

# Pojištění

29. Dubna 2021

# Co je účelem životního pojištění

- Lidem často není jasné, jakou roli má plnit životní pojištění. Někteří si myslí, že řeší situaci úmrtí. Jiní mají tento produkt spíše spojený s úrazovým pojištěním. Někdo přes životní pojištění investuje volné finanční prostředky.
- **Hlavní úlohou životního pojištění je nahradit ušlý příjem člověka v případě, kdy není ze zdravotních důvodů schopen pracovat!**
- Toto základní pravidlo je třeba mít na paměti vždy při každé komunikaci na téma ohledně životního pojištění. Pojištění by primárně mělo krýt výpadek příjmů při vážných a dlouhodobých zdravotních komplikacích. Případné krátkodobější problémy, je vhodné řešit primárně finanční rezervou. Pokud rezerva není dostatečná, je možné i drobnější zdravotní následky řešit pomocí pojistky, ale ideálně až v momentě, kdy jsou zajištěna základní rizika. Stejně tak investování přes životní pojištění by mělo být spíše pouze jako doplněk, případně pro movitější klienty pro maximalizaci daňových odpočtů.

## Dlouhodobé versus krátkodobé zdravotní problémy

- Lidé mají tendenci podceňovat důležitost a nutnost řešení dlouhodobých problémů, a naopak přeceňují ty krátko-dobé. Je to dáno zejména tím, že krátkodobější problémy si dokáží více představit. Zlomená ruka, vymknutý kotník, případně krátkodobá chřipka je mnohem častější a pravděpodobnější než například invalidita. Na druhou stranu z finančního pohledu krátkodobé problémy nepředstavují tak velké riziko.
- Pro ilustraci rozdílů si uveďme například auto a investování do jeho vybavení. Přijde vám logické pořizovat si do auta špičkové rádio, navigaci, či kožené sedačky, pokud nemáte kvalitní motor, kola a bezpečnostní pásy? Jak dlouho oceníte finanční prostředky utracené za rádio, či navigaci? Stejně je to s pojištěním. Proč si lidé platí pouze za krytí trvalých následků úrazu, denního odškodného úrazem a hospitalizaci, když nemají zajištěnou dlouhodobou invaliditu, pracovní neschopnost, případně smrt?

- **Problémy, které mohou nastat díky zdravotním komplikacím, lze rozdělit na dvě základní kategorie:**
- Dlouhodobé zdravotní problémy - invalidita, smrt, trvalé následky úrazu.
- Krátkodobé zdravotní problémy - pracovní neschopnost, závažné nemoci, denní odškodné úrazem, hospitalizace.

- Mezi **dlouhodobé zdravotní problémy** řadíme ty, které mají pro klienta dlouhodobý nebo dokonce trvalý do-pad. Je zřejmé, že tato rizika ohrožují finanční rozpočet člověka či rodiny mnohem více. Rozlišujeme u nich dále fakt, jestli klient přežije nebo zemře. Málokdo je schopen řešit tyto situace z rezerv. Většinou již musí pomáhat okolí, případně správně nastavená pojistka. Pojistit tyto problémy nepotřebují lidé, kteří mají dostatek rezerv, majetku nebo dostatečný pasivní příjem.

- Mezi **krátkodobé zdravotní problémy** řadíme ty, jejichž léčení si vyžádá maximálně jeden až jeden a půl roku. Jedná se o léčení úrazů a nemocí, které klienta vyřadí pouze na určitou dobu, ale nezanechají dlouhodobé následky. Člověk je může mnohem jednodušeji řešit finanční rezervou, pokud její výše není dostatečná, lze vhodně doplnit pojištěním. Pojistka lze také využít u klientů, kteří mají relativně dobrou finanční rezervu, ale díky výpadku v horizontu několika měsíců by ji vyčerpali. Pojistkou tedy můžeme rezervy zpětně znovu doplnit. Riziko pracovní neschopnosti je dosti individuální. Někteří poradci ho řadí spíše mezi dlouhodobé zdravotní problémy, jiní mezi krátkodobé. Je pravdou, že u lidí s nedostatečnou rezervou může mít vyšší důležitost.

# Úrazy versus nemoci

- Pojišťovny rozlišují zdravotní komplikace způsobené úrazem nebo nemocí, případně kombinaci obou variant. Správně nastavená životní pojistka, by měla krýt obě varianty. Poradce a klient by neměli spoléhat na to, že problém způsobí pouze úraz nebo pouze nemoc. Z tohoto pohledu můžeme jednotlivá připojištění rozdělit na „základní“ a „doplňková“.

# „Základní“ připojištění

- Jedná se o nejdůležitější připojištění, které by měla mít prioritu ve většině smluv. Tato připojištění by měla člo-věku, či rodině, nahradit ušlé příjmy, případně i jednorázové náklady související s přizpůsobením se na novou životní situaci. Pozor na to, že pojišťovny často nabízejí i u základních připojištění pouze úrazovou nebo pouze nemocenskou variantu. Vždy se snažíme pokrýt obě příčiny. **Mezi základní připojištění řadíme:**
  - Invalidita
  - Smrt
  - Pracovní neschopnost



# „Doplňková“ připojištění

- Jedná se o připojištění, které řeší již pouze určitou menší podmnožinu zdravotních problémů. Jejich úkolem by mělo být poskytnout prostředky navíc na lepší léčbu, případně na doplnění prostředků na přizpůsobení se nové životní situaci. Lze je použít také pro případy, kdy základní připojištění ještě nemusí fungovat (například trvalé následky úrazu u těch úrazů, které nezpůsobí invaliditu). Lze je také použít u lidí, kteří nejsou z určitých důvodů pojistitelní na základní připojištění a poradce volí krytí alespoň části problémů (například lidé, kteří již mají určité zdravotní komplikace). **Mezi doplňková připojištění řadíme:**
- Trvalé následky úrazu
- Závažné nemoci
- Denní odškodné úrazu / tělesné poškození úrazem
- Hospitalizace

# Popis jednotlivých rizik a připojištění u dospělých

- **Invalidita**
- Invalidita je ztráta nebo snížení pracovní schopnosti člověka. Existují tři stupně invalidního důchodu. U prvního a druhého stupně se předpokládá, že se člověk bude moci, po případné rekvalifikaci, ještě zapojit do pracovního procesu. Tedy určitý příjem si stále může zajistit člověk sám. Třetí stupeň již většinou znamená tak vážné postižení, že zapojení do práce je již velmi nepravděpodobné.
- Invalidita 1. stupně: pokles pracovní schopnosti o 35 % až o 49 %
- Invalidita 2. stupně: pokles pracovní schopnosti o 50 % až o 69 %
- Invalidita 3. stupně: pokles pracovní schopnosti o 70 % a více

- Invalidita bývá přiznána nejčastěji po roce léčení nemoci či úrazu. Než se tedy klient stane invalidním, ve většině případech se již poměrně dlouho léčí se zdravotním problémem. O přiznání invalidity rozhoduje okresní správa sociálního zabezpečení. Rozsah procentního poškození u konkrétních nemocí se posuzuje podle vyhlášky MPSV č. 359/2009 Sb. Invalidní důchody poté přiznává Česká správa sociálního zabezpečení.

- Invalidní důchod nemusí dostat každý, je třeba splnit také potřebnou dobu sociálního pojištění. Podmínka potřebné doby pojištění se nevyžaduje v případě, že invalidita vznikla následkem pracovního úrazu (nemoci z povolání). Podmínka doby pojištění pro přiznání invalidního důchodu je u pojištěnce:
  - do 20 let méně než 1 rok,
  - od 20 do 22 let 1 rok,
  - od 22 let do 24 let 2 roky,
  - od 24 let do 26 let 3 roky,
  - od 26 let do 28 let 4 roky,
  - nad 28 let 5 let.

