



Finanční arbitr

Legerova 1581/69, 110 00 Praha 1 – Nové Město, Tel. +420 257 042 094,
ID datové schránky: qr9ab9x, e-mail: arbitr@finarbitr.cz, <https://www.finarbitr.cz>

Navrhovatel



Zástupce

Mgr. Petr Hulán, advokátní kancelář, advokát
IČO 720 13 940



Instituce

Generali Pojišťovna a.s.
IČO 618 59 869
Bělehradská 299/132
Vinohrady
12000 Praha 2

Č. j. FA/SR/ZP/49/2017 - 1

Praha 8. 1. 2018

N á l e z

Finanční arbitr příslušný k rozhodování sporů podle § 1 odst. 1 zákona č. 229/2002 Sb., o finančním arbitrovi, ve znění pozdějších předpisů (dále také „zákon o finančním arbitrovi“), rozhodl v řízení zahájeném dne 15. 1. 2017 podle § 8 zákona o finančním arbitrovi o návrhu Navrhovatele proti Instituci a vedeném podle § 24 zákona o finančním arbitrovi podle tohoto zákona a zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „správní řád“), o zaplacení částky ve výši 1.850.000 Kč, takto:

- I. **Řízení o zaplacení 500.000 Kč jako části pojistného plnění z připojištění pro případ smrti úrazem následkem autonehody z pojistné smlouvy č. ■, kterou uzavřeli ■ a Instituce dne 2. 4. 2014, se podle § 14 odst. 1 písm. a) zákona o finančním arbitrovi zastavuje, neboť návrh je nepřijatelný podle § 9 písm. a) zákona o finančním arbitrovi, protože spor nenáleží do působnosti finančního arbitra.**
- II. **Návrh o zaplacení 1.350.000 Kč jako pojistného plnění z pojištění pro případ smrti z pojistné smlouvy č. ■, kterou uzavřeli ■ a Instituce dne 2. 4. 2014, se podle § 15 odst. 1 zákona o finančním arbitrovi zamítá.**

Odůvodnění:

1 Předmět řízení před finančním arbitrem a zkoumání podmínek řízení

Navrhovatel se domáhá na Instituci pojistného plnění z pojištění pro případ smrti, na které mu vznikl nárok jako obmyšlené osobě ze smlouvy o životním pojištění, kterou s Institucí uzavřel jeho manžel jako pojistník a pojištěný, a který zemřel.

Finanční arbitr ze shromážděných podkladů zjistil, že ■, zemř. dne 8. 9. 2015, jako pojistník a pojištěný (dále jen „Pojištěný“), podepsal dne 2. 4. 2014 návrh na uzavření pojistné smlouvy variabilního životního pojištění s aktualizací SWING č. ■ (dále jen „Návrh pojistné smlouvy“), na základě kterého uzavřeli Pojištěný a Instituce pojistnou smlouvu č. ■, s počátkem pojištění 1. 5. 2014 a pojistnou dobou 5 let (dále jen „Pojistná smlouva“).



Podle svého označení i obsahu je Pojistná smlouva smlouvou o životním pojištění ve smyslu § 2833 a násl. zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „občanský zákoník“), resp. ve znění účinném v okamžiku jejího uzavření.

Navrhovatel je v Pojistné smlouvě označen jako obmyšlená osoba, a je tedy osobou oprávněnou z pojistné smlouvy ve smyslu § 2770 občanského zákoníku.

Finanční arbitr považuje Navrhovatele za spotřebitele, protože nezjistil, že by Navrhovatel v právním vztahu s Institucí nevystupoval jako fyzická osoba, která nejedná v rámci své obchodní nebo jiné podnikatelské činnosti, jak definují spotřebitele hmotněprávní předpisy. Navrhovatel proto může být účastníkem řízení před finančním arbitrem ve smyslu § 1 odst. 1 a § 3 odst. 2 zákona o finančním arbitrovi.

Finanční arbitr z obchodního rejstříku zjistil, že Instituce je pojišťovnou, podle Pojistné smlouvy je pojistitelem, může tedy 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.

Podle § 2833 občanského zákoníku je životním pojištěním pojištění pro případ smrti, dožití se určitého věku nebo dne určeného smlouvou jako konec pojištění, anebo pro případ jiné skutečnosti týkající se změny osobního postavení člověka. Zákonodárce do skupiny životního pojištění už nezařadil pojištění pro případ nemoci, pojištění pro případ úrazu a pojištění související se zdravím, např. pojištění závažných onemocnění.

Finanční arbitr tedy není příslušný řešit spor o pojistné plnění z připojištění pro případ smrti úrazem způsobeným autonehodou, ani pokud bylo sjednáno jako připojištění k životnímu pojištění.

K rozhodování sporu mezi Navrhovatelem a Institucí o zaplacení částky ve výši 1.350.000 Kč jako pojistného plnění pro případ smrti je finanční arbitr příslušný, neboť se jedná o spor mezi pojistitelem a spotřebitelem při poskytování životního pojištění ve smyslu § 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.

K rozhodování sporu mezi Navrhovatelem a Institucí o zaplacení částky ve výši 500.000 Kč není finanční arbitr příslušný, protože v působnosti finančního arbitra není řešit spor o pojistné plnění z připojištění pro případ smrti úrazem způsobeným autonehodou, protože se nejedná o životní pojištění ve smyslu § 1 odst. 1 písm. e) zákona o finančním arbitrovi.

3 Tvrzení Navrhovatele

Navrhovatel tvrdí, že mu jako oprávněné osobě vznikl nárok na pojistné plnění z Pojistné smlouvy, protože je v ní označen jako obmyšlená osoba, a dne 8. 9. 2015 nastala pojistná událost, protože Pojištěný zemřel následkem autonehody.

