveň a struktura úmrtnosti zůstala stejná jako v daném roce. Další užitečná míra je míra úmrtnosti ve věku x , což je podíl zemřelých daného věku x a středního stavu obyvatel daného věku x v daném období. V polovině 18. století, kdy se tato data začala zaznamenávat, byla naděje dožití novorozence zhruba 35–40 let. V polovině 19. století to bylo přibližně 40–45 let a o dalších sto let později byla střední délka života již kolem 60–65 let. V současnosti v ČR tato veličina převyšuje hranici 80 let v případě žen (80,9 v roce 2012) a v případě mužů překračuje hranici 75 let (75,0 v roce 2012). V západní Evropě jsou tyto hodnoty ještě vyšší (např. Nizozemsko 79 let u mužů, resp. 83,3 let u žen, nebo Německo 78,1 u mužů, resp. 82,9 u žen).

Věková struktura

Právě struktura úmrtnosti, zmíněná v předchozím odstavci, v rámci věkového rozmezí je

nesmírně důležitá při volbě vhodného modelu pro projekci úmrtnosti. Mnoho modelů je totiž založeno na vlastnostech (předpokladech), které jsou platné jen pro určité věkové rozmezí. Aplikace takového modelu na kompletní věkovou škálu způsobí těžko interpretovatelné výsledky projekcí snižující rovněž věrohodnost takové projekce. Na grafu můžeme pozorovat několik odlišných vývojů úmrtnosti v rámci věkové struktury. První specifikum je výrazně vyšší úmrtnost hned po narození (novorozenecká a kojenecká úmrtnost), posléze následuje pokles úmrtnosti v raném dětství s opětovným růstem v době dospívání. Následuje, zejména v případě mužů, tzv. hrb úrazovosti, který se projevuje zvýšenou úmrtností v období dosažení dospělosti. Poté pozorujeme víceméně stagnující úroveň úmrtnosti během produktivního věku s pozvolným růstem přibližně od 40 let věku. Následuje stárnutí se zvyšující se pravděpodobností úmrtí až do vysokých věků (nad 80 let), kde už je úmrtnost rovněž na vysoké úrovni.

Dlouhodobý vývoj

Při pohledu na delší časový horizont je evidentní enormní pokles úmrtnosti v rámci všech věkových skupin. Například pro nejnížší věky uvádíme, že počet zemřelých ve věku 0–14 let byl v roce 1920 přesahující 54 000 osob, na počátku 50. let přesahující 10 000, v 60. a 70. letech přibližně 4 000 a v posledních letech již pod hranicí 500 osob. Rapidní pokles úmrtnosti dětské části populace dokládá i změna podílu této věkové

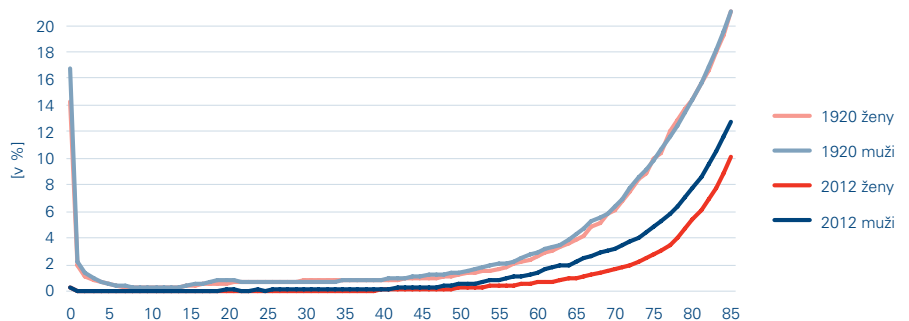


Foto: Archiv autora

RNDR. Petr Sotona

kategorie na celkovém počtu zemřelých. V roce 1920 tato úmrtnost tvořila přibližně třetinu všech zemřelých, oproti tomu v současnosti se podíl zhruba půl procentem. Střední délka života novorozenců se v první polovině 20. století prodlužovala zejména díky snižující se úmrtnosti novorozenců, kojenců a dětí. Zlepšení bylo způsobeno především zkvalitňováním veřejného zdravotnictví včetně jeho dostupnosti, výživy a péče o děti. To mělo vliv na léčbu různých infekcí a dříve smrtelných nemocí. Ve druhé polovině minulého století hodnota naděje dožití při narození v zemích socialistického bloku stagnovala, nebo se i zhoršovala, kdežto v západních zemích Evropy docházelo k jejímu stálému zlepšování

Roční pravděpodobnosti úmrtí dle ČSÚ (muži, ženy, věky 0–85 let v roce 1920 a 2012)



Zdroj: ČSÚ

vlivem vývoje v oblasti lékařské péče a zdravějšího způsobu života. Tím došlo k rozdělení Evropy na východ a západ i v oblasti úmrtnosti. V 60. a 70. letech 20. století se míra úmrtnosti dospělých mužů napříč Evropou dokonce mírně zvyšovala. To bylo způsobeno situací ve společnosti po druhé světové válce, kdy muži začali více hazardovat se životem ve zrychlujících se autech a kdy se začaly projevovat důsledky kouření, které bylo velmi populární. U žen žijících zodpovědnějším stylem života se tedy tyto vlivy na míře úmrtnosti zásadněji neprojevovaly.

plic a trávicího ústrojí u mužů, prsu a ženských orgánů u žen). Polovinu (z 6,8 roku) prodloužení naděje dožití při narození mužů způsobilo snížení úmrtnosti věkové skupiny 55–79 let (3,4 roku), v případě žen (z 5,2 roku) to byl pokles úmrtnosti ve věkovém rozmezí 65–84 let (2,6 roku). Snížení kojenecké úmrtnosti, i přes její výrazné relativní zlepšení, přispělo k prodloužení naděje dožití jen o 0,6 roku u mužů a 0,5 roku u žen. O něco větší vliv mělo snížení úmrtnosti ve středním věku. Úmrtnost mužů ve věku 40–54 let zvýšila naději dožití o 1,4 let a úmrtnost žen ve věku 50–64 let o 0,9 roku.

Pozitivní změny

Nejen v dlouhodobém srovnání, ale i v kratším časovém období, jsou patrné zásadní pozitivní změny. Na konci 80. let minulého století se začala úmrtnost znovu významněji zlepšovat a od počátku 90. let se tempo poklesu úmrtnosti výrazně zrychlilo. Pokles úmrtnosti, resp. prodloužení naděje dožití, nastal v celém rozsahu věkové struktury, nicméně ne stejnou měrou. Střední délka života při narození se mezi roky 1991 a 2012 prodloužila u mužů o 6,8 roku na 75,0 let a u žen o 5,2 roku na 80,9 roku. Ve srovnání s předchozím obdobím jde o velmi rychlý růst, kde největší podíl mělo zlepšení úmrtnosti starších věkových skupin. To bylo ovlivněno pokrokem v léčení některých chronických nemocí i akutních stavů (zejména u nemocí oběhového systému). Právě pozvolné snižování podílu nemocí oběhového systému na celkovém počtu úmrtí starších je toho zřejmým důkazem.

Česko na špičce Evropy

Naproti tomu novotvary představují stále závažný problém současného zdravotnictví a incidence některých typů novotvarů i úmrtnost na ně řadí v Evropě Českou republiku na přední místa (nejčastěji to jsou novotvary

Pokrok ve zdravotnictví

Příspěvky jednotlivých věkových skupin k celkovému prodloužení naděje dožití při narození zohledňují nejen samotnou změnu úmrtnosti v daném věku, ale i vliv dané úmrtnosti v rámci celé populace (tedy absolutní počet úmrtí). Pokud chceme hodnotit vývoj úmrtnosti

především v důsledku pokroků ve zdravotnictví (diagnostika, prevence a léčení nemocí). Nicméně tomu napomáhá i spousta dalších faktorů, jako jsou výživa dětí, ale i matek v těhotenství, nebo zlepšování bezpečnostních technologií v dopravě, v zaměstnání nebo v domácnostech.

Nové a tradiční příčiny úmrtí

Naopak se objevují nové příčiny úmrtí například rozšiřováním zájmových a adrenalinových aktivit s velkou mírou rizika a nebezpečí, které vytvářejí situace končící někdy nejen vážným zraněním, ale i smrtí. Negativní vliv mají i rostoucí následky požívání alkoholu a drog. Snižování úmrtnosti v důsledku „tradičních“ příčin smrti, které se stávají méně významnými, je částečně kompenzováno vznikem nových příčin. Převážně pro vyšší věkové skupiny není zlepšování úmrtnostních měr zcela plynulé a výše úmrtnosti je v některých letech prokazatelně ovlivněna momentální situací, a to zejména výskytem chřipkových epidemií. Příkladem je chřipková epidemie na počátku roku 2003, kdy se celkový počet zemřelých zvýšil o více než tři tisíce oproti roku 2002. Výsledkem u obou pohlaví bylo meziroční nepatrné zkrácení naděje dožití při narození.

Současnost

V roce 2012 zemřelo 108 200 osob (o 1 300 více než v 2011). Nicméně naděje dožití při narození se meziročně prodloužila o 0,31 roku u mužů na 75,0 roku a u žen o 0,14 roku na 80,9 roku. Kojenecká míra úmrtnosti (do jednoho roku věku) se snížila na 2,6‰, a je trvale jedna z nejnižších na světě. I přes

Míra úmrtnosti se obecně zvyšuje s přibývajícím věkem a v hlavních věkových skupinách je úmrtnost mužů vyšší než u stejně starých žen.

vzhledem k relativnímu zlepšení v daném období, ukazuje se, že relativně se nejvíce snížila míra úmrtnosti (počet zemřelých daného věku na tisíc žijících osob stejného věku) v prvním roce života (snížení mezi roky 1991 a 2012 o 75 %) a dětí do pěti let věku (pokles o 67 %). Novorozenecká a kojenecká úmrtnost v České republice se svými hodnotami řadí mezi absolutní světovou špičku. Díky pokroku ve zdravotnictví dnes již není výjimkou úspěšné přežívání plodů s porodní hmotností kolem 500 gramů, což bylo ještě na konci minulého století téměř nepředstavitelné. Pokles úmrtnosti ve všech věkových kategoriích existuje

nejvýznamnější pokles míry úmrtnosti u nemocí oběhové soustavy tvoří tyto příčiny stále zhruba 44 % všech úmrtí u mužů a 54 % úmrtí u žen v roce 2012. Druhou nejvyšší úmrtnost vykazují u mužů i u žen úmrtí na novotvary (28 %, resp. 23 %). Třetí nejvyšší úmrtnost u mužů je z důvodu vnějších příčin (7,4 %) a u žen to jsou nemoci dýchací soustavy (4,9 %). Nutno poznamenat, že uvedené pořadí je ovlivněno právě vyšším zastoupením úmrtí osob vyššího věku v celkovém počtu úmrtí. Pokud se podíváme na jednotlivé věkové skupiny, jsou příčiny úmrtí zastoupeny odlišně. Ve skupině 15–39letých mužů

a 15–24letých žen tvoří zhruba polovinu všech úmrtí poranění a otravy. U žen po 30. roku začínají převažovat zhoubné novotvary, zatímco u mužů převažují vnější příčiny zhruba až do 45. roku. Poté rovněž začínají převládat úmrtí na zhoubné novotvary spolu s nemocemi oběhové soustavy. Od věku 65 let pro muže a 70 let pro ženy již tvoří největší část úmrtnosti nemoci oběhové soustavy (zejména ischemické nemoci srdeční, cévní onemocnění srdce, ateroskleróza).

Míra úmrtnosti

Míra úmrtnosti se obecně zvyšuje s přibývajícím věkem a v hlavních věkových skupinách je úmrtnost mužů vyšší než úmrtnost stejně starých žen. Během posledních zhruba 20 let byl průměrný roční nárůst naděje dožití při narození u mužů zhruba 0,32 roku a u žen 0,25 roku. Rozdílný růst střední délky života mezi pohlavími se projevuje snížením rozdílu střední délky života při narození u mužů a u žen. V roce 1991 byl tento rozdíl 7,5 roku, v roce 2001 byl 6,3 roku a v roce 2011 byl rozdíl v naději dožití při narození přesně 6 let. Tento rozdíl mezi střední délkou života mužů a žen v daném věku se se zvyšujícím věkem postupně snižuje a po 75. roku věku je již menší než 2 roky. Rozdíl v naději dožití při narození obou pohlaví ve věku 5,9 roku z roku 2012 (80,9 vs. 75,0) je zejména tvořen rozdílem ve věku 3,7 roku kvůli vyšší úmrtnosti 55–79letých mužů (zejména 60–74letých). Vyšší úmrtnost 20–29letých mužů má oproti tomu jen zanedbatelný vliv 0,25 roku. Přesto je relativní nadúmrtnost mužů největší ve věkové skupině 20–29 let, kdy je dlouhodobě zhruba trojnásobná ve srovnání se ženami stejného věku. Tento rozdíl je především v důsledku vyšší úmrtnosti mužů způsobené vnějšími příčinami. Minimální rozdíly v úmrtnosti mužů a žen jsou u malých dětí a u osob nad 85 let.

Legislativní a statistická rovnoprávnost

Dlouhodobě pozorované snižování rozdílů v úmrtnosti mužů a žen nám může, alespoň teoreticky, dávat pocit, že v budoucnu by i statisticky mohla nastat rovnoprávnost obou pohlaví vzhledem k úmrtnosti. Například cena životního pojištění by pak neměla být diskriminována dle pohlaví nejen podle zavedeného legislativního nařízení, ale i na základě statistických dat. Existuje také možnost, že legislativní rovnoprávnost pohlaví při odchodu do důchodu ve stejném věku pro muže i pro ženy bude rovnoprávná i vzhledem ke střední době dožití v daném důchodovém věku. Otázkou zůstává, zda dříve nastane statistická rovnost, nebo změna v legislativě... ■

BOJ S POJISTNÝM PODVODEM: HLASOVÝ ANALYZÁTOR SPOLEHLIVĚ ODHALÍ PODVODNÍKY

JUDR. LUDVÍK BOHMAN / ŘEDITEL ÚSEKU PRÁVNÍHO, COMPLIANCE A VYŠETŘOVÁNÍ / ALLIANZ POJIŠŤOVNA

Češi čím dál častěji vymýšlejí, jak se obohatit na pojistných událostech, ať už zcela fiktivních nebo alespoň trochu „přibarvených“. V boji s tímto nešvarem pomáhá od letošního roku Allianz pojišťovně unikátní nástroj. Jde o hlasovou analýzu telefonních hlášení. Přístroj, který původně vznikl v Izraeli pro armádní účely, pracuje podobně jako detektor lži. Místo tepu a potu se však zaměřuje na hlasovou křivku.

