



Metodika pojištění osob

Pár slov úvodem

Metodika, kterou právě držíte v ruce, představuje ucelený studijní materiál s jednoduchým cílem. Pomoci finančním poradcům s výběrem kvalitního životního pojištění. Metodika je rozdělena do tří částí s přílohami. Je výsledkem týmové práce pracovní skupiny EFPA složené ze zástupců většiny poradenského trhu z řad držitelů certifikátu EFA nebo EFP a právníků věnujících se analýzám pojistných podmínek a řešení pojistných událostí.

První část se věnuje metodice výběru pojištění podle klíčových právních a technických kritérií. Přílohou k první části metodiky je seznam klíčových kritérií, který bude pravidelně aktualizován, aby reflektoval aktuální zkušenosti v oblasti analýz pojistných podmínek a řešení pojistných událostí.

Druhá část je věnována metodice výpočtu a nastavení pojistných částek, která vychází z principu zajištění výdajů v případě vzniku pojistné události. Víím, že existuje mnoho přístupů k nastavení pojistných částek, proto nabízíme více alternativ, jak k výpočtům přistupovat.

Třetí část je věnována popisu jednotlivých rizik. Přílohou poslední části je dotazník k životnímu pojištění, který poskytuje návod k tomu, co všechno je potřeba od klientů získat za vstupní informace, aby mohly být správně nastaveny pojistné částky a vybrán vhodný produkt.

Veškeré informace obsažené v materiálu jsme se snažili podat jasnou, srozumitelnou a jednoduchou formou a pevně věřím, že právě kombinace odborného know-how a srozumitelné formy výkladu vytvoří z této publikace nový obecně přijímaný tržní standard. Přeji vám, ať vás studium tohoto materiálu baví, ať vás co nejvíce obohatí a přinese vám spoustu spokojených klientů.

*Za tým autorů Lukáš Kaplan,
vedoucí projektu*

Obsah

1. část – Výběr produktu.....4

- 1.1 Jak poznáme kvalitní pojištění.....5
 - 1.1.1 Co je to kvalita?.....5
 - 1.1.2 Podle čeho poznáme kvalitu?.....5
 - 1.1.3 Kdo odpovídá za výběr kvality?6
- 1.2 Jak správně nastavit oblasti a kritéria pojištění ..6
 - 1.2.1 Oblasti pojištění a jejich důležitost7
 - 1.2.2 Výpočet váhy u jednotlivých kritérií.....8
 - 1.2.3 Výpočet váhy u kritérií v kombinaci s váhou jednotlivých rizik.....9
 - 1.2.4 Doporučené váhy u jednotlivých kritérií 10

2. část – Metodika výpočtu pojistných částek 11

- 2.1 Základní filozofie..... 12
 - 2.1.1 Sociální dávky 12
 - 2.1.2 Osobní rozpočet v čase 13
 - 2.1.3 Vstupní údaje o klientovi..... 15
 - 2.1.4 Pojistná potřeba..... 15
 - 2.1.5 Částka k doplnění rozpočtu..... 16
 - 2.1.6 Průběh a stanovení pojistné částky..... 17
- 2.2 Výpočet pojistné částky pro rentu se zhodnocováním v inflačním prostředí 19
 - 2.2.1 Proč potřebujeme řešit inflační prostředí. 19
 - 2.2.2 Zhodnocování částky pro výplatu renty..... 20
 - 2.2.3 Jak vypočítat potřebnou pojistnou částku . 22
 - 2.2.4 Volba průběhu pojistné částky..... 23
 - 2.2.5 Nastavení délky pojištění 23
- 2.3 Nastavení pojištění pro další životní situace a rizika 24
 - 2.3.1 Invalidita a budoucí renta 24
 - 2.3.2 Pojistná událost a splacení hypotéky 25
 - 2.3.3 Invalidita a průběh práce..... 26
 - 2.3.4 Trvalé následky úrazu..... 26
 - 2.3.5 Závažná onemocnění 27
 - 2.3.6 Úrazová pojištění invalidity a smrti..... 28
 - 2.3.7 Nastavení pojistných částek a rodičovství . 29
 - 2.3.8 Nastavení pojistných částek pro studenty.....30
- 2.4 Pojištění dětí..... 31
 - 2.4.1 Pojistná částka pro případ pojištění dětí..... 31
 - 2.4.2 Invalidita z mládí 31
 - 2.4.3 Trvalé následky úrazu..... 32
 - 2.4.4 Závažná onemocnění 32
 - 2.4.5 Ošetřovné dítěte 32

- 2.4.6 Hospitalizace..... 33
- 2.4.7 Denní odškodné úrazu..... 33

3. část – Rizika a připojištění u dospělých.....34

- 3.1 Invalidita a příspěvek na péči..... 35
 - 3.1.1 Obecný popis..... 35
 - 3.1.2 Na co si dát pozor – v čem se nejčastěji pojišťovny odlišují?..... 37
 - 3.1.3 Statistika invalidity 38
- 3.2 Smrt..... 39
 - 3.2.1 Obecný popis..... 39
 - 3.2.2 Na co si dát pozor – v čem se nejčastěji pojišťovny odlišují?..... 40
 - 3.2.3 Statistika úmrtí 41
- 3.3 Pracovní neschopnost..... 42
 - 3.3.1 Obecný popis..... 42
 - 3.3.2 Na co si dát pozor – v čem se nejčastěji pojišťovny odlišují?..... 43
- 3.4 Trvalé následky úrazu 45
 - 3.4.1 Obecný popis..... 45
- 3.5 Závažné nemoci..... 47
 - 3.5.1 Obecný popis..... 47
 - 3.5.2 Na co si dát pozor – v čem se nejčastěji pojišťovny odlišují?..... 47
- 3.6 Denní odškodné úrazu (tělesné poškození úrazem/následky úrazů).... 48
- 3.7 Hospitalizace 49
- 3.8 Podrobný popis jednotlivých rizik a připojištění u dětí..... 50
 - 3.8.1 Invalidita a Péče o tělesně postižené dítě. 50
 - 3.8.2 Trvalé následky úrazu..... 50
 - 3.8.3 Závažné nemoci 51
 - 3.8.4 Ošetřování člena rodiny..... 51
 - 3.8.5 Denní odškodné úrazu (tělesné poškození úrazem)..... 51
 - 3.8.6 Hospitalizace..... 51
- 3.9 Pojištění dlouhodobé péče (LTCI – long term care insurance) 52

Příloha č. 1 – Přehled jednotlivých kritérií.....53

Příloha č. 2 – Dotazník ŽP57

1. část

Výběr produktu

1.1 Jak poznáme kvalitní pojištění

Když hovoříme o kvalitě, musíme si nejprve ujasnit, co to vlastně ta kvalita v pojištění je, podle čeho ji poznáme a jak ji porovnáme.

1.1.1 Co je to kvalita?

Kvalitní pojistný produkt by měl pokrývat co nejširší množství pojistných případů (rozsah pojištění) a zároveň obsahovat co nejmenší množství výjimek (výluk). Jinými slovy kvalita vychází z pojistných podmínek a prokazuje se bezproblémovou likvidací pojistné události.

Při výběru produktu pochopitelně nerozhodují jen pojistné podmínky. Do hry vstupují také další faktory. Kvalitativní kritéria by však měla tvořit základ. Jedině pokud by na základě výběru dle kvalitativních kritérií nebylo možno nalézt vhodný produkt, až poté lze „slevit“ z kvalitativních nároků, nikoliv naopak.

Při srovnání jednotlivých produktů, je pak potřeba si stanovit jednotlivá kritéria. Ta by měla jít po těch nejzásadnějších věcech. Jedná se například o výluky v případech, které nemusejí nastávat často, ale mohou mít na život klienta zásadní dopad. Ne všechna kritéria mají samozřejmě stejnou váhu. To vyplývá jednak z podstaty samotných kritérií, kdy některá jsou důležitější než jiná. Jednak to plyne z individuální situace každého klienta, kdy může být na některé aspekty kladen větší důraz.

A jak asi už tušíte, ani jednotlivá rizika nemají stejnou váhu. Panuje všeobecná shoda na tom, že nejvyšší prioritu má riziko invalidity. Záleží však také na životní situaci klienta. Bez zjištění životní situace víme pouze, co je v pojištění obecně kvalitní, nevíme však, jak moc je to pro daného klienta důležité (prioritní). Proto se jej ptáme na všechny příjmy, výdaje, závazky, majetek a rodinnou situaci, abychom si udělali lepší představu o jeho potřebách.

Stejná kvalita bez ohledu na typ produktu. I když zákon ukládá zprostředkovatelům rezervotvorného pojištění povinnost poskytovat tzv. radu a poskytovatelům nerezervotvorného pojištění „pouze“ doporučení, máme za to, že postup pro výběr kvalitního životního pojištění by měl být jednotný u obou typů pojistných smluv.

1.1.2 Podle čeho poznáme kvalitu?

Při tvorbě tohoto materiálu jsme v rámci pracovní skupiny autorů pracovali s několika desítkami kritérií. Bylo zapotřebí vypořádat se s jejich odlišnou povahou, protože každé kritérium řeší trochu jiný aspekt pojištění. Ve výsledku jsme se usnesli na třech základních kategoriích kritérií.

Primární (P) – jsou z hlediska kvality nejdůležitější a měl by s nimi být konfrontován každý produkt u každého klienta.

Sekundární (S) – jsou na nižší úrovni důležitosti než primární kritéria, avšak svou povahou by měla být brána v potaz také u každého klienta.

Individuální (I) – jedná se o kritéria, která mohou mít význam pouze pro některého z klientů.

Hranice mezi uvedenými kategoriemi může být v některých případech tenká. Jejich rozdělení má význam zejména ve spojení s tak zvanými **váhovými mechanismy**.

Již jsme si řekli, že při výběru kvalitního produktu **je nutné zabývat se důležitostí (váhou) jednotlivých kritérií a váhou sjednávaných rizik**. Ne všechna kritéria mají stejnou váhu, stejně tak záleží na životní situaci klienta, abychom mohli určit váhu jednotlivých rizik.

Pro práci s důležitostí (prioritami) je vhodné využít váhové mechanismy. Zařazení váhového mechanismu je vhodné z prostého důvodu. Pokud se pracuje s kritérii pouze na binární bázi, tj. vyhodnocení kritéria je ve vztahu k produktu buď negativní (produkt „je v nesouladu“) nebo pozitivní (produkt „je v souladu“ nebo „není v nesouladu“), není možné rozlišit více důležitá kritéria od méně důležitých.

Stejně tak není možné bez přiřazení vah rozlišit důležitost mezi sjednávanými riziky, přitom není pochyb o tom, že rozdíly v důležitosti existují. Přiřazení vah tedy zvyšuje informační hodnotu celkového výstupu a umožňuje vybrat produkt, který lépe odpovídá potřebám klienta.

1.1.3 Kdo odpovídá za výběr kvality?

Za výběr kvality odpovídá vždy poradce, jelikož je nejlépe obeznámen s pojistnými produkty a poradenským prostředím. Pro posouzení kvality produktu není potřeba hlubšího zapojení klienta, jelikož klient není schopný posoudit relevanci kritérií.

To však neznamená, že je role klienta zcela upozaděna. **Klient určuje rozsah a priority** svých potřeb. Jednoduše řečeno, klient nerozhoduje o tom, co je, či není z hlediska pojistných podmínek kvalitní, rozhoduje však o tom, co je pro něj důležité. Přesto je vhodné být i v tomto směru klientům nápomocni, jelikož často podceňují důležitost dlouhodobých rizik (např. invalidity) a přeceňují důležitost krátkodobých rizik (např. drobné úrazy).

Konkrétní produkt naopak vždy vybírá klient. Úlohou poradce je klienta provést a ukázat mu možnosti, nikoliv rozhodnout, který produkt je nejlepší. Poradce dává radu či doporučení a provádí samozřejmě určitou selekci/předvýběr, nicméně klient je ve výsledku ten, kdo rozhodne, jaký produkt splňuje jeho potřeby nejlépe a čemu dává přednost.

1.2 Jak správně nastavit oblasti a kritéria pojištění

V následující kapitole se zaměříme podrobně na výběr jednotlivých rizik a kritéria, podle kterých posoudíme jejich kvalitu. Toto téma tvoří pouze malý díl velké skládačky poradenského procesu, který je uplatňován v praxi, ale zabývá se do hloubky otázkou kvality, kterou jsme si společně definovali v úvodu.

1.2.1 Oblasti pojištění a jejich důležitost

Abychom zjistili, jak moc jsou pro daného klienta důležité jednotlivé oblasti pojištění, je potřeba se seznámit s jeho životní situací a udělat prvotní analýzu. Na základě té pak určíme, v jakých oblastech je potřeba klienta zajistit. Následně nastavíme váhu jednotlivým pojištěním.

Důležitost jednotlivých pojištění určují dle této metodiky následující koeficienty:

1. Invalidita – výchozí hodnota: 100 (rozptyl koeficientu: 75 až 100)
2. Smrt – výchozí hodnota: 75 (rozptyl koeficientu: 50 až 75)
3. Obecná kategorie – výchozí hodnota 60 (rozptyl koeficientu: 35 až 60)
4. Pracovní neschopnost – výchozí hodnota: 60 (rozptyl koeficientu: 35 až 60)
5. Trvalé následky úrazu – výchozí hodnota: 35 (rozptyl koeficientu: 10 až 35)
6. Závažná onemocnění – výchozí hodnota: 35 (rozptyl koeficientu: 10 až 35)

Nastaveny jsou výchozí hodnoty, od kterých je možné se odchýlit. Odchylka může činit maximálně 25 procentních bodů, aby byl výstup v souladu s touto metodikou. Tím je zajištěn konzistentní přístup napříč celým trhem, který dává na jedné straně flexibilitu, a na straně druhé určité mantinely. Jsme si vědomi toho, že mohou existovat drobné rozdíly v přístupu k jednotlivým rizikům, na hierarchii jejich důležitosti však panuje v odborných kruzích obecná shoda.

