



Finanční arbitr

Legerova 1581/69, 110 00 Praha 1 – Nové Město

Tel. 257 042 094, e-mail: arbitr@finarbitr.cz

www.finarbitr.cz

Evidenční číslo:

FA/13837/2015

Spisová značka (uvádějte vždy
v korespondenci):

FA/ZP/410/2015

N á l e z

Finanční arbitr příslušný k rozhodování sporů podle § 1 zákona č. 229/2002 Sb., o finančním arbitrovi, ve znění pozdějších předpisů (dále také „zákon o finančním arbitrovi“), rozhodl v řízení zahájeném dne 25. 5. 2015 podle § 8 zákona o finančním arbitrovi o návrhu ■, zastoupené na základě plné moci ze dne 20. 7. 2015 ■ (dále jen „Navrhovatelka“), proti instituci Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group, IČO 47452820, se sídlem nám. Republiky 115, 530 02 Pardubice, zapsané v obchodním rejstříku vedeném Krajským soudem v Hradci Králové, spisová značka B 855 (dále jen „Instituce“), vedeném podle § 24 zákona o finančním arbitrovi podle tohoto zákona s přiměřeným použitím zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „správní řád“), o vyplacení pojistného plnění z pojistné smlouvy ve výši 100.000 Kč, takto:

- I. **Instituce, Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group, IČO 47452820, se sídlem nám. Republiky 115, 530 02 Pardubice, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Krajským soudem v Hradci Králové, spisová značka B 855, je povinna navrhovatelce, ■, zaplatit částku ve výši 100.000 Kč, a to vše do 3 dnů od právní moci tohoto nálezu.**
- II. **Instituce, Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group, je podle § 17a zákona o finančním arbitrovi povinna zaplatit sankci ve výši 15.000 Kč (slovy: patnáct tisíc korun českých), protože arbitr v nálezu vyhovuje návrhu navrhovatelky, ■. Sankci je instituce, Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group, povinna uhradit ve lhůtě do 15 dnů ode dne nabytí právní moci tohoto nálezu na účet České národní banky č. ú. ■, var. symbol ■, konst. symbol ■.**

O d ů v o d n ě n í :

1. Předmět řízení před finančním arbitrem a zkoumání podmínek řízení

Navrhovatelka se jako obmyšlená osoba domáhá po Instituci výplaty pojistného plnění z pojistné smlouvy.

Finanční arbitr zjistil, že dne 29. 5. 2013 podepsal ■■■, jako pojistník a současně pojištěný (dále jen „Pojištěný“) návrh č. ■■■ na uzavření pojistné smlouvy FLEXI životní pojištění ■■■ (dále jen dále jen „Návrh na uzavření pojistné smlouvy“). Instituce Návrh na uzavření pojistné smlouvy Instituce předložený Navrhovatelem akceptovala a dne 3. 6. 2013 vystavila pojistku.

Podle čl. 3 odst. 3 Všeobecných pojistných podmínek pro pojištění spojená s investičními fondy OSOINV 7 (verze 10/2012) (dále je „Všeobecné pojistné podmínky“) se za datum uzavření pojistné smlouvy považuje 21. den po vystavení pojistky. Pojistná smlouva č. ■■■ o FLEXI životní pojištění, s počátkem pojištění 1. 6. 2013, s rozsahem pojištění mimo jiné pojištění pro případ smrti nebo dožití tedy byla uzavřena 24. 6. 2013 (dále jen „Pojistná smlouva“).

Pojistná smlouva je smlouvou, ve které se sjednává životní pojištění ve smyslu § 54 zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o pojistné smlouvě“). Pojistná smlouva je tedy smlouvou o životní pojištění ve smyslu ustanovení § 1 písm. e) zákona o finančním arbitrovi.

Finanční arbitr z návrhu na zahájení řízení zjistil, že Pojištěný dne 7. 7. 2014 zemřel. V Pojistné smlouvě Pojištěný určil jako obmyšlenou osobu „*Dle zákona, 100%*“. Podle § 51 odst. 3 zákona o pojistné smlouvě, nebyl-li v době pojistné události určen obmyšlený nebo nenabude-li obmyšlený práva na pojistné plnění, nabývají tohoto práva manžel pojištěného, a není-li ho, děti pojištěného. Obmyšleným z Pojistné smlouvy je tedy ze zákona Navrhovatelka, která byla manželkou Pojištěného, což vyplývá ze shromážděných podkladů a nejsou o tom pochybnosti ani mezi stranami sporu. Navrhovatelka tedy může být účastníkem řízení před finančním arbitrem, neboť jsou splněny podmínky stanovené v § 3 odst. 2 zákona o finančním arbitrovi.