- Potřebná doba pojištění pro nárok na invalidní důchod se zjišťuje z období před vznikem invalidity. Jde-li o pojištěnce ve věku nad 28 let, z posledních deseti roků před vznikem invalidity. U pojištěnce staršího 38 let se podmínka potřebné doby pojištění pro nárok na invalidní důchod považuje za splněnou též, byla-li tato doba získána v období posledních 20 let před vznikem invalidity; potřebná doba pojištění činí přitom 10 roků. Podmínka potřebné doby pojištění pro nárok na invalidní důchod se považuje za splněnou též, byla-li tato doba získána v kterémkoliv období deseti roků dokončeném po vzniku invalidity; u pojištěnce mladšího 24 let činí přitom potřebná doba pojištění dva roky.

- Invalidita má dlouhodobé, případně trvalé dopady na lidský život. Člověk se může stát invalidním následkem úrazu nebo nemoci. Ideálně by měl mít zajištěny obě příčiny, mnohem pravděpodobnější je ta nemocenská. Pokud nastane invalidita, člověk přichází dlouhodobě o prostředky v řádech vyšších statisíců až milionů korun. Toto riziko by měl mít řešeno každý, kdo není finančně zajištěn a případný dlouhodobý výpadek příjmů ho může ohrozit (případně jeho blízké, kteří jsou na jeho příjmech závislí).
- Pojištění invalidity by mělo krýt primárně dlouhodobý výpadek příjmů. Dále má zajistit jednorázové prostředky na financování změn v životě člověka, který se stane invalidní (například úprava bydlení pro bezbariérový přístup, přestavba automobilu, koupě prostředků na usnadnění dalšího života a podobně).

# Příspěvek na péči

- Pojišťovny dále nabízejí krytí, buď v rámci pojištění invalidity, nebo jako samostatné připojištění, pokud je člověk závislý na péči další osoby. V rámci připojištění invalidity často označují toto připojištění jako invaliditu „4. stupně“. Toto připojištění bývá navázáno na Zákon o sociálních službách (č. 108/2006 Sb.), který definuje příspěvek na péči, který se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné osoby. Je poskytován ve čtyřech stupních (jedná se o § 8) a jednotlivé stupně se liší dle nutnosti pomoci či dohledu při více než:
  - I. stupeň: 12 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti
  - II. stupeň: 18 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti
  - III. stupeň: 24 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti
  - IV. stupeň: 30 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti **2.1.2**

# Kolik z pojistné částky pojišťovna plní

- Rozdíly nalezneme u přístupu k nastavení pojistné částky. V zásadě není ani jeden špatný, ale je třeba na to myslet při nastavování smlouvy, aby se porovnávalo porovnatelné. Existují tři varianty, které se mohou různě kombinovat:
- **Jedna pojistná částka, ze které pojišťovna plní určité procento, dle stupně invalidity.** Například v případě prvního stupně plní pojišťovna 25 %, při druhém stupni 50 % a teprve u třetího stupně zaplatí 100 % pojistné částky. Pokud je vyplněn nižší stupeň, pojištění často pokračuje dále, se sníženou pojistnou částkou (o to, co již bylo vyplaceno). Ale může existovat i varianta, že připojištění zaniká první pojistnou událostí. Její nevýhodou je to, že není možné tak variabilně nastavit potřebné pojistné částky. Jak by tedy vypadalo plnění při pojistné částce 1 000 000 Kč:
  - • Invalidita 1. stupně: 250 000 Kč
  - • Invalidita 2. stupně: 500 000 Kč
  - • Invalidita 3. stupně: 1 000 000 Kč



# Každý stupeň invalidity má individuální pojistnou částku.

- Pojišťovna vyplatí vždy 100 % pojistné částky při přiznání daného stupně invalidity. U tohoto principu většinou automaticky zaniknou nižší stupně bez plnění, pokud je přiznán vyšší stupeň. Aby tedy byla smlouva porovnatelná s první variantou, musela by být pojistka nastavena následovně:
  - Invalidita 1. stupně: 250 000 Kč
  - Invalidita 2. stupně: 500 000 Kč
  - Invalidita 3. stupně: 1 000 000 Kč

## Pojišťovna nabízí invaliditu 1+2+3 stupně, 2+3 stupně a 3 stupně

- V případě přiznání invalidity konkrétního stupně se sečtou jednotlivé pojistné částky pro daný stupeň. Případný vyšší stupeň pokračuje dál. Pro porovnatelné plnění s předchozími variantami, by tedy musela být smlouva nastavena následujícím způsobem:
  - Invalidita 1+2+3. stupně: 250 000 Kč
  - Invalidita 2+3. stupně: 250 000 Kč
  - Invalidita 3. stupně: 500 000 Kč
- U invalidity 4. stupně pojišťovny vyplácí většinou buďto 100 % nebo 200 % z pojistné částky.

## Kdy a kolik pojišťovny zaplatí?

- Dalším rozdílem mezi pojišťovnami je doba, kdy vyplácí pojistné plnění. Existují dva hlavní principy:
- Pojišťovna zaplatí **100 %** pojistné částky **při přiznání** invalidity.
- Pojišťovna zaplatí **část při přiznání** a **část až po určité době trvání** invalidity. Nejčastěji bývá varianta **50 %** při přiznání a **50 %** po 1,5 nebo 2 letech trvání. Ale lze nalézt i jiné možnosti. U této varianty hrozí nebezpečí, že pokud klient přijde o invaliditu před druhou částí plnění, pojišťovna zbytek z pojistné částky nevyplatí.

## Čekací doba

- Na úvod si je třeba uvědomit, že pokud klient nedostane opravdu nějakou agresivní formu nemoci předtím, než se začne řešit přiznání invalidity, bude přibližně rok v pracovní neschopnosti. Čili určitá „čekací doba“ je dána z principu přiznávání invalidity. Pokud bychom vzali extrémní situaci, kdy klient vstoupí do pojištění zdravý, ale v krátké době onemocní, dříve než za rok a několik měsíců invalidita ve velkém počtu případů přiznaná nebude. Pojišťovny rozlišují dvě možnosti (s tím, že uplatňují buď jednu z nich, případně mohou kombinovat obě dvě):
- Čekací doba **na počátek nemoci**, která vede v budoucnu k přiznání invalidity. Od počátku pojištění nesmí po určitou dobu vzniknout nebo se nesmí objevit příznaky nemoci, která by poté vedla k invaliditě.
- Čekací doba **na přiznání invalidity** nebo invalidního důchodu. Nemoc může teoreticky propuknout hned po začátku smlouvy, ale invalidita nesmí být přiznaná po určenou dobu. Nejčastější variantou je 1,5 roku, existují kratší i delší varianty.