Oblast vyšetřování podvodů prošla ve druhé polovině roku 2013 reorganizací v několika oblastech. V souvislosti s narůstajícím počtem odhalených pojistných podvodů jsme letos do procesu detekce zapojili i tzv. hlasový analyzátor, jakousi obdobu „detektoru lži“. Déle než rok jsme jej testovali a prošel několika fázemi ověřování. V první fázi jsme vybrali deset nahrávek telefonátů se staršími případy, u kterých jsme v minulosti jednoznačně jinými metodami prokázali, že šlo o podvod. Pak jsme vzali vzorek poctivých hlášení, která popisovala prokazatelně oprávněné škody. Anonymně a náhodně jsme nechali případy „promíchat“

a překvapila nás vysoká míra přesnosti jejich odhalení. Experti pracující s tímto hlasovým detektorem dokázali téměř stoprocentně rozpoznat, kdy šlo o podvod a kdy o normální pojistnou událost. A to pouze na základě analýzy křivek hlasu při prvotním hlášení, takže velmi rychle, zatímco my jsme na jejich odhalení potřebovali delší dobu, a navíc různé metody šetření. Proto jsme tento speciální software začali po ověřovacích zkouškách postupně zařazovat do „ostrého“ provozu. Zatím jej používáme u vybraných typů pojistných událostí, ale s jeho širším nasazením budeme pokračovat především v pojištění majetku občanů,

a hlavně majetku podnikatelů, kde vidíme největší potenciál a negativní trend v pojistných podvodech.

Co můžeme o přístroji prozradit?

Například to, že tento hlasový analyzátor neboli detektor je velmi propracovaný počítačový program, který vznikl původně pro armádní účely a tajnou službu. Postupně jej ale začínaly využívat i pojišťovny. Největší



JUDr. Ludvík Bohman

zkušenosti s ním mají hlavně pojistitelé ve Velké Británii, kde dlouhodobě vykazuje vysokou úspěšnost. A protože i naše pojišťovnictví se v posledních letech digitalizuje a začínají do něho pronikat moderní technologie, čeká tento nástroj díky jeho velké spolehlivosti světlá budoucnost i na tuzemském trhu. Fungování je v podstatě velmi jednoduché – telefonní rozhovory se vždy se souhlasem volajícího nahrávají a software v tomto hovoru vyhodnocuje a analyzuje strukturu hlasu jednotlivých volajících. Know-how softwaru je v tom, že umí rozpoznat, co se děje s emocemi člověka, když lže. V hlase umí nalézt dopad lživých emocí a z toho pak vyhodnotit, ve kterých otázkách volající mluvil pravdu a kdy ne. Nejde jen o výšku či hloubku hlasu, ale o téměř mikroparametry jeho struktury, rychlost mluvy, emocionální zabarvení a další fyziologické projevy a mnohé jiné parametry, které, když se navzájem propojí, mohou vykazovat jistou míru shody, nebo nesrovnalosti. Není to tak, že lež je v telefonu jednoduše slyšet.

Co analyzátor rozpozná?

Umění tohoto softwaru tkví v tom, že dokáže rozlišit opravdové emoce a rozrušení, s nimiž je pojistná událost často spojena, zejména u velkých škod nebo zdravotních újem, oproti vědomému lhaní. Detektor dokáže identifikovat výkyvy emocí a rozpoznat nejen lež, ale i „pouhé“ zatajení určitých skutečností. Samozřejmě software není všemocný, důležitá je i lidská součinnost. Správně kladenými a předepsanými otázkami jeho fungování podporuje operátor nebo jiný pracovník pojišťovny, který nejprve položí volajícímu úvodní otázky a dotazuje se na jméno, příjmení, adresu... V tom lidé nelžou, takže podle

těchto pravdivých odpovědí na standardní otázky si software volajícího hlas „nakalibruje“ na pravdivou mluvu. Následně zákazník odpovídá na další otázky zaměřené na samotnou pojistnou událost. Pravdivé odpovědi označí software zelenou barvou, oranžová signalizuje jisté nesrovnalosti a pravděpodobné vymyšlení si. Červená barva pak jednoznačnou lež. Podvodníka tedy může odhalit jakákoliv lživá odpověď, stačí i jediná. Ale obvykle jich je víc, protože čím jsou otázky konkrétnější, tím je pro volajícího těžší odpovídat pravdivě. A jak už jsem uvedl, software pozná i to, když si podvodník začne vymýšlet, mlžit nebo záměrně uhýbat. Pokud tedy víme, v jakých pasážích hlášení a v čem pojištěný lže, můžeme konkrétní část jeho tvrzení dále zkoumat. Existuje celá řada technologických nástrojů, které s pojistnou událostí pracují. Máme například vlastní systém, který umí ze všech škod, jež jsme řešili, na základě určitých parametrů vyfiltrovat určité procento

Spolupráce pojistného trhu

Na této platformě není třeba připomínat, že pojistné podvody jsou celospolečenským fenoménem. I když se Allianz jako kterákoliv jiná pojišťovna snaží být co nejúspěšnější sama za sebe, je dobře, že pojistitelé navzájem intenzivně spolupracují a informace o podvodných událostech si vyměňují. Konkrétním příkladem je i software SVIPO, jenž vznikl právě na půdě České asociace pojišťoven a který shromažďuje veškeré pojistné události, jež se na trhu odehrály. Všichni pojistitelé mohou do databáze nahlížet a ověřovat si, zda pojistná událost, kterou právě řeší, nebyla hlášena a likvidována i jinde. Víme, že nikdy neodhalíme všechny podvodníky, ale jednoznačně máme vůči všem poctivým klientům, kterých je stále většina, povinnost se o to pokusit. Ani od hlasového analyzátoru neočekáváme spásu a stoprocentní řešení problému pojistných podvodů. Je to

„**Umění hlasového analyzátoru tkví v tom, že dokáže rozlišit opravdové emoce a rozrušení, s nimiž je pojistná událost často spojena.**“

těch, které vykazují podezřelé skutečnosti. To pak umožňuje zacílit ještě dále naši pozornost. A samozřejmě stále je nezastupitelná a velmi důležitá úroveň a kvalita lidského faktoru, tedy vyšetřovacího týmu. Čím má pojišťovna kvalitnější lidi, tím je v odhalování podvodů úspěšnější.

však další nástroj, který jednoznačně zvýší naši úspěšnost, tipuji až o desítky procent, což by v přepočtu na finance mohlo uchránit desítky milionů korun. I když je před námi dlouhá cesta, již první výsledky naznačují, že jsme v realizaci naší vize vykročili správným směrem. ■



FATCA: DOHODA MEZI ČESKOU REPUBLIKOU A USA VE FINÁLNÍ FÁZI

ING. JAROSLAV MESRŠMÍD, CSC. / ANALYTIK / ČESKÁ ASOCIACE POJIŠŤOVEN

Podle vyjádření Ministerstva financí byla 4. února 2014 odsouhlasena na úrovni expertů Dohoda mezi Českou republikou a Spojenými státy americkými o zlepšení dodržování daňových předpisů v mezinárodním měřítku a s ohledem na právní předpisy Spojených států amerických o informacích a jejich oznamování obecně známé jako Foreign Account Tax Compliance Act (dále jen „Dohoda FATCA“). I přestože by měla americká strana ještě potvrdit český text dohody, vláda ČR ji schválit a obě smluvní strany ji podepsat, je možné konstatovat, že příprava na realizaci FATCA se nachází ve finální fázi.

V čísle 4/2012 Pojistného obzoru bylo již vysvětleno¹, co se FATCA rozumí, proč byla připravena modelová dohoda o podpoře a provádění FATCA, kterou jako první podepsala s USA 12. 9. 2012 Velká Británie, jakým způsobem se FATCA dotýká pojišťoven a jaké povinnosti z ní pro pojišťovny vyplývají. Jelikož od listopadu 2012, kdy byl zmíněný článek připraven, uplynulo zhruba jeden a půl roku, tak je důležité shrnout, co se za zmíněné období událo, a upozornit mimo jiné konkrétně na implementaci Dohody FATCA v České republice.

Mezinárodní měřítko

Modelová mezvládní dohoda o zlepšení dodržování daňových předpisů a provádění zákona FATCA², která sloužila jako základ pro dohodu mezi USA a Velkou Británií, byla zveřejněna 26. 7. 2012. Jistě i na základě výsledků bilaterálních jednání USA se zainteresovanými státy doznala modelová dohoda v uplynulém období určitých změn, takže experty odsouhlasená dohoda mezi USA a Českou republikou není zcela identická s dohodou USA – Velká Británie. Nemá se přitom na mysli Příloha II této dohody, která je vždy předmětem bilaterálního vyjednávání, neboť se v ní jedná o vymezení druhů účtů/produktů, které nemusí být oznamovány, a entit (subjektů), jež nemusí oznamovat. Je samozřejmé, že například jednotlivé pojistné/penzijní produkty nabízené v jednotlivých členských státech EU se liší, a musí se tedy k vynětí přistupovat specificky.

V této souvislosti je třeba podotknout, že Dohoda FATCA obsahuje doložku nejvyšších výhod ve prospěch České republiky a tento princip byl použit i u jiných bilaterálních dohod.

Vývoj v USA

Vyvíjela se ovšem nejen modelová dohoda, ale také právní předpisy Spojených států. 17. 1. 2013 byla zveřejněna finální prováděcí opatření³ k FATCA, která přinesla určité změny oproti modelové dohodě. Z konzultace, jež proběhla na zasedání Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) v Paříži ve dnech 11. 2.–12. 2. 2013 vyplynulo, že Spojené státy nemají nic proti tomu, aby v případě identifikace rozdílu mezi konkrétní mezvládní dohodou a prováděcími předpisy použila finanční instituce příslušné ustanovení z finálních prováděcích předpisů, jestliže se jí to bude jevit jako výhodnější. Tyto zjištěné rozdíly se mohly rovněž stát (a v případě České republiky se staly) předmětem vyjednávání o Dohodě FATCA. 12. 7. 2013 vydalo Ministerstvo financí Spojených států Oznámení⁴, kterým byly posunuty termíny pro implementaci určitých ustanovení FATCA o 6 měsíců. Původně stanovený termín 1. 1. 2014 byl prodloužen na 1. 7. 2014 u následujících ustanovení:

- postup při otevírání nových účtů;
- kontrola již existujících závazků (s výjimkou monitorování zůstatku účtu nebo hodnoty již

existujících účtů k určení, zda je vyžadováno rozšířené přezkoumání, které je odloženo o 1 rok – do 31. 12. 2015);

- srážková daň při nesdělování informací.

Posunutí termínů se nedotkne prvního oznamování informací, které je povinné od 31. 3. 2015 a zahrnuje pouze informace o účtech spravovaných v roce 2014, pokud se v mezvládní dohodě nesjedná jinak. Z Oznámení vyplynul i finální termín pro registraci zahraničních finančních institucí na portálu IRS⁵ stanovený do 25. 4. 2014. Za období od listopadu 2012 se markantně zvýšil počet států, které s USA podepsaly Dohodu FATCA. K 25. 2. 2014 dosáhl jejich počet 22, z toho tři byly podepsány v prvních dvou měsících roku 2014 (v lednu dohoda USA – Itálie, v únoru dohoda USA – Kanada a USA – Maďarsko).

FATCA na jednání vlády ČR

Zmíněný článek⁶ v Pojistném obzoru č. 4/2012 končil tím, že Ministerstvo financí rozeslalo na počátku listopadu 2012 do vnějšího připomínkového řízení materiál pro vládu ČR, který obsahoval informace o zákonu FATCA a rozbor možností dalšího postupu České republiky. Vláda jej projednala 12. 12. 2012 a přijala usnesení č. 919, kterým vyjádřila souhlas za účelem minimalizace negativních dopadů vyplývajících z FATCA zvolit mezvládní přístup podle tzv. recipročního

¹ MESRŠMÍD, J.: FATCA: Jaký bude vliv na pojišťovny? Pojistný obzor č. 4/2012, s. 6–7

² FATCA = Foreign Account Tax Compliance Act = zákon o dodržování právních předpisů v případě zahraničních účtů

³ FATCA, Treasury Regulations § 1.1471 - § 1.1474 As released January 17, 2013

⁴ Notice 2013-43 – Revised Timeline and Other Guidance Regarding the Implementation of FATCA

⁵ IRS = Internal Revenue Service (Daňová správa Spojených států)

⁶ Viz odkaz 1

modelu vytvořeného Spojenými státy po dohodě s Velkou Británií, Německem, Francií, Itálií a Španělskem. Současně bylo ministru financí uloženo předložit vládě návrh směrnice pro jednání o Dohodě FATCA. Tento úkol byl splněn, a tak mohla vláda 2. 5. 2013 projednat směrnici pro expertní jednání a přijmout usnesení č. 331, kterým ji schválila a uložila ministru financí zahájit jednání s představiteli

ČR by mohla návrh Dohody FATCA projednat a schválit do konce března 2014 a že Dohoda FATCA by mohla být podepsána do poloviny dubna 2014. Vycházelo se zvláště z toho, že je žádoucí podepsat Dohodu FATCA před finálním termínem pro registraci u IRS, tedy před 25. 4. 2014, a to z toho důvodu, aby české finanční instituce se již mohly registrovat jako ZFI dodržující požadavky, což by jim umožňo-

Přínosy Dohody FATCA

Jak bylo naznačeno výše, jednotlivé dojednané Dohody FATCA mezi Spojenými státy a zatím 22 partnery nejsou identické. Faktickým důkazem toho je, že dohoda o implementaci FATCA mezi USA a Velkou Británií má sedm článků a expertně dohodnutá Dohoda mezi USA a ČR jich má deset, i když věcně nejde o žádné zásadní rozdíly. Větší význam než případná komparace podepsaných Dohod FATCA má v tomto článku odpověď na otázku, v čem spočívají přínosy Dohody FATCA pro ČR, resp. pro finanční instituce ČR. Taková shrnující a výstižná odpověď je dána Ministerstvem financí v Předkládací zprávě k návrhu Dohody FATCA rozeslané k externím připomínkám dne 18. 2. 2014, a to v níže uvedeném znění: „Hlavní přínos Dohody spočívá v jednotném řešení pro finanční instituce v rámci celé České republiky, což povede ke snížení jejich administrativních nákladů, v posunu data, od kterého bude účinné ustanovení o srážkové dani ve vztahu k finančním institucím v České republice, dále např. ve skutečnosti, že finanční instituce v České republice, které plní svou oznamovací povinnost, nebudou nuceny srážet daň nespolupracujícím majitelům účtu nebo mu zrušit účet (pokud IRS obdrží informace o tomto účtu), ve zvýšení hranice stanovené pro určení ovládací osoby z 10 % na 25 % v souladu s doporučením Finančního akčního výboru – FATF, ve vyjednání dalších neoznamovaných produktů a stále otevřené možnosti vyjednat v případě změny české sektorové legislativy další neoznamující instituce nebo produkty. Zároveň Dohoda umožní české finanční správě pravidelně na základě automatické výměny získávat od IRS údaje o českých daňových rezidentech majících účty u finančních institucí ve Spojených státech.“

FATCA a pojišťovny

Pojišťoven provozujících pojišťovací činnost na území České republiky (vyjma FOS)⁸ se FATCA dotýká, neboť z hlediska tohoto zákona jde o zahraniční finanční instituce. FATCA pokrývá však jen pojistné produkty životního pojištění a z nich jen některé, a to ty, jež lze podřadit pod „smlouvu o pojištění důchodu“ nebo pod „pojistnou smlouvu s kapitálovou hodnotou“ tak, jak jsou tyto pojmy vymezeny v návrhu Dohody FATCA mezi USA a Českou republikou. K tomu je nutno dodat jednu velmi podstatnou skutečnost. Při jednání o Dohodě FATCA mezi USA a Českou republikou, pokud jde o znění Přílohy II, se podařilo dohodnout, že mezi tzv. vyňaté produkty, jež nebudou

Mezi tzv. vyňaté produkty, jež nebudou podléhat FATCA, bude v ČR patřit rovněž soukromé životní pojištění, ovšem při splnění podmínek stanovených v Dohodě FATCA.