Finanční arbitr z veřejného seznamu obchodního rejstříku zjistil, že Instituce je akciovou společností, jejímž předmětem podnikání v okamžiku uzavření Pojistné smlouvy byla mimo jiné pojišťovací činnost ve smyslu § 3 odst. 1 písm. f) zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o pojišťovnictví“) v rozsahu pojistných odvětví životních pojištění uvedených v části A bodech I, II, III přílohy č. 1 k zákonu o pojišťovnictví, a dále v rozsahu pojistných odvětví neživotních pojištění uvedených v části B bodu 1,2,3,5,7,8,9,11,13,15,16 a 18 přílohy č. 1 k zákonu o pojišťovnictví, v rozsahu skupiny a), e), f) neživotních pojištění uvedených v části C přílohy k zákonu o pojišťovnictví. Finanční arbitr současně zjistil, že Instituce je současně vedena v registru České národní banky jako pojišťovna s oprávněním k činnosti od 1. 10. 1992. Instituce může být účastníkem řízení před finančním arbitrem, neboť jsou splněny podmínky stanovené v § 1 odst. 1 písm. e) ve spojení s § 3 odst. 1 písm. e) zákona o finančním arbitrovi.

K rozhodování sporu mezi Navrhovatelkou a Institucí je finanční arbitr příslušný, neboť se jedná o spor mezi pojišťovnou a obmyšleným při poskytování životního pojištění ve smyslu ustanovení § 1 odst. 1 písm. e) zákona o finančním arbitrovi, když k rozhodování tohoto sporu je podle § 7 zákona č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád, ve znění pozdějších předpisů, dána pravomoc českých soudů.

4. Tvrzení Navrhovatelky

Navrhovatelka tvrdí, že ji Instituce odmítá vyplatit pojistné plnění ve výši 100.000 Kč, které odpovídá pojistné částce sjednané v Pojistné smlouvě pro případ smrti Pojištěného.

Navrhovatelka tvrdí, že se Instituce odvolává na ustanovení pojistných podmínek „*Pokud dojde ke smrti pojištěného a není-li ve smlouvě dohodnuto jinak, vyplatí pojistitel částku ve výši kapitálového hodnoty smlouvy v případech uvedených níže. Nebyla-li do vzniku pojistné události vytvořena kladná kapitálová hodnota smlouvy, zaniká pojištění bez náhrady. Kladná kapitálová hodnota bude vyplacena, dojde-li k pojistné události...*“ S ohledem na dobu trvání pojištění, nebyla v tomto případě vytvořena žádná kapitálová hodnota, ovšem v Pojistné smlouvě byla sjednána pojistná částka pro případ smrti pojištěného ve výši 100.000 Kč, tedy v souladu s výše uvedeným zněním pojistných podmínek bylo ve smlouvě dohodnuto jinak, resp. ve smlouvě byla pevně sjednaná výše pojistné částky pro případ úmrtí pojištěného.

Navrhovatelka namítá, že v Pojistné smlouvě nejsou vyplněny dotazy na zdravotní stav Pojištěného a Instituce o žádných výlukách z pojištění, které by se na něj mohly vztahovat, neinformovala.

Navrhovatelka tvrdí, že záznam o požadavcích a potřebách klienta nemá a neví, zda ho Instituce s Pojištěným sepsala. Navrhovatelka potvrzuje, že Pojištěný se již s onemocněním, které bylo příčinou jeho úmrtí, léčil před uzavřením Pojistné smlouvy, na to ho však Instituce jako na výluku neupozornila.

6. Tvrzení Instituce

Instituce potvrzuje, že s Pojištěným uzavřela Pojistnou smlouvu a že jí nebylo nic známo o jeho zdravotním stavu a že s ohledem na výši pojistných částek Instituce nevyžadovala zodpovězení zdravotních dotazů. Instituce potvrzuje, že Pojistná smlouva zanikla dne 7. 7. 2014, kdy došlo k úmrtí Pojištěného.

Instituce tvrdí, že ke dni zániku Pojistné smlouvy byla kapitálová hodnota záporná (-663,80 Kč). Instituce namítá, že nárok Navrhovatelky je neoprávněný z důvodu výluky z pojištění sjednané v článku 10 Speciálních pojistných podmínek v souladu s § 4 odst. 5 zákona o pojistné smlouvě, kde si Instituce a Pojištěný sjednali, že Instituce může pojistné plnění snížit, pokud dojde ke smrti pojištěného do doby dvou let od počátku pojištění následkem jakéhokoliv onemocnění, které nastalo nebo bylo diagnostikováno před počátkem pojištění. V těchto případech má Pojistník nárok pouze na kapitálovou hodnotu smlouvy v případech, kdy byla vytvořena. Instituce namítá, že protože Pojištěný zemřel do dvou let od počátku pojištění následkem onemocnění chronické obstruktivní plicní nemoci IV. stupně a toto onemocnění bylo u Pojištěného diagnostikováno již v roce 2005 a od té doby intenzivně léčeno (m. j. 3x hospitalizování na interním oddělení Litomyšlské nemocnice a.s.), je jeho nárok na pojistné plnění vyloučen.