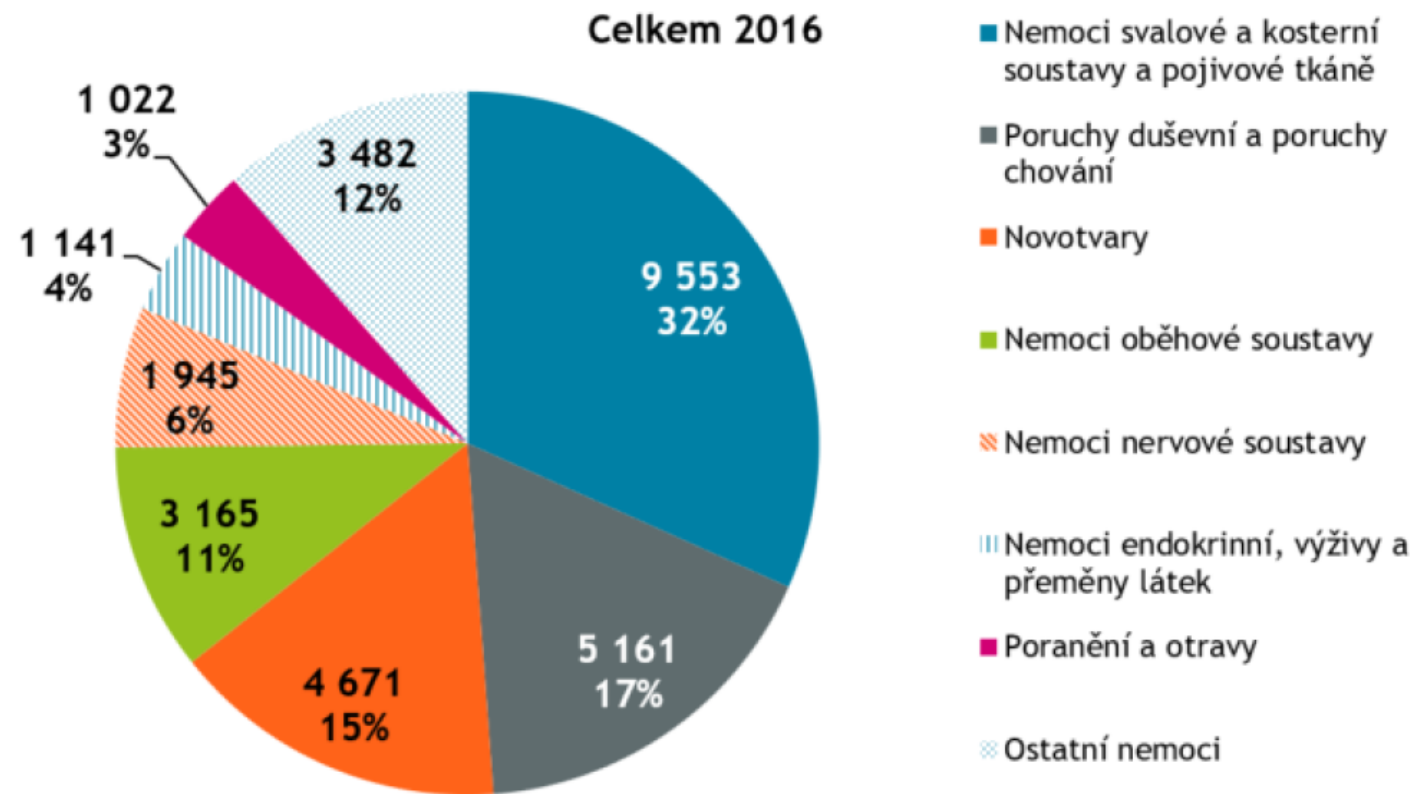
# Výluky

- U invalidity je třeba hlídat výluky především z důvodu psychických problémů a případně problémů s pohybovou soustavou (svalová a kosterní soustava), jelikož jde o poměrně časté příčiny invalidity a některé pojišťovny tyto důvody mají ve výlukách.

# Statistika invalidity

- V České republice žije přibližně 420 000 invalidních důchodců. Každý rok, je přiznáno okolo 30 000 nových invalidních důchodů. Nejčastěji je přiznávána invalidita prvního stupně, která tvoří v posledních letech již více než 50 % všech nově přiznaných invalidit. Jinými slovy, každý druhý člověk, který se stane invalidním, dostane první stupeň. Přibližně 16 % případů tvoří invalidita druhého stupně. Nejtěžší formu, tedy invaliditu třetího stupně, dostane přibližně třetina postižených.
- Jaké diagnózy vedou k invaliditě? Na toto odpoví obrázek níže. Velmi důležitým údajem je, že poranění a otravy, tedy následky úrazů, tvoří pouze 3 % všech invalidit. Z toho vyplývá, že trvalé následky úrazu, by měly být používány spíše jako doplněk a určitě nejsou schopny (ve většině situací) správně pokrýt klientům riziko invalidity.

*Jaké zdravotní problémy způsobují invaliditu?*



# Kolik bude chybět v rozpočtu v případě invalidity?

- Invalidní důchod se skládá ze základní výměry, která je pro všechny stejná, a procentní výměry, která závisí na dřívějších příjmech a získané době důchodového pojištění.
- Při výpočtu invalidního důchodu se vychází z hrubých příjmů za odpracované roky, které se kvůli inflaci „srov-návají“ pomocí přepočítávacích koeficientů na současnou úroveň příjmů. Takto upravené příjmy se ještě redukuje hranicemi stanovenými zákonem. Teprve po uplatnění redukčních hranic dojdete k výpočtovému základu.
- Jak vysoký invalidní důchod člověk orientačně může dostat, ukazuje následující tabulka. Invalidita je brána jako předčasné zestárnutí, vypočítává se pomocí tzv. započtené doby, do které je třeba počítat dobu, která zbývá do starobního důchodu, a dále je třeba přičíst již odpracovanou dobu a tzv. dopočtenou dobu (studium na střední a vysoké škole). Údaje z tabulky jsou počítány na základě započtené doby ve výši 40 let.
- U invalidity 1. stupně se dá předpokládat, že člověk si najde nějakou práci. Dá se tedy orientačně počítat, že si vydělá přibližně 50 % původních příjmů, u 2. stupně se dá počítat s výdělkem přibližně 30 % z původních příjmů. Reálný propad u prvního a druhého stupně tedy ve finále nebude tak velký.



# Smrt

- Účelem pojištění smrti je zabezpečit pozůstalé v případě smrti pojištěné osoby. Pojištění smrti by měl řešit zejména člověk:
  - na němž **jsou finančně závislé další osoby** - a například manžel(ka), přítel(kyně), děti a podobně,
  - který **má dluhy** a nechce je zanechat pozůstalým,
  - který chce zajistit splnění **budoucích cílů** jeho rodiny, či blízkého okolí,
  - který chce vyřešit **finanční náklady spojené s pohřbem**.
- 
- Mladší člověk, který nesplňuje výše uvedené, o něm může uvažovat zejména z důvodu, že do doby, než bude toto krytí potřebovat, se může zhoršit jeho zdravotní stav a pojišťovna ho již v budoucnu nepřijme, případně by dostal přirážku za horší zdravotní stav a měl by riziko v budoucnu dražší. Nemusí tedy být na škodu platit si pojištění smrti již o něco dříve, ale mít jistotu, že až to budu potřebovat, nenastane problém. Toto je ale na zvážení klienta.

# Kolik bude chybět v rozpočtu v případě úmrtí člověka?

- V případě úmrtí člověka je velmi důležité, v jakém rodinném vztahu se nacházel v době úmrtí. Nárok na **vdovský** či **vdovecký důchod** vzniká v případě úmrtí manžela či manželky a za splnění podmínek daných zákonem o důcho-dovém pojištění. Nárok na vdovský důchod je po dobu jednoho roku od úmrtí. Pokud pozůstalý zároveň pečuje o nezaopatřené dítě, pak je nárok na vdovský důchod do věku 26 let (jestliže studuje). Pokud však partneri nejsou oddáni, potom nárok na vdovský důchod nevzniká.
- Nárok na **sirotčí důchod** vznikne nezaopatřenému dítěti za předpokladu, že rodič (nebo osoba, která převzala nezaopatřené dítě do péče) splňoval v době úmrtí určité, zákonem stanovené podmínky. Pokud dítě studuje, nárok na sirotčí důchod trvá do 26 let věku dítěte.