Spojených států amerických. K tomu došlo v červnu 2013 a text návrhu Dohody FATCA byl dojednaný na úrovni expertů 4. 2. 2014. 18. 2. 2014 se pak zahájilo vnější připomínkové řízení k dalšímu materiálu pro vládu ČR, tj. k návrhu Dohody mezi Českou republikou a Spojenými státy americkými o zlepšení dodržování daňových předpisů v mezinárodním měřítku a s ohledem na právní předpisy Spojených států amerických o informacích a jejich oznamování obecně známé jako Foreign Account Tax Compliance Act. Je nutno zmínit, že nedílnou součástí návrhu Dohody FATCA jsou dvě velmi významné přílohy:

- Příloha I: Povinnosti prověřování při zjišťování a oznamování informací o účtech podléhajících oznamovací povinnosti ve Spojených státech a o platbách neúčastnícím se finančním institucím;
- Příloha II: S níže uvedenými entitami se nakládá jako s osvobozenými skutečnými vlastníky, nebo případně jako se zahraničními finančními institucemi (ZFI) dodržujícími požadavky, a níže uvedené účty jsou vyňaty z definice finančních účtů.

Předpoklad podpisu

K návrhu Dohody FATCA připravilo MF Předkládací zprávu, v níž zdůvodňuje účelnost uzavření Dohody FATCA, podává charakteristiku přejímaných závazků, popisuje uplatňování Dohody FATCA podle právního řádu ČR, hodnotí dopad provádění Dohody na státní rozpočet, provádí zhodnocení souladu Dohody FATCA s ústavním pořádkem a ostatními součástmi právního řádu České republiky a naznačuje další vývoj – po projednání návrhu Dohody FATCA vládou ČR a po jejím podpisu. V materiálu pro vládu se předpokládalo, že vláda

valo nepodléhat přímé oznamovací povinnosti u IRS a nesjednávat s IRS smlouvu v tomto smyslu; v úvahu by nepřipadalo ani uplatnění srážkové daně Spojenými státy vůči nim.

Rozdílný vývoj

Takový vývoj však nenastal. Ministerstvo financí nemohlo předložit výše uvedený materiál k projednání vládě ČR z toho důvodu, že neobdrželo z USA oficiální schválení české verze Dohody FATCA. Obě strany se však chtěly vyhnout jakýmkoli komplikacím a duplicitám v souvislosti s registrací. Proto USA zvolily takové řešení, že byla Česká republika zařazena na seznam států, které jsou považovány za jurisdikce, jež americké Ministerstvo financí pro účely uplatňování srážkové daně považuje za ty, s nimiž je dohoda k implementaci FATCA sjednána, a to k datu 2. 4. 2014. ČR se zařazením na seznam souhlasila. Tím je možno realizovat například registraci až do konce roku 2014 a Dohodu FATCA podepsat později než v dubnu 2014. Také například povinnost prvního oznamování se pro finanční instituce posunuje na 30. 9. 2015. Jakmile vláda ČR schválí Dohodu FATCA, tak zřejmě již nic nebude bránit tomu, aby bylo zahájeno vnější připomínkové řízení k návrhu zákona, kterým se mění některé zákony v souvislosti s Dohodou FATCA (dále jen „návrh lex FATCA“)⁷. Optimální by podle Ministerstva financí bylo, kdyby tento zákon nabyl účinnosti 1. 1. 2015, nejpozději v polovině roku 2015, aby české finanční instituce mohly začít plnit své povinnosti z Dohody FATCA v souladu s právními předpisy ČR. Toto je čtvrtý a asi závěrečný materiál pro vládu ČR ve věci FATCA, neboť k výše uvedenému zákonu by měla být přravena prováděcí vyhláška, kterou ale není třeba předkládat k projednání vládě.

⁷ Aktuálně lze dodat, že MF ČR rozeslalo materiál do vnějšího připomínkového řízení dne 19. 5. 2014, i když vláda ČR zatím Dohodu FATCA neprojednala

⁸ FOS – Freedom of Services – svoboda dočasné poskytovat služby (týká se jen jiných členských států EU)



podléhat FATCA, bude patřit rovněž soukromé životní pojištění, které splňuje požadavky podle zákona České republiky o daních z příjmů. Dohoda FATCA však k tomu doplnila tři požadavky:

- celkové zaplacené pojistné za kalendářní rok je rovné nebo nižší 50 000 eur;
- pojistník, který je poplatníkem daně z příjmů, má bydliště v České republice nebo v členském státě Evropské unie a
- pojistné plnění je podmíněno dosažením věku 60 let.

Pojišťovny budou dle FATCA nuceny prověřovat pojistné smlouvy a zjišťovat, zda se v jejich pojistném kmeni nachází americká osoba.

Oznamování zjištěných údajů bude prováděno na příslušný finanční úřad v České republice. Obě tyto základní povinnosti pojišťoven vyplnou z českého zákona a prováděcího předpisu, kterými bude implementována Dohoda FATCA. Jednu povinnost – registraci – budou ale muset pojišťovny splnit přímo ve vztahu k IRS Spojených států.

Role ČAP

Je třeba zde také zdůraznit, že problematice FATCA se intenzivně a průběžně od srpna 2012 věnuje Česká asociace pojišťoven (dále jen „ČAP“). Zapojila se do činnosti PS FATCA při MF, kde se nejdříve aktivně podílela na revizi

překladač modelové dohody FATCA. Vypracovala připomínky k návrhům všech výše uvedených materiálů, které MF ČR předložilo k projednání vládě České republiky. Řadu otázek podrobně analyzovala a na základě toho mohla Ministerstvu financí předložit například návrhy na využití vybraných ustanovení finálních prováděcích opatření k FATCA při jednání o Dohodě FATCA mezi USA a Českou republikou, která se jevila jako výhodnější než ustanovení příslušné modelové dohody, či na vymezení vybraných pojistných produktů z působnosti FATCA. V této souvislosti lze konstatovat, že součinnost s Ministerstvem financí při řešení všech těchto otázek byla velmi konstruktivní a přinesla odpovídající výsledky. Je třeba si uvědomit, že FATCA je velmi náročná materie, co se týče překladač Dohody FATCA do češtiny, výkladu jejích ustanovení, právní i daňové implementace, ale i z hlediska realizační fáze, například prověřování pojistných kmenů pojišťoven.

Závěrem

Jako závěr tohoto přehledu o vývoji v oblasti FATCA od listopadu 2012 je rozumné použít příslušný níže uvedený odstavec z Předkládací zprávy k návrhu Dohody FATCA, který byl Ministerstvem financí rozeslán do vnějšího připomínkového řízení 18. 2. 2014 a jenž naznačuje, že v brzké době se podle vzoru FATCA rozšíří daňová spolupráce nejen mezi členskými státy EU, ale v mnohem širším měřítku: „Z mezinárodního hlediska Česká republika sjednáním Dohody deklaruje svoji aktivní účast v procesu vytváření mezinárodního systému výměny informací za účelem boje proti daňovým únikům. V této souvislosti je třeba zdůraznit, že dvoustranné dohody uzavřené k implementaci zákona FATCA se rychle staly inspirací pro OECD a Evropskou unii a jsou vnímány jako vzorový právní nástroj přispívající k efektivní správě daní reflektující globální ekonomiku. Jak návrh OECD společného standardu automatické výměny informací v oblasti daní, tak návrh EU novely směrnice o správní spolupráci v oblasti daní prakticky přebírají principy a postupy ve vzorových dohodách FATCA (tzv. „model I a II IGA“). Cílem těchto snah, tj. globální standardizace automatické výměny informací, je vyloučení současné praxe, kdy je problém daňových úniků pouze přesouván z jednoho státu na druhý. Dohoda by měla v České republice odstartovat zavedení procedur, které by měly být po přijetí právních nástrojů v OECD a EU pouze rozšířeny o oznamování a přijímání finančních informací o nerezidentech dalších států a o účtech českých rezidentů v těchto smluvních/členských státech.“

PROČ ODDĚLIT DOHLED NAD OBEZŘETNOSTÍ OD DOHLEDU NAD ODBORNOU PÉČÍ?

DANIEL TOŠNER / ASSISTANT MANAGER / AKTUÁRSKÉ SLUŽBY / KPMG VE STŘEDNÍ A VÝCHODNÍ EVROPE

Článek Zaostřeno na Britský úřad finančního dohledu z prosince 2013 vyvolal mezi čtenáři Pojistného obzoru dotazy zaměřené na současné trendy britského orgánu výkonu dohledu ve finančních službách, resp. v pojišťovnictví. Nejvíce odbornou veřejnost zajímalo, co lze aktuálně vztáhnout na české podmínky.

Jen pro připomenutí, v minulém článku jsme popisovali, jakým způsobem se britský úřad Financial Services Authority (FSA) vypořádal s úkolem vykonávat dohled nad finančním trhem. Měl přitom dosahovat čtyři základní cíle:

- důvěru ve (finanční) trhy;
- finanční stabilitu;
- ochranu spotřebitele;
- potlačování hospodářské trestné činnosti.

Zmíněné cíle a problémy dohledu jsme zmínili jen okrajově v souvislosti s makro i mikro pohledem na účastníky trhu.

Konec působení FSA

Kořeny problémů ukončení činnosti FSA spočívají již ve vymezení shora zmíněných cílů, mezi nimiž existuje konflikt. FSA je sice všechny svou činností pokrýval, neboť šlo o požadavek zákona o trhu finančních služeb (Financial Services Markets Act, FSMA), problémem však byla míra jeho naplňování, resp. dosahování všech čtyř cílů současně. Největší střet zájmů při naplňování cílů se totiž odehrával mezi sledováním finanční stability, tj. v pohledu na ekonomiku jako celek (makro) a pohledu na dohlížený subjekt jako jednotlivou entitu (mikro), kam spadá např. ochrana spotřebitele. FSA totiž makro pohled dlouhodobě zanedbával, což bylo ostatně vidět např. na dlouhodobě stagnujícím počtu zaměstnanců, kteří se této oblasti věnovali. Ostatní oddělení ve FSA naopak personálně rostla. Při výkonu dohledu tak ani dohledové týmy, ani management

nedostávaly potřebné informace a nemohly je zohlednit ve svých rozhodnutích. Stejně tak při stanovování dalšího směřování orgánu dohledu nebyla finanční stabilita velkou prioritou. Ve výsledku FSA uplatňoval spíše mikro pohled a celkový stav trhu či sledování širších souvislostí mu unikalo. Nastíněný nedostatek se stal velkou překážkou během finanční krize. FSA totiž nebyl rovnocenným partnerem centrální banky Bank of England, protože nebyl na krizi připraven – neměl k dispozici dostatečné nástroje pro řízení trhu a neuměl kvalitně s centrální bankou komunikovat, co se týče např. poskytování dat, která banka potřebovala k monitorování situace.

Co se (ne)stalo?

Objasnit důvody, které problémy způsobovaly, není jednoduché, nicméně většinově přijaté vysvětlení uvedl Ekonomický výbor Sněmovny Lordů ve své zprávě Banking Supervision and Regulation¹. Ta tvoří součást legislativního procesu, kterým Velká Británie reaguje na finanční krizi a jenž mění FSMA zavádějící též dohled na finančním trhu (dále jen novela). Podle této zprávy FSA upřednostňoval mikro pohled z pragmatických důvodů: výsledky jsou rychleji vidět, jsou snadněji měřitelné a jsou také politiky žádanější. Naproti tomu makro pohled je poměrně náročná disciplína, jejíž výsledky se obtížněji měří a která může mít nižší politickou „viditelnost“ či dopady v krizi. A to i přesto, že právě v krizi je daleko více zapotřebí (a udržuje hospodářství v chodu). Je proto přirozené, že orgán dohledu potlačil

jednu oblast a zaměřil se na jinou, u které jsou výsledky více a dříve vidět.