Navrhovatel namítá, že Pojištěný po dobu trvání smluvního vztahu s Institucí plnil vždy řádně a včas své povinnosti, zatímco Instituce porušila své zákonné povinnosti tím, že neposkytla Navrhovateli odpovídající pojistné plnění, když podle § 2798 odst. 2 občanského zákoníku neukončila šetření pojistné události v zákonné tříměsíční lhůtě, pouze Navrhovateli po více než ročním šetření sdělila s odkazem na čl. 20 Zvláštních pojistných podmínek, že *„nastane-li smrt pojištěného do 2 let od počátku pojištění v důsledku sebevraždy, pojistitel pojistné plnění neposkytne“*.

Navrhovatel odmítá, že by jeho manžel spáchal sebevraždu, když neexistuje jediný důkaz, který by tomu nasvědčoval či toto prokazoval.



Navrhovatel tvrdí, že vyzval Instituci ke konkretizaci uvedeného důvodu, který znemožňuje poskytnutí pojistného plnění, a současně předložil Instituci Usnesení Policie ČR, ze kterého vyplývá, že sebevražda Pojištěného nebyla prokázána.

Navrhovatel odkazuje, že Instituce odmítla pojistné plnění s tím, že „*pojištěný uvedl pojistitele v důsledku úmyslně nepravdivého zodpovězení dotazů v omyl o rozhodující okolnosti pro uzavření pojistné smlouvy, čímž považujeme pojistnou smlouvu č. ■ za neplatnou a smluvní strany mají proto povinnost vrátit si vzájemně plnění, která si na základě neplatné smlouvy poskytly.*“

Navrhovatel odmítá jednání Instituce, zejména neustálé vymýšlení a konstrukce zástupných důvodů za účelem neplnění závazku z Pojistné smlouvy, neboť stanoviska Instituce jsou nehorázná, zmatečná a účelová, a Instituce nikdy Navrhovateli nesdělila relevantní důvody pro průtahy v šetření pojistné události. Navrhovatel namítá, že uvedený postup Instituce je v rozporu s dobrými mravy a ustálenou judikaturou Nejvyššího soudu.

Navrhovatel argumentuje, že mu nedala Instituce možnost prostudování klientského spisu, resp. umožnila zástupci Navrhovatele nahlédnout do spisu až dne 6. 2. 2017 po opakovaných urgencích.

Navrhovatel namítá, že argumentace Instituce stran jiných pojistných smluv Pojištěného je nepravdivá a účelová, neboť některé z těchto pojistných smluv byly již zrušené nebo plnění z nich bylo vinkulováno ve prospěch úvěru či jiného finančního produktu, když manžel Navrhovatele byl podnikatelem a využíval v rámci svého podnikání úvěry a půjčky.

Navrhovatel argumentuje, že na jednání je třeba hledět spíše jako na platné než neplatné, a dále principy ochrany spotřebitele coby slabší smluvní strany, zejména v případě uzavírání smluv adhezním způsobem, kdy slabší straně, která není odborníkem, musí být význam doložek dostatečně vysvětlen, a to jasně a srozumitelně v jazyce, ve kterém je smlouva uzavírána.

Navrhovatel namítá, že Instituce neprokázala, že Pojištěného poučila o následcích neuvedení všech pojišťoven do zdravotního dotazníku, tedy o možné neplatnosti Pojistné smlouvy při neúmyslném vynechání byť jediné pojišťovny z celkového výčtu.

Navrhovatel namítá, že Instituce disponovala již od 24. 9. 2015 informací, že Navrhovatel uplatňuje nárok na pojistná plnění i u jiných pojišťoven, nicméně neplatnost Pojistné smlouvy účelově namítá až přípisem ze dne 15. 12. 2016, tedy 15 měsíců po nahlášení pojistné události; do té doby odmítala Instituce plnit z Pojistné smlouvy z důvodu sebevraždy Pojištěného před uplynutím dvou let od uzavření Pojistné smlouvy.

Navrhovatel odkazuje, že jediným důvodem Instituce k odmítnutí pojistného plnění je odpověď Pojištěného ve zdravotním dotazníku Návrhu na uzavření pojistné smlouvy na otázku č. 8, která zní „*Máte sjednáno nebo uvažujete uzavřít životní nebo úrazové pojištění u jiné pojišťovny? Jaké? Kde?*“ a kde jako odpověď uvedl Pojistník „*ANO PČS FLEXI*“, tím tedy podle tvrzení Navrhovatele odpověděl Pojištěný pravdivě.

Navrhovatel namítá, že Pojištěný neměl možnost ani podmínky odpovědět úplně, když Instituce vyhradila pro odpověď kolonku o délce 5 cm a šířce 0,5 cm.

Navrhovatel tvrdí, že co se týče podotázky „*Uvažujete uzavřít životní nebo úrazové pojištění u jiné pojišťovny?*“, Pojištěný při vyplňování dotazníku neměl úmysl uzavírat další pojištění, když 5 dní, které uplynuly mezi sjednáním Pojistné smlouvy a pojistné smlouvy s pojišťovnou Wüstenrot, a. s., je dostatečně dlouhá doba na to, aby v Pojištěném uzrálo nové rozhodnutí, a Instituce nemůže prokázat opak.



Navrhovatel namítá, že stejně tak nemůže Instituce prokázat úmysl Pojištěného stran pojistné smlouvy uzavřené se společností Česká pojišťovna dne 9. 10. 2014. K tomuto Navrhovatel argumentuje, že Instituce a Česká pojišťovna tvoří holding, tedy jsou personálně a strategicky propojené, a Pojištěný si tak mohl při uzavírání pojistné smlouvy s Českou pojišťovnou myslet, že uzavírá smlouvu se stejným subjektem, a nic jí tedy nezamlčuje. Navrhovatel namítá, že vzhledem k popsání propojení musela Instituce minimálně od 9. 10. 2014 vědět, že Pojištěný uzavřel další smlouvu o životním pojištění, ale neučinila ve věci další šetření, a tím si nezajistila objektivní informace o skutečném stavu věci, jak je vyžadováno na základě rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR, sp. zn. 30 Cdo 1251/2002.