Pokud jsou sjednána pouze některá z pěti vyjmenovaných pojištění, není nutné provádět jakýkoliv přepočítání procentních bodů. Výchozí hodnota i rozptyl zůstávají pro všechna sjednávaná pojištění stejná a relevance výsledků je zachována. U nesjednávaných pojištění je stanoven koeficient 0, názory na tuto problematiku se však mohou lišit, viz níže.

Co když není sjednáno vše

Existují dva různé úhly pohledu na situace, kdy z aktuálních potřeb vyplývá, že není potřeba pojištění v některé ze standardně relevantních oblastí (například se z analýzy potřeb zjistí, že není zapotřebí pojištění pro případ úmrtí).

První pohled pracuje s úvahou, že jakkoliv není pojištění pro případ úmrtí aktuálně potřeba, může se to do budoucna změnit. Proto bere při výběru kvalitního pojištění v potaz i tuto oblast, jakkoliv není aktuálně relevantní.

Druhý pohled vychází z předpokladu, že pokud se nějaká oblast pojištění sjednávat nebude, nemělo by hodnocení této oblasti zkreslovat celkové hodnocení produktu. Nejvhodnější produkt si totiž může vést v relevantních oblastech lépe než v oblasti, která sjednávána nebude.

Pravda leží jak jinak než uprostřed. Uvádíme následující příklad:

(1) Pokud jde o situaci, kdy se jedná o mladou rodinu, která v brzké době očekává přírůstek, případně zvažuje hypotéku, je zcela na místě brát hodnocení kvality týkající se pojištění úmrtí v potaz již ve chvíli, kdy ještě sjednáváno nebude.

(2) Pokud se ovšem nejví jako pravděpodobné, že v nejbližších letech dojde ke změně rodinné situace, nedoporučujeme naopak hodnocení produktu v nesjednávané oblasti zohledňovat, jelikož by zbytečně zkreslovalo celkový výsledek hodnocení produktu.

Podstatný je závěr, který je společný pro všechny situace: „Klient by měl být s oběma pohledy seznámen a vyjádřit, k jakému rozhodnutí se kloní.“

1.2.2 Výpočet váhy u jednotlivých kritérií

U kritérií probíhá oproti oblastem rizik jiný výpočet, a to v podstatě na dvou úrovních:

V první úrovni vyhodnocujeme na základní (binární) bázi, tj. vyhodnocení kritéria je ve vztahu k produktu buď negativní (produkt „je v nesouladu“) nebo pozitivní (produkt „je v souladu“ nebo „není v nesouladu“). Pokud je vyhodnocení pozitivní, obdrží produkt 1 bod. Pokud je vyhodnocení negativní, obdrží 0 bodů. Tuto stupnici je vhodné rozšířit ještě o třetí (neutrální) možnost, která v sobě zahrne vyhodnocení s výsledkem „není v nesouladu, ale je to něčím podmíněno“. V takovém případě je bodování následující: Pozitivní (2 body), neutrální (1 bod) a negativní (0 bodů).

V druhé úrovni pak už dochází k promítnutí přiřazených vah do celkového výpočtu. Váha je opět bodové označení, přičemž je potřeba určit stupnici pro hodnocení. Stupnice musí umožnit dostatečné zvýraznění rozdílu mezi jednotlivými kritérii. Proto stupnice 1 až 2 by patrně neposloužila svému účelu. Stupnice 1 až 50 by však byla zbytečně rozsáhlá. V tomto materiálu tedy pracujeme se stupnicí (rozptylem) 1 až 5.



Příklad 1

Bez váhového mechanismu

	Váha	Produkt A	Výsledek	Produkt B	Výsledek
Kritérium 1	5	Negativní (0)	0	Neutrální (1)	1
Kritérium 2	3	Pozitivní (2)	2	Pozitivní (2)	2
Kritérium 3	1	Neutrální (1)	1	Negativní (0)	0
Celkem součet		Produkt A získal	3 body	Produkt B získal	3 body

Váhový mechanismus, stanovená stupnice: 1 až 5 (přičemž 5 je maximum)

	Váha	Produkt A	Výsledek	Produkt B	Výsledek
Kritérium 1	5	Negativní (0)	$5 \times 0 = 0$	Neutrální (1)	$5 \times 1 = 5$
Kritérium 2	3	Pozitivní (2)	$3 \times 2 = 6$	Pozitivní (2)	$3 \times 2 = 6$
Kritérium 3	1	Neutrální (1)	$1 \times 1 = 1$	Negativní (0)	$1 \times 0 = 0$
Celkem součet		Produkt A získal	7 bodů	Produkt B získal	11 bodů



Příklad 2

Bez váhového mechanismu

	Váha	Produkt A	Výsledek	Produkt B	Výsledek
Kritérium 1	5	Negativní (0)	0	Neutrální (1)	1
Kritérium 2	3	Pozitivní (2)	2	Pozitivní (2)	2
Kritérium 3	1	Neutrální (1)	1	Negativní (0)	0
Celkem součet		Produkt A získal	3 body	Produkt B získal	3 body

Na uvedených příkladech je dobře vidět, že váhový mechanismus pomáhá odlišit produkty na základě toho, **jak si vedou ve vztahu ke kritériím, kterým je přiřazena vyšší důležitost**. To pomáhá udržet pozornost směrem k důležitěmu a brání zjednodušení či zkreslení

1.2.3 Výpočet váhy u kritérií v kombinaci s váhou jednotlivých rizik

Po vysvětlení základních principů výpočtu váhy kritérií a jednotlivých rizik můžeme přejít ke kombinaci těchto výpočtů. Výsledkem komplexního výpočtu je zohlednění všech preferencí a faktorů důležitosti, a to na úrovni jednotlivých kritérií i sjednáváných pojištění.



Příklad 1

Váhový mechanismus u kritérií doplněný o koeficient důležitosti u jednotlivých pojištění

	Koef.	Váha	Produkt A	Výsledek	Produkt B	Výsledek
Pojištění X	0,35					
Kritérium 1		5	Negativní (0)	$5 \times 0 = 0$	Neutrální (1)	$5 \times 1 = 5$
Kritérium 2		3	Pozitivní (2)	$3 \times 2 = 6$	Pozitivní (2)	$3 \times 2 = 6$
Kritérium 3		1	Neutrální (1)	$1 \times 1 = 1$	Negativní (0)	$1 \times 0 = 0$
Celkem				$7 \times 0,35 = 2,45$		$11 \times 0,35 = 3,85$
Pojištění Y	0,20					
Kritérium 1		5	Neutrální (1)	$5 \times 1 = 5$	Negativní (0)	$5 \times 0 = 0$
Kritérium 2		3	Pozitivní (2)	$3 \times 2 = 6$	Pozitivní (2)	$3 \times 2 = 6$
Kritérium 3		1	Negativní (0)	$1 \times 0 = 0$	Neutrální (1)	$1 \times 1 = 1$
Celkem				$11 \times 0,2 = 2,2$		$7 \times 0,2 = 1,4$
Celkem součet			Produkt A získal	4,65 bodů	Produkt B získal	5,25 bodů



Příklad 2

Váhový mechanismus u kritérií bez koeficientu důležitosti u jednotlivých pojištění

	Váha	Produkt A	Výsledek	Produkt B	Výsledek
Pojištění X					
Kritérium 1	5	Negativní (0)	$5 \times 0 = 0$	Neutrální (1)	$5 \times 1 = 5$
Kritérium 2	3	Pozitivní (2)	$3 \times 2 = 6$	Pozitivní (2)	$3 \times 2 = 6$
Kritérium 3	1	Neutrální (1)	$1 \times 1 = 1$	Negativní (0)	$1 \times 0 = 0$
Celkem			7 bodů		11 bodů
Pojištění Y					
Kritérium 1	5	Neutrální (1)	$5 \times 1 = 5$	Negativní (0)	$5 \times 0 = 0$
Kritérium 2	3	Pozitivní (2)	$3 \times 2 = 6$	Pozitivní (2)	$3 \times 2 = 6$
Kritérium 3	1	Negativní (0)	$1 \times 0 = 0$	Neutrální (1)	$1 \times 1 = 1$
Celkem			11 bodů		7 bodů
Celkem součet		Produkt A získal	18 bodů	Produkt B získal	18 bodů

Na uvedených příkladech je dobře vidět, jak koeficient pomáhá zohlednit prioritu u jednotlivých rizik. Bez přidělení koeficientu si oba produkty vedou relativně stejně, jelikož Produkt A si vede lépe u Pojištění Y, Produkt B si zase vede lépe u Pojištění X. Ve výsledku jsou tak postaveny na roveň. Díky zakomponování koeficientu se však váhy vychýlí ve prospěch těch produktů, které si vedou lépe u preferovaných rizik, což je žádoucí efekt.

Důležité je také vydělit u každého pojištění celkový počet bodů počtem kritérií, aby nedocházelo ke zkreslení. V opačném případě by se váha vychýlila ve prospěch pojištění, ve kterém je více kritérií, což je nežádoucí.

1.2.4 Doporučené váhy u jednotlivých kritérií

Jak už víme, rozdělení kritérií má význam především ve spojení s váhovými mechanismy. Tři kategorie kritérií už známe, rozdělení včetně doporučeného přiřazení bodů je následující:

1. **Primární (P)** – jsou pro kvalitu pojištění nejdůležitější a měl by s nimi být konfrontován každý produkt u každého klienta. Váha by u těchto kritérií měla činit shodně 5 bodů, což je nejvyšší možný počet.
2. **Sekundární (S)** – mohou být na podobné úrovni důležitosti jako kvalitativní, mohou být však také méně významné. Váha tedy může být v rozmezí 0-5 bodů, a to na základě uvážení poradenské společnosti či poradce. Kritérium má svou povahou dopad obecně na všechny klienty.
3. **Individuální (I)** – jedná se o kritéria, která mohou mít význam pouze pro některého z klientů. Zde se pohybuje váha opět v rozmezí 0-5 bodů dle toho, zda je kritérium v daném případě významné či nikoliv.

Přiřazení vah bude vždy do velké míry subjektivní záležitostí. Dalším faktem je, že realita není nikdy černobílá. Proto mohou nastat případy, kdy se poradce nebude výsledným hodnocením jednotlivých produktů zcela řídit. Jakoukoliv odchylku v doporučení by však měl vždy umět řádně odůvodnit. A to jak sobě, tak klientovi.

Některá kritéria jsou však podle tvůrců tohoto materiálu tak podstatná, že si zasluhují vždy maximální počet bodů a při zodpovědném posouzení by měl být důraz kladen vždy právě a jen na ně. Dobré výsledky v rámci sekundárních kategorií by měly být brány spíše jako plusové body navíc. Proto je i v kategorii sekundárních kritérií ponechána určitá volnost v bodovém rozmezí.

U hodnoceného produktu by tedy neměly být nikdy vyzdvihovány kvality u sekundárních kritérií na úkor kvalit v primárních kritériích.

2. část

Metodika výpočtu pojistných částek

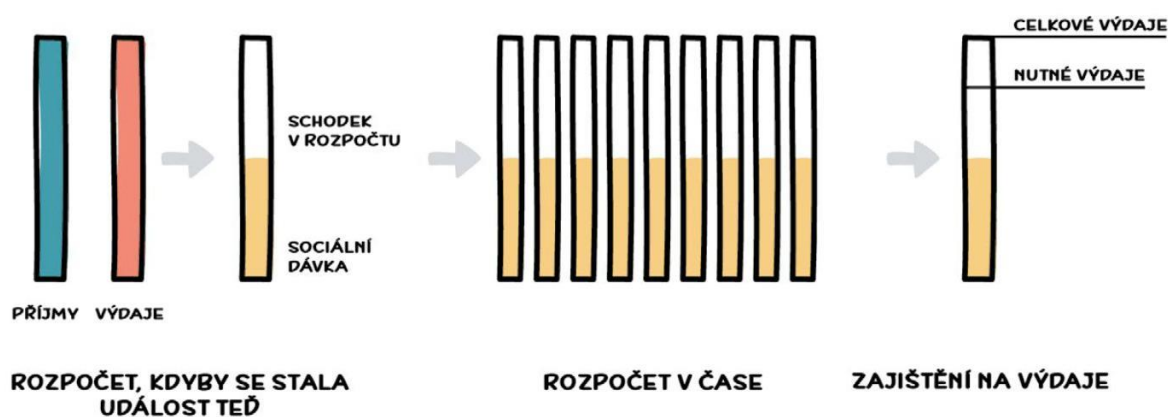
2.1 Základní filozofie

Při výpočtu pojistných částek vycházíme z předpokladu, že na pokrytí rozpočtu domácnosti používáme primárně příjmy z výdělečné činnosti, a pokud, z důvodu úrazu nebo nemoci, není možné pracovat, může výpadek příjmů nahradit jedna ze sociálních dávek.

Tyto dávky však bývají obvykle nižší než samotný příjem. V rozpočtu domácnosti tedy může vzniknout deficit, který se stává předmětem zajištění. Tento schodek lze zajistit buď vlastními rezervami, nebo pojištěním.

Můžeme se snažit dorovnat:

- a) celkové výdaje
- b) nutné výdaje

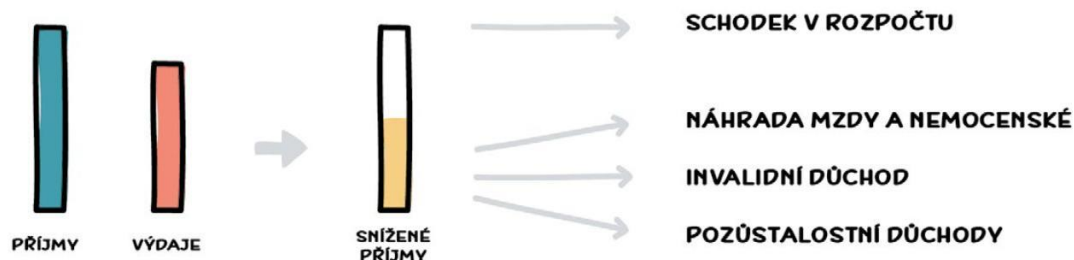


Celkové výdaje se mohou v mnoha případech rovnat příjmům domácnosti.