- Stát je tedy, zejména u rodin s dětmi, o dost štědřejší než v případě invalidních důchodů. Zjednodušeně řečeno, pokud jsou manželé se dvěma dětmi, vdovské a sirotčí důchody skoro dorovnají původní příjem zemřelého. Vyřízení pozůstalosti a důchodů se může časově poměrně protáhnout. Takže je dobré na pojištění smrti v pojistce myslet i v tomto případě. Minimálně po určitou přechodnou dobu, než se rodina s novou situací vyrovná. Případně aby rodina měla prostředky na dluhy a na budoucí cíle.

- V České republice umírá v posledních letech necelých 110 000 lidí každý rok. Z celkového počtu zemřelých je přibližně 20 % lidí v produktivním věku tedy od 20 do 65 let. Jde tedy o přibližně 22 000 lidí. Je tedy 13
- pravděpodobnější, že se člověk v produktivním věku stane invalidním, než že zemře. V oblasti pojištění bychom se měli soustředit primárně na tyto věkové kategorie, jelikož jsou na nich často ještě finančně závislé další lidé (ro-dina, děti) a nemají splacené dluhy.

- Pokud se podíváme na příčiny úmrtí, pak je ve většině věkových kategoriích patrné, že lidé umírají především z nemocenských příčin. Největší zastoupení mají nemoci oběhové soustavy, následuje rakovina a nemoci dýchací soustavy. Až čtvrtou nejčastější příčinou je úraz. Jedině u věkové kategorie od 20 do 29 let tvoří úmrtí úrazem většinu, přibližně 60 % případů. Do 19 let věku a od 30. roku věku již jednoznačně převažují nemocenské příčiny úmrtí. Některé pojišťovny rády nabízejí pojištění smrti při dopravní nehodě. Jedná se o podmnožinu úrazové smrti. Pro klienty to může vypadat marketingově hezky, ale podle statistik, je pravděpodobnější, že člověk spáchá sebe-vraždu, než že zemře na silnici. **Pokud tedy chceme správně zajistit riziko úmrtí, zdaleka nestačí použít pouze smrt následkem úrazu, je třeba volit obecnou příčinu (tedy nemoc i úraz).**

# Pracovní neschopnost

- Toto připojištění řeší výpadek příjmů, pokud je člověk v pracovní neschopnosti (z důvodu úrazu nebo nemoci). Na krátkou pracovní neschopnost, tedy drobné zdravotní problémy, je dobré mít připravenou finanční rezervu. Většinu lidí krátký výpadek příjmů finančně nikterak neohrozí. Klíčové pro plnění z tohoto připojištění je mít vystavenou pracovní neschopenku, pokud vystavená není, pojišťovny neplní.
- Důležitým pojmem je tzv. **karenční doba**, což je doba, po kterou musí být člověk minimálně v pracovní ne-schopnosti, aby pojišťovna začala vyplácet sjednanou denní dávku. Pojišťovny nejčastěji plní až od této doby dále.
- Pojišťovny nabízejí nejčastěji karenční dobu od 15. dne, jednoho, či dvou měsíců. V nabídce jsou ale také delší karenční doby. Čím vyšší má člověk finanční rezervy, tím delší karenční dobu si může dovolit sjednat. Existují však i varianty, u kterých se plní zpětně od prvního dne, při překročení požadované doby léčení. Tato doba se většinou volí přímo při sjednání smlouvy, pojišťovny mají v nabídce několik variant.

# Příklad

- U pracovní neschopnosti s karenční dobou 28 dní, začne pojišťovna vyplácet až od 29. dne dále. Pokud by pracovní neschopnost trvala například 20 dní, nezaplatí pojišťovna ani korunu. Pokud by trvala 42 dní, pojišťovna zaplatí plnění za 14 dní (42 - 28 dní). Pokud by byla sjednaná varianta s plněním zpětně od prvního dne, u prvního příkladu by pojišťovna opět nezaplatila ani korunu, zatímco u druhého příkladu by vyplatila plnění za 42 dnů.
- Je dobré si pohlídat, aby ve smlouvě byla sjednaná **jak nemocenská, tak i úrazová příčina** pracovní neschopnosti. Úrazy sice tvoří přibližně jen 15 až 20 % všech případů, ale u některých pojišťoven je v základu pojištěna pouze nemoc, úraz je třeba připojistit zvlášť.

# Trvalé následky úrazu

- Pokud úraz zanechá trvalý následek (ztráta celé nebo části končetiny, omezení hybnosti, poškození orgánu apod.), plní pojišťovna určité procento ze sjednané pojistné částky. Výše plnění vychází z tzv. **oceňovacích tabulek**, které definují, kolik bude vyplaceno v případě jednotlivých úrazů. Pokud úraz způsobí více poškození, jednotlivé úrazy se většinou sčítají.



# Progresivní plnění

- Většina pojišťoven uplatňuje tzv. **progresivní plnění**, což znamená, že čím je poškození (nebo souček jednotlivých poškození) vážnější, tím více pojišťovna zaplatí. Pojišťovny se často předhánají v tom, která nabídne vyšší progresi. Často se však jedná o marketing. Nejvyšší progresie bývá často uplatňována na posledních pár procent do 100 % tělesného poškození. Je tedy dobré neposuzovat pouze nejvyšší hodnoty, ale podívat se na progresi jako na celek. Nejčastější trvalé následky jsou do výše přibližně 30 % tělesného poškození, kde se pojišťovny příliš neliší. Rozdíly však existují a na trhu se najdou pojišťovny, které progresi uplatňují již od 5 % tělesného poškození.

# Závažné nemoci

- Pokud člověk dostane závažnou nemoc, která je definovaná v pojistných podmínkách, pojišťovna plní pojistnou částku, případně její část. Pojišťovny se liší počtem definovaných nemocí, ale i rozsahem definic u jednotlivých nemocí. Velká část pojišťoven má definovány závažné nemoci poměrně přísně. Spoustu definic tak může zároveň vést i k invaliditě.
- Z pohledu kvality tohoto připojištění je tedy dobré hlídat spíše kvalitu jednotlivých definic než to, jestli má jedna pojišťovna o pět nebo deset diagnóz více. Mezi nejčastější nemoci, patří rakovina, srdeční infarkty a cévní mozková příhoda. Tyto tvoří převážnou část případného plnění. Ostatní nemoci již tak časté nejsou.
- Toto připojištění by mělo primárně sloužit pro zajištění prostředků na průběh léčby, případně na doplnění příjmů v průběhu léčení nemoci. Pro plnění je u většiny pojišťoven třeba, aby klient přežil minimálně 30 dní od stanovení diagnózy. Je to z důvodu, aby toto připojištění nesuplovalo krytí smrti.

# Kolik bude chybět v rozpočtu při vážné nemoci?

- U závažných nemocí bude člověk často zároveň v pracovní neschopnosti. Výpadek příjmu mu tedy může zajistit buď rezerva nebo pojištění pracovní neschopnosti. Pojistná částka pro případe závažných nemocí by tedy měla sloužit spíše jako doplněk na vícenáklady spojené s léčbou, případně na další vícenáklady. Pojistná částka by se měla pohybovat ideálně na úrovni jednoho až trojnásobku ročního příjmu člověka.

# Denní odškodné úrazu (tělesné poškození úrazem / následky úrazů)

- Slouží na pokrytí výpadku příjmů v průběhu léčení následků úrazu, které mohou i nemusí zanechat trvalé následky. Jedná se o podmnožinu pracovní neschopnosti, pojišťovna plní pouze tehdy, pokud je problém způsoben úrazem.
- Aby pojišťovna plnila, je opět třeba překonat **karenční dobu**, podobně jako u připojištění pracovní neschopnosti. U denního odškodného úrazem však pojišťovny velmi často po překonání karenční doby vyplácejí plnění zpětn
- Pojišťovna vyplácí buď denní dávku dohodnutou ve smlouvě, případně procento ze sjednané pojistné částky. Horní limit pojistného plnění je omezen **oceňovacími tabulkami**, které definují maximální dobu plnění nebo maximální procento poškození pro jednotlivé úrazy. ě od prvního dne. Nejvíce zastoupená je varianta, kdy se úraz musí léčit alespoň 8 dní.