Instituce argumentuje, že pojistné podmínky jsou součástí pojistné smlouvy, což vyplývá z § 4 odst. 4 zákona o pojistné smlouvě a že z tohoto zákonného ustanovení nevyplývá, že by ustanovení samotné smlouvy měla přednost před pojistnými podmínkami.

Instituce namítá, že z Pojistné smlouvy nevyplývá, že by speciální pojistné podmínky měly přednost před všeobecnými pojistnými podmínkami a naopak. Instituce argumentuje, že obdobné pojistné smlouvy s totožnými smluvními ujednáními úspěšně absolvovaly soudní přezkum u Krajského soudu v Hradci Králové, pobočka v Pardubicích – rozsudek sp. zn. 23 Co 147/2014-293 ze dne 10. 6. 2014, kde soud vyslovil názor, že všeobecné pojistné podmínky Instituce jsou přehledné a obsahují předvídatelná ujednání.

Ujednání o výlukách je srozumitelné, nelze jej označit za překvapivé ujednání a výluky z pojištění v pojistných podmínkách jsou standartním postupem při všech typech pojistných smluv. Instituce namítá, že Pojištěný si musel být vědom, že má již od 2005 diagnostikováno onemocnění v podobě chronické obstruktivní plicní nemoci IV: stupně, které intenzivně léčí a že tak v případě jeho úmrtí na toto onemocnění do dvou let od počátku pojištění nárok na pojistné plnění je vyloučen s ohledem na znění uzavřené Pojistné smlouvy. Opačný přístup by znamenal porušení § 6 a § 8 ve spojení s § 3030 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník (dále jen „nový občanský zákoník“), tedy že každý má povinnost jednat v právním styku poctivě a zjevné zneužití práva nepožívá právní ochrany. Tato zákonná ustanovení chrání Instituci, aby prostřednictvím smluvně sjednaných výluk znemožnila poskytovat pojistné plnění v případě účelově a spekulativně sjednávaných pojistných smluv, kdy si je pojistník v době uzavření smlouvy vědom existence nějakého zdravotního problému a chybí tak základní princip pojištění, tedy nahodilost a neočekávanost.

7. Právní posouzení

Finanční arbitr podle § 12 odst. 1 zákona o finančním arbitrovi rozhoduje podle svého nejlepšího vědomí a svědomí, nestranně, spravedlivě a bez průtahů a pouze na základě skutečností zjištěných v souladu s tímto zákonem a zvláštními právními předpisy. Podle § 12 odst. 3 zákona o finančním arbitrovi není finanční arbitr vázán návrhem a aktivně opatřuje důkazy. Při svém rozhodování vychází ze skutkového stavu věci a volně hodnotí shromážděné důkazy.

V řízení vzal finanční arbitr za prokázané, že Pojištěný a Instituce uzavřeli Pojistnou smlouvu, ke které Instituce vystavila Pojištěnému Pojistku.

Z Pojistné smlouvy finanční arbitr zjistil, že strany sporu sjednaly počátek pojištění od 1. 6. 2013 a konec pojištění do dne předcházejícího výročnímu dni trvání pojištění v kalendářním roce, ve kterém se pojištěný dožije 75 let věku, s rozsahem pojištění „*Základní pojištění pro případ smrti z jakýchkoliv příčin 100.000 Kč*“ a dále pojištění trvalých následků úrazu s progresí od 0,5% ve výši 200.000 Kč, pojištění denního odškodného-úraz 200 Kč/den, pojištění hospitalizace 200 Kč/den.“

Podpisem Návrhu na uzavření pojistné smlouvy Pojištěný současně mimo jiné prohlásil, že „*jsem byl/a před sjednáním tohoto návrhu seznámen/a s Informačním listem pro zájemce o pojištění a převzal jsem Doplnující informace pro zájemce o uzavření pojistné smlouvy, je-li nositelem investičního rizika pojistník, ve smyslu zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě.*“

Podpisem Návrhu na uzavření pojistné smlouvy Pojištěný současně prohlásil, že „*s uvedeným návrhem, Všeobecnými pojistnými podmínkami pro pojištění spojená s investičním fondy OSOINV 7 (verze 10/2012), Speciálními pojistnými podmínkami pro FLEXI životní pojištění (verze 10/2012), smluvními ujednáními pro sjednaná pojištění a se Zásadami Pojišťovny České spořitelny, a.s. Vienna Insurance Group, pro nakládání a ochranu osobních údajů souhlasím,*

potvrzují jejich převzetí a prohlašují, že všechny mé odpovědi na písemné dotazy pojistitele zde uvedené jsou pravdivé a úplné. “