2.1.1 Sociální dávky

Pro správné určení schodku v osobním rozpočtu je potřeba správně určit výši sociální dávky. Může jít o náhradu mzdy, nemocenskou, invalidní důchod, vdovský nebo vdovecký důchod a sirotčí důchod (poslední tři jmenované patří mezi pozůstalostní důchody).

POZN K OBRÁZKU





Pokud hovoříme o snížených příjmech, máme na mysli situaci, kdy klient dostává místo příjmu ze zaměstnání nebo podnikání sociální dávku po pojistné události v podobě Náhrady mzdy nebo Nemocenské, Invalidního popř. Sirotčího nebo Vdovského důchodu – podle dané situace.

Jak určit sociální dávky

Pro správné určení sociálních dávek doporučujeme používat software nebo výpočet dle zákona. Aktuální platnou legislativu najdeme na stránkách České správy sociálního zabezpečení.

Druhou variantou je použití volně dostupné kalkulačky sociálních dávek, například na webu idnes.cz. Zejména tato kalkulačka poskytovala v minulých letech relevantní výpočty a dá se předpokládat, že si udrží svoji kvalitu i do budoucna.

Přesný výpočet sociálních dávek

Pro přesné určení výše sociální dávky je potřeba vzít v úvahu reálné odvody, které klient zaplatil v rámci sociálního pojištění. Zde doporučujeme pravidelně sledovat situaci, abyste vždy správně stanovili výchozí částku sociálního zabezpečení. V reálném životě může být poměrně velký rozdíl nejen směrem dolů (vede k podpojištění a nedostatku peněz v rozpočtu), ale i směrem nahoru (vede k přepojištění).

2.1.2 Osobní rozpočet v čase

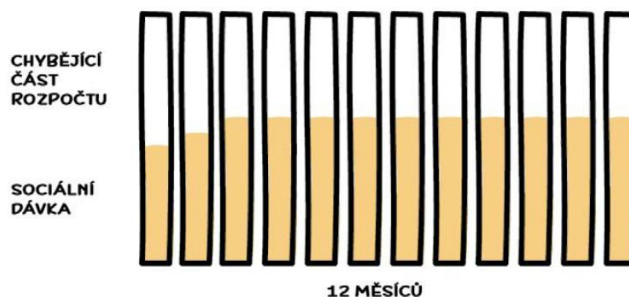
V případě osobního rozpočtu je nutné se zamyslet nejen nad situací, jak by vypadal rozpočet v nejbližším měsíci pro danou pojistnou událost, ale důležitý je také pohled v čase.

Vždy zvažujeme dva základní pohledy:

- Krátkodobý pohled – tedy v řádu měsíců: typicky pracovní neschopnost, která trvá obvykle maximálně jeden rok. Doba může být samozřejmě i delší, nicméně případné prodloužení bude v drtivé většině případů v řádu měsíců, nikoli let.
- Dlouhodobý pohled – oproti krátkodobému je pro něj typické uvažování v řádu let: jedná se buďto invaliditu nebo smrt.

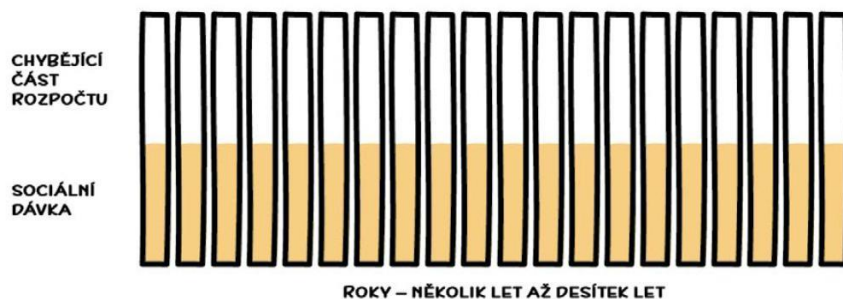
Pracovní neschopnost

- krátkodobý pohled



Invalidita a smrt

b) dlouhodobý pohled



Pojem střednědobého rizika neuvažujeme, nelze přesně definovat dobu trvání.

Určení doby rizika

Pro rizika s dlouhodobým pohledem je potřeba definovat o jak dlouhou dobu se může jednat.

Invalidita

- Nejkratším možným případem invalidity je jeden rok – klientovi bude přidělen libovolný stupeň invalidity s tím, že do roka proběhne u posudkové komise přezkoumání zdravotního stavu a následně bude invalidita odebrána.
- Nejdelším možným případem může být celý produktivní věk, kdy invalidita trvá až do odchodu do důchodu – pro mladého člověka i např. 40 let. Následně přechází na starobní důchod s výplatou starobního důchodu.
- Pro správné zajištění je potřeba uvažovat s nejhorsím možným scénářem, tedy trváním až do konce produktivního věku.

Smrt

V případě smrti určuje potřebnou dobu zajištění klient podle své potřeby. Přístupů klienta může být několik:

- zajištění po dobu jednoho roku, než dojde k vyřízení dědického řízení a přidělení pozůstalostních důchodů – tuto dobu ovšem určujeme bez sociálních dávek. Lze považovat za minimum pro zajištění
- po dobu několika let, než se rodina přizpůsobí situaci, např. prodá nemovitost a přestěhuje se do menší, upraví výdaje, prodá podíly na firmě nebo majetku – zde je potřeba vše detailně probrat s klientem a určit reálnost jeho představy o dané rizikové situaci
- po dobu vyživování dětí – tedy do jejich osamostatnění, ať už počítáme se studiem VŠ nebo bez něj
- po dobu splácení hypotéky – můžeme volit mezi variantou doplacení hypotéky ihned nebo jejím postupným umořování z částky zajištění.
- do konce produktivního období partnera – není typicky používaná, jedná se o nejextrémnější možnost délky



Určení správné délky zajištění je relativně jednoduché v případě invalidity, kdy zajišťujeme na produktivní věk, v případě smrti je potřeba s klientem jeho potřebu detailněji vykomunikovat.

2.1.3 Vstupní údaje o klientovi

Pro to, abychom mohli správně určit pojistnou potřebu, musíme o klientovi vědět dostatek vstupních údajů.

Jsou to typicky:

- **Příjmy (+ věk):** pro správné určení sociálních dávek a následného schodku v rozpočtu.
- **Výdaje:** pro určení schodku rozpočtu podle předchozího bodu.
- **Potřebná délka zajištění:** pro určení konečné pojistné potřeby, ze které bude možné později správně zadefinovat pojistnou částku.

Tyto vstupní parametry nám dále umožní určit základní pojistnou potřebu.

Dalšími parametry jsou i vstupy jako:

- **Hodnota péče o domácnost:** pro zajištění výpadku příjmů osoby, která se stará o chod domácnosti
- **Závazky:** pro zajištění umoření dluhů (podle potřeby)
- **Náklady spojené se změnou zdravotního stavu:** péče, vybavení a potřebné úpravy majetku, protézy
- **Rezervy a další majetek:** pro určení složky zajištění z vlastních rezerv

Všechny parametry o klientovi najdeme ve vstupním dotazníku, který je součástí této metodiky, příloha č. 2

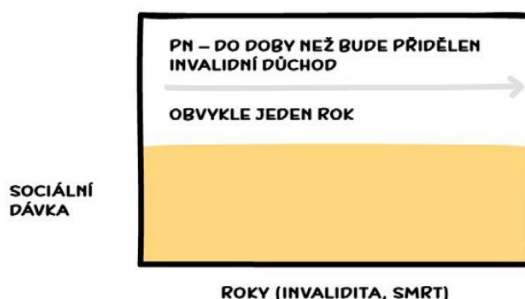
2.1.4 Pojistná potřeba

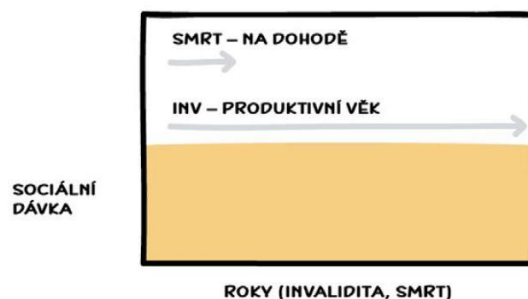
Pojistná potřebu bychom měli vnímat jako základní stavební kámen pro správné nastavení pojistné smlouvy. Pojistnou potřebu identifikujeme po určení:

1. potřebné výše zajištění, tedy rozdílu mezi sociálními dávkami a potřebnými výdaji
2. a doby, po kterou je potřeba zajišťovat.

Pojistnou potřebu vnímáme jako kapitál potřebný pro to, aby byla zajištěna životní úroveň pro jednotlivé situace, ve kterých se klient může ocitnout.

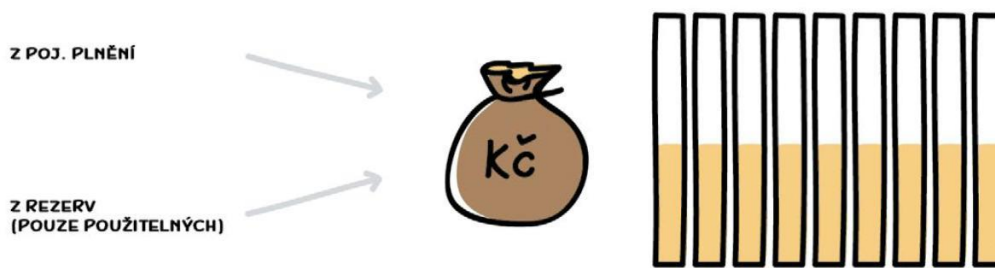
Pojistná potřeba je jiná pro pracovní neschopnost, invaliditu a úmrtí. Stejně tak je jiná pro každého z partnerského nebo manželského páru.





2.1.5 Částka k doplnění rozpočtu

K pokrytí pojistné potřeby je zapotřebí dostatečný objem peněžních prostředků, ze kterého lze odebírat měsíčně takovou částku, která nám doplní schodek v měsíčním rozpočtu.



Částku, ze které budeme moci doplňovat měsíční rozpočet, můžeme složit ze dvou částí:

a. Z pojistného plnění

Pro každou ze situací bereme v úvahu adekvátní pojistné plnění v dostatečné výši. Současně musíme mít vždy přesnou znalost toho, v jaké situaci je likvidní dané riziko na pojistné smlouvě. Dva výše zmíněné fakty musíme brát vždy plně v úvahu.

Tomuto tématu se prosím věnujte maximálně jak jen to je možné, protože ne každé riziko zajistí výplatu peněz pro pokrytí rozpočtu v dané životní situaci. Jakou výplatu můžete Vy i klient očekávat z jednotlivých rizik si můžete přečíst v popisu rizik na pojistné smlouvě, viz. 3. část metodiky.

b. Z finančních rezerv

Do dostatečného zajištění lze zahrnout i rezervy klienta. Zde je potřeba vzít v úvahu, které rezervy je možné použít a které ne. **Obvykle například nemůžeme použít rezervy na důchod pro doplnění rozpočtu v invaliditě, protože jsou určeny právě pro zajištění renty ve starobním důchodu.** Dalším příkladem může být použití prostředků určených na přípravu dětí do života. Zde je na postoji klienta, zda je bude chtít pro zajištění rizik využít plně, vůbec, nebo třeba jen z části.

c. Zajištění nemovitostí

Samostatnou kapitolou jsou nemovitosti. Je k diskusi, jestli použít současnou nemovitost jako součást zajištění nebo ne. V jednom případě není možnost se přestěhovat do menšího domu nebo bytu, v dalším může být tato možnost jediná správná, protože například nebude v silách práce schopného člena rodiny se o nemovitost postarat. Tyto možnosti je potřeba s klientem detailně probrat. Poradce by zde měl být jakýmsi průvodcem, který klientovi položí správné otázky pro jeho rozhodování.

- V případě prodeje je potřeba se rozhodnout nejen jestli, ale i kdy dům prodat – např. až po odchodu dětí z domu
- Je potřeba myslet na vyřešení dědického řízení, které trvá typicky rok, ale v případě obtížnosti to může být i déle.
- V případě, že se bude jednat o rychlý prodej, je potřeba brát v úvahu i možnost prodeje pod cenou, např. o 10 až 20%, ale podle momentální tržní situace i s větší ztrátou.
- Pokud se jedná o investiční nemovitost, která nese nájem, je možnost nemovitost buď prodat, nebo ji ponechat a započítat příjem z nájmu do bilance osobního rozpočtu

Prostředky k zajištění osobního rozpočtu je potřeba s klientem detailně probrat a určit, zdali se k zajištění použít dají, nebo je pro ně i v době rizikové situace jiný účel.

Příklad možné použitelnosti rezerv:

MAJETEK	HODNOTA	LZE POUŽÍT?	MAJETEK	HODNOTA	LZE POUŽÍT?
Hotovost	40 000		Hotovost	40 000	✓
Běžný účet			Běžný účet		
Spořicí účet	70 000		Spořicí účet	70 000	✓
Stavební spoření			Stavební spoření		
Penzijní připojištění	120 000		Penzijní připojištění	120 000	✗
Dluhopisy			Dluhopisy		
OPF	15 000		OPF	15 000	✓
Další kap. majetek			Další kap. majetek		
Zlato			Zlato		
Nemovitosti	3 500 000		Nemovitosti	3 500 000	✗



Dobře s klientem prokonzultujte, které prostředky lze použít do zajištění a které naopak ne. Často nelze použít nemovitost, protože přestěhování do menšího nemusí být v dané krizové situaci možné, někdy to může být naopak nutnost. Stejně tak myslíte na peníze, které slouží ke konkrétnímu cíli. Často nelze použít peníze určené na studium dětí a naopak peníze na specifický koníček použít lze. I tak nás může klient někdy překvapit, že jsou jeho úmysly přesně opačné, než se na první pohled zdálo - vše je potřeba opravdu detailně s klientem probrat a podle toho se rozhodnout.