Navrhovatel tvrdí, že nelze vyloučit interpretaci, že Pojištěným zakřížkovaná odpověď „ANO“ se může vztahovat jak k otázce „*Máte sjednáno (životní pojištění)*“, tak i k otázce „*uvažujete uzavřít (životní pojištění)*“, tedy lze vyložit, že Pojištěný mluvil pravdu k oběma podotázkám.

Navrhovatel namítá, že Instituce záměrně dezinformuje, když tvrdí, že Pojištěný měl sjednáno životní pojištění u společnosti ČSOB Pojišťovna, a. s., a UNIQA Pojišťovna, a. s., když obě tyto smlouvy byly ukončeny za života Pojištěného výpovědí.

Navrhovatel tvrdí, že jedinou spornou je smlouva uzavřená se společností Česká podnikatelská pojišťovna. Tato pojistná smlouva byla uzavřena 29. 10. 2007 a pojistné plnění bylo vinkulováno ve prospěch společnosti Raiffeisenbank, a. s., IČO 49240901, se sídlem Hvězdova 1716/2b, 140 78 Praha 4 (dále jen „Raiffeisenbank, a. s.“) a to z důvodu poskytnutého hypotečního úvěru na byt Navrhovatele a Pojištěného, nejednalo se tedy o klasickou životní pojistku. Navrhovatel k zamlčení této smlouvy namítá, že Pojištěný si již nemusel vzpomenout, že má tuto smlouvu sjednánu, že nemusel vědět, že má uvést do dotazníku i vinkulované pojištění nebo že se domníval, že postačí demonstrativní výčet pojišťoven, se kterými pojistky uzavřel. Podle Navrhovatele se tak muselo jednat nanejvýš o nedbalost, nikoliv úmysl Pojištěného.

Navrhovatel tvrdí, že ze Zdravotního dotazníku ani ze Všeobecných pojistných podmínek nevyplývá, že dotazovaný má uvést všechny pojišťovny, se kterými je aktuálně ve smluvním vztahu, a nevyplývá z nich ani skutečnost, že neuvedení byt jedné smlouvy bude mít vliv na platnost Pojistné smlouvy. Toto považuje Navrhovatel za vágnost a nejednoznačnost smluvních podmínek, která nemůže jít k tíži slabší smluvní strany. Navrhovatel namítá, že podle § 1800 odst. 1 a § 1811 odst. 1 občanského zákoníku musí být veškerá sdělení podnikatele učiněná vůči spotřebiteli jasná a srozumitelná. V této souvislosti odkazuje Navrhovatel na rozhodnutí Ústavního soudu ÚS I. ÚS 3512/11.

Navrhovatel namítá, že Instituce neunesla břemeno tvrzení, když svá tvrzení dokládá kopiemi e-mailové komunikace, když není zřejmé, zda je tato autentická a kdo jsou osoby, mezi kterými komunikace probíhá. Naproti tomu Navrhovatel na podporu svých tvrzení předkládá potvrzení pojišťoven, že sporné pojistné smlouvy zanikly již za života Pojištěného.

Navrhovatel argumentuje, že rozsudek Nejvyššího soudu ČR sp. zn. 32 Cdo 124/2014 (dále jen „Rozsudek NS 124/2014“), který finančnímu arbitrovi předložila Instituce, dopadá na úplně jiný skutkový stav, když Pojištěný nebyl předlužen, a soud rozhodoval podle dnes již neúčinné úpravy.

Navrhovatel argumentuje, že podle Všeobecných pojistných podmínek měla Instituce jako pojistitel právo od Pojistné smlouvy odstoupit, když Pojištěný uvedl nepravdivé informace, ale tohoto práva Instituce nevyužila a snaží se situaci zachránit zneplatněním Pojistné smlouvy.

Navrhovatel namítá, že podle § 2798 odst. 2 občanského ukončí pojistitel šetření do tří měsíců ode dne oznámení pojistné události, což se v jeho případě nestalo.



5 Tvrzení Instituce

Instituce tvrdí, že podklady nutné pro posouzení nároku z Pojistné smlouvy obdržela od Navrhovatele dne 23. 11. 2015, vzhledem k okolnostem úmrtí Pojištěného však nebylo možné šetření ukončit do tří měsíců od nahlášení pojistné události, o čemž Instituce Navrhovatele informovala dopisy ze dne 9. 12. 2015, 17. 2. 2016, 20. 4. 2016, 15. 8. 2016 a 9. 9. 2016.

Instituce tvrdí, že dne 3. 10. 2016 sdělila Navrhovateli, že z šetření vyplynulo, že k úmrtí Pojištěného došlo následkem sebevraždy méně než 2 roky od uzavření Pojistné smlouvy, a uzavřela tedy škodní událost bez nároku na pojistné plnění.

Instituce potvrzuje, že se závěry Instituce Navrhovatel nesouhlasil a opětovně Instituci vyzval k poskytnutí pojistného plnění.

Instituce argumentuje, že na základě nesouhlasu Navrhovatele škodnou událost opětovně prošetřila, a zjistila, že Pojištěný uvedl ve zdravotním dotazníku, že uzavřel smlouvu o životním pojištění se společností Pojišťovna České spořitelny, a. s., ale ze žádosti Navrhovatele o pojistné plnění vyplývá, že nárokuje pojistné plnění u pojišťoven „*Uniq, Česká pojišťovna, Wüstenrot a Spořitelna*“.