Podle v čl. 8. Všeobecných pojistných podmínek platí, že *„Pojistnou událostí se rozumí smrt pojištěného, dožití se určitého věku nebo dne stanoveného v pojistné smlouvě jako konec pojištění, ...“*

7.1. Rozhodná právní úprava

Pojistnou smlouvu strany sporu uzavřely před nabytím účinnosti nového občanského zákoníku. Podle § 3028 odst. 1 nového občanského zákoníku se tímto zákonem *„řídí práva a povinnosti vzniklé ode dne nabytí jeho účinnosti“* přičemž podle odstavce 3 se právní poměry, na které se nevztahuje odstavce druhý (práva osobní, rodinná a věcná), a *„vzniklé přede dnem nabytí účinnosti tohoto zákona, jakož i práva a povinnosti z nich vzniklé, včetně práv a povinností z porušení smluv uzavřených přede dnem nabytí činnosti tohoto zákona“* řídí dosavadními právními předpisy. Důvodová zpráva k tomuto ustanovení současně dodává, že se jedná o ustanovení kogentní povahy přejímající myšlenku § 763 odst. 1 zákona č. 513/1991 Sb., obchodní zákoník, ve znění pozdějších předpisů, které vyjadřuje zásadu, že zákony nepůsobí nazpět, a proto se novým občanským zákoníkem řídí práva a povinnosti vzniklé ode dne jeho účinnosti. Právní poměry založené smlouvami se mají podle třetího odstavce spravovat dosavadními právními předpisy až do svého zániku, a to především s ohledem na zásadu právní jistoty smluvních stran, které smlouvu uzavřely za určitých podmínek a v určitém právním prostředí a nemohly předpokládat, že dojde ke změně právní úpravy.

Práva a povinnosti z Pojistné smlouvy vyplývající se tedy řídí zákonem o pojistné smlouvě a současně podle § 1 odst. 2 zákona o pojistné smlouvě *„[n]ejsou-li některá práva a povinnosti účastníků soukromého pojištění upravena tímto zákonem nebo zvláštním právním předpisem, řídí se občanským zákoníkem.“*

Na pojistnou smlouvu obecně, a tedy i na Pojistnou smlouvu je současně nutno nahlížet jako na tzv. absolutní neobchod (absolutní občanskoprávní vztah) a rovněž jako na smlouvu spotřebitelskou, jelikož naplňuje znaky uvedené v ustanovení § 52 zákona č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „občanský zákoník“), kdy na jedné straně Pojistné smlouvy stojí Instituce jako osoba, která při uzavírání a plnění Pojistné smlouvy jedná v rámci své obchodní nebo jiné podnikatelské činnosti, a na straně druhé Pojištěný jako spotřebitel, tedy fyzická osoba, která při uzavírání a plnění Pojistné smlouvy nejedná v rámci své obchodní nebo jiné podnikatelské činnosti nebo v rámci samostatného výkonu svého povolání.

Při posuzování sporu musí finanční arbitr na Pojištěného pohlížet jako na tzv. průměrného spotřebitele, definice průměrného spotřebitele je explicitně obsažena například v bodu 18 preambule směrnice Evropského parlamentu a Rady 2005/29/ES ze dne 11. května 2005 o nekalých obchodních praktikách vůči spotřebitelům na vnitřním trhu a o změně směrnice Rady 84/450/EHS, směrnic Evropského parlamentu a Rady 97/7/ES, 98/27/ES a 2002/65/ES a nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 2006/2004 (dále jen „směrnice o nekalých obchodních praktikách“). Průměrným spotřebitelem se rozumí spotřebitel, který má dostatek informací a je v rozumné míře pozorný a opatrný, s ohledem na sociální, kulturní a jazykové faktory. Shodné pojetí převzal i Nejvyšší soud České republiky v rozsudku ze dne 30. 5. 2007, sp. zn. 32 Odo 229/2006, nebo v rozsudku ze dne 30. 10. 2009, sp. zn. 23 Cdo 1057/2009.

Praktickým projevem spotřebitelské ochrany je pak zejména zákaz tzv. zneužívajících klauzulí, ujednání, která ve smyslu § 56 občanského zákoníku zakládají, v rozporu s požadavkem dobré víry a k újmě spotřebitele, značnou nerovnováhu v právech a povinnostech stran. Kritérium posuzování nerovnováhy v právech a povinnostech stran, resp. vážnost jeho aplikace, je pak umocněno tím, že se jedná o adhezní smlouvu, tedy o smlouvu spadající do kategorie smluv, kterou typizuje skutečnost, že obsah práv a povinností právního vztahu není dán vyjednáváním stran, ale záměrem, vůlí smluvní strany v postavení dodavatele.