2.1.6 Průběh a stanovení pojistné částky

Pojistnou potřebu klienta může zajistit vhodně zvoleným rizikem na pojistné smlouvě a toto riziko musí mít vhodný průběh - obvykle řešíme varianty průběhu konstantní, anuitně klesající a lineárně klesající.

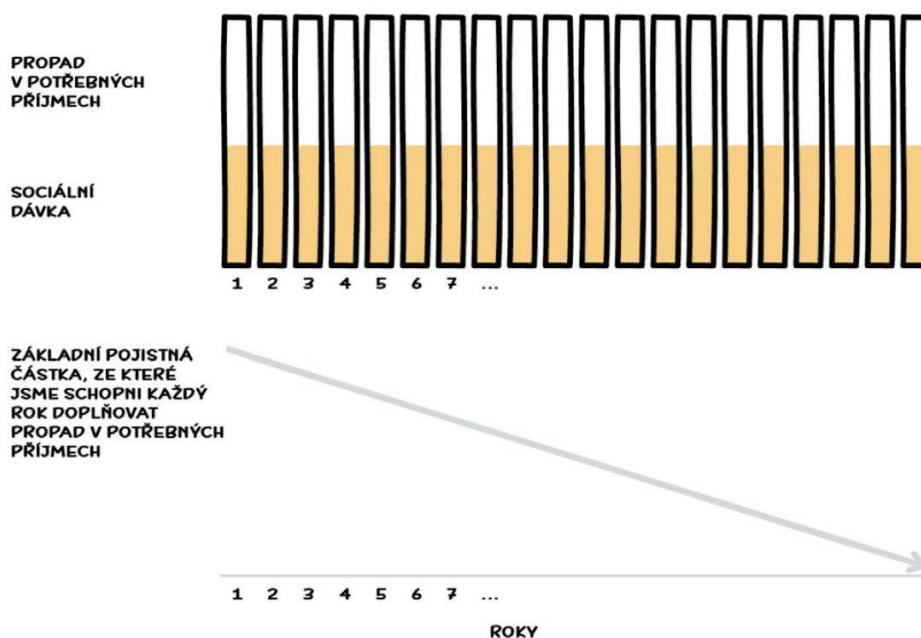
V případě krátkodobého rizika průběh pojistné částky neřešíme. Je stanoven obvykle formou denních dávek. Ukažme si na jednoduchém příkladu: V měsíčním rozpočtu chybí 9 000 Kč -> postačí tedy denní dávka 300 Kč / den. Pro zjednodušení počítáme s tím, že klient má úspory pro překlenutí karenční doby.

V případě dlouhodobých rizik je však už potřeba řešit stanovení pojistné částky vzhledem k vývoji pojistné potřeby v čase. Základní částka, ze které budeme v danou chvíli pokrývat pojistnou potřebu, musí být dostatečná k pokrytí všech let možného výpadku.

S časem však pojistná potřeba klesá. Za rok bude klient pravděpodobně potřebovat menší pojistnou částku k pokrytí všech let do konce pojistné potřeby, proto může být částka již menší. Z toho vyplývá, že pojistná částka by měla být klesající



Na začátku pojistné potřeby je potřeba mít plnou potřebnou částku. V polovině doby pak může být nižší a v případě, že by se pojistná událost stala rok před koncem pojistné potřeby, stačí na pokrytí potřeby částka ve výši jednoho ročního schodku.



Pro příklad pochopení - pokud budeme potřebovat každý měsíc doplnit 10 000 Kč po dobu 20 let, bude potřebná částka na začátku 10 tis. x 12 měs. x 20 let = 2 400 000 Kč.

Po 10 letech bude už potřebná částka pouze 1 200 000 Kč, protože klienta čeká druhých 10 let do konce dvacetileté doby. V posledním roce bude klient potřebovat posledních 120 000 na pokrytí posledního roku výpadku příjmů.

To ovšem neznamená, že nemůže být klesající částka doplněna částkou konstantní pro potřeby jednorázových výdajů.

Součástí pojistné částky je často doplňková částka na jednorázové výdaje, které souvisí se nemocí nebo úrazem. Neslouží tedy, na rozdíl od klesající částky, k zajištění cashflow.

Právě kombinace klesající a pevné pojistné částky je ideálním řešením. Pokud bychom totiž nastavili pojistnou částku pro zajištění pojistné potřeby v prvním roce pojistné potřeby jako konstantní, vedla by takto nastavená pojistná smlouva k přepojištění a tím pádem i k zbytečně vysokým nákladům.

Zde také musíme mít na paměti, že potřeby klienta se mohou v čase měnit. Proto je nutné v rámci ročních servisních schůzek, nebo v případě potřeby i častěji nastavení zajištění aktualizovat.

Zde je vhodné se zmínit o možné vyšší pojistné potřebě při invaliditě. Důvodem jsou léčebné výlohy, rehabilitace a pečovatelské služby. Stejně tak je možné i snížení v případě smrti.

- V případě invalidity můžeme vzít v úvahu zvýšení o 15 %.
- V případě úmrtí můžeme vzít v úvahu snížení o 15 %.
- V případě pracovní neschopnosti je doporučení nesnižovat ani nezvyšovat



Snížení nebo zvýšení pojistné potřeby při invaliditě a smrti je doporučeno v případě, kdy není možné si možnou situaci vykomunikovat s klientem. Této metodiky EFPA pojištění však doporučuje tyto situace důkladně rozebrat s klientem – rozptyl může být z praxe 0–30%.

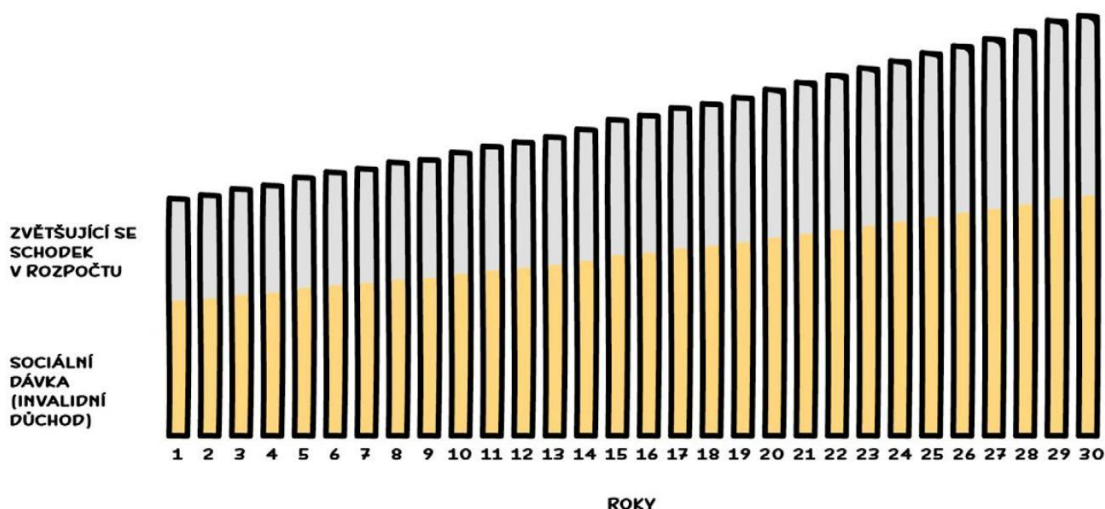
Zvýšení nebo snížení dorovnávaného potřebného příjmu pro jednotlivé základní životní situace je součástí základních vstupních údajů klienta v dotazníku ŽP, který je součástí Metodiky.

2.2 Výpočet pojistné částky pro rentu se zhodnocováním v inflačním prostředí

2.2.1 Proč potřebujeme řešit inflační prostředí

V reálném prostředí musíme počítat s inflací. A vzhledem k růstu cen tedy i s navyšováním měsíčně vyplácené renty, aby vždy zajistila dostatek prostředků k nákupu stejného množství věcí nebo služeb.

Pokud se klient stane invalidní, čeká jej mnohdy dlouhá doba do konce produktivního věku. V období těsně po začátku invalidity klient bude nakupovat věci běžné spotřeby za známé ceny, které jsou podobné těm, na které byl zvyklý před počátkem invalidity. Po několika letech můžeme očekávat zvýšení sociální dávky, nicméně téměř určitě může očekávat i zvýšení cen. Tím nám v průběhu času začne vznikat větší schodek v rozpočtu a klient nemusí mít ke konci invalidity dostatek peněz k pokrytí svých výdajů.



Nemůžeme nikdy dopředu přesně určit, jakým tempem se budou zvyšovat sociální dávky a jakým tempem poroste inflace, nicméně pokud budou soc. dávky i inflace růst stejným procentem, poroste tímto procentem i schodek v rozpočtu. Čím delší je potřeba zajištění, tím větší dopad bude na konci na klienta mít. Jde o to si tento fakt uvědomit a počítat s ním.

V současné době snižování starobních důchodů a geografickému vývoji lze předpokládat, že státní rozpočet tuto zátěž do budoucna bez větších opatření nezvládne. To můžeme s velkou pravděpodobností očekávat i u sociálních dávek v případě invalidních důchodů a lze tak očekávat, že jejich valorizování na tu míru, aby zůstal schodek v rozpočtu stále stejný jako na začátku, není pravděpodobné.

2.2.2 Zhodnocování částky pro výplatu renty

Pokrytí inflace docílíme tím, že budeme vyplacenou pojistnou částku zhodnocovat. Existuje několik možností, jak se zhodnocováním pracovat:

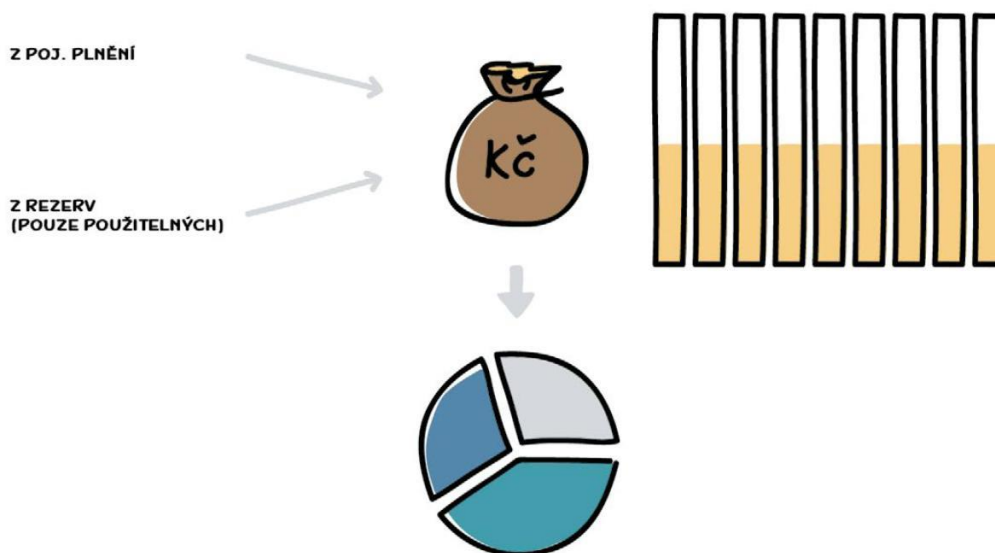
1. **Zhodnocení na úrovni inflace** – konzervativní portfolio, které klientovi zajistí pokrytí inflace.
2. **Zhodnocení 2 % nad inflaci** – rentiérské nastavení portfolio, které zajistí kromě pokrytí inflace alespoň částečné zhodnocení prostředků a tím možnost začít s nižší částkou, která zajistí celou pojistnou potřebu (Tento přístup doporučuje EFPA).
3. **Zhodnocení 3 nebo 4 % nad inflaci** – jedná se dynamické složení portfolio, které je vhodné ovšem pouze pro zkušené investory.

Při nastavení zhodnocení ve variantě c) musí být splněno několik podmínek:

- Tento přístup je možné volit při dlouhých horizontech čerpání v řádu 30–40 let
- Investor musí být zkušený

Pozor: je riziko, že pokud dojde k plnění např. 8 let před koncem, nejsme schopni takové zhodnocení zajistit – proto doporučujeme doplnit klesající částku o konstantní částku, která případný propad vyrovná.

Tým autorů se přiklání k možnosti zhodnocení 2 % nad inflaci. Jakékoli zhodnocení větší než 4 % nad inflaci je z jejich pohledu nepřijatelné.

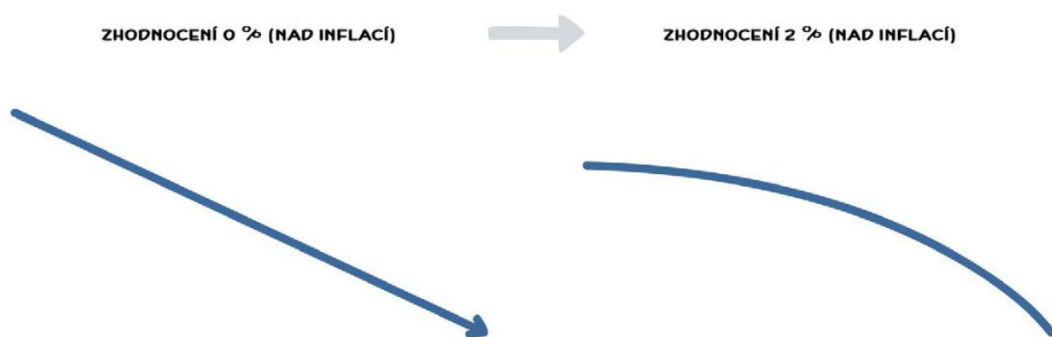


Výsledné portfolio pro výplatu bude záležet na jednom z výše zmíněných přístupů. Pokud bude počítáno s vyšším zhodnocením, bude portfolio obsahovat více akciové složky a naopak v případě nižšího zhodnocení bude obsahovat více konzervativních investičních nástrojů.