Instituce odkazuje, že následně dotazem na tyto společnosti zjistila, že kromě pojistné smlouvy, kterou Pojistník ve zdravotním dotazníku uvedl, uzavřel pojistné smlouvy o životním pojištění se společnostmi ČSOB Pojišťovna, Česká podnikatelská pojišťovna a UNIQA pojišťovna.

Instituce namítá, že Pojištěný dne 7. 4. 2014 uzavřel pojistnou smlouvu o životním pojištění také se společností Wüstenrot životní pojišťovna, a. s., IČ 25720198, se sídlem Na Hřebenech II 1718/8, 140 00 Praha 4 (dále jen „Pojistná smlouva Wüstenrot“), a dne 9. 10. 2014 se společností Česká pojišťovna, a. s, IČO 45272956, se sídlem Spálená 75/16, 113 04 Praha 1.

Instituce namítá, že tato pojištění Pojištěný při sjednání Pojistné smlouvy úmyslně zatajil, čímž zatajil skutečnost, která byla pro Instituci rozhodující pro uzavření Pojistné smlouvy, a potvrzuje, že dne 10. 12. 2016 oznámila Navrhovateli, že považuje Pojistnou smlouvu za neplatnou, neboť ji Pojištěný uvedl při sjednání Pojistné smlouvy v omyl o rozhodující skutečnosti, a strany mají povinnost vrátit vzájemná plnění, které si na základě neplatné Pojistné smlouvy poskytly.

Instituce odkazuje na závěry vyjádřené v Rozsudku NS 124/2014.

Instituce nárok uplatněný Navrhovatelem co do důvodu i výše zcela neuznává a považuje jej za neopodstatněný. Instituce odkazuje, že šetření škodní události ukončila dne 3. 10. 2016, v prodlení s plněním tak nemůže být dříve než od 19. 10. 2016.

7 Právní posouzení

Finanční arbitr je povinen podle § 12 odst. 1 a 3 zákona o finančním arbitrovi rozhodovat podle svého nejlepšího vědomí a svědomí, nestranně, spravedlivě a bez průtahů a pouze na základě skutečností zjištěných v souladu se zákonem o finančním arbitrovi a zvláštními právními předpisy. Finanční arbitr při svém rozhodování vychází ze skutkového stavu věci a volně hodnotí shromážděné podklady.

Finanční arbitr je orgán mimosoudního řešení spotřebitelských sporů na finančním trhu. Primárním cílem finančního arbitra je tam, kde je spotřebitel v právu, přivést strany sporu ke smírnému řešení sporu tak, aby se spotřebitel nemusel obracet na soud a nemusel hradit



náklady soudního řízení, protože řízení před finančním arbitrem je bezplatné. Proto musí finanční arbitr posoudit spor zásadně podle právních předpisů a nemůže působit ve prospěch ani jedné strany sporu. Pokud se nepodaří vyřešit spor smírně, vydá finanční arbitr rozhodnutí, které může strana sporu, která s ním nebude souhlasit, napadnout u soudu. Rozhodnutí finančního arbitra, kterým by neodůvodněně upřednostnil některou stranu sporu, by soud musel zrušit a velmi pravděpodobně neúspěšné straně sporu uložil náhradu nákladů soudního řízení.

Finanční arbitr rozhoduje podle práva, posuzuje všechny shromážděné podklady samostatně i ve vzájemné souvislosti s přihlédnutím k předmětu projednávaného sporu. Finanční arbitr se tam, kde je to možné, opírá a odvolává na relevantní ustálenou judikaturu obecných soudů, Ústavního soudu nebo Soudního dvora Evropské unie. Finanční arbitr tak činí proto, aby jeho rozhodnutí bylo věcně a právně správné a přesvědčivé pro obě strany sporu, a zároveň i pro soud, který bude případně na základě žaloby kterékoli strany sporu rozhodnutí finančního arbitra přezkoumávat, rozhodnutí finančního arbitra jako správné potvrdil a žalobu proti němu zamítl.

Předmětem sporu mezi Navrhovatelem a Institucí je posouzení nároku Navrhovatele jako obmyšlené osoby na pojistné plnění z Pojistné smlouvy ve výši 1.350.000 Kč.

7.1 Rozhodná právní a smluvní úprava

Pojistnou smlouvu uzavřeli Pojištěný a Instituce za účinnosti občanského zákoníku, který obsahuje jak obecnou právní úpravu platnosti právního jednání, závazkových vztahů, tak i úpravu pojistné smlouvy a životního pojištění.

V Návrhu pojistné smlouvy Pojištěný prohlásil a podepsal, že *„Potvrzuji, že jsem převzal a před uzavřením pojistné smlouvy jsem byl seznámen se zněním všeobecných pojistných podmínek pro soukromé životní pojištění osob (VPP POS 2014/01), zvláštních pojistných podmínek pro investiční životní pojištění (ZPP IŽP 2014/01) včetně Tabulek ŽP 2014/03 platných pro sjednané druhy pojištění, které tvoří nedílnou součást nabídky, jejich obsahu rozumím a s rozsahem a podmínkami pojištění souhlasím. Potvrzuji, že před uzavřením pojistné smlouvy jsem se seznámil též s Informacemi pro klienta, které obsahují i poučení o ochraně osobních údajů“.*

Návrh pojistné smlouvy obsahuje v úvodu 3. strany v sekci *„Pojistné podmínky, další ujednání“* mj. tučně vytištěné prohlášení následujícího znění *„Beru na vědomí, že nedílnou součástí nabídky je dále zdravotní dotazník.“*

Právní vztah založený Pojistnou smlouvou se tedy řídí občanským zákoníkem a podmínkami sjednanými v Pojistné smlouvě, jejíž nedílnou součástí, protože finanční arbitr nezjistil opak, jsou Všeobecné pojistné podmínky, Zvláštní pojistné podmínky, Sazebník administrativních poplatků a Informace pro klienta.