Rozdělení kompetencí ve FSA

Jediným řešením bylo oba konfliktní cíle od sebe celkově oddělit, každou oblast svěřit jiné organizaci, a tím zřídit dva na sobě nezávislé orgány dohledu. Pro takové uspořádání se v angličtině používá termín twin peaks (volně přeloženo jako dvojí pohled). Původním záměrem bylo ponechat část kompetencí FSA a zbývající část vyvést mimo něj. V souvislosti s finanční krizí se však příjemcem nakonec stala jen centrální banka. Na základě novely získala centrální banka do své péče bezpečnost a zdraví dohlížených firem, v pojišťovnictví včetně ochrany pojistníka. Kromě stávající monetární stability se tedy nově začala věnovat finančnímu trhu, konkrétně dohledu obezřetnostní stránky (tzv. prudential supervision²), který se týká finančních institucí s potenciálem ohrozit finanční stabilitu ekonomiky, jakož i některých jednotlivých sektorů s obdobnými prvky (např. jediná pojišťovna v oblasti odpovědnosti advokátů, bez jejíž činnosti by nebylo možné advokacii vykonávat). Pod dohlížené subjekty proto například nespádají zprostředkovatelé pojištění či zajištění (a to ani v Lloyd's). V mezidobí na finanční krizi rovněž zareagovala Evropská unie. Jako součást balíku opatření uložila členským státům hlídat systémové riziko (tzv. systemic risk). Jde o podobný koncept jako shora uvedený potenciál finanční instituce při problémech ohrozit širší ekonomiku. Centrální banka tak převzala odpovědnost i za tento úkol.

¹ <http://www.publications.parliament.uk/pa/ld200809/ldselect/ldeconaf/101/101i.pdf> – čl. 118

² Překlad terminologie převzat od České národní banky

Další kompetence FSA

Zbývající část kompetencí FSA byla přesměrována. Za hlavní cíle novela stanovila ochranu spotřebitele, integritu trhu a fungující soutěžní prostředí se zaměřením na odbornou péči (tzv. conduct of business supervision). Při rozdělování kompetencí nedošlo ke změně v přístupu k dohledu (vše, co bylo uvedeno v předchozím článku ohledně filozofie, cyklu, týmů či mapování stavu prostřednictvím tematických záležitostí, platí), ovšem na základě nově definovaných cílů došlo k jejich úpravě díky již zmíněné novele, která mezi dohledové nástroje např. v oblasti odborné péče řadí oprávnění zakázat prodej určité služby nebo ji vůbec propagovat. Výsledkem byla sada priorit a operačních oblastí, mezi něž se například řadí ověřování obchodního modelu finančních institucí, a míry, do jaké zohledňuje ochranu spotřebitele či spolehlivost ochrany spotře-

tj. v určité nejistotě ohledně cílového stavu. Výsledkem bylo, že k datu účinnosti změny existovaly dva nezávislé funkční orgány dohledu s v rámci možností jasně vymezeným programem. Oba orgány dohledu se hlásí k filozofii založené na principu řízení rizik a oba hodnotí situaci v každé instituci podle jejího finančního zdraví a řízení rizik. Pro úplnost musíme dodat, že Bank of England má složitější strukturu, jejíž popis přesahuje možnosti tohoto článku. Za zmínku ovšem stojí její The Financial Policy Committee (FPC), tedy výbor odpovědný za celkový stav ekonomiky (tj. makro obezřetnostní záležitosti a shora zmíněné systémové riziko ve finančním systému). Bank of England tento na ní nezávislý výbor pouze spravuje. K dosažení svých cílů může FPC úkolovat jednotlivé orgány dohledu nebo např. doporučovat změny legislativy. To zcela přesahuje možnosti úřadu PRA, který se zabývá jen obezřetnostními

Srovnání s Českou republikou

V rámci srovnání s českým prostředím nejprve zmiňme, že výkon dohledu nad finančním trhem v České republice vykonává Česká národní banka (ČNB)⁴. Kromě toho ČNB na základě ústavy pečuje o cenovou stabilitu⁵. Zákon o ČNB to považuje za její hlavní cíl⁶ a vedle toho uvádí ještě další cíle: např. péči o finanční stabilitu⁷ či stabilitu finančního systému ČR. ČNB zároveň může dostat úkol i na základě jiného zákona⁸, kam spadá ochrana spotřebitele⁹ nebo výkon dohledu nad finančním trhem i ochrana pojistníka v pojišťovnictví¹⁰. ČNB se také musí věnovat systémovému riziku ohrožujícímu stabilitu finančního systému v České republice¹¹. Můžeme tedy říci, že ČNB se věnuje velmi široké škále úkolů a snaží se dosáhnout mnoha cílů, které vykazují mezi sebou stejné a možná vážnější konflikty, než řešil FSA.

ČNB se věnuje široké škále úkolů a snaží se dosáhnout mnoha cílů, které mezi sebou vykazují stejné a možná i vážnější konflikty, než řešil FSA.



Způsob výkonu dohledu na finančním trhu

by při prodeji (tj. i prostřednictvím externích distribučních kanálů). Snad jen pro úplnost – pod tuto oblast spadají subjekty v podstatě celého finančního trhu. Ve výsledku se tedy obě oblasti překrývají, ať už podle dohlížených subjektů, anebo v jednotlivých cílech (např. v ochraně pojistníka coby spotřebitele). Liší se ovšem v globálních cílech a v celkových nástrojích.

požadavky finančních institucí, a stává se tak jedním z výkonných nástrojů FPC. Nicméně záběr FPC je daleko širší. V současné době např. sleduje a v případě potřeby doporučuje vládě změny týkající se vládního programu pro podporu stavebnictví a výstavby obytných domů a vyhodnocuje jeho dopady na finanční systém³.

Nástupnické organizace

Na dceřinou společnost Bank of England – Prudential Regulation Authority (PRA) – přešla část pravomocí odpovídající obezřetnostnímu dohledu. Společně s nimi bylo převedeno cca 1 500 zaměstnanců i se spisy. FSA se přejmenoval na Financial Conduct Authority (FCA) a dnes má coby tatáž právnická osoba odlišný název i cíl činnosti. K vlastnímu oddělení došlo v dubnu 2013, tedy k datu účinnosti novely. Zajímavé je, že celá akce se připravovala současně s legislativními pracemi na novele,

Dopad na dohlížené subjekty

Díky transparentnímu postupu FSA sledovaly finanční instituce např. své zařazení v rámci dohledových cyklů a zjišťovaly konkrétní dohledové týmy, pod které spadaly. Z hlediska obsahu očekávaly bližší konkretizaci nové oblasti dohledu odborné péče ze strany FCA a připravovaly se na požadavky obou dohledových orgánů. Se vstupem novely v účinnost se pro firmy vlastně nic dramaticky nezměnilo, neboť o všem věděly dopředu.

ČNB na svých stránkách zveřejnila Strategii v oblasti dohledu¹², kde uvádí, že vychází z pravidel Basilejského výboru pro dohled v bankovním sektoru. Prioritou je pro ni stabilita finančního systému ČR (jde tedy o makro pohled), přičemž hodlá využít „vpřed hledící“ systém vyhodnocování rizikového profilu a míry systémové významnosti dohlížených institucí. Kromě toho ČNB zveřejnila Konceptci dohledových činností¹³, která se opět vztahuje na bankovní sektor. V ní uvádí, jak bude v praxi naplňovat svou strategii – např. jak bude přezkoumávat rizikový profil firmy či posouzení vnitřně stanoveného kapitálu. Pro oblast pojišťovnictví ČNB takové dokumenty k dispozici nemá, nicméně pravidla vycházející z Basilejského výboru a směrnic Evropské unie v bankovníctví stojí na podobných filozofických základech jako Solvency II v pojišťovnictví. Můžeme se proto domnívat, že filozoficky se způsob výkonu dohledu nezmění a že se bude vztahovat na všechny sektory finančního trhu. Zajímavý je proto přístup ČNB k odborné péči, resp. ochraně spotřebitele,

³ Více viz Speech Comparing UK and US macroprudential systems: Lessons for China (11 May 2014)

⁴ Viz § 2 odst. 2 písm. d) zákona č. 6/1993 Sb., o České národní bance, ve znění pozdějších předpisů

⁵ Článek 98 odst. 1 Ústavy České republiky

⁶ § 2 odst. 1 zákona č. 6/1993 Sb., o České národní bance, ve znění pozdějších předpisů

⁷ tamtéž

⁸ § 2 odst. 2 písm. f) zákona č. 6/1993 Sb., o České národní bance, ve znění pozdějších předpisů

⁹ Viz § 23 odst. 9 zákona č. 634/1992 Sb., o ochraně spotřebitele, ve znění pozdějších předpisů

¹⁰ Viz § 84 odst. 1 zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů

¹¹ Viz § 2a zákona č. 6/1993 Sb., o České národní bance, ve znění pozdějších předpisů

¹² Více viz https://www.cnb.cz/cs/dohled_financni_trh/strategie_dohledu.html

¹³ https://www.cnb.cz/cs/dohled_financni_trh/vykon_dohledu/supervisory_disclosure/koncepce_dohledovych_cinnosti.html

pro kterou není definována žádná strategie. Z postupně zveřejňovaných informací (tisková zpráva ČNB¹⁴, rozhovory s Helenou Kolmanovou odpovědnou za ochranu spotřebitele¹⁵) můžeme vyzkoušet několik znaků:

- Na ochranu spotřebitele ČNB dohlíží tematicky samostatně a relativně nezávisle na dohledu v bankovním sektoru.
- ČNB uplatňuje reaktivní přístup, zakročí tedy, až když se o možném problému dozví z veřejných zdrojů (na rozdíl od „vpřed hledícího“ přístupu uplatňovaného u bank).
- Pozornost ČNB zaměřuje na předmluvní fázi služeb na finančním trhu; soustředí se tedy zejména na jednání, která vedou k uzavření smlouvy o finanční službě, tj. i té pojistné (výjimku tvoří spotřebitelský úvěr, který ochrana spotřebitele pokrývá zcela).
- ČNB k tématu přistupuje spíše z právního než ekonomického hlediska. Jde tedy o zjišťování, zda zkoumané jednání splňuje určité znaky vymezené zákonem či jinými pravidly a neřeší se tolik ekonomická podstata věci.
- Cílem dohledu je odstranit systematická porušování norem (v případě jednotlivých případů ČNB odkazuje spotřebitele na ochranu práv např. soudní cestou).
- V pojišťovnictví směřuje ČNB svou pozornost více na pojišťovny než na zprostředkovatele.

Poskytnout čtenáři srovnání české a anglické praxe můžeme jen částečně. Přístup k výkonu dohledu nad finančním trhem se podobá tomu ve FSA – je prospektivní a můžeme u něj očekávat konzistentnost napříč sektory. Je jen otázkou, jak se změní v reakci na změny s příchodem Solvency II. Velké rozdíly můžeme pozorovat ve vnímání ochrany spotřebitele, resp. odborné péče. FSA tuto agendu zvládal v rámci výkonu dohledu a nečinil v zaměření žádný rozdíl. Rozsah ochrany spotřebitele byl širší, což se jen znásobilo vznikem FCA. Naproti tomu v ČNB je ochrana spotřebitele z hlediska svého rozsahu užší a, jak již bylo řečeno, je spravována samostatně a reaktivně.

Organizační uspořádání

Z organizační struktury ČNB jsou důležité následující tři oblasti. Vlastnímu dohledu se věnuje Sekce dohledu nad finančním trhem¹⁶. Ta sestává jak z dohledu na místě, tak na dálku,

Organizační struktura ČNB

Bankovní rada			
Člen 1		Člen 2	
Samostatný odbor finanční stability		Sekce licenčních a sankčních řízení	
Sekce dohledu nad finančním trhem		Samostatný odbor ochrany spotřebitele	
	Obezřetnost		
Dohled na místě	✓		
Dohled na dálku	✓		

přičemž vnitřně se oba zaměřují buď na obezřetnostní stránku, nebo na odbornou péči dohledu. Tato sekce je podřízena společně se Samostatným odborem finanční stability témuž členovi bankovní rady (t. č. Vladimíru Tomšíkovi). Ochrana spotřebitele na finančním trhu navíc patří pod samostatný Odbor ochrany spotřebitele, který spadá pod jiného člena bankovní rady (t. č. Jiřího Rusnoka). Nejvyšším orgánem ČNB je bankovní rada, která má v případě správních rozhodnutí na finančním trhu právo rozhodovat v poslední instanci (rozklad), což zahrnuje obě shora uvedené části organizační struktury. Zajímavé je, že oběma tématům (tj. odborné péči a ochraně spotřebitele) se v ČNB věnují hned dva organizační útvary. Na první pohled se zdá, že se jejich náplň práce překrývá (v tabulce jde o barevně vyznačené oblasti). Proč tomu tak je? Kromě jednoznačně stanovených kompetencí pro Samostatný odbor pro ochranu spotřebitele (finanční vzdělávání, spotřebitelský úvěr, naplňování zákona na ochranu spotřebitele) není důvod pro dvoj- kolejnost zřejmý.

Rozdíly v činnosti

Zde se tedy činnost FSA a ČNB liší. Ochrana spotřebitele nebyla ve FSA jednak organizačně oddělena od výkonu dohledu, jednak se FSA vždy snažil, aby ve vztahu k finanční instituci vystupovala jediná osoba či dohledový tým. Pokud bylo třeba využít specialisty na určité téma, vždy se vzájemně zkoordinovali s příslušným dohledovým týmem. Dohlíženému subjektu tak vždy zůstávala jedna kontaktní osoba, maximálně jeden dohledový tým. Odlišný je i způsob, kterým došlo k přesunu pravomocí, který FSA považoval za jeden z projektů. Zajímavý byl zejména svou transparentností, a to jak dovnitř, tak ven – např. zaměstnanci mohli předem projevit své preference, a ovlivnit tím své budoucí zařazení

z hlediska obsahu, ale i zařazení. Svou významností takovému přesunu u nás odpovídá integrace orgánů dohledu do ČNB během let 2005 a 2006. Způsob a provedení integrace reflektovaly kulturu a vyspělost české společnosti, proto je porovnání obtížné, neboť míry transparentnosti FSA mohlo být dosaženo jen obtížně.

Nezávislé zhodnocení, nebo názor veřejnosti?