Metodika EFPA doporučuje tzv. rentiérské portfolio, které vychází z metodiky EFPA investic pro čerpání renty.

Jak chápat zhodnocení 2 % nad inflaci?

- pokud bude inflace 2 %, bude zhodnocení portfolia 4 %.



V případě zhodnocování lze použít anuitně klesající průběh pojistné částky

- ▶ Lze startovat z nižší pojistné částky
- ▶ Průběh pojistné částky bude anuitní

2.2.3 Jak vypočítat potřebnou pojistnou částku

Pojistnou potřebu můžeme vypočítat dvěma způsoby:

- A) pomocí nástroje Microsoft Excel
- B) pomocí finanční matematiky

A) Excel `SOUČHODNOTA(...;...;...)`

B) Vzorec
$$a = Up \left(1 + \frac{1}{(p + 1)^n - 1} \right)$$

Vzhledem k dostupnosti Microsoft Excel pro širokou poradenskou veřejnost se budeme nadále zabývat touto možností.

V následujícím popisu najdete jednoduchý návod pro zadání:

=(SOUČHODNOTA(sazba, pper, splátka, [bud_hod], [typ]))*-1

Kde:

Sazba = zhodnocení nad inflaci -> tuto sazbu je ale potřeba vydělit 12 měsíci
Zadání je tedy např. 2% / 12 = 0,1666 (periodických) % = 0,001666666 per

Pper = počet období -> počet období je potřeba vynásobit 12
*Zadání je tedy např. 30 * 12 = 360 pro období čerpání renty 30 let*

Splátka = Potřebná výše měsíční renty
Zadání je např. 12 000

Parametry **[bud_hod]** a **[typ]** neřešíme

Výsledek je potřeba vynásobit číslem -1, aby vyšel kladný výsledek

Pro přesnější výsledky je možné použít sofistikovaný poradenský software, díky kterému jsme schopni se dostat k přesnějším simulacím – ambicí Metodiky životního pojištění EFPA je najít pomůcky pro výpočet, aby byly dosažitelné pro celý poradenský trh, což Microsoft excel zcela určitě je.



Jako pomůcku si lze zapamatovat, že se jedná o převrácený smysl hypotéky – v případě hypotéky nám banka půjčí určitou sumu peněz a my jí vracíme zpět splátky i s úroky. V případě pojištění je tomu právě naopak.

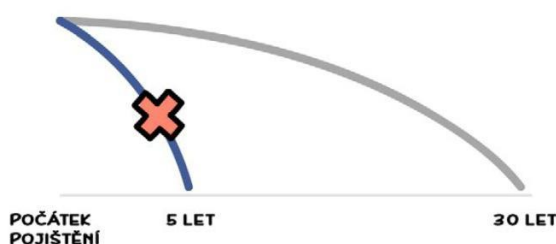
2.2.4 Volba průběhu pojistné částky

Primárně volíme anuitní průběh nastavený právě na procento, o které zvyšujeme nad inflaci. Pokud bude částka lineární, metodika doporučuje navýšit pojistnou částku o 15 %, aby bylo zabráněno podpojištění v průběhu trvání pojištění.



2.2.5 Nastavení délky pojištění

Tak aby odpovídala pojistné potřebě – viz kapitola Pojistná potřeba. Není v žádném případě přípustné (nemá-li klient dostatečné budoucí rezervy), aby poradce volil částky například na 5 let z 30 leté pojistné potřeby, protože existuje riziko změny zdravotního stavu. Tím by se ocitl bez zajištění, které má s klienta chránit.



Rizikem u změny zdravotního stavu je právě to, že klient nemusí být vzhledem ke zdravotnímu stavu znovu pojistitelný. Klient by se tak ocitl bez pojištění pro danou diagnózu, která jej právě nejvíce ohrožuje nebo dokonce bez celkového pojištění. Pojištění by tak ztratilo smysl a účel.

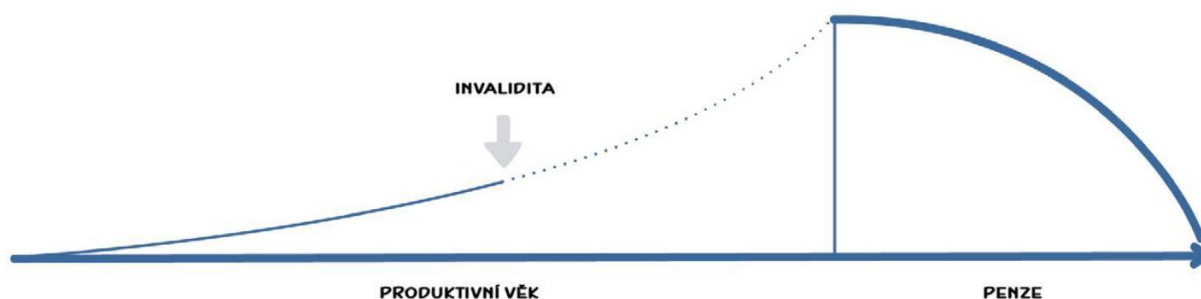
2.3 Nastavení pojištění pro další životní situace a rizika

2.3.1 Invalidita a budoucí renta

V případě, že nastane invalidita, je potřeba počítat s jejím přechodem do starobního důchodu.

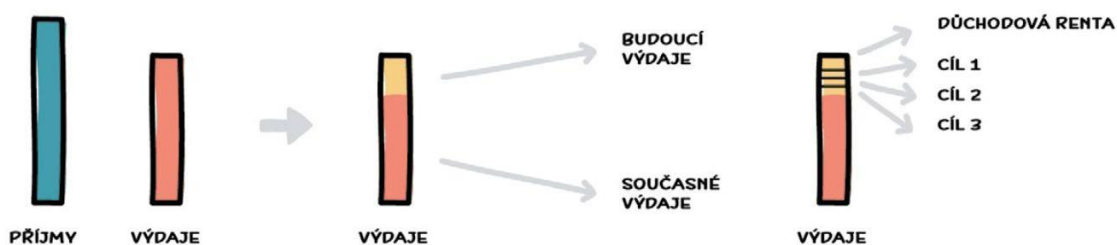
V předchozích kapitolách jsme uvažovali pojistnou částku pro případ invalidity v pracovním procesu klienta – tím jsme vykryli propad příjmu v období produktivního věku.

V období odchodu do důchodu se propad zvětší nebo zůstane stejný. Starobní důchod bude ebe vyšší invalidního důchodu, nebo starobního důchodu – podle toho, která dávka bude vyšší.



V případě přípravy na penzi klient prochází nejprve akumulací částí, kdy se postupně zvedá hodnota jeho majetku tak, aby z ní bylo možné ve fázi renty vybírat. Pokud nastane invalidita, je potřeba částku, kterou klient pravidelně odkládal, zajistit.

Budoucí rentu pro důchodový věk (myšleno starobní důchod) nepojišťujeme zvlášť, ale počítáme s pravidelnou úložkou, kterou získáme z renty ze zajištění pro produktivní věk.

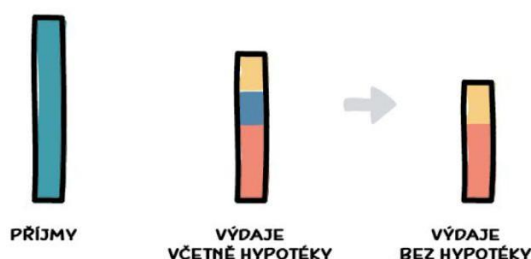


- Jedná se o budoucí cíl a přistupujeme k němu stejně jako k jakémukoliv jinému budoucímu cíli.
- Pravidelný výdaj je součástí cashflow – tu určujeme v pojišťovacím dotazníku.

2.3.2 Pojistná událost a splacení hypotéky

Častou otázkou, kterou poradci řeší je, zdali v případě invalidity nebo smrti splatit hypotéku či nikoli. Splátka hypotéky je výdaj v cashflow klienta / rodiny. Existují dva přístupy:

- Ze sumy zajištění bude klient splácet každý měsíc splátku hypotéky. Splátka hypotéky je v takovém případě součástí zajišťovaného cashflow
 - Při tomto řešení je možné částku sloužící k zajištění nechat zhodnocovat a využít principu, který popisuje metodika v kapitole Výpočet pojistné částky, tedy výpočet pro rentu se zhodnocováním v inflačním prostředí.
 - Je možné využít nízkých hypotečních úrokových sazeb, pokud ji klient na své hypotéce má. Pokud úroky při fixaci hypotéky vzrostou nad mez, kdy tento přístup nebude mít finanční benefit, je možné hypoteční úvěr splatit.
- Zaplatit hypotéku a použít sumu zajištění pouze na dorovnání zbylých výdajů
 - Při tomto řešení přichází klient o benefit zhodnocování prostředků



Rozhodnutí, zda se vydat jednou nebo druhou cestou, vyřešíme podle přístupu klienta:



2.3.3 Invalidita a průčesčopnost

V případě invalidity I. a II. stupeň počítáme s určitou mírou pracovní schopnosti. Kromě III. stupně invalidity je potřeba určitou pracovní činnost vykonávat, aby došlo k započtení let pro přiznání starobního důchodu.

Pokud budeme vycházet ze snížení pracovní schopnosti pro I. a II. stupeň, můžeme z něj dovodit minimální předpokládanou průčesčopnost. Klient tak nebude dostávat celou mzdu, ale pouze její poměrnou část:

Snížení pracovní schopnosti		Průčesčopnost ve stupni invalidity
35 % – 49 % pro I. St	→	50 %
50 % – 75 % pro II. St	→	25 %

Pro zjednodušení počítáme tedy s tím, že:

- klient v I. stupni invalidity bude schopen pracovat na poloviční úvazek
- klient ve II. stupni invalidity bude pracovat na čtvrtinový úvazek



Při určení průčesčopnosti počítáme vždy s tou horší variantou. Pokud bude klient schopen v I. stupni pracovat na 65% nebo ve druhém stupni na 50% svého původního pracovního výkonu, bude pro něj výdělek navíc jakýmsi benefitem. V praxi samozřejmě takto přesně v procentech kalkulovat nelze, nicméně nám metodika umožní si vytyčit mantinely, ve kterých se lze pohybovat.

Specifická úprava průčesčopnosti:

V případě vysokopřijmových klientů, typicky manažerských pozic nebo specifických povolání, která obvykle nejde vykonávat na zkrácený úvazek, nemůžeme počítat s 25 % nebo 50 % klientových příjmů.

Musíme vzít v úvahu povahu klientovy práce – je potřeba najít vhodnou pracovní činnost, kterou bude případně v určitém stupni invalidity moci vykonávat.

Konečná dohoda bude záležet na klientovi a jeho pohledu na svou současnou výdělečnou činnost a případnou průčesčopnost v případě invalidity.

2.3.4 Trvalé následky úrazu

Před určením pojistné částky si připomeňme, k čemu slouží riziko trvalých následků. Neslouží pro zajištění propadů příjmů, k tomuto účelu patří rizika pracovní neschopnosti a následně invalidity. Pokrytí rizika trvalých následků slouží k zaplacení výdajů při úrazech, které nemusí nutně vést k invaliditě, nicméně vedou ke zhoršení kvality života (např. ztráty částí končetin). Pojištění TNÚ tedy v žádném případě nenahrazuje pojištění invalidity.

Pojištění trvalých následků slouží k zajištění následujících výdajů:

- Náhrady končetin a protetické pomůcky

- Léčebné přístroje (aktivátory nervových zakončení, automatické inzulinové dávkovače, atd.)
- Estetické a plastické operace, které nehradí zdravotní pojištění
- Rehabilitace
- Léky
- Úpravy nemovitosti a vozidel

Určení pojistné částky

Výši pojistné částky u trvalých následků určujeme jako **½ pojistné částky pro invaliditu III. st., minimálně 1 mil Kč** ve variantě s progresí výplaty pojistného plnění.

- V případě vyplacení plnění z minimální pojistné částky (1 mil Kč) dokážeme pokrýt základní protetické pomůcky a rehabilitace. Plnění může být v řádu desetitisíců až statisíců při nejčastějších trvalých následcích = postižení do 30 % podle oceňovacích tabulek.
- V případě větších tělesných postiženích, kdy bude vyplaceno riziko s např. trojnásobnou progresí, se chceme dostat k takové výplatě, kdy bude možné zakoupit například bionickou ruku, jejíž pořizovací cena je v řádek nižších milionů Kč.
- Vazba na výši invalidity je zde z důvodu vyšších očekávaných výdajů, vyššího standardu náhrad, jejich úprav a rehabilitací klienta. Výši nastavení rizika lze vždy individuálně konzultovat s klientem.
- Je možné přihlédnout i k věku klienta, kdy můžeme u mladšího klienta předpokládat větší pojistnou částku – protetické pomůcky a náhrady mají určitou životnost a bude potřeba je v průběhu života vícekrát vyměnit.



Pro přesný princip rizika a jeho výplaty pojistného plnění doporučujeme prostudovat 3. část této Metodiky zabývající se riziky a jejich popisem.