7.2 Skutková zjištění

Finanční arbitr ze shromážděných podkladů zjistil, že

- a) Pojištěný a Instituce uzavřeli dne 2. 4. 2014 Pojistnou smlouvu s datem počátku pojištění 1. 5. 2014, pojistnou dobou 5 let, základní pojistnou částkou pro případ smrti ve výši 430.000 Kč a klesající pojistnou částkou pro případ smrti ve výši 920.000 Kč;
- b) Navrhovatel je v Pojistné smlouvě označen jako obmyšlená osoba;
- c) Pojištěný uzavřel dne 29. 10. 2007 smlouvu o životním pojištění č. ■ s Filipem PLUS s pravidelně klesající pojistnou částkou se společností Česká podnikatelská pojišťovna,



a. s., Vienna Insurance Group, se sídlem Pobřežní 665/3, 186 00 Praha 8, IČO 63998530 (dále jen „Pojistná smlouva ČPP“);

- d) Pojištěný uzavřel dne 29. 10. 2007 smlouvu o životním pojištění č. ■ s Dožádanou osobou AXA, jejímž předmětem je investiční životní pojištění Comfort Plus s pojistnou částkou pro případ smrti 1.000.000 Kč (dále jen „Pojistná smlouva AXA“);
- e) dne 7. 4. 2014 uzavřel Pojištěný smlouvu o životním pojištění č. ■ se společností Wüstenrot, životní pojišťovna, a. s., IČO 25720198, se sídlem Na Hřebenech II 1718/8, 140 23 Praha 4 (dále jen „Pojistná smlouva Wüstenrot“);
- f) dne 9. 10. 2014 uzavřel Pojištěný smlouvu o životním pojištění se společností Česká pojišťovna, a. s., IČO 45272956, se sídlem Spálená 75/16, 113 04 Praha 1 (dále jen „Pojistná smlouva ČP“);
- g) Pojištěný dne 8. 9. 2015 zemřel;
- h) Dožádaná osoba UNIQA vyplatila společnosti Raiffeisenbank, a. s., dne 6. 11. 2015 pojistné plnění z rámcové smlouvy č. ■ (dále jen „Rámcová smlouva“) z titulu úmrtí Pojištěného;
- i) Instituce odmítla vyplatit Navrhovateli pojistné plnění z Pojistné smlouvy, a to prostřednictvím dopisu ze dne 15. 12. 2016, kterým se dovolala relativní neplatnosti Pojistné smlouvy.

7.3 Povinnost k pravdivým sdělením

Podle § 2788 odst. 1 občanského zákoníku platí, že „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.“ Pojištěný se současně k pravdivému zodpovězení dotazů zavázal také smluvně, když v Návrhu pojistné smlouvy stojí „Prohlašuji, že jsem se seznámil se zněním další části prohlášení pojistníka/pojištěného, které je nedílnou součástí nabídky na uzavření pojistné smlouvy a je uvedeno na zadní straně třetí strany této nabídky, jeho obsahu plně rozumím a s jeho obsahem souhlasím.“

Na straně, na kterou je tímto odkazováno, je pak uvedeno další prohlášení pojistníka/pojištěného, tedy Pojištěného, a to že „Jsem si plně vědom své povinnosti pravdivě a úplně odpovědět na všechny dotazy pojistitele a uvést všechny informace, a to i ty, které se mi jeví jako nepodstatné. Beru na vědomí, že při porušení těchto povinností má pojistitel právo od pojistné smlouvy odstoupit, snížit nebo odmítnout pojistné plnění.“

Finanční arbitr zjistil, že Zdravotní dotazník obsahuje na první stránce v pododdíle „Životní, úrazová, nemocenská část“ otázku č. 8 následujícího znění: „Máte sjednáno nebo uvažujete uzavřít životní nebo úrazové pojištění u jiné pojišťovny? Jaké Kde?“. Pojištěný zakřížkoval odpověď „ano“ a odpověděl „PČS FLEXI“.

Z podkladů předložených Navrhovatelem, Institucí a Dožádanými osobami finanční arbitr zjistil, že Pojištěný uzavřel dne 29. 10. 2007 další dvě pojistné smlouvy o životním pojištění, a to Pojistnou smlouvu AXA a Pojistnou smlouvu ČPP, tyto však, byť byly v platnosti v okamžiku uzavření Pojistné smlouvy, ve Zdravotním dotazníku neuvedl.

Finanční arbitr současně zjistil, že od 4. 6. 2013 byl Pojištěný pojištěn pro případ smrti Rámcovou smlouvou, kterou uzavřely společnost Raiffeisenbank, a. s., a Dožádaná osoba UNIQA pro účely pojištění úvěru, tedy tato smlouva o životním pojištění byla v platnosti ke dni uzavření Pojistné smlouvy, a ani tuto pojistnou smlouvu Pojištěný ve Zdravotním dotazníku neuvedl.



Finanční arbitr tedy nezjistil, že Pojištěný pravdivě a úplně zodpověděl dotazy Instituce při sjednání Pojistné smlouvy, což ale prohlášením v Návrhu pojistné smlouvy a jeho podpisem stvrdil, neboť ve své odpovědi na spornou otázku ve Zdravotním dotazníku neuvedl, že uzavřel Pojistnou smlouvu AXA a Pojistnou smlouvu ČPP, které uzavřel jako pojistník i pojištěný. Dále Pojištěný ve Zdravotním dotazníku neuvedl ani skutečnost, že je pojištěnou osobou v Rámcové smlouvě mezi Dožádanou osobou UNIQA a Raiffeisenbank, a. s.