Z uvedeného výčtu vyplývá, že ČNB odpovídá za daleko širší škálu cílů a úkolů, než náleželo svého času FSA (tomu chyběla např. role centrální banky). Zdá se, že konflikt, kterému kdysi čelil FSA, se nevyhnutelně týká i ČNB. Původní myšlenka vedoucí k napsání článku směřovala ke srovnání našeho a britského dohledu finančního trhu. Nicméně z hlediska úplnosti podávané odpovědi musíme uvést, že možnost, jak uspořádat výkon dohledu, existuje nepřehledné množství, viz poslední vývoj v EU, konkrétně v Evropské Centrální Bance a zavedení Single Supervisory Mechanism¹⁷, který kombinuje makro i částečně mikro pohled u některých bank. Navíc z hlediska vazby na celkovou ekonomiku, resp. finanční systém, existuje nesporný rozdíl mezi bankovním sektorem a pojišťovnictvím. Otázka struktury a organizace dohledu finančního trhu jako celku je proto otázkou celospolečenskou. Své by k tématu proto mohla říci nejen širší veřejnost, od věci by nebylo ani celkové nezávislé zhodnocení způsobu, jakým ČNB naplňuje všechny uložené cíle¹⁸. Součástí posouzení by mohla být i efektivita ochrany spotřebitele / odborné péče ze strany ČNB, a to právě vzhledem k již zmíněnému jednoznačnému upřednostňování makro cílů. Modelů uspořádání dohledu je totiž mnoho a bylo by dobré zjistit, zda jsme s tím současným spokojeni. ■

¹⁴ http://www.klvc.cz/doc/Tiskovka_CNB.PDF

¹⁵ Rozhovory s Helenou Kolmanovou 1. „Pojišťovny už bojují s nekalými praktikami svých poradců, říká šéfka kontroly ČNB“ ze dne 16. dubna www.IHNED.CZ nebo „První pojišťovně hrozí pokuta od ČNB za jejího poradce“ ze 17. dubna na www.aktualne.cz

¹⁶ http://www.cnb.cz/cs/o_cnb/organizacni_struktura/ustredi/

¹⁷ www.ecb.europa.eu/ssm

¹⁸ Např. The Financial Sector Assessment Program prováděný společně IMF a World Bank

NÁMOŘNÍ POJIŠTĚNÍ: NEEXISTENCE SPOLEČNÉ LEGISLATIVY JE PROBLÉM

JUDR. PETR DOBIÁŠ, PH.D. / PRÁVNICKÁ FAKULTA UNIVERZITY KARLOVY V PRAZE

V současné době neexistuje přímá úprava námořního pojištění, která by byla obsažena v mnohostranné mezinárodní smlouvě. Právní regulace je proto tvořena hmotně-právní úpravou pojištění jednotlivých států, která však často neupravuje specifika námořního pojištění. Mezinárodní pojistný trh se ve zkoumané oblasti potýká s nejednotnou právní úpravou, jež se použije na základě kolizní normy. Proto vytvářejí nejvýznamnější pojišťovny, resp. jejich sdružení, formulářové smlouvy a zvláštní všeobecné podmínky pro oblast námořního pojištění.

Určování rozhodného práva

Nejprve se zaměříme na určování rozhodného práva pro smluvní závazkové vztahy vznikající v oblasti námořního pojištění v evropském mezinárodním právu soukromém a v právu Spojených států amerických.

Aplikační rozsah čl. 7 nařízení Řím I

Pro pojistné smlouvy kryjící velká rizika se použije čl. 7 odst. 1 nařízení Řím I bez ohledu na to, zda se kryté riziko nachází v členském státě EU, či nikoliv (oblast působnosti nařízení Řím I definují obecně čl. 1 a 2). Mezi velká rizika patří veškerá poškození, ztráty nebo zničení námořních plavidel. V případě pojištění velkých rizik se určí rozhodné právo podle nařízení Řím I následujícím způsobem (čl. 7 odst. 2):

- 1) volbou práva (neomezenou);
- 2) pokud nebude provedena volba práva, použije se právo státu, kde má pojistitel své sídlo (tj. místo umístění jeho ústřední správy v době uzavření smlouvy);
- 3) vyplývá-li ze všech okolností případu, že pojistná smlouva je zjevně úžeji spojena s jiným státem, použije se právo tohoto státu.

Použití práva jiného státu, než stanoví bod 2 na základě bodu 3 (tzv. únikové doložky), připadá v úvahu zejména v případě, že má pojistník bydliště, resp. sídlo v jiném státě než pojistitel a v tomto státě je zároveň umístěno pojistné riziko. Nařízení Řím I neřeší otázku, k jakému časovému okamžiku se posuzuje, zda se jedná o pojištění velkého rizika. V případě, že námořní plavidlo nebude vůbec

provozoschopné (např. bude určeno k sešrotování), lze dospět k závěru, že nemusí představovat velké pojistné riziko. Rozhodujícím pro hodnocení rizika by měl být proto okamžik uzavření pojistné smlouvy.

Námořní pojistné smlouvy v USA

Ve Spojených státech amerických se vychází při určování práva použitelného v mezinárodních námořních sporech z federální kolizní úpravy (U.S. Maritime Choice of Law Rules), která se opírá o relevantní judikaturu. Stěžejním je rozhodnutí Nejvyššího soudu Spojených států ze dne 25. 5. 1953 ve věci *Lauritzen v. Larsen*. V tomto judikátu se obecně připouští možnost provedení volby práva. Zvolené právo musí mít dostatečně významný vztah ke stranám a transakci (smlouvě) a nesmí být v rozporu se základními zásadami amerického námořního práva. Vzhledem k tomu, že v pojistných smlouvách uzavíraných americkými námořními přepravci bývá často zvoleno anglické právo jako právo státu, kde má sídlo pojišťovna (např. *Lloyd's*), lze stěží zpochybňovat vazbu mezi anglickým právem a pojistnou smlouvou. Jedinou možností jak vyloučit aplikaci doložky o volbě práva je prokázání její nedůvodnosti s ohledem na okolnosti případu (srov. též rozhodnutí Nejvyššího soudu Spojených států ze dne 12. 6. 1972 ve věci *Bremen v. Zapata*). Podle rozhodnutí Nejvyššího soudu Spojených států v kauze *Lauritzen v. Larsen* je pro případ neprovedení volby práva třeba zkoumat zájmy států a jejich příslušníků na aplikaci jejich právního řádu. Konflikt právních řádů má být řešen na základě zjištění a vyhodnocení pojetí mezi obchodní transakcí a právními řády států, jejichž aplikace připadá v úvahu. Vždy musí být především

zvažována vazba mezi námořní přepravní operací a zájmem státu na prosazení jeho státní suverenity (autority). Můžeme tedy shrnout, že ve smlouvě o námořním pojištění lze podle judikatury soudů Spojených států provést volbu práva. V případě neprovedení volby práva se použije právo, které má nejužší vazbu k pojistné smlouvě.

Prostředky vytvořené praxí mezinárodního obchodu

V mezinárodní pojistné praxi byly vytvořeny praktické příručky, formulářové smlouvy, vzorové smlouvy a všeobecné pojistné podmínky. Na jejich tvorbě se podílejí především pojišťovny, a dále i vládní a nevládní mezinárodní organizace.

Zpráva Konference OSN o obchodu a rozvoji

Konference OSN o obchodu a rozvoji (UNCTAD) vytvořila v roce 1982 Zprávu o právních a dokumentárních aspektech námořní pojistné smlouvy. Tato zpráva nejenže analyzuje mezinárodní smluvní pojistnou praxi, ale také obsahuje doporučení, vzory a všeobecné smluvní podmínky. Užitečná jsou především doporučení týkající se formulace a strukturování textu smlouvy (s. 41 a n.). Zajímavé je, že autoři považovali za vzorovou právní úpravu obsaženou v Norském námořním pojistném plánu pro přepravu zboží z roku 1967, a to z důvodu jejího komplexního charakteru a její logické provázanosti. Důvodem pozitivního hodnocení norské úpravy byla skutečnost, že text námořního pojistného plánu



Ilustrační foto: www.freeimages.com-pale

byl konzultován se zástupci z řad přepraveců, zasilatelů a reprezentantů obchodních a průmyslových komor. Přestože se jedná o dokument, který má závazný charakter pouze pro smluvní strany, které na něj odkáží ve smlouvě o námořním pojištění, je Zpráva doporučována jako vzor pro všechny státy světa, který může být modifikován s ohledem na potřeby smluvních stran a na nutně použitelná ustanovení rozhodného práva. Pojistná praxe prokázala, že pozitivní hodnocení UNCTAD bylo správné. Norský námořní pojistný plán má poslední verzi z roku 1996 (revidovanou naposledy v roce 2010), která dnes čítá i s přílohami úctyhodných 120 stran. Využitelnost Norského námořního pojistného plánu z roku 1996 však omezuje skutečnost, že jeho § 1 až 4 zakládá výlučnou příslušnost norských soudů, pokud má pojistitel sídlo v Norsku. Bez ohledu na sídlo pojistitele se použije jako rozhodné hmotné právo norský právní řád. Vzhledem k tomu, že všechny skandinávské státy (resp. pojišťovny se sídlem na jejich území) měly v roce 2012 podíl na vybraném pojistném v oblasti pojištění námořní přepravy 2,1 %, zatímco anglické pojišťovny Lloyd's a IUA měly podíl v stejném období celkem 9,1 %, nelze předpokládat významnější rozšíření aplikace tohoto vzorového dokumentu do budoucna. Anglické pojišťovny totiž logicky preferují použití vlastního práva a rozhodování sporů anglickými soudy (čl. 19 doložek Institute Cargo Clauses 2009).

Všeobecné německé pojistné podmínky

Autorem Všeobecných německých podmínek pojištění námořních plavidel z roku 2009 (DTV – ADS 2009) je Ústřední svaz německých pojišťovatelů (GDV), který se v těchto podmínkách snažil komplexně postihnout všechny relevantní otázky námořního havarijního pojištění plavidel. Z tohoto důvodu obsahují podmínky (jako v pořadí první) obecný oddíl, který definuje pojistný zájem, pojištění na vlastní a cizí účet (tj. pojištění ve prospěch třetí osoby), dobu trvání pojištění, pojistnou hodnotu, podpojištění, přepojištění, vícenásobné pojištění, pojistku, soupojištění, pojistné, informační povinnost, rozsah pojistného plnění, oznámení pojistné události, odpovědnost za porušení povinností, splatnost pojistného plnění, přechod práva na pojistné plnění a platební schopnost pojistitele. Zvláštní oddíly obsahují ustanovení určená pro doplňkové pojištění (připojištění: havarijní, proti konstrukční úplné škodě, proti ušlému zisku, proti poškození najetím na minu a proti válečným rizikům). Poslední oddíl se týká promlčení, rozhodného práva a příslušnosti soudů. S ohledem na regionální charakter DTV – ADS 2009 není překvapující, že rozhodným právním řádem je německé právo. Příslušným soudem je soud v místě, kde má sídlo pojistitel (event. hlavní pojistitel v případě množného pojištění). Pravidla DTV – ADS 2009 jsou doplněna o přílohu, ve které se vyplňují konkrétní údaje o pojištění (zvolený rozsah pojistného krytí,

vedoucí pojistitel, pojistná částka atd.). Novinkou z roku 2009 je možnost uzavření tzv. sankční klauzule, která stanoví, že bez ohledu na obsah pojistné smlouvy se neposkytuje pojistné krytí v případě, že je v rozporu s hospodářskými, obchodními nebo finančními sankcemi nebo embargem přijatými EU nebo Spolkovou republikou Německo (zvláště se akcentuje respektování sankcí Spojených států vůči Íránu). Vedle DTV – ADS 2009 určených pro pojištění námořních plavidel se používají podmínky DTV – Güter 2000/2011 určené pro pojištění přepravovaného zboží.

Doložky Institute Cargo Clauses 2009

Doložky A, B a C Institute Cargo Clauses Lloydovy tržní asociace a Mezinárodní pojišťovací asociace z roku 2009 nahrazují svého předchůdce Institute Cargo Clauses z roku 1982 zaniklého Institutu londýnských pojišťovatelů, které byly určeny především pro námořní přepravu. Doložky A, B a C se liší v podstatě pouze v obecném vymezení rozsahu pojistného krytí. Nejširší rozsah pojistného krytí nabízí doložka A, která obecně stanoví, že pojištění kryje všechna pojistná nebezpečí, která jsou předmětem pojištění s výjimkou těch, jež jsou uvedena ve vylukách z pojištění podle ust. čl. 4 až 7 přepravních pojistných doložek. Doložka A poskytuje nejširší pojistné krytí, avšak nejedná se o pojištění proti všem rizikům, protože z uvedeného generálního ustanovení existuje řada výjimek.

Určování pravomoci soudů

Analýza otázky určování pravomoci soudů je omezena na Českou republiku a Spojené státy americké, protože rozbor týkající se většího počtu států by byl nepřiměřený celkovému rozsahu tohoto článku.

Určování pravomoci českých soudů

Pravomoc českých soudů se určí podle § 6 a n. zák. č. 91/2012 Sb. (dále jen „ZMPŠ“) s možností sjednání prorogační dohody podle § 85 a 86 ZMPŠ. Přednostně se podle § 2 ZMPŠ použijí ustanovení mezinárodních smluv a nařízení EU, která upravují určování pravomoci. Relevantní mezinárodní smlouvy upravující pravomoc jsou smlouvy o právní pomoci. Před smlouvami o právní pomoci uzavřenými výlučně mezi členskými státy EU se přednostně použijí čl. 8 až 14 nařízení Brusel I. Ve vztazích mezi členskými státy EU, Švýcarskem, Islandem a Norskem se použijí ustanovení o pravomoci obsažená v Luganské úmluvě z roku 2007. Příslušnost pro spory týkající se přepravy zboží se určí pro signatáře Úmluvy OSN o námořní přepravě zboží z roku 1978 podle jejího čl. 21.

Určování pravomoci soudů v USA

Pro vnitrostátní námořní pojistné spory mohou mít pravomoc k rozhodování jak soudy federální, tak soudy jednotlivých států. Avšak pro civilní spory, jichž se účastní občané nebo

právnícké osoby z různých států, mají ve Spojených státech amerických pro řešení sporů v oblasti námořního pojištění pravomoc federální soudy (tzv. diversity jurisdiction podle hlavy 28, části IV, § 1332 Zákoníku Spojených států). Správnost závěru o pravomoci federálních soudů v oblasti námořního pojištění (konkrétně protipožárního pojištění námořního plavidla) potvrdil federální Odvolací soud pro devátý okres v rozhodnutí ze dne 4. 4. 1966 ve věci *Employers Mut. Ins. Co. v. Pacific Int. Nav. Judikatura* soudů Spojených států obecně uznává platnost ujednání o příslušnosti soudu. Prorogační dohody jsou považovány za neplatné jen v případě, že je zjevné, že přiznání účinků ujednání o příslušnosti soudů by bylo nedůvodné a nespravedlivé nebo je takové ujednání neplatné s ohledem na podvodné jednání nebo by zjednávalo nespravedlivou výhodu na úkor jiného prostřednictvím podvodného jednání nebo kvůli zneužití výhodnějšího podnikatelského postavení (tzv. overreaching v oblasti obchodního práva – definice převzata z *Barron's law dictionary*). V rozhodnutí Nejvyššího soudu Spojených států ze dne 15. 1. 1991 ve věci *Shute v. Carnival Cruise Lines* bylo stanoveno, že požadavek na dodržení řádného procesu vyžaduje, aby žalovaný, který není rezidentem ve státě, kde má sídlo soud, měl alespoň minimální vazbu na stát sídla soudu, protože jinak by docházelo k porušení tradičního pojetí poctivého jednání a skutečné spravedlnosti.