Spoluúčast od 0,1 % nebo od 10 %

Vzhledem k tomu, že většina trvalých následků je do 30 % tělesného poškození, doporučujeme zadávat variantu od 0,01 %. Po dohodě s klientem a důkladném vysvětlení je možné se vydat individuálně variantou od 10 % nebo kombinace výše pojistné částky 50 % od 0,1 % a 50 % od 10 %. V určitých případech lze jít i variantou od 10%, nicméně klientovi musí být vysvětleno, že výměnou za nižší cenu nebude plněna většina trvalých následků úrazu. Taková dohoda musí být zavedena v záznamu z jednání s klientem.

2.3.5 Závažná onemocnění

Pojištění závažných onemocnění slouží podobně jako pojištění trvalých následků úrazu k zajištění nákladů spojených s léčbou, léčebnými pomůckami případně rehabilitacemi a protetickými pomůckami nebo úpravami majetku. Neslouží pro zajištění propadů příjmů, k tomuto účelu patří rizika pracovní neschopnosti a následně invalidity. Pojištění závažných onemocnění tedy opět v žádném případě nenahrazuje pojištění invalidity.

Určení pojistné částky

Pojistnou částku bychom v ideálním případě určili stejně jako u trvalých následků úrazu – protože ale na trhu momentálně vzhledem k ceně rizika nejsme schopni reálně tuto částku zajistit, je doporučení vzhledem k tomuto faktu upravené.

Výši pojistné částky závažných onemocnění určujeme jako dvounásobek ročního příjmu, minimálně 500 tis Kč.



Je potřeba si uvědomit, že takto nastavené pojištění nemusí pokrýt všechny náklady spojené se závažným onemocněním – v tuto chvíli jsme omezeni trhem. V ideálním případě by byly částku pro pojištění závažných onemocnění mnohonásobně vyšší.

Varianta průběhu pojistné částky

Ideální variantou je konstantní pojistná částka. Vzhledem k ceně rizika je možné použít klesající variantu, protože za stejné pojistné je možné získat více než dvojnásobek pojistné částky konstantní varianty. Tím zajistíme vyšší výplatu z rizika v první polovině pojištění, kdy klient často nemá tak vysoké rezervy, jako může mít později - samozřejmě pokud bude odkládat stranou.

2.3.6 Úrazová pojištění invalidity a smrti

Kromě pojištění invalidity a smrti z jakýchkoliv příčin existují ještě pouze úrazové varianty. To znamená, že kryjí jen úrazové příčiny a nikoli ty způsobené nemocí.

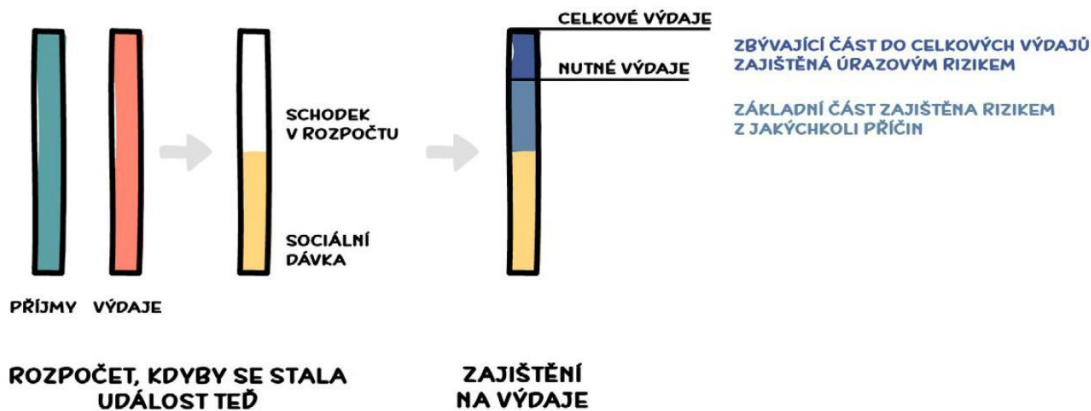
V části 3 Metodiky, věnující se popisu jednotlivých rizik, která si klient může sjednat, se můžete dočíst detaily jednotlivých variant - pro zdůraznění rozdílu uvádíme, že úrazové varianty nepokrývají 90 % až 97 % všech možných příčin invalidity nebo smrti. Z toho důvodu je nelze použít jako rizika k primárnímu zajištění rozpočtu.



Pokud si klient na smlouvě zajistí riziko invalidity a smrti pouze úrazovou složkou, byť na dostatečnou částku podle návodu v Metodice popsané v této 2. části, riskuje, že mu nebude statisticky v drtivé většině případů plněno. Metodika důrazně nedoporučuje zajišťovat klienta pouze touto variantou.

Pro tato rizika může být ale i přes jejich charakteristiku použít. Existuje několik případů, kdy je lze použít:

- Riziko použijeme jako doplňkové pojištění například rizikových sportů a aktivit, které bychom měli v základním pojištění vyloučené nebo se na ně vztahovala vyšší riziková skupina a tím pádem i vyšší cena. Obvykle by se tak jednalo o riziko pojištěné na jiné smlouvě, která by pro tyto účely speciálně sloužila.
- Riziko použijeme jako doplňkové, které bude sloužit k pojištění části propadu příjmu, které bychom vzhledem k ceně pojistné smlouvy nemohli zajistit. Jde o případ, kdy je stoprocentní pojištění cenově nad síly klienta a lze tak měsíční propad v rozpočtu zajistit na minimální výši pomocí kvalitního rizika z jakýchkoliv příčin a zbylou část do optimální výše zajistit právě rizikem úrazovým.



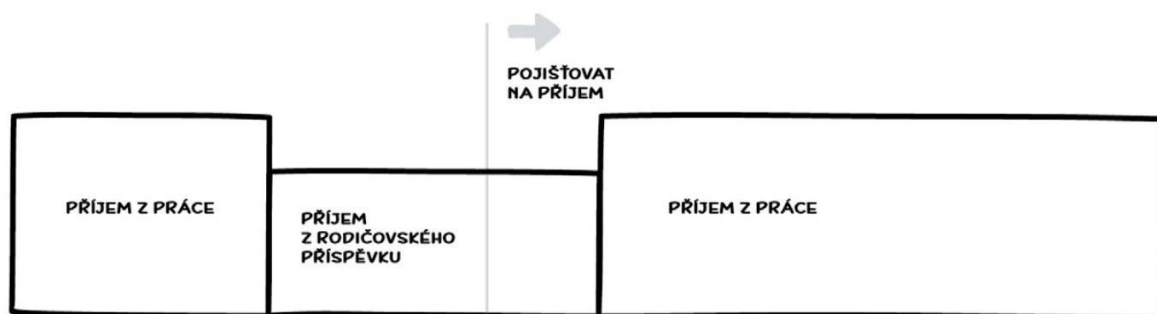
Pokud budete u klienta využívat dozajištění propadu příjmů úrazovou složkou, opravdu dobře vykomunikujte, jestli máte správně určené nutné výdaje. Vyhněte se tak tomu, že klientovi budou při pojistné události způsobené úrazem chybět peníze. Toto řešení bude vždy kompromisem mezi kvalitou zajištění a cenou.

2.3.7 Nastavení pojistných částek a rodičovství

V případě rodičovství může poradce řešit dvě situace:

- Jak pojistit klienta, který je momentálně na mateřské (otcovské) dovolené
- Jak pojistit klienta z páru, který na mateřské (otcovské) dovolené není a přináší do rodiny příjem

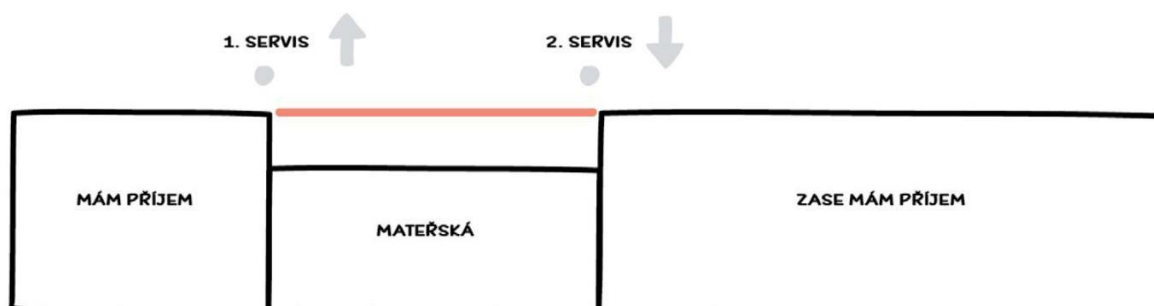
a. Klient, který je momentálně na mateřské dovolené



Klienta v případě invalidity pojišťujeme na plat, který je očekáván po návratu do výdělečné činnosti. Obvykle vycházíme z platupřed nástupem na mateřskou. Zde je potřeba s klientem vykomunikovat, jestli je reálné se vrátit na původní platovou úroveň, popř. nižší. Typickým příkladem, kdy se rodič vrací na nižší platovou úroveň je ten, když se doposud intenzivně věnoval kariéře a v budoucnu se chce věnovat více rodině

Důvodem pro přístup pojištění rodiče na budoucí příjmy je to, že klient se může stát nepojistitelným (vizte kapitola Výpočet pojistné částky pro rentu se zhodnocováním v inflačním prostředí, odstavec Jak nastavit délku pojištění). Období mateřství, typicky 3 – 6 let (ale i více) je poměrně krátké, vzhledem k 30 až 40 letému produktivnímu věku, kde má pojištění význam po celou jeho dobu.

b. Klient z páru, který pracuje



Klienta pojišťujeme na navýšené pojistné částky podle domluvy – pokud by došlo k invaliditě klienta na mateřské/otcovské dovolené, je potřeba zajistit náhradní péči o dítě tak, aby bylo možné druhým z páru stále přinášet do rodiny příjem beze změny.

Délka je na domluvě s klientem, typicky 3–6 let nebo déle. V návrhu je vhodné počítat vždy se třemi roky navíc pro případ druhého neplánovaného rodičovství. Pokud by se tak nestalo, lze v rámci servisu částku opět snížit. Vzhledem k tomu, že pojistné produkty často neumožňují krátkodobé navýšení pojistné částky, řeší se krytí pro tento případ rovnou při jeho sjednání.

2.3.8 Nastavení pojistných částek pro studenty

V případě studujících řešíme situaci, kdy klient ještě nevydělává, čímž nelze určit propad příjmu a tím pádem ho podle kapitoly o pojistné potřebě nemáme jak pojistit. Nabízí se následující řešení:

- Student nám sdělí svou představu o budoucím platu, tedy určí svůj budoucí příjem sám. Pokud má potíže jej odhadnout, můžeme jako vodítko použít například příjmy jeho rodičů. Pokud časem zjistíme, že se reálné příjmy pojištěného liší (a tím i výdaje), upravíme částku v rámci servisu.
- Pokud se nemůžeme dohodnout na předpokládaném příjmu, můžeme použít přístup, kdy studujícího klienta pojistíme na budoucí příjem ve výši průměrného příjmu v ČR.

2.4 Pojištění dětí

2.4.1 Pojistná částka pro případ pojištění dětí

Pojištění dětí je nedílnou součástí naší praxe. Předně si řekněme základní pravidlo pro pojištění dětí:

Nejlépe pojištěné dítě, je dobře pojištěný rodič.

Zde ve smyslu zajištění jako takového, budeme respektovat tuto Metodiku, stejně jako u pojištění dospělých - budeme vycházet z principů jako je pojistná potřeba, možné rezervy pro doplnění zajištění a inflační prostředí.

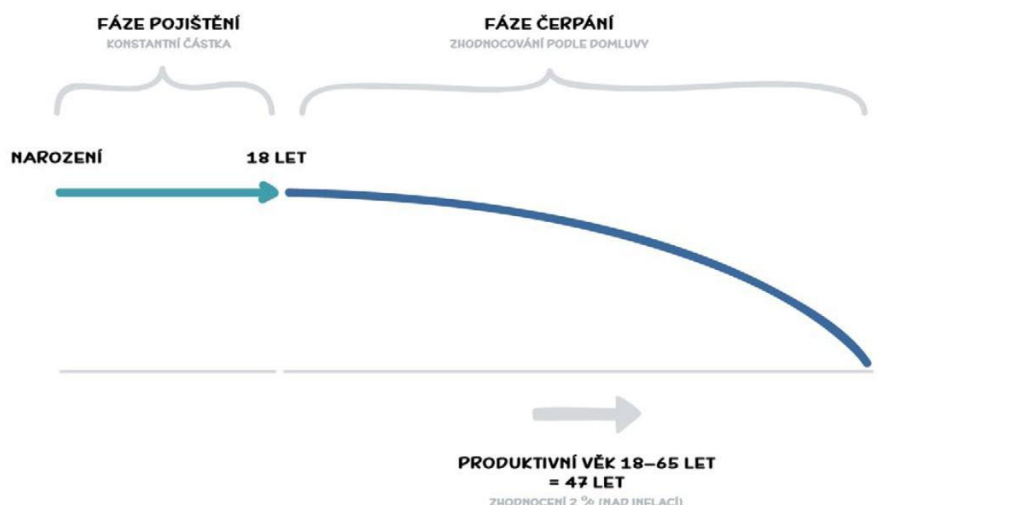
V rámci metodiky pojištění dětí budeme řešit následující rizika: Invalidita z mládí, Trvalé následky, Závažná onemocnění, Ošetřovné, Hospitalizaci a Denní odškodné úrazem.

2.4.2 Invalidita z mládí

Invalidita z mládí je pro dítě a jeho rodiče velkým problémem především z toho důvodu, že její trvání může být na dlouhou dobu.

Princip výpočtu pojistné částky je stejný jako pro výpočet dospělého

- Délka trvání je daná na 47 let.
- Zhodnocení vyplaceného pojistného plnění podle volby klienta po konzultaci s poradcem – stejně jako v kapitole Výpočet pojistné částky, v části výpočet pro rentu se zhodnocování v inflačním prostředí.