# Kolik bude chybět v rozpočtu při léčení úrazů?

- Pro plnění z toto připojištění není nutností mít vystavenou pracovní neschopenku. Ale tím, že se v zásadě jedná o krytí podobného problému, můžeme k tomu přistupovat velmi podobně. Pokud se bude jednat o úrazy, které se léčí v řádech několika měsíců a člověk u nich nebude schopný vykonávat své povolání, je výpadek příjmu velmi podobný jako u pracovní neschopnosti.
- Pokud bychom tímto chtěli řešit i drobné úrazy, pak je třeba si uvědomit, že u drobných úrazů, může velká část lidí i během léčení vykonávat svoje povolání. Samozřejmě ne všichni, ale například když si člověk, který pracuje v administrativě zlomí nohu, nebo klidně obě nohy, často bude moci pracovat i s tímto omezením. Otázka je, jestli tedy toto připojištění využívat k řešení takový krátkodobějších problémů, nebo zda není lepší sjednat do pojistky pouze krytí pracovní neschopnosti pro dlouhodobější problémy.

# Hospitalizace

- Pokud člověk skončí v nemocnici následkem úrazu nebo nemoci, případně díky jedné z příčin, plní pojišťovna sedm-denní dávku za každý den pobytu v nemocnici. Některé varianty plní až v případě, že člověk leží v nemocnici určitý minimální počet dní (například minimálně od tří nebo pěti dnů pobytu v nemocnici).
- Toto připojištění klienty finančně příliš neohrožuje. Náklady s tím, že člověk leží v nemocnici, nejsou nikterak velké. Jistý smysl dávalo v době, kdy se platilo za pobyt v nemocnici. Ale i v tomto případě, pokud člověk leží v nemocnici, tak zase ušetří za náklady, které by utratil doma. Například za jídlo, koníčky, kulturu, cestovné apod. Pokud nastane dlouhodobý problém, tak by výpadek příjmu měla řešit spíše pracovní neschopnost, případně připojištění pro případ léčení úrazu. Teoreticky lze tímto připojištěním financovat případné náklady za nadstandardní pokoj.

# **Nastavování životních pojištění**

# Jaká rizika krýt v pojistce

- Primárně doporučujeme pojišťovat velká a obecná rizika, tedy:
  - Invalidita • Ideálně kryjeme všechny tři stupně, způsobené úrazem nebo nemocí
  - • Trvalé následky úrazu (jako doplnění)
- Smrt
- Pracovní neschopnost (pokud není dostatečná finanční rezerva)
- Na nějakou rozumnou částku dává smysl pojistit také závažné nemoci.
- Ostatní připojištění přidáváme případně až poté, co jsou dostatečně pokrytá výše uvedená.



## Jak zapadají jednotlivá rizika a připojištění do časové osy zdravotního problému

Když celou věc zjednodušíme, mohou u léčení nemoci nebo úrazu nastat tři varianty průběhu:



Daný zdravotní problém se léčí určitou dobu, ale poté se vyléčí a člověk se vrací bez následků do života a do práce. V tu chvíli se finančně vrací do původního stavu.



Zdravotní problém zanechá klientovi komplikace a omezení, které se dlouhodobě, nebo trvale promítnou do jeho životní a finanční situace.



Dojde k úmrtí člověka, buďto okamžitě, nebo v průběhu léčby.

- Propad příjmů je vhodné pokrývat buďto finanční rezervou, pokud ta nestačí, je třeba příjem dorovnat správně nastavenou životní pojistkou. Pro snížení výše pojistných částek započítáváme i případné důchody, které nemocný získá od státu a také případný pasivní příjem či další majetek. Primárně pojišťujeme tři nejobecnější rizika, invaliditu, smrt a pracovní neschopnost.
- Je třeba nepodcenit důležitost tvorby finanční rezervy, její ideální výše je od 6 měsíčních příjmů a více. Na první měsíc či dva by měl mít vytvořené rezervy ideálně každý.

# Finanční rezerva je vhodná zejména ze čtyř důvodů:

- Nemá žádné výluky a omezení jako pojistka.
- Řeší také případný výpadek příjmů z důvodu nezaměstnanosti, která se nedá moc efektivně řešit pojištěním, je zde totiž celá řada případů, kdy se neplní.
- Pokud mám dostatečnou rezervu, nemusím utrácet za pojištění.
- Pojišťovny často u pracovní neschopnosti plní až po skončení léčení, takže se tím vlastně klientovi rezerva doplní zpětně. Při dlouhodobé pracovní neschopnosti umí většina pojišťoven plnit také zálohově.

# Typy pojistných částek

- Pokud jsou ve smlouvě vybrána ta správná rizika, je neméně důležité nastavení výše potřebných pojistných částek. Jejich výše je individuální záležitost, každý jednotlivec nebo rodina má jiné nároky a jiné potřeby. Vždy by se mělo vycházet z finanční bilance, tedy porovnání příjmů a výdajů. Dále je klíčová výše rezerv, případný pasivní příjem, či budoucí příjem partnera a různé sociální dávky. Klient by vždy měl vědět, kolik pojistka přinese finančních prostředků, při různých zdravotních problémech.

# Jaké typy pojistných částek pojišťovny nabízejí:

- **Konstantní pojistná částka** - částka, kterou pojišťovna vyplatí, je po celou dobu trvání stejná.
- **Lineárně klesající pojistná částka** - pojistná částka každý rok klesá o  $1/n$  z původní hodnoty (kde „n“ je celkový počet let). Například pokud je pojistná částka 1 milion Kč na 10 let, pak každý rok klesne její hodnota o 100 000 Kč.
- **Anuitně klesající pojistná částka** - pojistná částka kopíruje zůstatek z úvěru, který neklesá lineárně, ale pomaleji. Pokud pojišťovna neumí tuto variantu, je třeba zvolit vyšší počáteční částku u lineárně klesající varianty, aby bylo možné vždy uhradit celý zůstatek úvěru. Tuto variantu však není nutné používat pouze ke krytí úvěru.
- **Pojistná částka ve formě měsíčního nebo ročního důchodu** - každý měsíc nebo rok se vyplácí dohodnutá pojistná částka. Většinou bývá vyplácena do konce trvání pojištění, například u invalidity. Druhou možností je výplata po určité sjednanou dobu, například u smrti. V součtu tedy pojišťovna vyplatí stejnou částku jako v případě lineárně klesající PC, akorát je rozložena do pravidelných plateb.
- **Pojistná částka ve formě denní dávky** - pojišťovna vyplácí dohodnutou denní dávku, za každý kalendářní den řešení problému. Tento typ pojistné částky se používá u pracovní neschopnosti, hospitalizace, či léčení úrazů.
- **Pojistná částka ve formě procentuálního plnění z pojistné částky**: pojišťovna vyplácí procento ze sjednané pojistné částky, podle oceňovacích tabulek. Používá se u některých variant léčení úrazů nebo závažných nemocí.