Námítka Navrhovatele, že Pojištěný neměl možnost zodpovědět spornou otázku, protože na odpověď byl vyhrazen malý prostor, se jeví jako účelová. Finanční arbitr nezjistil, že v případě použití malého písma by nebylo možné vepsat do vyhrazené kolonky např. text „AXA, ČPP, UNIQA, PČS“. Současně ze shromážděných podkladů finanční arbitr nezjistil, že by se Pojištěný o sdělení informací pokusil jiným způsobem.

Totéž platí i o námitce Navrhovatele, že Pojištěný nemusel vědět, že má do odpovědi na spornou otázku zahrnout i pojištění, která jsou vinkulována ve prospěch bankovních institucí. Otázka Zdravotního dotazníku nikterak nespecifikuje, že některé druhy životního nebo úrazového pojištění nemusí Pojištěný do odpovědi uvádět. Naopak, Instituce definovala spornou otázku srozumitelně a určitě a finanční arbitr neshledal, že by byla nejednoznačná, matoucí, či zavádějící nebo že by její dikce vybízela Pojištěného pouze k demonstrativnímu výčtu životních pojištění, jak argumentuje Navrhovatel. To vyplývá jednak z doslovného textu otázky, když tato neobsahuje formulaci typu „*uved'te příkladmo*“, či zkratku „*např.*“, tak ze skutečnosti, že demonstrativní výčet v odpovědi by nepřinesl Instituci výpovědní hodnotu, pro kterou je sporná otázka položena.

Domněnky Navrhovatele, že Pojištěný si pravděpodobně na svá další životní pojištění nevzpomněl, nelze připustit jako odůvodněné námitky, protože Pojištěný jako průměrný spotřebitel, který jedná s obvyklou mírou opatrnosti, si musel být vědom skutečnosti, že uzavřel nebo neuzavřel jiné smlouvy o životním pojištění, když životní pojištění je ze své povahy produktem dlouhodobým, a zároveň produktem, na který je hrazeno lhůtní pojistné nejčastěji na měsíční bázi (jak tomu bylo i v případě Pojištěného) a lze se jen těžko domnívat, že Pojištěný nevěděl, že má sjednána životní pojištění v situaci, kdy každý měsíc hradí pojistné.

Definice průměrného spotřebitele je přitom 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 (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 přijal 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.

Navrhovatel při své argumentaci opomíjí skutečnost, že Zdravotní dotazník je pouze jednou ze součástí smluvní dokumentace vztahující se k Pojistné smlouvě. Jeho námitka, že Pojištěný nebyl upozorněn na skutečnost, že nepravdivé, popř. neúplné vyplnění dotazníku může mít vliv na uzavření Pojistné smlouvy, popř. může vyústit v odmítnutí pojistného plnění ze strany Instituce, není správná.

Z výše citovaných Prohlášení pojistníka, které Pojištěný stvrdil svým podpisem, vyplývá, že Pojištěný si této skutečnosti vědom být naopak musel („*Jsem si plně vědom své povinnosti pravdivě a úplně odpovědět na všechny dotazy pojistitele a uvést všechny informace, a to i ty, které se mi jeví jako nepodstatné. Beru na vědomí, že při porušení těchto povinností má pojistitel právo od pojistné smlouvy odstoupit, snížit nebo odmítnout pojistné plnění*“).



Finanční arbitr zjistil, že Pojistnou smlouvu a Pojistnou smlouvu Wüstenrot uzavřel Pojištěný v rozmezí pěti dnů. Z úřední činnosti je finančnímu arbitrovi známo, že Pojistnou smlouvu Wüstenrot Pojištěný sjednal s podobnými parametry jako Pojistnou smlouvu (pojistná doba 10 let, den počátku pojištění 1. 5. 2014, pojištění pro případ smrti na částku 1.000.000 Kč, pojištění pro případ smrti úrazem na částku 2.000.000 Kč, pojištění trvalých následků úrazu s progresivním plněním na částku 1.000.000 Kč). Finanční arbitr i přes některé shodné znaky těchto smluv a časovou blízkost jejich uzavření nemůže spolehlivě dovodit či vyvrátit, že již při uzavírání Pojistné smlouvy Pojištěný věděl, že Pojistnou smlouvu Wüstenrot za 5 dní uzavře, když ani samotná Instituce kromě svého tvrzení, žádný podklad finančnímu arbitrovi nepředložila.

Stran Pojistné smlouvy ČP je pak situace obdobná, když není možno zjistit, zda měl Pojištěný v úmyslu tuto smlouvu uzavřít již v době uzavření Pojistné smlouvy.

7.4 *Následky porušení povinnosti k pravdivým sdělením*

S porušením povinnosti pravdivého zodpovězení písemných dotazů spojuje občanský zákoník několik sankcí. Jednou z nich je podle § 2808 odst. 1 právo pojistitele na odstoupení od pojistné smlouvy, když platí, že *„Porušil-li pojistník nebo pojištěný úmyslně nebo z nedbalosti povinnost stanovenou v § 2788, má pojistitel právo od smlouvy odstoupit, prokáže-li, že by po pravdivém a úplném zodpovězení dotazů smlouvu neuzavřel.“*

Důvodová zpráva k občanskému zákoníku vysvětluje, že toto ustanovení je shodné s právní úpravou dosavadní, když sankční odstoupení od pojistné smlouvy obsahoval § 23 zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, ve znění účinném ke dni 31. 12. 2013, a to ve znění *„Zodpoví-li pojistník nebo pojištěný při sjednávání pojistné smlouvy úmyslně nebo z nedbalosti nepravdivě nebo neúplně písemné dotazy pojistitele týkající se sjednáváného soukromého pojištění, má pojistitel právo od pojistné smlouvy odstoupit, jestliže při pravdivém a úplném zodpovězení dotazů by pojistnou smlouvu neuzavřel.“* Zákonodárce tedy považoval a považuje za důvodné zachovat možnost pojistitele odstoupit od pojistné smlouvy, jestliže pojistník či pojištěný při sjednání pojištění nepravdivě zodpověděl jeho písemné dotazy. Je tomu tak proto, že pro kvalifikované rozhodnutí pojistitele o tom, zda smlouvu uzavře, potřebuje znát pravý stav věci, ať již se jedná o podmínky pojištění, či osobní a zdravotní stav osoby, která má být přijata do pojištění.