Alternativní řešení sporů

Spory v oblasti námořního pojištění jsou často řešeny v souvislosti s poškozením přepravovaného zboží nebo zavazadel. Musíme však odlišovat spory z přepravní smlouvy a smlouvy pojistné. V případě přepravní smlouvy budou aplikovány v mezích svého aplikačního rozsahu mnohostranné smlouvy o námořní přepravě zboží (např. čl. 22 Úmluvy OSN o námořní přepravě zboží z roku 1978), které určují i v jakém místě bude zahájeno rozhodčí řízení.

Rozhodčí řízení

V oblasti námořní arbitráže působí řada stálých rozhodčích soudů, mezi něž patří Londýnská asociace námořních rozhodců (dále jen „LMAA“) a Německá námořní arbitrážní asociace se sídlem v Hamburku (dále jen „GMAA“). Charakteristickým rysem tohoto typu arbitráže je, že v řadě případů bývá jedním z členů rozhodčího senátu námořní kapitán nebo jiná osoba se zkušenostmi z oboru námořní přepravy. Takové osoby jsou totiž schopny na základě svojí praxe a znalostí správně vyhodnotit skutkový stav (např. posoudit brzdnou dráhu námořního plavidla nebo vzdálenost, na kterou se plavidlo může s ohledem na své rozměry a hmotnost vyhnout útesu). Přestože je rozhodčí řízení rychlejší a flexibilnější než řízení soudní, vede délka rozhodčího řízení k tomu, že i tento méně



Ilustrační foto: Dreamstime.com

formalizovaný způsob řešení sporů není často využíván. Je to dáno tím, že v případě, kdy nákladní loď stojí v přístavu a čeká se na zpracování znaleckého posudku pro účely rozhodčího řízení, vzniká přepravci/provozovateli plavidla finanční ztráta, protože má již dlouhodobě dopředu nasmulované další zakázky, jež se týkají přepravy zboží. Ostatně řády těchto stálých rozhodčích soudů ani výslovně neupravují specifika pojistných sporů. Pravomoc rozhodců vymezují rozhodčí řády obou uvedených institucí široce a ponechávají na dohodě stran, které spory předloží k projednání a rozhodnutí (srov. čl. 10 The LMAA Terms 2012 a čl. 1 Schiedsordnung der GMAA 2013). Relativní novinkou je možnost rozhodování sporů před GMAA

sporů ve smírčím řízení z roku 2005. Řešení námořních pojistných sporů prostřednictvím mediace probíhá často v rámci advokátních kanceláří velkých pojišťovacích společností (např. Lloyd's) nebo specializovaných komor mediátorů (např. Maritime Solicitors Mediation Services – MSMS). Mediace v námořních sporech klade často vysoké nároky na profesionalitu mediátora. Proto se vyžaduje po mediátorovi při řešení tohoto typu sporů, aby absolvoval předepsaná školení, byl nezávislý a byl vázán povinností mlčenlivosti (srov. čl. 2 a 3 Sbírky zásad MSMS z 30. 7. 2003). Společnost Lloyd's mimo jiné pořádá školení a vydává certifikáty, které se týkají alternativních způsobů řešení námořních pojistných sporů a jež jsou široce uznávány komorami

Mezinárodní unifikace právní úpravy v oblasti námořního pojistného práva se nedá v dohledné době očekávat.

nestranným rozhodcem–znalcem na základě Řádu o znaleckém rozhodčím řízení z roku 2012 (Schiedsgutachtenordnung GMAA). Spory zde rozhoduje v jedné instanci na základě zásad spravedlnosti jediný nezávislý a nestranný rozhodce, který nesmí být v případném navazujícím řízení smírčem, mediátorem a rozhodcem. Zajímavostí je, že každá ze stran může až do zahájení řízení před rozhodcem–znalcem oznámit, že se odmítá účastnit řízení, což má za následek, že spor není možné v tomto typu řízení projednat. V řízení se postupuje podle německé procesní úpravy. Zvláštní řády pro námořní pojistné spory nenalezneme ani u stálých rozhodčích soudů, které se specializují na pojistnou arbitráž (Rozhodčí soudy CEFAREA, ARIAS US, ARIAS EUROPE a ARIAS UK).

Mediace a smírčí řízení

Výhodou mediace a smírčího řízení je maximální neformálnost a rychlost řešení sporu. Nevýhodou je naopak nezávaznost kompromisu, kterým může být skončen tento typ řízení. Při řešení námořních pojistných sporů se však vychází z toho, že kompromis bude respektován s ohledem na omezený okruh osob, jež se účastní řízení a které se navzájem znají v rámci poměrně uzavřeného okruhu podnikatelů (přepravce, zasilatel, odesílatel a příjemce) a významných námořních pojistitelů. V případě nerespektování kompromisního řešení sporu tak bude narušena důvěra vůči tomu, kdo jej nerespektuje, a ostatní podnikatelé budou zvažovat, zda s takovou osobou vstoupit do smluvního poměru. Z oblíbenosti smírčího řízení vychází i GMAA, která má samostatný řád pro řešení námořních

mediátorů. Mediátoři působící při MSMS musejí mít sjednáno i pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou profesní činností (čl. 8 Sbírky zásad MSMS z 30. 7. 2003). Mediace je tak v této oblasti poměrně formalizovaná, což je dáno velkou hodnotou pojistných námořních sporů.

Dispaš

Uvedené způsoby řešení sporů trpí zásadním nedostatkem, kterým je buďto jejich zdoluhavost (soudní a rozhodčí řízení) nebo nezávaznost řešení sporu (smírčí řízení a mediace). Proto bylo třeba vytvořit pro účely řešení námořních škodných událostí způsob řešení sporů, který bude prováděn odborně způsobilými osobami a zároveň bude neformální a rychlý. Za tímto účelem vznikla zvláštní profesní skupina havarijních komisařů–dispašérů, jež mají za úkol vyhotovit rozvrh vypořádání nároků ze společné havárie, který má v České republice účinky pravomocného soudního rozhodnutí a je vykonatelný podle § 71 odst. 4 zák. č. 61/2000 Sb., o námořní plavbě. V některých státech významných z hlediska námořní přepravy existují asociace dispašérů (např. Britská asociace havarijních komisařů). S cílem vytvoření mezinárodní úpravy určené pro dispašní řízení se konala již v roce 1864 v New Yorku první konference, na které byla vytvořena Yorská pravidla, jež byla záhy revidována v roce 1877 v Antverpách. Nejnovější znění Yorsko-antverpských pravidel pochází z roku 2004. Tato pravidla však nikdy nebyla transformována do podoby mezinárodní smlouvy a použijí se jen v případě, že na ně odkazuje smlouva o mezinárodní přepravě zboží.

Uznání a výkon soudních rozhodnutí a rozhodčích nálezů

Uznání a výkon cizích soudních rozhodnutí

Uznání a výkon cizích soudních rozhodnutí v majetkových věcech se nevyslovuje zvláštním výrokem, ale pouze se k nim přihlídně, jako by se jednalo o rozhodnutí českého orgánu veřejné moci (§ 16 odst. 1 ZMPS). Relevantní mezinárodní smlouvy upravující uznání a výkon rozhodnutí jsou smlouvy o právní pomoci a Haagská úmluva o uznání a výkonu soudních rozhodnutí v občanských a obchodních věcech z roku 1971. Haagskou úmluvou z roku 1971 není Česká republika vázána, a proto se aplikují smlouvy o právní pomoci. Před smlouvami o právní pomoci uzavřenými výlučně mezi členskými státy EU se ale použije přednostně nařízení Brusel I. Ve vztazích mezi členskými státy EU, Švýcarskem, Islandem a Norskem se použijí ustanovení o uznání a výkonu rozhodnutí obsažená v Luganské úmluvě z roku 2007.

Uznání a výkon cizích rozhodčích nálezů

V případě, že o námořním pojistném sporu bylo rozhodnuto v rozhodčím řízení, připadá do úvahy spíše okrajově aplikace § 120 až 122 ZMPS. Přednostně se totiž použije Newyorská úmluva o uznání a výkonu cizích rozhodčích nálezů z roku 1958, která má v současné době 149 smluvních států. Uznání a výkon rozhodčích nálezů upravují také některé smlouvy o právní pomoci. Nařízení Brusel I se podle čl. 1 odst. 2 písm. d) na uznání a výkon cizích rozhodčích nálezů nepoužije.

Závěr

V mezinárodním námořním pojistném právu vznikají komplikované právní otázky spojené s určováním rozhodného práva, vymezením obsahu smluvního závazku, stanovením pravomoci soudu, řešením sporů a uznáním a výkonem rozhodnutí. Mezinárodní unifikace právní úpravy v této oblasti se nedá v dohledné době očekávat, proto je regulace silně ovlivněna zájmy nadnárodních pojišťovacích společností a asociací pojistitelů. To se projevuje v obsahu smluvních pojistných podmínek, které jsou formulovány uvedenými subjekty způsobem, jenž akcentuje jejich postavení jako silnější smluvní strany vůči přepravcům a odesílatelům zboží. ■

Tento článek byl vytvořen v rámci programu PRVOUK P05 „Soukromé právo XXI. století“.

JAKUB HRADEC: STRATEGII NÍZKÝCH CEN VNÍMÁM SE ZDVIŽENÝM OBOČÍM

MGR. JAN CIGÁNIK / ŠÉFREDAKTOR / POJISTNÝ OBZOR

Pojišťovny v loňském roce předepsaly na povinném ručení pojistné ve výši 19,4 mld. Kč, to meziročně představuje propad o 1 %. K poklesu trhu došlo i přesto, že v roce 2013 bylo pojištěno o cca 116 tis. vozidel více než v předchozím roce. Na vině je zejména dlouhodobá cenová válka v povinném ručení a trvalý růst nákladů na škody. V roce 2013 dosáhly náklady pojišťoven na škody 87 % předepsaného pojistného. Růst byl patrný zejména u škod na zdraví, což je pro povinné ručení typické. V roce 2014 je pak očekáván skokový nárůst odškodnění za nemajetkové újmy v důsledku účinnosti nového občanského zákoníku. Na aktuální situaci jsme se zeptali výkonného ředitele ČKP Jakuba Hradce.

Povinné ručení v Česku začalo loni po letech zdražovat, přesto je průměrné pojistné 2700 Kč jedno z nejnižších v Evropě. Je to dostatečná výše?

Z analýzy České kanceláře pojistitelů jednoznačně vyplývá, že pokud mají být pojišťovny schopné dostát svým závazkům plynoucím z povinného ručení vůči poškozeným, tak musí úroveň pojistného jednoznačně stoupnout. A to nejméně o 20 procent! Souvisí to s často zmiňovaným dopadem legislativních změn, z nichž tu nejlépe vyčíslitelnou představuje povinný 3procentní odvod pojišťoven do Fondu zábrany škod. Nemůžu pak také nezmínit vliv nového občanského zákoníku, který obzvláště v oblasti škod na zdraví přináší poměrně zásadní rozšíření nároků poškozených na odškodnění vyplácené pojišťovnami. Je dokonce možné, že výsledky našich analýz ukazují nejnižší možnou variantu, a nelze tedy vyloučit, že na základě soudní praxe přinese budoucnost ještě vyšší částky a dopady pro pojišťovny. Zmíněných 20 procent je tak opravdu to nezbytné minimum.

Je podle vás sázka na nízkou cenu tou správnou strategií, jak udržet byznys povinného ručení a přilákat nové klienty?

Strategii nízkých cen považuji za velmi riskantní. Podhodnocení cen povinného ručení totiž může být jedním z významných faktorů případného bankrotu pojišťovny. To, že v případě úpadku pojišťovny máme v našem právním řádu připravené řešení pro poškozené v podobě garančního fondu, je samozřejmě

pravda, ale je zapotřebí si uvědomit, že to je pouze jakási záchranná brzda a že pokud by ke kolapsu pojišťovny skutečně došlo, tak by musely zbývající členské pojišťovny do garančního fondu vložit finance na zaplacení případných škod zkrachovalé pojišťovny. Logikou věci a platného zákona č. 168/1999 Sb., o povinném ručení, by pak pojišťovny musely tyto nepředpokládané výdaje promítnout do pojistného svým klientům. Ti by tak bankrot jiné pojišťovny okamžitě zaznamenali ve svých peněženkách. Proto opakuji, že byznysovou strategii nízkých cen vždy vnímám s pověšeným zdviženým obočím.

Poslední dobou se čím dál hlasitěji mluví o tom, že by český pojistný trh měla opustit jedna z pojišťoven, která se v cenových srovnáních obvykle zařazuje mezi ty nejnižší...

Tyto informace pochopitelně není možné konkrétně komentovat. Mlčenlivost, danou zákonem, vždy ctím. Česká kancelář pojistitelů má ve svých databázích detailní údaje o pojistných smlouvách povinného ručení a o pojistných událostech. To nám pak dovolu- je dělat konkrétní analýzy a výstupy pro členské pojišťovny. Když zjistíme, že jsou někde nedostatečné technické rezervy nebo že pojistné svou nízkou úrovní ohrožuje splnitelnost závazků, tak s pojišťovnou o situaci komunikujeme a poskytujeme jí analytickou podporu. Nemůžeme jí však nic nařizovat. To je role České národní banky. Obecně pak můžu snad jen říci, že kroky, které pojišťovny dělají v kontextu zmíněných legislativních změn a jejich



Foto: ČKP

Výkonný ředitel ČKP JUDr. Ing. Jakub Hradec

vlivu na blízkou budoucnost, jsou naprosto nedostatečné.

Čím si to vysvětlujete?

Podle mého názoru je to důsledek pětileté cenové války, která byla v posledních třech letech mezi pojišťovnami opravdu velmi intenzivní. Proto žádná společnost nechtěla v současnosti dělat razantní změny a spíše se vyčkávalo, jak zareaguje konkurence a co přicházející změny udělají s chováním klienta

– jak stávajícího, tak i potenciálního. Na druhou stranu je logické, že žádná pojišťovna nechce o své klienty přicházet, a spíše chce nové získávat – to je běžný a zcela pochopitelný obchodní záměr. Přesné zvážení aktuální situace je pro budoucnost každé pojišťovny v současné době klíčové.