# Jak by měla být nastavená pojistná částka

Pokud klient nemá dostatek finanční či majetkové rezervy, případně pasivního příjmu, a přichází o svůj závislý příjem, měl by mít zajištěn dostatečnou kompenzaci z pojistky, aby měl z čeho pokrýt:

- Dluhy
- Nezbytné životní náklady
- Budoucí cíle

# Co používáme na krytí výpadku příjmu

- Finanční či majetková rezerva
- Budoucí příjmy partnera
- Majetek generující příjem (pronájem movitých a nemovitých věcí, příjem z finančních investic, podnikání apod.)
- Sociální dávky (teoreticky nemusíme započítávat, pokud klient v tento systém nevěří)
- Pojistné plnění ze strany pojišťovny

# Výpočet výpadku příjmu

- □ Výdaje - rodinný rozpočet
- • Výše splátek úvěrů
- Zjistíme od klienta, jaké jsou příjmy jeho a partnera/ky a dále případné pasivní příjmy.
- Zjistíme od klienta, jaké jsou nezbytné měsíční výdaje
- Dále započítáme případné sociální dávky, které by klient získal (nemocenská, invalidní důchod, vdovský, nebo sirotčí důchod). Tyto dávky se v průběhu času mohou měnit, na což je třeba případně v průběhu času reagovat.
- **Zjistíme, jaký bude deficit, kolik bude chybět v rozpočtu.**
- Odečteme hodnotu výše současného majetku, přičteme hodnotu cílů (v současné hodnotě) a tuto část pokrýváme pojistkami; pokud však již současný majetek vytváří příjem (např. z kapitálového majetku formou dividend či pronájmem nemovitostí) a tento příjem je již na straně příjmů uvažován (pozor: tento příjem není nutno zajišťovat!), pak současný majetek v této výši neodečítáme - variantně je možno nezávislé příjmy na straně příjmů neuvažovat a odečítat veškerý majetek, nicméně to je méně přesné (protože současný příjem je reálný, kdežto současná hodnota nezávislého majetku se bude případně realizovat až v budoucnosti).



- U pojištění invalidity je dobré finální deficit navýšit o určité procento. Je to z toho důvodu, že invalidní člověk a jeho rodina má stále stejné či podobné výdaje, ale rozpočet zatíží nové výdaje v souvislosti s léčbou (výdaje můžeme zjednodušeně navýšit o cca 20 %).
- U pojištění smrti je možné naopak deficit o něco snížit. Jestliže člověk zemře, náklady rodiny se o něco sníží (za určité položky se „ušetří“, například náklady na oblečení, jídlo apod.). Pro snížení můžeme opět použít přibližně 20 % původních výdajů, případně individuálně dopočítat po domluvě s klientem.

# Máme teoreticky několik možností, k jaké částce deficit počítat

- **Pouze nutné výdaje:** často dospějeme k nižším pojistným částkám, na druhou stranu by to znamenalo, že by se klient musel ve vážné zdravotní situaci omezit.
- **Krytí do výše původních příjmů:** asi nejčastější varianta. Je to z toho důvodu, že u většiny lidí se jejich příjmy rovnají výdajům. I když to nejsou nutné výdaje, lidé často spoří na různé věci do budoucna, které si budou chtít dopřát, i v horší zdravotní situaci, například studium dětí apod.
- **Vlastní výše, co si zvolí klient:** týká se především bohatších lidí, kteří v případě problému nebudou chtít dorovnat celé příjmy, takže výsledný propad nutný ke krytí bude někdy mezi nezbytnými výdaji a původní výší příjmů.

# Rozdíly mezi rizikovým a rezervotvorným životním pojištěním

- Životní pojištění je v dnešní době velmi variabilní produkt. Lidé si často pod tímto názvem představí pouze krytí smrti, ale pojistné produkty dnes umí řešit všechna důležitá rizika. Záleží tedy jen na tom, jak se produkt nastaví. Produkty dělíme na dvě základní kategorie:
- **Rizikové životní pojištění** - slouží pouze ke krytí rizik
- **Rezervotvorné životní pojištění** - kryje rizika a zároveň je možná v produktu tvořit finanční rezervu

# Rizikové životní pojištění (RŽP)

- Obsahuje pouze krytí rizik a neobsahuje investiční složku. Celá platba klienta slouží na úhradu rizikových poplatků, klient tedy v případě zrušení smlouvy nedostane zpět žádné finanční prostředky.

# Rezervotvorné životní pojištění (IŽP, KŽP nebo DP)

- Rezervotvorné životní pojištění je kombinace pojištění rizik a spoření / investování. Část zaplaceného pojistného tvoří kapitálovou hodnotu, která může být v průběhu nebo na konci trvání smlouvy vyplacena klientovi. Dostupnost prostředků, míra jejich zhodnocení i kolísavost investice závisí na typu použitého rezervotvorného pojištění a jeho dalšího nastavení. Rezervotvorné životní pojištění podléhá při splnění zákonných podmínek daňovému zvýhodnění. Další výhodou, zejména IŽP, je tzv. přirozené pojistné za cenu rizik (klient platí každý rok přesně podle jeho věku).

# Rezervotvorné životní pojištění dělíme na

- Investiční životní pojištění (IŽP)
- Kapitálové životní pojištění (KŽP)
- Důchodové pojištění (DP)

# Investiční životní pojištění (IŽP)

- IŽP je pojištění, kde je kapitálová hodnota uložena v podílových fondech. Na rozdíl od kapitálového životního pojištění není sjednaná pevná pojistná částka pro případ dožití. Výplata při dožití se plně odvíjí od výkonnosti fondu nebo skupiny fondů, do kterých je v rámci pojištění investováno.
- Jak funguje zhodnocení finančních prostředků v tomto pojištění? Pojištěný sám volí způsob investování pojistného do různých fondů dle svých osobních preferencí v návaznosti zejména na cíle a dobu, po kterou chce mít prostředky uloženy. Například do fondů akciových, nemovitostních, či dluhopisových. Pokud je klient konzervativnější, může u většiny pojišťoven zvolit i méně rizikové fondy, případně i fondy garantované. Tím se sice vzdává potenciálu vyšších výnosů své investice, ale také téměř odpadá jakékoli kolísání její hodnoty. Výhodou tohoto pojištění je ve srovnání s kapitálovým životním pojištěním vyšší flexibilita, vysoká transparentnost a možnost dosáhnout prostřednictvím podstoupení zvoleného investičního rizika vyššího výnosu, než který je možné získat z jiných typů životních pojištění.
- Investiční životní pojištění je tedy založeno na odlišných principech oproti kapitálovému životnímu pojištění. Hlavní rozdíly jsou v tom, že v investičním životním pojištění klient obvykle zná přesnou výši poplatků. Jsou přesně vyčíslené rizikové a vstupní poplatky, stejně tak i poplatky pravidelné a poplatky za správu investiční složky.

- Zahrnutí pojistné částky pro případ úmrtí a sjednání různých typů připojištění není nutnou součástí smlouvy a je na dobrovolné úvaze klienta.
- IŽP je také charakterizované transparentností a variabilitou. Transparentnost spočívá ve vedení individuálního účtu, který je navyšován platbami pojistného a snižován poplatky za sjednaná rizika a správu pojištění. Variabilita pojistného krytí znamená především možnost nastavení smlouvy. Klient pak cílí buďto na dosažení vyšší nasporené částky, nebo se naopak investiční složka minimalizuje. V našich nástrojích lze investiční složku místy omezit natolik, že výše pojistného se blíží, nebo je dokonce nižší, než poskytují RŽP. Nesmíme zapomenout, že oproti RŽP klient navíc získává daňovou úlevu, která mu z části může cenu za sjednaná rizika kompenzovat.
- Rezervotvorná část investičního životního pojištění není vždy spravována přímo pojišťovnou, ale je vložena do fondů. Buď do externího podílového fondu ve správě konkrétní investiční společnosti spolupracující s pojišťovnou, nebo do fondu vytvořeného pojišťovnou a využívaného pouze klienty pojišťovny. Klient má na výběr z několika typů fondů, a to podle stupně rizika, které si přeje podstoupit. Může si také zvolit, zda využije jednoho nebo více fondů, které může i v průběhu trvání pojištění měnit a libovolně mezi nimi přesouvat finanční prostředky. Každý takový fond je rozdělen na podíly, které pojišťovna nakupuje a prodává za příslušný kurz fondu, který se mění podle jeho výkonnosti. Klientem zaplacené pojistné se tedy převede na podíly dle aktuální hodnoty kurzu. Zisk klienta závisí na vývoji příslušného kurzu, který může nejen růst, ale i klesat.
- Velmi často bývají nevýhodou běžného IŽP vyšší poplatky.