V tomto případě právo Instituce odstoupit od Pojistné smlouvy zaniklo, protože Instituce tak neučinila v zákonem předvídané lhůtě ve smyslu § 2808 odst. 1 věta třetí občanského zákoníku: *„Právo odstoupit od smlouvy zaniká, nevyužije-li je strana do dvou měsíců ode dne, kdy zjistila nebo musela zjistit porušení povinnosti stanovené v § 2788.“*

7.5 *Jednání v omylu*

Podle § 583 občanského zákoníku platí, že *„Jednal-li někdo v omylu o rozhodující okolnosti a byl-li v omyl uveden druhou stranou, je právní jednání neplatné.“*

Předpokladem pro úspěšné dovolání se neplatnosti právního jednání je tedy skutečnost, že osoba byla v omylu ohledně okolnosti rozhodující, a že v tento omyl ji uvedla druhá strana.

Finanční arbitr zjistil, že se Instituce v návaznosti na zjištění, že Pojistník uzavřel další smlouvy o životním pojištění, které neuvedl ve Zdravotním dotazníku v odpovědi na spornou otázku, dovolala vůči Navrhovateli dne 15. 12. 2016 relativní neplatnosti Pojistné smlouvy, neboť skutečný počet pojistných smluv, které Pojistník uzavřel (resp. hodlá uzavřít), byl pro Instituci rozhodující okolností pro uzavření Pojistné smlouvy: *„Vzhledem k uvedeným skutečnostem musíme konstatovat, že pojištěný uvedl pojistitele v důsledku nepravdivého zodpovězení dotazů v omyl o rozhodující okolnosti pro uzavření pojistné smlouvy, čímž*



považujeme pojistnou smlouvu č. ■ za neplatnou a smluvní strany mají proto povinnost vrátit si vzájemně plnění, která si na základě smlouvy poskytly.“

Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „starý občanský zákoník“), jako předpis, který občanský zákoník nahradil, upravoval neplatnost právního úkonu pro omyl v § 49a, že „*Právní úkon je neplatný, jestliže jej jednající osoba učinila v omylu, vycházejícím ze skutečnosti, jež je pro jeho uskutečnění rozhodující, a osoba, které byl právní úkon určen, tento omyl vyvolala nebo o něm musela vědět. Právní úkon je rovněž neplatný, jestliže omyl byl touto osobou vyvolán úmyslně. Omyl v pohnutce právní úkon neplatným nečiní.*“

Finanční arbitr odkazuje na komentářovou literaturu k § 583 občanského zákoníku, že „*Jak § 49a obč. zák. č. 40/1964 Sb., tak komentované ustanovení § 583 v zásadě rozlišují omyl podstatný a nepodstatný. Jen podstatný omyl coby závažná vada vůle má vždy relevantní následky. Podstatný omyl je jednání rozhodující pro uskutečnění právního jednání (§ 49a obč. zák. č. 40/1964 Sb.), resp. je omylem o rozhodující okolnosti (§ 583).*“ (In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR). S výjimkou změny v terminologii tedy zůstal původní záměr nezměněn – právní jednání (resp. právní úkon) učiněné v omylu je považováno za neplatný. Finanční arbitr tím odmítá argument Navrhovatele, že Rozsudek NS 124/2014 je na danou situaci nepřiléhavý, protože Nejvyšší soud zde rozhodoval podle dnes již neúčinné úpravy.

Navrhovatel přehlíží skutečnost, že byť ke změně právní úpravy skutečně došlo, současná právní úprava stíhá právní jednání učiněné v omylu stejně, jako tomu bylo u úpravy původní, tedy neplatností. Proto je pak v tomto případě závěr Nejvyššího soudu vyjádřený Rozsudku NS 124/2014 použitelný pro spor mezi Navrhovatelem a Institucí.

Nadto finanční arbitr odkazuje, že skutkové okolnosti jsou v tomto případě a ve sporu v Rozsudku NS 124/2014 prakticky totožné, když Instituce položila Pojištěnému otázku, a ten, stejně jako pojištěný v Rozsudku NS 124/2014, na ni neodpověděl úplně.

Argument Navrhovatele, že Pojištěný na rozdíl od osoby pojištěného v případě posuzovaném Nejvyšším soudem nebyl předlužen, je irelevantní, neboť Nejvyšší soud v Rozsudku NS 124/2014 dovodil, že není podstatné, za jakých okolností pojištěný zemřel, ale to, jaké informace poskytl pojišťovně při sjednání pojistné smlouvy, a že ji uvedl v omyl.

Finanční arbitr nemůže Instituci upřít, že pravdivá a úplná informace o zdravotním stavu Pojištěného a o případných jiných jím uzavřených smlouvách o životním pojištění, je zásadní pro její rozhodnutí o tom, zda Pojištěného přijme do pojištění či nikoliv.