Vedla v minulosti cenová válka k podobnému „podfinancování“ povinného ručení také v sousedních státech?

Současný stav v České republice není v mezinárodním kontextu ničím výjimečným. Na všech trzích s povinným ručením jsou patrné určité cykly ročníků, kdy se výsledky blíží černé nule a kdy se naopak objeví ročníky ztrátové. Země srovnatelné s Českou republikou, jako jsou Polsko, Slovensko i Maďarsko, rovněž nejsou v lehké situaci a procházejí obdobnými problémy jak my. Celkově pak škody v povinném ručení rostou všude v Evropě. Jedním z důvodů je vliv inflace, která úroveň odškodnění výrazně ovlivňuje. Je to o ohromném kvantu materiálních nároků, jako jsou ceny oprav čehokoli, co je poškozeno provozem vozidla, ceny oprav vozidel samotných, opravy silničních zařízení atd. V evropských zemích, které se pohybují v prostředí tržní ekonomiky, pak navíc platí, že zde významně rostou škody na zdraví. A to daleko rychleji než zmíněná inflace. Je to způsobeno kvalitou moderní lékařské péče, jež se s minulostí absolutně nedá srovnávat. Medicína, zejména pak v oblasti traumatologie, udělala nesmírný pokrok a je velmi náročná jak na odbornost a kvalitu lékařů, tak na technické vybavení traumatologických center. Procento přeživších po těžkých haváriích stále stoupá, a to je samozřejmě dobře. Má to však svoji cenu. Nejen lékařská specializace, ale i technické a technologické zázemí totiž stojí nemalé finanční prostředky, což se samozřejmě projeví v celkovém nárůstu ceny zdraví. Navíc pokles nehodovosti není tak výrazný, aby tyto cenové faktory kompenzoval.

A jak konkrétně je na tom vyspělá západní Evropa?

Není jednoduché se k tomu vyjádřit, ale jsem přesvědčen, že ztrátové ročníky v povinném ručení jsou v podstatě atributem deregulovaných sazeb pojistného. Podívejme se například na Německo. Dokud zde platila regulace, tím mám na mysli bývalé západní Německo, tak ztráta v povinném ručení byla spíše výjimečná. Evropská unie se však rozhodla toto povinné a v podstatě nezastupitelné pojištění totálně cenově deregulovat a pojišťovny na jednu získaly možnost nastavit si ceny podle svého uvážení. Tím došlo právě k oněm cenovým válkám. Zajímavý byl také vývoj ve Francii. Velmi dobře si pamatuji, když zde v polovině 80. let vznikl takzvaný Badinterův zákon,

který ve vztahu k povinnému ručení způsobil doslova revoluci. Tento zákon totiž říká, že ve společnosti existují určité skupiny, jež musí být právním řádem natolik chráněny, že se jim musí dostat odškodnění téměř za všech okolností, dokonce i kdyby poškozený sám nehodu způsobil nebo ji významně spoluzavinil. Do té doby platilo, že, aby pojišťovna začala platit, musela být jasně dána odpovědnost jejího klienta za škodu způsobenou poškozenému. Jednalo se o skupiny, jako jsou staří lidé, hendikepovaní, děti atd. A to samozřejmě mělo dopady na francouzský trh. Časem se pak obdobné myšlenky začaly šířit po celém evropském prostoru. Navíc v dnešní době, kdy cestujeme křížem krážem po celém starém kontinentu, nabraly na aktuálnosti. To přineslo i další důležitou otázku, o které se na evropské úrovni diskutuje – mají být výše a podmínky pro odškodnění odvislé od národní právní úpravy, nebo má vzniknout společná legislativa platná pro všechny evropské země...

Můžete zmínit i vývoj v dalších zemích?

V České republice byl velmi kritizovaný systém bodového odškodňování bolestného nebo snížení společenského uplatnění, a přitom se stačí podívat třeba do Španělska. Zde existuje zcela samostatný zákon pro odškodňování v povinném ručení, který se týká jak materiálních, tak i imateriálních nároků a jenž je v podstatě na bodovém systému založen. Když se dále zaměřím například na Itálii, tak, možná i pod nepřímým vlivem Badinterova zákona, se zde zavedlo takzvané odškodňování biologických škod na zdraví. A najednou cena těchto škod začala nebývale růst. Vývoj v této oblasti je zkrátka velmi komplikovaný a je ovlivněn ekonomickou, právní, ale i celospolečenskou kulturou a vyspělostí daného státu.

Jak vlastně vnímáte novou Metodiku k odškodňování nemajetkových újem, kterou nedávno připravil Nejvyšší soud ČR?

Tuto metodiku zcela jednoznačně podporuji a ČKP ji doporučuje pojišťovnám k aplikaci. Nedávalo by totiž smysl, aby postupovaly podle jiných pravidel, která by mohla mít za následek nespokojenost poškozených. Taková nelogičnost by mohla končit u soudů, jež by naopak tuto Metodiku využívaly. A k tomu přeci není důvod! Soudní spor by totiž měl být až krajním a spíše výjimečným řešením, vždyť i vyhraná pře může přijít pojišťovnu zcela drahou...

Jedním z faktorů, který se promítal do cen povinného ručení, byl příspěvek všech pojištěných motoristů do garančního fondu na nepojištěné škody. Považujete tuto situaci za uspokojivou? Nepředpokládáte,



Ilustrační foto: www.freeimages.com/milica

že by se v budoucnu opět mohl příspěvek na nepojištěné škody promítnout do ceny povinného ručení?

V dnešní době nelze s jistotou predikovat, že příspěvek nepojištěných do garančního fondu ČKP plus příjmy z regresů z nepojištěných škod i v budoucnu pokryjí všechny závazky garančního fondu. Kdyby měly například eskalovat nároky v oblasti škod na zdraví a současně kdyby se v portfoliu nepojištěných škod měly koncentrovat škody na zdraví zejména s vážnými následky, tak by opět musely členské pojišťovny formou příspěvků poslat do fondu finance. Případné úvahy o zbytečnosti příspěvku nepojištěných, odvislé od poklesu počtu nepojištěných vozidel, jsou nebezpečné a zcela liché. Tak jako k pojištění patří od nepaměti pojistný podvod, k povinnému pojištění patří nesplnění této povinnosti. A pokud by byl příspěvek nepojištěných zrušen, tak by došlo k tomu, že by do hry znovu musely vstoupit pojišťovny a fond dotovat a tento náklad by pak přenesly na klienty formou zvýšení cen povinného ručení. Je to obehnaná písnička. Finanční břemeno nepojištěných škod by bylo zkrátka přesunuto ze společenství nepojištěných řidičů na skupinu pojištěných. A pak si tedy musíme položit tu zásadní otázku „Cui bono“, komu by tyto kroky prospěly? Proč by mělo sedm milionů slušných, poctivých a povinné ručení platících motoristů finančně přispívat na nesrovnatelně menší skupinu těch, kteří zákon nedodrží? Ve Finsku příspěvek nepojištěných uplatňují téměř 50 let a ve Švédsku téměř 40 let, a mají díky tomu nejnižší úroveň nepojištěných vozidel v Evropě a žádné úvahy o zrušení tam neexistují.

Děkuji vám za rozhovor.

ANKETA POJIŠŤOVNA ROKU 2013: VYROVNANÉ SKÓRE

REDAKCE

Pojišťovací makléři z celé České republiky vybrali již po čtrnácté v anketě Pojišťovna roku 2013 nejlepší pojistitele. Z pěti kategorií si dvě prvenství odnesla pojišťovna Allianz a další dvě Kooperativa pojišťovna. Kategorii specializované pojištění již po osmé za sebou ovládla ERV pojišťovna.



Foto: ČAP

Hromadné foto všech oceněných.

Výsledky ankety organizátoři této nejstarší soutěže na pojistném trhu – Asociace českých pojišťovacích makléřů, Česká asociace pojišťoven a specializovaný server Opojištění – oznámili na slavnostním galavečeru ve Velkém sále Slovanského domu v Praze. Ceremoniálu se zúčastnilo na 250 makléřů, top manažerů pojišťoven, zástupců ČNB a MF, představitelů asociací finančního trhu a dalších významných hostů v čele s viceguvernerem ČNB prof. Vladimírem Tomšíkem, který celou akci zahajoval. V komentáři k výsledkům ankety předseda AČPM Ivan Špirakus připomněl, že makléři takto hodnotí výkony pojistitelů již od roku 2000: „Anketa za tu dobu samozřejmě prošla celou řadou modifikací, ať už jde o hodnocené kategorie či metodu kritérií výsledků, nicméně jedna konstanta je neměnná: jsou to pojišťovací makléři, kdo na straně svých převážně korporátních klientů každodenně spolupracují s pojistiteli a jejich „verdict“ v anketě tak odráží aktuální pohled na úroveň činnosti a služeb pojišťoven na českém pojistném trhu. Z tohoto pohledu jsou výsledky ankety nesmírně cenné.“

Jak to dopadlo?

Závěrečné „skóre“ bylo velmi vyrovnané. Pojišťovna Allianz obsadila první místo v kategoriích Pojištění občanů a Autopojištění. Kooperativa pojišťovna se pak radovala z vítězství v kategoriích životní pojištění a pojištění průmyslu a podnikatelů. Celkem již tradičně největší změny v porovnání s předchozím ročníkem zaznamenala pátá kategorie specializovaného pojištění, která má v podstatě jednu stálou – pojišťovnu ERV v čele. Na dalších místech se střídají ostatní

specializovaní pojistitelé v závislosti na inovaci v zavádění svých produktů. V ročníku 2013 doznalo drobné změny oceňování pojišťovacích makléřů. Vítězství si odnáší společnost Renomia. „V předchozím ročníku pojišťovny vybíraly pět nejlepších makléřů na základě kritérií, která jsme v letošním roce upravili tak, aby bylo možné vyhodnotit i konkrétní pořadí. Jsem rád, že se nám daří neustále zvyšovat úroveň ankety, a přispět tak za společného úsilí pojišťoven a makléřů ke všeobecné kultivaci českého pojištnictví, posílit jeho image jako významného sektoru ekonomiky a zároveň ocenit jeho nejlepší hráče,“ konstatoval výkonný ředitel ČAP Tomáš Síkora.

Osobnost pojistného trhu

Prezidium AČPM na základě nominací členů AČPM a doporučení pojistitelů také již po deváté v historii ankety udělilo čestný titul Osobnost pojistného trhu za vynikající a mimořádný přínos rozvoji českého pojištnictví. V ročníku 2013 byl jmenován Ing. Václav Křivohlávek, CSc., bývalý ředitel Úřadu státního dozoru v pojištnictví a penzijním připojištění, nyní pedagog VŠFS. „Této ceny si nesmírně vážím. Pojištnictví mám velmi rád a dá se říci, že ho mám dnes již doslova pod kůží. Podle mě se jedná o živý obor, který se neustále vyvíjí a mění, přitom však v jádru zůstává stále stejný. To mě na něm fascinuje,“ okomentoval své vítězství Václav Křivohlávek. ■

- Podrobné informace o anketě jsou k dispozici na 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.
- Prvenství za originální návrh ztvárnění ceny pro Pojišťovnu roku 2013 a šek na 15 000 Kč získal Pavel Výtisk, student I. ročníku oboru design skla VŠUP.
- Záštitu 14. ročníku poskytl guvernér České národní banky Miroslav Singer.

VÝROČNÍ KONFERENCE AČPM: OHLÉDNUTÍ ZA MINULOSTÍ NENÍ SAMOÚČELNÉ

REDAKCE

Jubilejní konference Asociace českých pojišťovacích makléřů k 20. výročí jejího založení se konala 19. března 2014 v reprezentativních prostorách Kongresového centra České národní banky za účasti téměř dvou set členů Asociace a dalších registrovaných makléřů, zástupců pojišťoven, představitelů asociací finančního trhu i médií.

Výroční konferenci, jejímž mediálním partnerem byl odborný časopis Pojistný obzor, zahájil úvodním slovem předseda AČPM Ivan Špirakus, na kterého navázal čestný host guvernér ČNB Miroslav Singer. „Dlouhodobým cílem ČNB je posilování kontrolních mechanismů v oblasti pojistného zprostředkování, a to jak na úrovni distribučních sítí samotných zprostředkovatelů, tak i na úrovni pojišťoven. Zejména se jedná o otázku kvality odborné péče při sjednávání pojistného produktu. Jsem přesvědčen, že makléři sdružení v Asociaci budou v prosazování psaných i nepsaných pravidel vedoucích ke zvýšení úrovně odborné péče mezi svými členy velmi aktivní. Podle mě je kultivace trhu, a s ní související spokojený klient, naším společným zájmem,“ řekl Miroslav Singer.

Historie a současnost

Brilantní reflexi dvacetileté historie českého komerčního pojištnictví a role pojišťovacích makléřů nabídli v následných přednáškách zakladatel Kooperativa pojišťovny Vladimír Mráz, kterého připomínkou okolností vzniku prvního profesního sdružení pojišťovacích makléřů doplnil bývalý předseda AČPM trhu František Stach. Nad současnou situací na pojistném trhu se zamýšlel výkonný ředitel České asociace pojišťoven Tomáš Síkora, který varoval před vlivem evropské regulace: „Nejen pro český, ale i evropský pojistný trh nastává velmi komplikované období. V uvozovkách řečeno – lehké časy posledních 15 let skončily. Čeká nás neustále se zvyšující tlak z Evropské unie a legislativní otázky nabydou na větší důležitosti, než tomu bylo doposud. S tím také souvisí zvýšené nároky na kvalitu a efektivitu naší práce, a to jak na straně makléřů, zprostředkovatelů, ale také pojišťoven.“ Tomáše Síkora pak doplnil svým příspěvkem generální ředitel České podnikatelské pojišťovny Jaroslav Besperát.

Regulace včera, dnes a zítra

V rámci bloku na téma „Regulace včera, dnes a zítra“ vystoupili bývalý ředitel Úřadu státního dozoru v pojištnictví a penzijním připojištění Václav Křivohlávek a nestor pojištné legislativy Vladimír Příkrýl z Ministerstva financí. Jeho přednáška, týkající se stavu české legislativy, nevyzněla zrovna optimisticky. „V dnešní době mluvíme o inflaci práva, které bohužel vyloženě ztrácí svoji hodnotu. To vede k negativní situaci, kdy se legislativou uživatelé přestávají řídit.