Varianta průběhu pojistné částky:

Nikdy nevolíme klesající variantu, pokud se nejedná o dospělý tarif. Výplatu pojistného plnění potřebujeme mít nachystanou ve stejné výši k 18 letům věku dítěte

Kdy volit dospělý tarif

Od 15 / 18 let věku (podle pojistné smlouvy) dítěte – pojišťovat na dobu do konce produktivního věku

Z jakého předpokládaného příjmu vycházet:

- Podle domluvy s klientem, lze vycházet ne přímo z příjmu rodičů, ale jejich požadovaného standardu, který mají zavedený v rodině a chtěli by jej pro své dítě.
- Podle průměrného příjmu

Podle simulací provedených skupinou vytvářejících tuto metodiku je pro pojištění dětí vhodná pojistná částka okolo 5 mil Kč.

2.4.3 Trvalé následky úrazu

Trvalé následky úrazu nastavujeme podle metodiky dospělých. Nepotřebujeme příliš vysoké částky, pokud máme dobře ošetřenou invaliditu z mládí.

V případě, že není na invaliditu z mládí alokována dostatečně vysoká částka, blíží se 5 mil. Kč, doporučujeme navýšit částku pro TNÚ na 1,5 násobek pojištění dospělých.

Mějme prosím na paměti, že pojištění trvalých následků úrazu u dětí dokáže zabezpečit pouze úrazy, nikoli nemoci jako u pojištění invalidity.

2.4.4 Závažná onemocnění

Závažná onemocnění doporučujeme zajistit alespoň na částku 1 mil Kč. Ideálně však i více, podle toho, co klientovi dovolují jeho finanční možnosti a jaká je celková platba pojistného.

Stejně jako v případě závažných onemocnění dospělých by bylo ideální mít pojistnou částku co nejvyšší, ideálně v rámci násobků doporučení, opět jsme ovšem omezeni trhem.

2.4.5 Ošetřovné dítěte

Nastavení částky pro ošetřovné dítěte by mělo být nastaveno podle možného výpadku příjmů dospělého. Předpokladem pro toto zajištění je fakt, že rodič zanechá své práce a zůstane v blízkosti dítěte, aby se o něj mohl starat.

Rodič může čerpat tzv. ošetřovné, které má ale pouze krátkodobý charakter. Níže citace ČSSZ, které platí pro zaměstnance s nemocenským pojištěním:

„Maximálně lze ošetřovné čerpat 9 dní. Výjimkou jsou případy, kdy je rodič samoživitel. Ten může čerpat ošetřovné až 16 dní, pokud se stará o dítě mladší 16 let, které ještě nedokončilo povinnou školní docházku. Rodiče či jiné oprávněné osoby se přitom mohou v průběhu 9 dní (resp. 16 dní) jednou v ošetřování vystřídat.“

Z toho vyplývá, že rodič by měl volit takovou částku, která mu pokryje jeho výdaje v případě dlouhodobého výpadku příjmů, typicky nemoci jako leukémie, dlouhodobých infekčních chorob, apod.

Pojistnou částku nastavujeme jako potřebnou měsíční částku, která chybí v rozpočtu děleno 30. Jde o stejný princip jako u určení pojistné částky pro případ pracovní neschopnosti dospělých. Podle stejného principu pracujeme případně i s rezervami, které lze pro tuto situaci použít.

- Pojistnou částku nastavujeme podle rodiče, který by zůstal s dítětem v ošetřování
- Pojistnou částku můžeme volit i podle výdaje za chůvu / ošetřovatelku (např. 15 tis Kč / m). Zde je ovšem potřeba ověřit, zda je pro klienta taková možnost vůbec přijatelná
- Variantou je i možnost zapojení prarodičů do starání se o dítě a výplatu pojistného plnění použít jako kompenzaci jejich času.

2.4.6 Hospitalizace

Pojištění hospitalizace dítěte má obdobnou funkci jako ošetřovné – opět zde pokrýváme propad příjmu rodiče, pokud by situace vyžadovala, aby v nemocnici rodič zůstal. Příkladem může být i např. potřeba ubytování, když je dítě hospitalizováno v jiném městě.

Pokud se bude jednat o krátkou hospitalizaci, lze částku snížit o ošetřovné vyplácené ČSSZ, popřípadě o částku vyplácenou z pojištění ošetřovného dítěte, doporučení je ale zaměřit se spíše na dlouhodobé případy, kde je potřeba dlouhodobě dorovnávat celou částku rodičova platu.

2.4.7 Denní odškodné úrazu

Denní odškodné úrazem pojišťujeme podle metodiky dospělých, tedy podle následujících pravidel:

- Částka je na volbě klienta, jedná se tzv. bolestné.
- Technicky není v pojistné smlouvě pro zajištění výpadků příjmů potřeba, pokud je správně zajištěné ošetřovné dítěte.

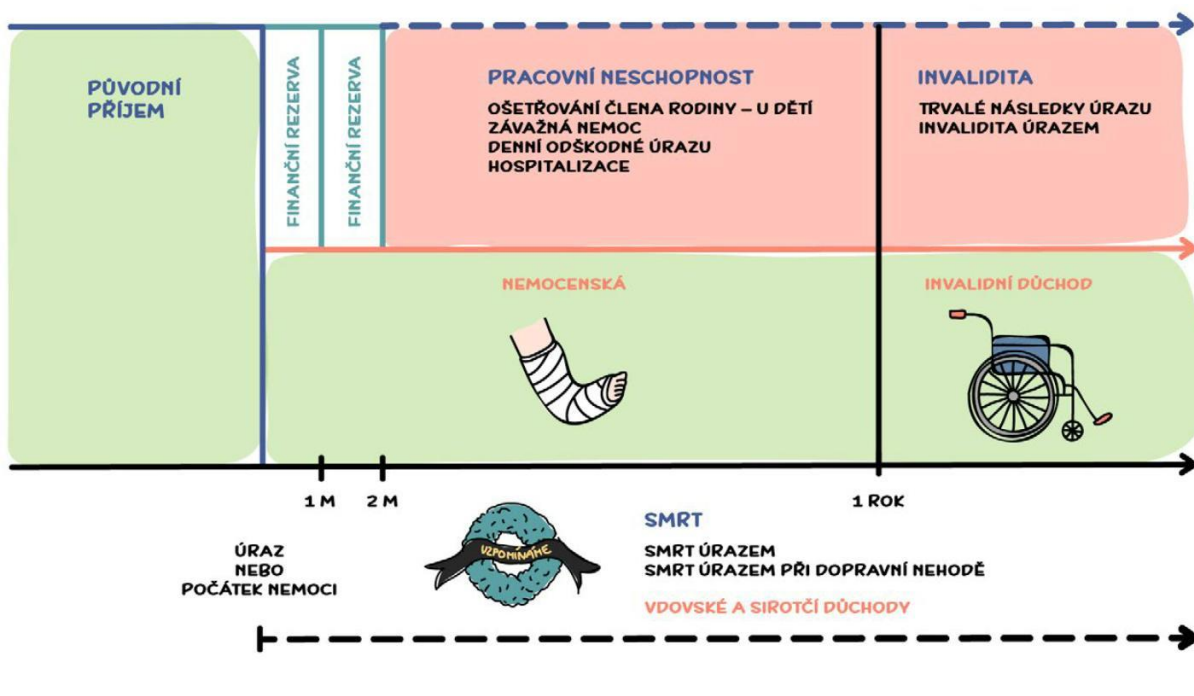
3. část

Rizika a přípojištění u dospělých

Jak zapadají jednotlivá připojištění při zdravotním problému

Níže na obrázku je uveden průběh zdravotního problému ve vztahu k výpadku příjmu člověka. Jinými slovy, jak jednotlivá připojištění zapadají do celkové situace. Červený text vždy značí sociální dávku od státu.

Připojištění psaná modrým textem jsou ta nejobecnější a nejdůležitější. Připojištění psaná černým textem jsou už vždy určitou podmnožinou, či doplňkem, těch modrých.



3.1 Invalidita a příspěvek na péči

3.1.1 Obecný popis

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 requalifikaci, ještě zapojit do pracovního procesu. Tedy určitý příjem si stále může zajistit člověk sám. Třetí stupeň většinou znamená tak vážné postižení, že zapojení do práce je už 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 případů se už 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 let 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 let. Podmínka potřebné doby pojištění pro nárok na invalidní důchod se považuje za splněnou též, byla-li tato doba získána v kterémkoliv období deseti let 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 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: nezvládá 3 úkony základní životní potřeby**
- **II. stupeň: nezvládá 4 nebo 5 úkonů základní životní potřeby**
- **III. stupeň: nezvládá 6 nebo 7 úkonů základní životní potřeby**
- **IV. stupeň: nezvládá 8 nebo 9 úkonů základní životní potřeby**

3.1.2 Na co si dát pozor – v čem se nejčastěji pojišťovny odlišují?

Stupně invalidity, které dokáží pojistit

Většina současných produktů již umí pokrýt všechny tři stupně. Ale starší smlouvy mohou umět pouze vyšší stupně. Invaliditu 4. stupně, ač není tak klíčová, protože většinou navazuje na nižší stupně, umí také většina pojišťoven. Nabízejí ji jako součást připojištění invalidity, nebo jako samostatné připojištění.

Kolik z pojistné částky pojišťovna plní

Rozdíly najdeme 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 už 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 musíme 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. Nejčastěji se pohybuje v rozmezí od 0 do 3 měsíců.

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 musíme 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. Další důležitou oblastí je souvislost s předchozími zdravotními komplikacemi klienta před sjednáním připojištění. Některé pojišťovny toto vylučují úplně, některé mají na tyto problémy delší čekací dobu, některé individuálně posuzují při sjednání. Pojišťovny se také odlišují v přístupu k úmyslnému a neúmyslnému trestnému činu. Úmyslný vylučují všechny, u toho neúmyslného najdeme značné rozdíly. Pozor na rizikové sporty a koníčky.

Vypověditelnost a změna podmínek

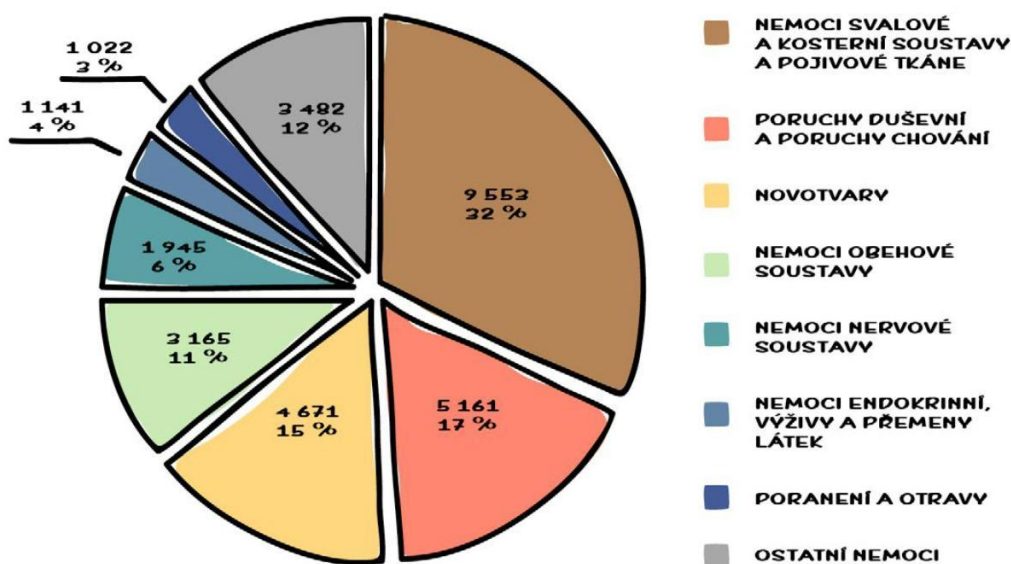
Důležitým kritériem je také to, za jakých podmínek může pojišťovna vypovědět pojištění invalidity nebo změnit výši pojistného, které se za připojištění invalidity platí. Tyto kritéria je třeba hlídat obě najednou, dost spolu souvisí.

3.1.3 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 už 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 zobrazuje 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?



Pojištění profesní invalidity

Několik společností nabízí na českém trhu také pojištění profesní invalidity. Tento produkt je vhodný pro profesionální sportovce či vybraná povolání. Jaký je rozdíl mezi profesní invaliditou a standardní invaliditou od státu?

Profesní invalidita ve většině případech zafunguje mnohem dříve než invalidita od státu. Nejsilnější je zejména pro vybrané profese, které ohrozí i drobný zdravotní problém. Pokud si například profesionální fotbalista poškodí koleno, může to pro něho znamenat konec kariéry. Stejně tak pokud například chirurg přijde o jeden či dva prsty, tak s velkou pravděpodobností je jeho kariéra operátora u konce. Na standardní invaliditu od státu by tito lidé nedosáhli, ale u tohoto produktu by přišlo od pojišťovny plnění. Pro vybrané profese jde tedy o skvělý doplněk ke standardní pojistce.

3.2 Smrt

3.2.1 Obecný popis

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 nespĺňuje 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 už v budoucnu nepřijme, případně by dostal přírůžku za horší zdravotní stav a měl by riziko v budoucnu dražší. Nemusí tedy být na škodu platit si pojištění smrti už o něco dříve, ale mít jistotu, že až to budu potřebovat, nenastane problém. Toto je ale na zvážení klienta.

Některé pojišťovny umožňují pojistit tzv. opci na budoucí krytí smrti. To je situace, kdy má klient s pojišťovnou domluveno, že si v budoucnu může za určitých podmínek přidat nebo navýšit pojistnou částku a pojišťovna mu už nebude znovu zkoumat zdravotní stav. Než opci uplatní, platí za toto riziko jen zlomek ceny.