Nejvyšší soud v rozhodnutí ze dne 19. 12. 2002 ve věci 30 Cdo 1251/2002, dovodil, že „*V případě, že se jednající osoba omylu ve smyslu ustanovení § 49a obč. zák. dovolává podle ustanovení § 40a obč. zák., je třeba uvážit, zda se jedná též o omyl tzv. omluvitelný či naopak o omyl neomluvitelný.....o omyl, který lze omluvit, nepůjde tehdy, měla-li jednající, a omylu se pak dovolávající osoba, možnost se takovému omylu vyhnout vlastní pečlivostí při seznání skutečností pro uskutečnění právního úkonu rozhodujících.....nelze totiž akceptovat možnost, že by se bylo lze účinně dovolat neplatnosti pro omyl podle ustanovení § 49a o. z. za situace, kdy by omylu se dovolávající osoba zanedbala pro ni ve věci objektivně existující možnost přesvědčit se o pravém stavu věci, a bez příčiny se ve svém úsudku nechala mylně ovlivnit případnými dojmy, náznaky řešení, resp. hypotézami o vlastnostech předmětu zamýšleného právního úkonu.*“

Instituci jako pojistiteli povinnost ověřovat prohlášení pojištěných nebo pojistníků dotazováním u jiných pojistitelů právní předpisy neukládají. Hledisko obvyklé míry opatrnosti při sjednávání pojistných smluv současně posuzoval Nejvyšší soud v Rozsudku NS 124/2014, když dovodil, že „*Posouzení, že žalovaná splnila svou povinnost ověřit si*



skutečnosti rozhodné pro učinění právního úkonu, jestliže nechala pojištěnému v návrhu na uzavření pojistné smlouvy vyplnit kolonku určenou pro údaje o pojistných smlouvách uzavřených u jiných ústavů, a že není reálně možné dělat individuální šetření u každého klienta zvláště a pátrat po dalších smlouvách v momentě uzavírání konkrétní pojistné smlouvy, pak Nejvyšší soud nesprávným neshledává. Odvolací soud se při řešení této právní otázky od dovolatelkou citované ani od další příslušné judikatury Nejvyššího soudu neodchýlil. Prohlášení pojištěného o pojistných smlouvách uzavřených u jiných pojišťoven je takové povahy, že se žalovaná při uzavření smlouvy mohla důvodně spolehnout na jeho pravdivost. Jde tu o poskytnutí jednoduché, zcela prosté informace, která jen stěží může být (a v souzené věci také nebyla) deformována omylem samotného jejího poskytovatele, jeho zanedbáním (jak tomu bylo ve věci R 55/2010) a jejíž podstatou není předpoklad, jenž se může ukázat nesprávným (jak tomu bylo ve věci rozhodnutí sp. zn. 30 Cdo 1251/2002, které je dostupné na <http://www.nsoud.cz>). Se zřetelem na to nelze usoudit, že žalovaná nepostupovala s obvyklou mírou opatrnosti (že nevyvinula obvyklou péči), jestliže před uzavřením pojistné smlouvy o životním pojištění též neprověřovala, zda výslovné prohlášení o dalších pojištěních učiněné zájemcem o pojištění není nepravdivé.“

K argumentu Navrhovatele, že podle Všeobecných pojistných podmínek měla Instituce právo od Pojistné smlouvy odstoupit, když Pojištěný uvedl nepravdivé informace, ale tohoto práva nevyužila a snaží se situaci zachránit zneplatněním Pojistné smlouvy, finanční arbitr odkazuje, že právo na odstoupení od Pojistné smlouvy je právem, nikoliv zákonnou nebo smluvně převzatou povinností Instituce. Skutečnost, že Instituce mohla od Pojistné smlouvy odstoupit, neznamená, že by se nemohla dovolat relativní neplatnosti Pojistné smlouvy z důvodu omylu při jejím uzavření ve smyslu § 583 občanského zákoníku.

K namítanému porušení povinnosti Instituce podle § 2798 odst. 2 občanského zákoníku, tedy provést šetření pojistné události do 3 měsíců od jejího nahlášení, odkazuje finanční arbitr na závěry Nejvyššího soudu České republiky v rozhodnutí sp. zn. 32 Cdo 4768/2009, že „Skončení šetření pojistitele nutného ke zjištění rozsahu jeho povinnosti plnit (srov. § 16 odst. 1 ZPS) je právní skutečností, s níž se pojí nikoliv vznik závazku k pojistnému plnění, nýbrž jeho splatnost.“

Toto zákonné ustanovení tak je pro tento spor irelevantní, protože Instituce se úspěšně dovolala relativní neplatnosti Pojistné smlouvy a nemohla se tedy dostat do prodlení s výplatou pojistného plnění, když na něj nevznikl Navrhovateli nárok.

9 K výroku nálezů

Pokud finanční arbitr není příslušný rozhodnout o předmětu sporu, jedná se podle § 9 písm. a) zákona o finančním arbitrovi o nepřipustný návrh, a proto finanční arbitr návrh v části týkající se pojistného plnění z Pojistné smlouvy z připojištění pro případ smrti autonehodou co do částky 500.000 Kč podle § 14 odst. 1 písm. a) téhož zákona zastavil, jak uvedl ve výroku I. tohoto nálezů. Finanční arbitr nezjistil, že by Navrhovateli jako obmyšlené osobě svědčil nárok na pojistné plnění z Pojistné smlouvy, protože Instituce se řádně a včas dovolala neplatnosti Pojistné smlouvy pro omyl při jejím uzavření, a to o rozhodující skutečnosti, kterou je počet smluv o životním pojištění, které uzavřel Pojištěný; uplatněný nárok Navrhovatele jako obmyšlené osoby je tedy neoprávněný a finanční arbitr musí v této části návrh podle § 15 odst. 1 zákona o finančním arbitrovi zamítnout.

Na základě všech výše uvedených skutečností rozhodl finanční arbitr tak, jak je uvedeno ve výrokové části tohoto nálezů.



Poučení:

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.

Mgr. Monika Nedelková
finanční arbitr

Doručuje se
Navrhovatel – datová schránka zástupce ■
Instituce – datová schránka bcmp6yp