7.2. K Návrhu uzavření pojistné smlouvy a k Pojistce

V Návrhu na uzavření pojistné smlouvy je rozsah pojištění sjednán takto „*Pojištění pro případ smrti nebo dožití (v případě pojištění dvojice platí pro 1. i 2. pojištěného) Základní pojištění pro případ smrti z jakýchkoliv příčin 100 000 Kč*“ Část „*Základní zdravotní dotazy pro 1. pojištěného*“ není vyplněna. Taktéž není označena skutečnost, že by byl vyřizován zdravotní dotazník (položka „*K návrhu je vyřizován zdravotní dotazník*“ není zakřížkována).

V Pojistce, kterou Instituce vydala jako potvrzení o uzavření Pojistné smlouvy, je výslovně pak vyznačeno „*R O Z S A H P O J I Š T Ě N Í - Flexibilní životní složka- pojištění pro případ smrti nebo dožití, Druh pojištění: Základní pojištění pro případ smrti z jakýchkoliv příčin. Pojistná částka 100 000 Kč. Pojištění trvá nejdéle do 24.00 hod. dne 31.5. 2021. Po dožití se sjednaného konce pojištění bude pojištěnému vyplacena kapitálová hodnota smlouvy.*“

7.3. K omezení pojistného plnění

Čl. 10 odst. 6 písm. a) Všeobecných pojistných podmínek, na který se Instituce odvolává, zní: „*Článek 10 – Omezení pojistného plnění. Odst. 6 Pokud dojde ke smrti pojištěného a není-li ve smlouvě dohodnuto jinak, vyplatí pojistitel částku ve výši kapitálové hodnoty smlouvy v případech uvedených níže. Nebyla-li do vzniku pojistné události vytvořena kladná kapitálová hodnota smlouvy, zaniká pojištění bez náhrady. Kladná kapitálová bude vyplacena, dojde-li k pojistné události: a) do doby dvou let od počátku pojištění následkem jakéhokoliv onemocnění, které nastalo nebo bylo diagnostikováno před počátkem pojištění,*“.

Instituce argumentuje tím, že k datu úmrtí nebyla vytvořena kladná kapitálová hodnota a dále tím, že Pojištěný zemřel následkem chronické obstruktivní plicní nemoci IV. stupně, kterou měl diagnostikovanou už od roku 2005.

V Návrhu na uzavření pojistné smlouvy, který Instituce přijala a který potvrdila vystavením Pojistky, je přitom pevně sjednána částka 100.000 Kč pro „*smrt z jakýchkoliv příčin*“. Je-li tedy v Pojistné smlouvě sjednáno něco jiného, článek 10 Všeobecných pojistných podmínek se neuplatní, protože sám článek 10 Všeobecných pojistných podmínek dává přednost ujednání Pojistné smlouvy (*Pokud dojde ke smrti pojištěného a není-li ve smlouvě dohodnuto jinak, vyplatí pojistitel částku ve výši kapitálové hodnoty smlouvy v případech uvedených níže*).

Čl. 2 část B písm. a) Speciálních pojistných podmínek pro FLEXI životní pojištění stanoví, že „*Při smrti pojištěného vyplatí pojistitel oprávněné osobě pojistnou částku platnou ke dni úmrtí nebo kapitálovou hodnotu pojistné smlouvy platnou ke dni nahlášení pojistné události, je-li vyšší...*“ ve spojení s čl. 2 část B písm. b) Speciálních pojistných podmínek pro FLEXI životní pojištění, který stanoví: „*Je-li v případě smrti pojistná částka vyšší než kapitálová hodnota pojistné smlouvy, bude vyplacena pojistná částka snižená o částečné výplaty provedené po datu úmrtí...*“

Finanční arbitr Instituci neupírá, že pojistné podmínky jsou součástí pojistné smlouvy, což vyplývá z § 4 odst. 4 zákona o pojistné smlouvě a dále, že toto zákonné ustanovení neobsahuje výslovně, že by ujednání pojistné smlouvy měla přednost před pojistnými podmínkami. Z Pojistné smlouvy uzavřené mezi Pojištěným a Institucí rovněž nevyplývá, že by speciální pojistné podmínky měly přednost před všeobecnými pojistnými podmínkami a naopak.

Ačkoliv se finanční arbitr domnívá, že samotný článek 10 Všeobecných pojistných podmínek („*není-li ve smlouvě dohodnuto jinak*“) stanovil, že před ním má mít přednost Návrh na uzavření pojistné smlouvy, co by hlavní individualizovaný dokument pojistné smlouvy, považoval finanční arbitr za nezbytné se s ohledem na skutečnost, že Instituce tento výklad nesdílí, náležitě zabývat vztahem mezi článkem 10 Všeobecných pojistných podmínek a Návrhem na uzavření pojistné smlouvy, když v návrhu smlouvy je stanoveno „*pro případ smrti z jakýchkoliv příčin 100.000 Kč*“ jako ustanovení, které by mělo přednost před výplatou kladné kapitálové hodnoty stanovené v čl. 10 Všeobecných pojistných podmínek.