# Kapitálové životní pojištění (KŽP)

- V jednom produktu se kombinuje pojistná ochrana a spoření. KŽP obsahuje vždy krytí smrt a dožití, tedy po celou dobu je klient krytý pojistnou částku v případě úmrtí a na konci má garantovanou hodnotu k výplatě při dožití sjednaného konce pojištění.
- Na druhou stranu, klient svěřuje peníze pojišťovně a ta s nimi nakládá zcela dle svého uvážení. V současné době již pojišťovny KŽP v nabídce nemají. U KŽP je garantované zhodnocení. U starých smluv bylo toto zhodnocení poměrně zajímavé, přibližně do roku 2000. U mladších smluv již garantované zhodnocení nebylo tak zajímavé.
- KŽP je pro klienta poplatkově zcela neprůhledné. Není jasné, jaká část z pojistného jde na rizikové poplatky a kolik stojí ostatní náklady smlouvy. Na druhou stranu klient ví, kolik platí měsíčně a jakou má garantovanou částku k výplatě při dožití se sjednaného konce pojištění.

# Důchodové pojištění (DP)

- Důchodové pojištění je možné považovat za podmnožinu kapitálového životního pojištění, kdy pojistná částka pro případ smrti je většinou minimalizována. Jde tedy v zásadě pouze o pojištění pro případ dožití. Za „důchodový prvek“ je vedle snížení pojistného krytí považována možnost volby výplaty plnění pojišťovny v podobě důchodu, a to buď na předem sjednanou dobu, anebo doživotně s případnou garancí minimální doby výplaty.
- I přes název důchodové pojištění je pojišťovnami v praxi umožněna výplata jednorázové částky při dožití. Výše případného důchodu je v naprosté většině produktů vypočtena podle pravidel platných až v okamžiku dožití, a výše důchodu ani způsob výpočtu není smluvně zaručen. Jako v předchozím případě, i zde se jedná o nástroj, který je z finančního hlediska zpravidla ztrátový, a tedy nevhodný k ukládání peněz.

# Zamlčení důležitých faktů může vést k odstoupení od smlouvy

- Občanský zákoník (Zákon č. 89/2012 Sb.) uvádí v § 2788 následující: „Dotáže-li se pojistitel v písemné formě zájemce o pojištění při jednání o uzavření smlouvy nebo pojistníka při jednání o změně smlouvy na skutečnosti, které mají význam pro pojistitelovo rozhodnutí, jak ohodnotí pojistné riziko, zda je pojistí a za jakých podmínek, zodpoví zájemce nebo pojistník tyto dotazy pravdivě a úplně. Povinnost se považuje za řádně splněnou, nebylo-li v odpovědi zatajeno nic podstatného. Toto platí obdobně i pro další pojištění.“

# Daně a životní pojištění

- Smlouvy životního pojištění patří mezi produkty, u kterých je možné využívat daňové zvýhodnění. Umožňují snižovat daňové zatížení, jak klientovi, tak případně i zaměstnavateli. Vzhledem k tomu, že se tato problematika již několikrát upravovala, jsme nyní v situaci, kdy mohou vznikat značné nejasnosti.

# Co musí smlouva splňovat, aby byla daňově uznatelná

- musí se jednat o rezervotvorný produkt (IŽP, KŽP případně DP),
- smlouva je uzavřena minimálně do šedesáti let věku klienta,
- smlouva je uzavřena minimálně na 60 měsíců (5 let) trvání,
- pojistník a pojištěný je tatáž osoba,
- smlouva neumožňuje částečné odkupy před 60. rokem věku klienta (platí od 1. 1. 2015),
- zaměstnavatel, který na smlouvu přispívá, nesmí být obmyšlenou osobou na smlouvě,
- daňově uznatelné jsou rizikové poplatky na krytí smrti a investiční složka, ostatní připojištění daňově uznatelná nejsou.

# Co si může uplatňovat klient?

- Maximální částka, o kterou si může poplatník snížit svůj daňový základ u životního pojištění, je 24 000 Kč ročně, tedy 2 000 Kč měsíčně (dříve bylo maximálně 12 000 Kč za rok). Při aktuální daňové sazbě 15 % tak může získat od státu zpět až 3 600 Kč ročně. Daňově uznatelné jsou platby na běžné i mimořádné pojistné.
- Pozn. pokud klient využívá i penzijní produkty, transformovaný fond nebo doplňkové penzijní spoření, tak si může snížit daňový základ až o dalších 24 000 Kč při celkové platbě 3 000 Kč měsíčně (na první 1 000 Kč příspěvku dostává státní podporu, na až další 2 000 Kč dostane daňovou úlevu, opět ve výši 15 %).

# Co si může uplatňovat zaměstnavatel?

- Životní pojištění je i atraktivním zaměstnaneckým benefitem. Díky daňovým výhodám mohou zaměstnavatelé, i zaměstnanci ušetřit na povinných odvodech sociálního a zdravotního pojištění. Využívat životní pojištění jako zaměstnanecký benefit je výhodně především ke kombinaci s čerpáním pojistné ochrany na smrt, právě toto riziko může být placeno zaměstnavatelem. Jiná připojištění nejsou daňově zvýhodněná.
- Částka osvobozená od daně a plateb na sociální a zdravotní pojištění, dle § 6 odst. 9 písm. p) Zákona o daních z příjmů, je 50 000 Kč. Tento limit je stanoven jako součet pro platby zaměstnavatele na soukromé životní pojištění i penzijní produkty.
- Příspěvky zaměstnavatele na soukromé životní pojištění či penzijní produkty zaměstnanců jsou pro zaměstnavatele daňovým nákladem, dle § 24 odst. 2 písm. j bod 5. Podmínkou je, že právo zaměstnance na takovýto příspěvek je uvedeno v pracovní smlouvě zaměstnance, vnitřním předpise zaměstnavatele nebo např. kolektivní smlouvě.

# Jaký je vhodný postup s klientem?

- Projít s klientem jeho finanční bilanci a celkovou finanční situaci (výši rezerv apod.).
- Domluvit se s klientem, co by mu pojistka měla přinést v případě zdravotního problému. Je třeba mu vy-světlit, jak fungují jednotlivá rizika.
- Vymyslet správný rozsah pojistky, skladbu rizik a výši pojistných částek.
- Spočítat několik variant, představit je klientovi a doporučit, která pojistka vychází nejlépe.
- V ideálním případě je dobré nechat spočítat, jak by vypadala stávající smlouva po změně na potřebný rozsah krytí. Toto není vždy možné, záleží, co má klient za smlouvu.
- Pokud je změna smlouvy pro klienta výhodná, je možné přistoupit k realizaci této změny.
- Informovat ho o případných negativních dopadech změny smlouvy. Aby věděl, co ho díky změně bude čekat, a aby s tím počítal.
- A poté je třeba si s klientem odsouhlasit, zda mu to takto dává smysl.
- Při realizaci případných změn je třeba mít vše podloženo modelacemi a dalšími materiály, které při případném sporu v budoucnu jasně prokáží výhodnost navrhaného řešení.