Začínají se vytvářet vedlejší pravidla, jež vedou ke společensky zcela odmítané korupci. Právo by mělo mít obecnou formu zachycující co nejvíce možných vztahů. Dnes totiž místo toho máme různé široké opisy připomínající návod na pračku – nesušte v bubnu pejsky a kočičky,“ popisoval způsobem sobě vlastním Vladimír Příkrýl. V rámci konference ještě vystoupili zástupce Lloyd's Jan Blumenthal, za pojišťovnu Kooperativa vedoucí oddělení odpovědnosti a přepravy Petr Bačovský a ředitel úseku likvidace pojistných událostí pojišťovny AIG Zdeněk Tuček. ■



Další krok ke kultivaci pojistného trhu

Prezident České asociace pojišťoven Martin Diviš a předseda Asociace českých pojišťovacích makléřů Ivan Špirakus podepsali společné memorandum, v němž obě organizace deklarují vůli propagovat mezi svými členy soubor základních pojištně-technických parametrů nezbytných pro vypracování nabídky zejména průmyslového pojištění. Tento etalon aktualizuje původní soustavu pravidel dohodnutých již v r. 2001 a je prvním výsledkem činnosti obnovené pracovní skupiny ČAP, kde jsou zastoupeni jak pojistitelé, tak pojišťovací makléři. Přijetí memoranda je vedeno snahou zkvalitnit a zefektivnit vzájemnou součinnost a komunikaci pojišťovacích makléřů a pojišťoven při individuální poptávce pojištění. Vedle potenciální úspory nákladů stran bude mít využívání souboru parametrů také pozitivní dopad na hospodářskou soutěž mezi pojišťovnami a umožní pojišťovacím makléřům doporučit svým klientům takové pojištění, které nejlépe odpovídá jejich potřebám.

VZPOMÍNKA NA PANA MARKA VENUTU

REDAKCE

V sobotu 17. května po krátké nemoci zemřel Marek Venuta, zakladatel a první generální ředitel Česko-rakouské pojišťovny, přejmenované posléze v roce 2001 na UNIQA pojišťovnu. Bylo mu přesně sedmdesát let. Marek Venuta zřídil v roce 1993 za pomoci hlavního akcionáře, tehdejší rakouské pojišťovny Bundesländer (nyní součást evropského koncernu UNIQA Insurance Group), Česko-rakouskou pojišťovnu „na zelené louce“. V jejím čele stál od počátku až do roku 2008.

Marek Venuta dokázal kolem sebe v roce 1993 shromáždit skupinu lidí, kteří sdíleli jeho nadšení a zápal pro projekt nové pojišťovny s rakouským kapitálem. Během krátké doby společně vybudovali společnost, která patří do desítky největších na českém trhu a vyznačuje se prakticky nepřetržitě dynamickým růstem. Marek Venuta byl však činný nejen ve prospěch „své“ pojišťovny, ale se stejnou aktivitou a energií se zasazoval i pro rozvoj pojistného trhu. Vždy mu šlo

osobností v čele dokážeme vše, co budeme chtít. Pro mě osobně byl po celou dobu naší spolupráce velkým vzorem, učitelem a přítelem. Jestliže se říká, že každý je nahraditelný, jeho případ je výjimka. Bude mně a celé pojišťovně strašně chybět.“ Martina Žáčka doplnil výkonný ředitel České asociace pojišťoven Tomáš Síkora: „Marek Venuta patřil bezesporu mezi průkopníky a největší postavy českého pojištnictví. Svým nadhledem, otevřeností k jednání a pozitivním přístupem

Marek Venuta: „Mohu říci, že ať jsem dělal v životě jakoukoli práci, vždy jsem ji dělal rád a naplno. Ať už v konstrukci v továrně, v diplomatických službách v Praze i v zahraničí, anebo v pojištnictví – všechno mne chytlo a bavilo. A snad to bylo znát...“

”

o dobré jméno celého odvětví v České republice, a v tomto smyslu působil i ve své funkci v prezidiu České asociace pojišťoven. Jeho úsilí bylo oceněno v roce 2008, kdy byl vyhlášen Osobností českého pojistného trhu.

Reakce Martina Žáčka

Nástupce Marka Venuty a současný generální ředitel UNIQA pojišťovny Martin Žáček k této smutné události řekl: „Byl to člověk výjimečných kvalit. Nejenom po odborné stránce, ale vnímal jsem ho zejména jako člověka s nesmírně lidským přístupem, člověka, který uměl lidi stmelovat, měl velké porozumění pro problémy druhých a vždy byl připraven pomoci. Díky charismatu Marka Venuty jsem do společnosti nedlouho po jejím založení nastoupil. I když o pojištění jsem tehdy věděl jen opravdu málo, nakazil mne svým nadšením a věřil jsem, že s takovou

byl tím příslovečným tmelícím prvkem, který pojistný trh držel pohromadě a jenž dokázal obrousit hrany a přijít s kompromisem v jakékoli sebekomplikovanější situaci. Osobnost jeho rozhledu a vstřícnosti bude českému pojištnictví, ale i mně osobně, nesmírně chybět.“

Životopis

Marek Venuta se narodil se v květnu 1944. Vystudoval brněnské Vysoké učení technické. Začínal jako konstruktér, poté ho ale zlákala diplomacie. Téměř dvě desítky let působil jak na Ministerstvu zahraničních věcí, tak na ambasádách několika evropských zemí. V letech 1983–1988 byl velvyslancem Československa v Rakousku. Počátkem devadesátých let opět změnil úplně svou profesi, a v roce 1993 založil Česko-rakouskou pojišťovnu, přejmenovanou v roce 2001



na UNIQA pojišťovnu. Až do roku 2008 stál Marek Venuta v čele pojišťovny jako předseda představenstva a generální ředitel. Po předání funkce zůstal aktivní a využíval svých zkušeností jako manažer mezinárodních rozvojových projektů v koncernu UNIQA Insurance Group. Do poslední chvíle pracoval ve prospěch značky společnosti. Marek Venuta byl jako vášnivý tenista i rekreační běžec velkým milovníkem sportu. Ovládal cizí jazyky, což mu umožňovalo provozovat jeho další velký koníček – četbu literatury faktu a historických spisů v němčině a angličtině. ■

AN OPPORTUNITY OR A THREAT? CONTEMPLATING THE ROLE OF FINANCIAL ARBITRATOR

ING. JIŘÍ ŠINDELÁŘ, PH.D. / EXECUTIVE DIRECTOR / CHAIRMAN OF THE BOARD OF DIRECTORS / USF CR

It is undisputable that expansion of the powers of the Financial Arbitrator Office (FA) to include life insurance is a major topic in the insurance industry and the ensuing debate is therefore quite logical. It is equally apparent that six months after the ground-breaking change we still lack sufficient information to be able to assess the full scope of its impact. So, what future development scenarios can be considered?

The Financial Arbitrator is an out-of-court authority for resolving consumer disputes that was established in the Czech Republic in compliance with EU requirements in 2002. Its activities are governed by Act No. 229/2002 Coll., on Financial Arbitrator, which inter alia stipulates that proceedings are initiated only at the request of the submitter (customer). If the filing is flawed, FA prompts the submitter to rectify the shortcomings and proceeds to actively obtain evidence by itself. The proceedings are free of charge and are reasonably governed by the Rules of Procedure (including procedural penalties). The force of *res judicata* applies for the final decision (judgment) after the settlement of possible objections and the judgment is enforceable in the courts (plus, attention, an arbitration clause does not preclude the arbitrator's jurisdiction). In other words, FA is a public authority where proceedings are easy to start (no need for a sophisticated lawyer, FA will help with the specifications of the proposal – correction of flaws), the submission is free of charge and virtually risk-free. The only barrier for dissatisfied clients may be their willingness or lack thereof to put the information together and file a complaint, e.g. via an online form.

A favourite tool for complaints

Similarly to the Czech National Bank's Consumer Protection Department, the barrier is very low and filing complaints with FA is likely to become another popular tool for escalation of customer complaints ("if you fail to comply, I will file a complaint with the



Ing. Jiří Šindelář, Ph.D.

Photo: Archive of Author

Financial Arbitrator") in both the good and bad sense. However, a fatal difference between FA and CNB "protectors" is that the Arbitrator rules on the merit of the case and may award damages to the client, which constitutes a completely different risk level. A major factor that multiplies the risk is that FA generally does not limit retroactive customer complaints in any way, so it will accept filings related to deals closed prior to 1 November 2013 (broader power in force) with virtually no restrictions. Although the statute of limitation will likely be applied to some extent, the possibility to open before FA cases three, four or five years old, when the market was in a completely different stage of development, is a strong-calibre tool. The fact that

in considering these cases FA will have to take into account legislation applicable at the time when they arose, is a weak consolation.

Evolution, not revolution

From a practical perspective, the role of the Financial Arbitrator will probably oscillate between two extremes. The first of them is applying a decision-making practice that would essentially conserve the status quo and the current, often unsatisfactory method of the (life) insurance distribution. On the other hand, there is a scenario where the FA Office's decision-making practice would fundamentally undermine the current prac-

tice and systematically question even the business that the industry basically agrees is legally and ethically flawless. From the perspective of the government and the citizen, both extremes are undesirable and the Financial Arbitrator should observe a balanced, rational approach, i.e. an approach that on the one hand would lead to the elimination of the worst cases of misselling and over-insurance, which disconcerts all decent intermediaries and insurance companies. FA's pressure could have a profound remedial effect since the threat of paying compensation works as a very strong argument against companies and individuals whose business is based on systematic misselling of life insurance to the detriment of clients.

re-evaluate FA's powers within the scope of the insurance sector.

A thin red line

It should be noted that the line between the two extremes is very thin. There has long been a debate about the appropriateness of marketing life insurance as an investment product; in addition, the process of signing up for a life insurance policy includes a number of important steps that may affect the resulting perception, such as identifying the client's needs, modelling of capital appreciation, information on fees, the quality of recommendation... It all constitutes a complex

reports reveals that the number of submissions received has kept rising annually and, notably, in a growing number of cases the parties have chosen an "out-of-court" settlement. It is difficult to gauge the response of our more dynamic industry to the Financial Arbitrator's judgments, but this will probably be the evolutionary path: reach an agreement with the client rather than face a verdict about the dispute. In contrast to the current option to get involved in a protracted lawsuit, this represents a fundamental change.

A word in conclusion

The bottom line is, the Financial Arbitrator's rulings may be quite beneficial for the life insurance distribution, but they may also significantly harm it. It is evident from the short history of FA that the involved companies and perhaps even the arbitrator prefer an amicable solution to the most controversial cases in order to avoid a verdict that would considerably jeopardize the "sound" industry majority (evidenced by FA's recent cautious attitude to the issue of credit fees). However, due to factors such as aggressive companies focusing on collecting damages, such practice is unlikely to last forever and, sooner or later, it will come to "breaking bread". FA is, however, still a state authority that has an obligation to decide conscientiously, impartially, fairly and without delay, and only on the basis of the facts established in accordance with the law and specific regulations. Let's believe that reason will ultimately prevail on the part of officials, and both negative extremes can be avoided. ■

The bottom line is, the Financial Arbitrator's rulings may be quite beneficial for the life insurance distribution, but they may also significantly harm it.

If we take into account that independent agents – natural persons play a marginal role in the distribution of insurance and most of the business takes place under the umbrella of either the internal networks of insurance companies (banks) or large advisory and intermediary structures, a few systemic decisions would suffice to force a change in the business model that would affect thousands of individual agents and, subsequently, tens of thousands of their clients. This could actually be a step forward provided it is evolutionary rather than revolutionary.

labyrinth through which the Financial Arbitrator must accurately and responsibly weave a red thread of what is already wrong and what is still defensible in terms of the customer's interest. Of course, the fundamental boundary is the applicable legislation at the time of signing the policy. But it would be naive to believe that some rather vague definitions cannot be interpreted in a variety of ways. At least the Arbitrator may try, for better or worse. How much weight can we attach to individual scenarios, taking into account the history of the Financial Arbitrator's decisions? A quick analysis of FA annual

Beware of collection agencies

On the other hand, to challenge and question ethically correct business, e.g. due to coercion of collection agencies, would be a tragic mistake. There is no doubt that in such cases the industry would vigorously defend itself against the Arbitrator's verdicts and the affected players would use all legal means to reverse them. A decision-making practice that would destroy the current professional conduct and cast doubt on the generally accepted best practices would undoubtedly ultimately undermine the whole system of life risk underwriting, which – regardless of the problems with unit-linked insurance – the state has to keep running and functional without question. And there is no doubt that the re-divided industry would in such case quickly find a common language and put considerable pressure on the regulator to



Illustration photo: Dreamstime.com

POJISTNÝ OBZOR

Odborný čtvrtletník českého pojištnictví
www.pojistnyobzor.cz

2/2014

Ročník XCI



Vydavatel: Česká asociace pojišťoven

Redakční rada:

prof. Ing. Jaroslav Daňhel, CSc., Ing. Ivana Hladíková,
JUDr. Zuzana Hlaváčková, RNDr. Petr Jedlička, Ph.D.,
Milan Káňa, Mgr. Ondřej Karel, Marcela Kotyrová,
PhDr. Dagmar Koutská, Ing. Marcela Machová,
Ivana Menclová, Ing. Jaroslav Mesršmíd, CSc.,
PhDr. Miloš Novák, Ing. Tomáš Síkora, MBA,
Ing. Eva Svobodová

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: Printo, spol. s r.o.

Gen. Sochora 1379,708 00 Ostrava-Poruba

ISSN 0032-2393

Distribuce, objednávky a předplatné přijímá jménem vydavatele:

SEND Předplatné, Ve Žlíbků 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: Povoleno 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.



Jaká byla Pojišťovna roku 2013?



1. Organizátorky
v akci.



2. Příprava sličných hostesek...

3. ...a rautu.



4. Tisková
konference
pohledem
České
televize.



5. Makléřské
odpoledne
v plném
proudu.



6. Jeho součástí byla i bohatá tombola.



7. Viceguvernér ČNB Vladimír Tomšík
během svého projevu.

8. Vzpomínka
na pana Marka
Venutu.



9. Také letos byly předávány ceny velmi
originální.



10. Osobnosti nejen pojištného trhu na jednom
pódiu.



12. Výtečná
večere
na závěr.



11. Ředitelé asociací bok po boku!



www.pojistnyobzor.cz