Finanční arbitr odkazuje na rozhodnutí Nejvyššího soudu uvedeným 28 Cdo 864/2008 ze dne 5. 8. 2008, který stanoví, že „*Pojistitel se nemůže zbavit povinnosti k pojistnému plnění s odůvodněním, že jím vydané pojistné podmínky jsou neurčité nebo nesrozumitelné.*“

Finanční arbitr tedy, jak je výše uvedeno, shledal především zásadní rozpor mezi Návrhem na uzavření pojistné smlouvy s pojmem „*pro smrt z jakýchkoliv příčin 100.000 Kč*“ a Všeobecnými pojistnými podmínkami resp. čl. 10, který stanoví (nestanoví-li smlouva jinak), že v případě smrti z jistých příčin v prvních dvou letech trvání pojištění není pojistné plnění ve výši 100.000 Kč, ale je ve výši kladné kapitálové hodnoty, což je fakticky zásadní rozdíl.

Finanční arbitr v souladu s § 4 odst. 5 zákona o pojistné smlouvě souhlasí s tím, že v pojistných podmínkách jsou stanoveny podmínky, za kterých nevzniká pojistiteli povinnost poskytnout pojistné plnění (výluky z pojištění). Pokud Návrh na uzavření pojistné smlouvy používá pojem „*pro případ smrti z jakýchkoliv příčin*“, měl Navrhovatel legitimní důvod očekávat, že v případě jeho smrti z jakýchkoliv příčin, tedy i z důvodu nemoci, kterou trpěl v době uzavření Pojistné smlouvy, obmyšlený dostane pojistné plnění ve výši 100.000 Kč. Ze své podstaty nelze pojem „*pro případ smrti z jakýchkoliv příčin*“ jakkoliv vymezovat či zpřesňovat, neboť jakékoliv vymezení tohoto pojmu ve svém důsledku vede pouze k tomu, že je popřeno „*z jakýchkoliv příčin.*“

Finanční arbitr připouští, že pojem „*pro případ smrti z jakýchkoliv příčin*“ je omezen ustanovením § 17, § 24 a § 56 zákona o pojistné smlouvě a případně obecným korektivem dobrých mravů, nicméně pokud tento pojem je užit v Návrhu na uzavření pojistné smlouvy, nelze ho v pojistných podmínkách úplně popřít pro situaci, kdy Pojištěný neporušil žádnou svoji povinnost ani se nedopustil žádného zaviněného jednání (např. pojistná událost související s trestným činem Pojištěného, vlivem toxických látek atd.).

Finanční arbitr chápe hlavní dokument pojistné smlouvy (formulářovou část pojistné smlouvy, tj. Návrh na uzavření pojistné smlouvy) jako individualizované smluvní ujednání, které v případě rozporu s pojistnými podmínkami má přednost, s ohledem na zásadu autonomie vůle nelze uvažovat tak, že obecné pojistné podmínky by měly mít přednost před individualizovaným hlavním dokumentem pojistné smlouvy. Tento závěr je v souladu s judikátem Nejvyššího soudu sp. zn. 29 Cdo 589/2010 ze dne 31. 5. 2012, který ne v případě pojištění, ale v případě úvěrové smlouvy judikoval, že „*[v] případě, že nastane rozpor mezi zněním smlouvy úvěru a obchodních podmínek, na něž smlouva odkazuje, má přednost ustanovení obsažené ve smlouvě o úvěru.*“ (“).

Finanční arbitr si je vědom, že pojistná smlouva je absolutní neobchod, tudíž i úprava všeobecných obchodních podmínek podle § 273 obchodního zákoníku není na pojistné smlouvy aplikovatelná. Finanční arbitr si je rovněž vědom, že pojistné podmínky mají svou speciální právní úpravu v § 4 odst. 3 až 5 zákona o pojistné smlouvě, přesto se domnívá, že jisté obecné principy zakotvené ve výše uvedeném judikátu lze vztáhnout i na úpravu pojistných smluv.

7.4. Zkoumání zdravotního stavu Pojištěného

Ze shromážděných podkladů vyplývá, že zdravotní stav Pojištěného Instituce zkoumala až v okamžiku pojistné události. Zákon o pojistné smlouvě přitom dává v § 50 odst. 1 pojistiteli oprávnění zkoumat zdravotní stav pojištěného, jsou-li pro to důvody související se stanovením výše pojistného rizika, výše pojistného a šetřením pojistné události. Instituce byla dále oprávněna podle § 6 odst. 1 zákona o pojistné smlouvě, podmínit uzavření pojistné smlouvy lékařskou prohlídkou.