# Pokud je řešením dané situace ukončení původní smlouvy a start nového produktu, vždy nezapomeňte na

- Ukončování stávajících pojistných smluv a jejich nahrazování smlouvami novými je přípustné, není-li to pro klienta zjevně nevýhodné.
- Klienta je třeba vždy upozornit na následky ukončení pojistné smlouvy.
- Doporučujeme nechat si od klienta potvrdit záznam o tom, že o případné ztrátě z ukončené původní smlouvy ví a souhlasí s ní (ideálně do Zjištění potřeb zájemce o pojištění).

# Slovník důležitých pojmů

- **Akumulovaný dluh:** Jde o situaci, kdy se kapitálová hodnota smlouvy IŽP dostane do záporných hodnot. Toto nastává zejména v prvních letech trvání smlouvy, kdy si pojišťovna strhává vstupní poplatky. Druhou situací, kdy tato možnost může nastat, je v případě, kdy je smlouva nastavena na minimální postačitelné pojistné. V tu chvíli se v pojistce nemusí vytvořit dostatečná rezerva na dobu, kdy bude klient starší a cena rizika bude vyšší. A v kombinaci s rizikovější investiční strategií, může dojít k poklesu kapitálové hodnoty a pojistka již pak nemusí mít dostatek prostředků, aby vydržela po celou dobu trvání.
- **Běžné pojistné:** Pojistné, které se platí pravidelně v dohodnutých obdobích, např. měsíc, rok, pololetí.
- **Cash flow:** Peněžní tok, je jednoduše řečeno příjem nebo výdej peněžních prostředků. Peněžní tok za určité období představuje tedy rozdíl mezi příjmy a výdaji peněžních prostředků za toto období.

- **Čekací doba:** Doba, po kterou nevzniká pojišťovně povinnost poskytnout pojistné plnění při pojistné události. Pojišťovna poskytuje plnění v případě, že událost vznikne až po uplynutí této doby od sjednání pojištění. Je spojena zejména s nemocenskými riziky. Příklad: 1. 1. 2015 si klient sjedná připojištění vážných nemocí, čekací doba je 6 měsíců. Pojišťovna bude plnit, pokud nemoc vznikne nejdříve 1. 7. 2015. Pojišťovny se tímto brání pojistným podvodům, aby si pojištění nesjednávali již nemocní lidé, u kterých by poté plnění nebylo nahodilou skutečností.
- **Kapitálová hodnota:** Hodnota, která je vytvořena z části pojistného placeného pojistníkem v (po odečtení nákladů na krytí pojistné ochrany a poplatků) a z podílů na zisku, které pojišťovna získala investováním rezervy vytvořené ze zaplaceného pojistného. Kapitálová hodnota se na smlouvě vytváří již v průběhu trvání smlouvy.

- **Karenční doba:** Doba, po kterou nevzniká pojišťovně povinnost poskytnout pojistné plnění při pojistné události. Pojišťovna začíná vyplácet pojistné plnění až po uplynutí této doby. Nejčastějším příkladem je karenční doba např. 28 dní u připojištění pracovní neschopnosti. Pojišťovna neplní prvních 28 dní trvání pracovní neschopnosti, pokud ta trvá déle, začne pojišťovna vyplácet od 29. dne sjednanou denní dávku.
- **Minimální postačitelné pojistné:** Taková výše pojistného, která by měla zaručit přežití smlouvy po celou stanovenou dobu, bez nutnosti nějak upravovat výši pojistného, případně rozsahu pojistných částek.
- **Mimořádné pojistné:** Pojistné uhrazené pojistníkem jednorázově nad rámec běžné platby nebo jednorázového pojistného. Mimořádné pojistné je možné vkládat kdykoliv v průběhu trvání pojištění. Ze smlouvy, která umožňuje daňové odpočty nelze prostředky vybírat, nebo je třeba vrátit státu uplatněné odpočty.

- **MKN-10:** Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů.
- **Obmyšlená osoba:** Osoba určená pojistníkem v pojistné smlouvě, které vznikne právo na pojistné plnění v případě smrti pojištěného.
- **Oceňovací tabulky:** Součást pojistných podmínek. Definují maximální možné plnění za jednotlivé úrazy. Bývají pro trvalé následky úrazu a denní odškodné úrazem, či pro tělesné poškození úrazem.
- **Odkupné:** Ze zákona: bylo-li u pojištění s běžným pojistným zapláceno pojistné alespoň za první rok či první dva roky trvání pojištění, má pojistník právo, aby na jeho žádost bylo pojištění zrušeno s výplatou odkupného. V praxi připadá odkupné v úvahu typicky po více než dvou letech trvání smlouvy, záleží na konkrétním nastavení.
- **Pojistitel:** Pojišťovna, tedy instituce, se kterou pojistník sjednává pojistnou smlouvu.
- **Pojistník:** Osoba, která s pojistitelem uzavřela pojistnou smlouvu. Odpovídá za platbu pojistného.

- **Pojištěný:** Osoba, na jejíž život, zdraví nebo jiné hodnoty pojistného zájmu se pojištění vztahuje. Má právo na pojistné plnění.
- **Pojistná částka:** Částka pojistného plnění splatná pojišťovnou při splnění podmínek a okolností stanovených v pojistné smlouvě. V praxi, částka k výplatě v případě dané pojistné události.
- **Pojistná doba:** Doba, na kterou se uzavírá pojistná smlouva. Pokud během této doby dojde k pojistné události, je pojišťovna povinna vyplatit dohodnuté plnění.
- **Pojistná událost:** S výjimkou dožití, nahodilá skutečnost, se kterou je spojen vznik povinnosti pojišťovny vyplatit dohodnuté plnění (např. úraz, nemoc, úmrtí).
- **Pojistné krytí:** Rozsah sjednaných rizik, která máte zahrnuta ve své smlouvě; v přiložených podmínkách jsou detailně popsána pravidla a podmínky, za kterých je pojišťovna povinna plnit, a naopak při kterých plnit nemusí.

- **Pojistné plnění:** Částka vyplácená jednorázově či postupně, kterou vám podle pojistné smlouvy poskytne pojišťovna v případě vzniku pojistné události.
- **Pojistné podmínky:** Podmínky obsahující zejména vymezení vzniku, trvání a zániku pojištění, vymezení pojistné události, stanovení podmínek, za kterých nevzniká pojistiteli povinnost poskytnout pojistné plnění, způsob určení rozsahu pojistného plnění a jeho splatnost.
- **Technická úroková míra:** Úroková míra, kterou pojišťovna používá při kalkulaci pojistného v kapitálovém životním pojištění. Technická úroková míra představuje takové zhodnocení rezervy pojistného životních pojištění, na které má klient smluvní nárok (zaručený podíl na výnosech z finančního umístění). Maximální výše technické úrokové míry je stanovena vyhláškou a aktuálně (v roce 2015) činila 1,9 % p.a. V průběhu roku 2015 došlo k jejímu snížení na 1,3 % p.a.

- **Úraz:** Neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní síly nezávisle na vůli pojištěného, ke kterému dojde během trvání pojištění a kterým je pojištěnému způsobeno poškození zdraví nebo smrt.
- **Výluky:** Případy či situace uvedené v pojistných podmínkách nebo ve smlouvě, při nichž není pojišťovna povinna pojistné plnění vyplatit.
- **Zajištění, zajišťovna:** Je převod části rizika, jež převzal pojistitel od pojištěných, na jiného organizátora pojištění označovaného jako zajistitel („pojišťovna pojišťoven“). Zajistitel nemá k pojištěným žádný smluvní vztah, chrání pouze pojistitele v případě velkých pojistných událostí, kdy se zpravidla podílí na výplatě pojistného plnění.



DĚKUJI ZA POZORNOST