Instituce má podle § 6 odst. 1 zákona o pojišťovnictví povinnost „...jednat s odbornou péčí a postupovat obezřetně, zejména neprovádět tyto činnosti způsobem, který poškozuje majetek jí svěřený třetími osobami.“

Již položením 6 základních zdravotních dotazů pro 1. pojištěného obsažených v Návrhu na uzavření pojistné smlouvy, mohla Instituce zjistit zvýšenou rizikovost Pojištěného, který pokud by odpovídal pravdivě, odpověděl by minimálně na 3 otázky ano (otázka 1. „*Jste pod pravidelným lékařským dohledem v důsledku zdravotních komplikací nebo dlouhodobě užíváte léky?*“, 2. „*Trpíte nebo jste trpěl/a některou z následujících chorob: onemocnění srdce, plic, ledvin, jater, nervového systému, zhoubné nádory, cukrovka, psychické potíže?*“, 6. „*Byl jste v posledních pěti letech hospitalizován/a na specializovaném pracovišti nebo u Vás bylo z důvodu diagnostiky a léčení onemocnění provedeno speciální vyšetření (RTG, CT, NMR, EKG, EEG, ultrazvuk, chemoterapie?*“).

Z předložených lékařských zpráv vyplývá, že Pojištěný byl už v okamžiku sjednávání Pojistné smlouvy osobou s velkou mírou rizika. Instituce mohla zkoumat zdravotní stav Pojištěného, jak jí umožňuje zákon o pojistné smlouvě a jak by plynulo z povinnosti odborné péče, zdravotní stav Pojištěného však nezjišťovala.

V případě, že Instituce ve svých návrzích na uzavření pojistné smlouvy určuje rozsah pojištění „*pro případ smrti z jakýchkoliv příčin*“, je na místě, aby v rámci své odborné péče řádně zkoumala zdravotní stav zájemců o pojištění, neboť je v rozporu s ustanovením hlavního dokumentu pojistné smlouvy „*pro případ smrti z jakýchkoliv příčin*“ stanovovat v pojistných podmínkách výluky týkající se zdravotního stavu.

Tvrzení Instituce o tom, že Pojištěný si musel být vědom, že je nemocný a že se léčí a že do dvou let od počátku pojištění je nárok na pojistné plnění vyloučen s ohledem na znění uzavřené Pojistné smlouvy, finanční arbitr chápe tak, že Instituce se snaží přenést odpovědnost, za to, že byla pojištěna vysoce riziková osoba, na samotného Pojištěného.

Podle § 14 odst. 1 zákona o pojistné měl Pojištěný povinnost pravdivě odpovědět na písemné dotazy o svém zdravotním stavu, a pokud by na ně odpověděl nepravdivě, mohlo by to být v souladu s ustálenou judikaturou důvodem odmítnutí pojistného plnění. Pojištěný však neměl žádnou právní povinnost informovat Instituci o svém špatném zdravotním stavu, pokud se Instituce na nic nezeptala.

Informační list pro zájemce o pojištění o omezení pojistného plnění v případě smrti v prvních dvou letech pojištění na onemocnění diagnostikované před počátkem pojištění neinformuje, informuje pouze o oprávnění Instituce odmítnout plnění z pojistné smlouvy, pokud by Pojištěný uvedl při sjednání pojištění úmyslně či z nedbalosti nepravdivě či neúplně zodpověděl na písemné dotazy Instituce, toto právo Instituci přiznává i § 17 odst. 2 zákona o pojistné smlouvě, který stanoví, že „[p]okud mělo porušení povinností uvedených v tomto zákoně nebo v pojistné smlouvě podstatný vliv na vznik pojistné události, její průběh nebo na zvětšení rozsahu jejích následků anebo na zjištění nebo určení výše pojistného plnění, může pojistitel pojistné plnění snížit úměrně tomu, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah jeho povinnosti plnit, nestanoví-li tento zákon jinak.“

Zákon o pojistné smlouvě v § 24 odst. 1 stanoví, že „Nestanoví-li zákon jinak, může pojistitel plnění z pojistné smlouvy odmítnout, jestliže

a) příčinou pojistné události byla skutečnost, o které se dozvěděl až po vzniku pojistné události a kterou nemohl zjistit při sjednávání pojištění nebo jeho změně v důsledku úmyslně nebo z nedbalosti nepravdivě nebo neúplně zodpovězených písemných dotazů, a jestliže by při znalosti této skutečnosti v době uzavření pojistné smlouvy tuto smlouvu neuzavřel, nebo ji uzavřel za jiných podmínek, nebo

b) oprávněná osoba uvede při uplatňování práva na plnění z pojištění vědomě nepravdivě nebo hrubě zkreslené údaje týkající se rozsahu pojistné události nebo podstatné údaje týkající se této události zamlčí.“

Nicméně v důsledku toho, že Instituce se Pojištěného na jeho zdravotní stav nezeptala a Pojištěný neměl žádnou právní povinnost upozornit Instituci na svůj zdravotní stav, Pojištěný žádnou svoji povinnost neporušil, ani se nedopustil jednání sankcionovaného v § 17 a § 24 zákona o pojistné smlouvě, neexistuje tedy žádný zákonný důvod pro odmítnutí nebo snížení pojistného plnění.

7.5. K Rozsudku Krajského soudu v Hradci Králové

Rozsudek, na který Instituce v řízení odkazuje, se zabývá případem, kdy klient uzavřel s Institucí Flexi životní pojištění s úrazovým připojištěním. Klientovi se stal úraz páteře, nicméně závažnost zranění byla ovlivněna též skutečností, že klient se již před uzavřením pojištění s Institucí léčil s páteří.

Instituce argumentovala tím, že si s klientem v čl. III bod 4 písm. a) Všeobecných pojistných podmínek pro pojištění s investičními fondy OSOINV 1 platné od 1. 1. 2005 ujednala, že v případě mimo jiné ploténkového páteřního syndromu Instituce neplní. Úraz klienta vedl k akutní ataci bolestivého páteřního syndromu s drážděním prvních křížových míšních kořenů oboustranně a Instituce argumentovala, že v takovém případě je tu dána tzv. výluka pojistného plnění.

Krajský soud se ztotožnil s argumentací Instituce, že úraz klienta spadá do výše uvedené výluky a výluku označil za platně sjednanou, neboť byla srozumitelná, očekávatelná, klient měl možnost se s ní seznámit a nelze jí považovat za nepřiměřenou nebo překvapivou. Krajský soud tuto výluku též shledal v souladu s běžnou praxí. Ke skutečnosti, že klient se již před uzavřením pojištění léčil s páteří, se Krajský soud podrobněji nevyjádřil.

Finanční arbitr nepovažuje argumentaci Rozsudkem Krajského soudu v Hradci Králové za přílehlavou. Soud v tomto případě nezabýval životním, ale úrazovým pojištěním. Ve sporu, který

projednává finanční arbitr, není rozpor mezi hlavním dokumentem pojistné smlouvy a pojistnými podmínkami, ten by byl v případě, že by obdobně jako ve sporu před finančním arbitrem, zněl rozsah úrazového pojištění v hlavním dokumentu pojistné smlouvy „*pro úraz z jakýchkoliv příčin*“, ale pokud ve sporu v Rozsudku Krajského soudu v Hradci Králové bylo v hlavním pojistném dokumentu sjednáno úrazové připojištění bez jakékoliv specifikace, není bližší vymezení a případné stanovení výluk v pojistných podmínkách v rozporu s hlavním pojistným dokumentem jako v případě projednávaném před finančním arbitrem. Ve sporu před finančním arbitrem jsou jisté nejasnosti v použití jednotlivých ustanovení Pojistné smlouvy a jejich vzájemná souvztažnost, což v Rozsudku Krajského soudu v Hradci Králové není.

8. K výrokům rozhodnutí

Finanční arbitr shledal Navrhovatelčin požadavek na pojistné plnění ve výši 100.000 Kč za oprávněný.

Podle § 17a zákona o finančním arbitrovi platí, že „*[v] nálezu, jímž arbitr vyhovuje, byť i jen zčásti, návrhu navrhovatele, uloží současně instituci povinnost zaplatit sankci ve výši 10 % z částky, kterou je instituce podle nálezu povinna zaplatit navrhovateli, nejméně však 15 000 Kč. Zaplacení 15 000 Kč uloží i v případech, kdy předmětem sporu není peněžitá částka. Sankce je příjmem státního rozpočtu.*“

V tomto případě finanční arbitr ukládá sankci v minimální výši stanovené tímto ustanovením, tedy v částce 15.000 Kč, neboť 10 % z částky 100.000 Kč, kterou je Instituce podle nálezu povinna Navrhovatele vyplatit, minimální hranici nepřesahuje.

Závěr finančního arbitra přijatý v tomto řízení není o tom, že by odmítal předvídatelně řádně sjednané výluky z pojištění, které jsou v souladu s dobrými mravy. Pokud by byla výluka z pojištění v tomto případě platně sjednána, tj. pokud by byla v souladu se sjednaným rozsahem pojištění v Návrhu na uzavření pojistné smlouvy a pokud by byla jako výluka označena, finanční arbitr by návrh zamítl.

Na základě všech výše uvedených skutečností rozhodl finanční arbitr tak, jak je uvedeno ve výroku tohoto nálezu.

P o u č e n í :

Proti tomuto nálezu lze podle § 16 odst. 1 zákona o finančním arbitrovi do 15 dnů od jeho doručení podat písemně odůvodněné námitky k finančnímu arbitrovi. Práva podat námitky se lze vzdát. Včas podané námitky mají odkladný účinek.

Podle § 17 odst. 1 zákona o finančním arbitrovi, nález, který již nelze napadnout námitkami, je v právní moci.

V Praze dne 29. 12. 2015

otisk úředního razítka

Mgr. Monika Nedelková
finanční arbitr