Pojišťovny rozlišují smrt z obecných příčin (úrazem i nemocí), smrt způsobenou úrazem, smrt způsobenou úrazem při dopravní nehodě apod. Nutné výdaje by měly být zajištěny z obecných příčin (tedy úraz i nemoc).

3.2.2 Na co si dát pozor – v čem se nejčastěji pojišťovny odlišují?

Čekací doba

U pojištění smrti mají většinou pojišťovny čekací dobu pouze do okamžiku, než posoudí klientův zdravotní stav a přijmou ho do pojištění. Pokud je zdravotní stav natolik špatný, tak klienta většinou odmítnou pojistit. Existují ale i výjimky, a některé pojišťovny mají čekací dobu i u smrti na problémy, které klient uvedl do zdravotního dotazníku (pohybuje se okolo 2 let).

Výluky

Všechny pojišťovny mají čekací dobu pro případ sebevraždy, kdy nemusí plnit v prvních 2 letech od sjednání pojištění. Toto vychází i ze zákona, jde o výluku § 2837: Pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění v případě sebevraždy pojištěného, trvalo-li pojištění nepřetržitě méně než dva roky předcházející sebevraždě. Existují výjimky a některé pojišťovny mají pro případ sebevraždy přísnější podmínky. Mohou například uplatňovat delší čekací dobu, případně mají pro případ sebevraždy omezenou výši pojistné částky, kterou vyplatí.

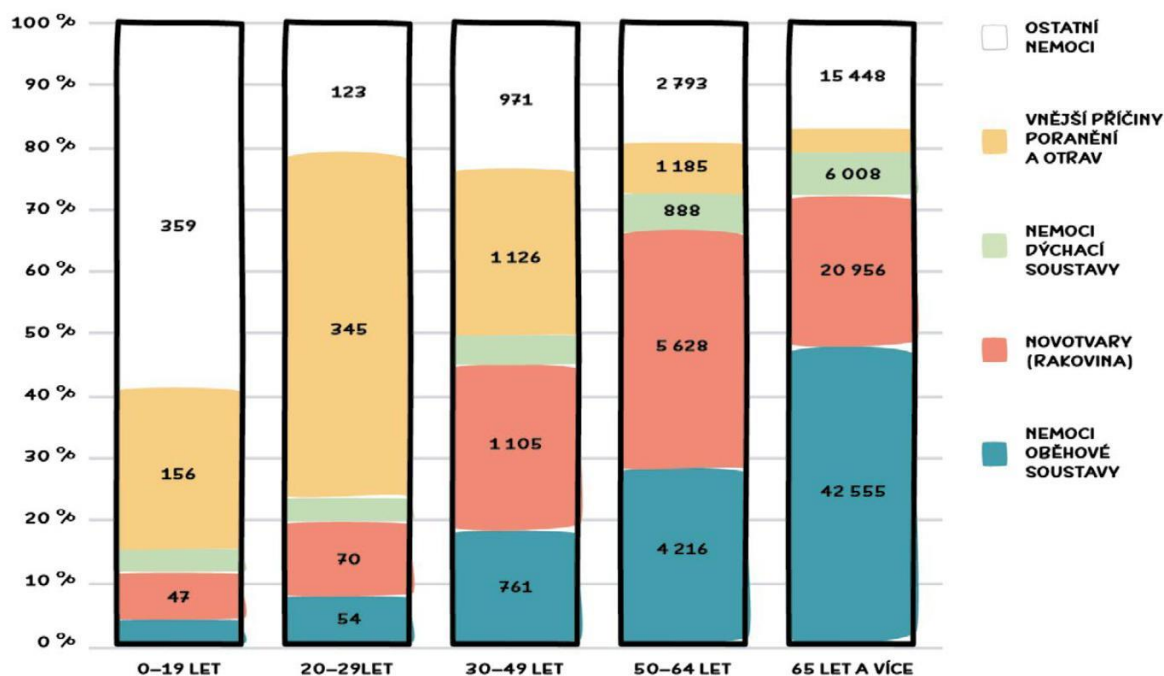
Rozdíl mezi hlavním tarifem a doplňkovým připojištěním smrti

Některé pojišťovny mají přísnější podmínky na doplňkové pojištění smrti. U těchto případů je vhodné potřebnou pojistnou částku kryt v hlavním tarifu.

3.2.3 Statistika úmrtí

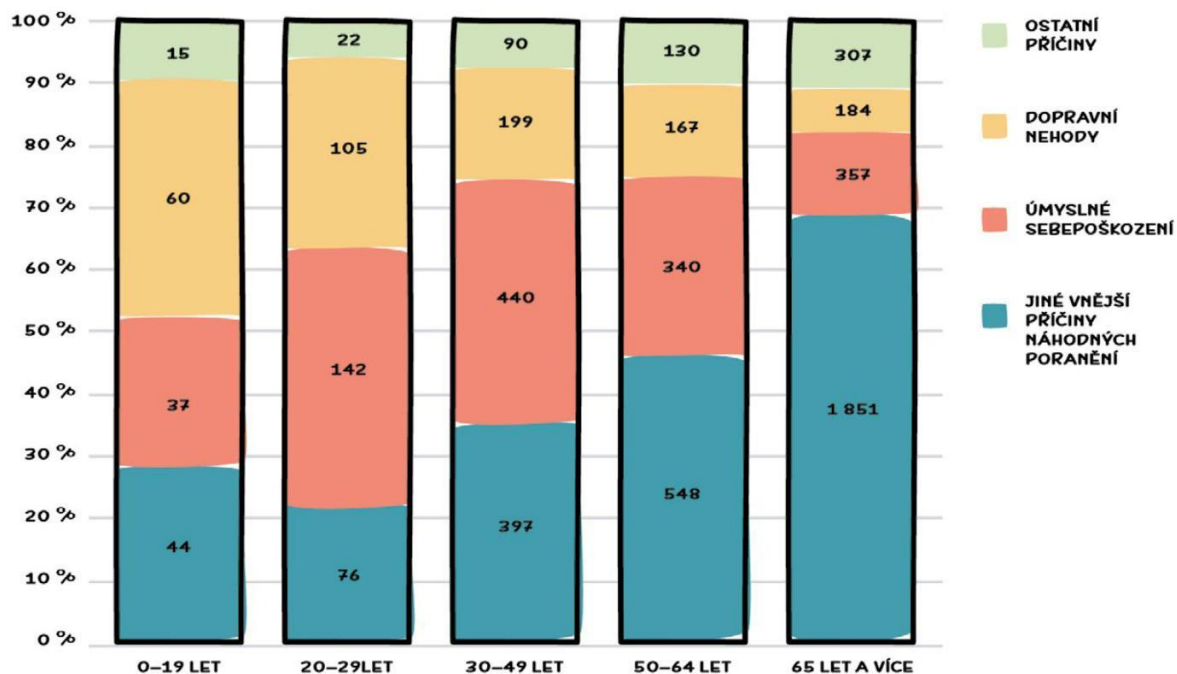
V České republice umírá v posledních letech necelých 110 000 lidí každý rok. Z celkového počtu zemřelých je přibližně 20 % lidí v produktivním věku tedy od 20 do 65 let. Jde tedy o přibližně 22 000 lidí. Je tedy pravděpodobnější, že se člověk v produktivním věku stane invalidním, než že zemře. V oblasti pojištění bychom se měli soustředit primárně na tyto věkové kategorie, jelikož jsou na nich často ještě finančně závislé další osoby (rodina, 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 už 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 sebevraždu, než že zemře na silnici. Pokud tedy chceme správně zajistit riziko úmrtí, zdaleka nestačí použít pouze smrt následkem úrazu, musíme volit obecnou příčinu (tedy nemoc i úraz). Jaké jsou příčiny úmrtí dle jednotlivých věkových kategorií?



Některé pojišťovny rády nabízejí riziko úmrtí při dopravní nehodě. Marketingově to vypadá hezky, ale dle statistik je pravděpodobnější sebevražda než úmrtí na silnici (viz. další obrázek).

Jaké jsou příčiny úmrtí úrazem dle věkových kategorií?



3.3 Pracovní neschopnost

3.3.1 Obecný popis

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.

Karenční doba

Důležitým pojmem je tzv. karenční doba, což je doba, po kterou musí být člověk minimálně v pracovní neschopnosti, 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 do 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, zatím co u druhého příkladu by vyplatila plnění za 42 dnů. U OSVČ záleží, zda si platí nepovinné nemocenské pojištění. Pokud si ho neplatí, nedostane ani korunu. Když si ho platí, tak je mu vyplácena nemocenská od 15. dne trvání pracovní neschopnosti. Výše denní dávky je přibližně dvě třetiny z výše měsíční platby na nemocenské pojištění (u vyšších částek spíše jedna polovina).

3.3.2 Na co si dát pozor – v čem se nejčastěji pojišťovny odlišují?

Čekací doba

Pojišťovny uplatňují tzv. čekací dobu od počátku pojištění. Je to doba, po kterou pojišťovna nemusí plnit, pokud nastane pracovní neschopnost z důvodu nemoci. Na úrazové příčiny se čekací doba nevztahuje. Pojišťovny se v tomto opět liší, čekací doba se u pracovní neschopnosti pohybuje v rozmezí od 2 měsíců do 3 měsíců. U některých pojišťoven běží čekací doba už od data sjednání, což je ta lepší varianta. U většiny pojišťoven běží čekací doba od počátku pojištění.

Oceňovací tabulky

Některé pojišťovny mají v pojistných podmínkách tzv. oceňovací tabulky, které definují u vybraných diagnóz maximální délku plnění. I kdyby člověk léčil danou diagnózu déle, pojišťovna zaplatí maximálně dle tabulky.

Hlášení pracovní neschopnosti

Pokud je pracovní neschopnost sjednaná a nastane pojistná událost, je třeba včas nahlásit situaci na pojišťovnu. U většiny z nich je třeba nahlásit pojistnou událost nejpozději do konce karenční doby. Při pozdním nahlášení, může pojišťovna plnit až od data nahlášení. Pokud by tedy klient hlásil až po skončení neschopenky, nemusí dostat vůbec nic. Na druhou stranu většina pojišťoven umí plnit zálohově, takže když se včas nahlásí, peníze mohou chodit postupně už během léčení zdravotního problému.

Výluky

U výluk je nutné upozornit zejména na případné problémy se zády, diagnózy M50 až M54, dle MKN-10. Tyto problémy jsou u pracovní neschopnosti poměrně časté a některé pojišťovny je mají ve výlukách. Další důležitou oblastí je souvislost s předchozími zdravotními komplikacemi klienta před sjednáním připojištění. Některé pojišťovny toto vylučují úplně, některé mají na tyto problémy delší čekací dobu, některé individuálně posuzují při sjednání. Dost se také liší přístup ke zdravotním problémům v těhotenství, některé pojišťovny vylučují úplně, některé toto dokáží částečně pokrýt. Většinou ale musí jít o objektivně prokazatelné zdravotní problémy, nestačí pouze diagnóza rizikové těhotenství, protože toto může být často vystaveno z preventivních důvodů.

Aby krylo jak nemoc, tak i úraz

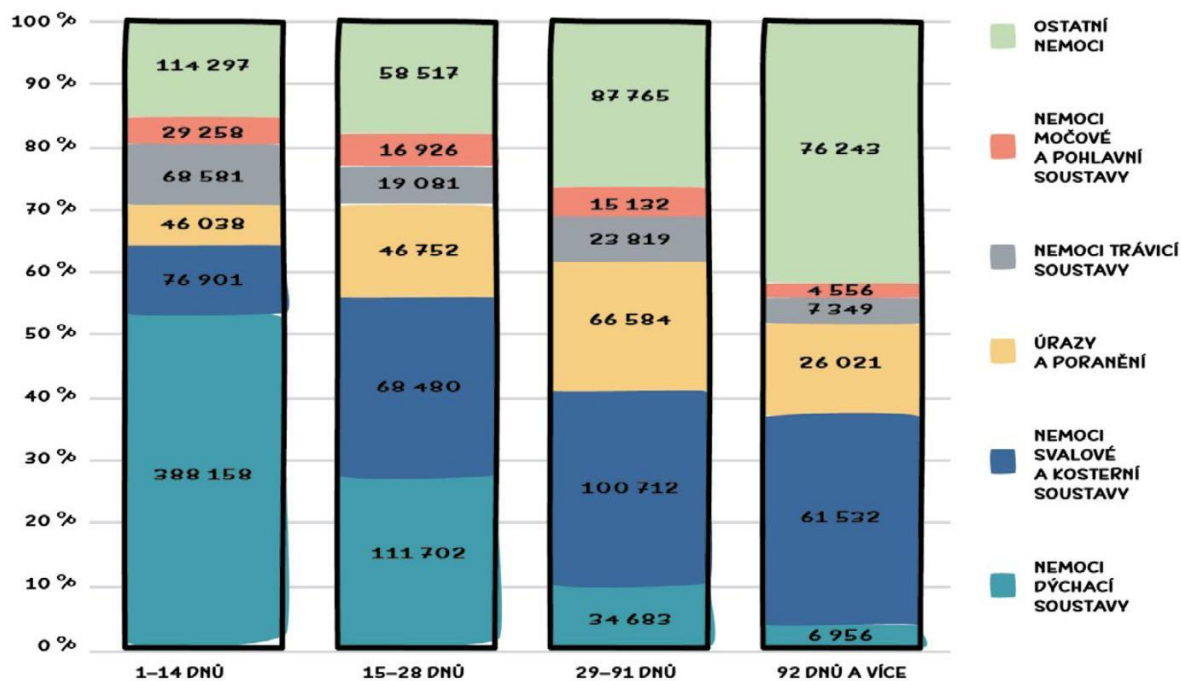
Je dobré si pohlídat, aby ve smlouvě byla sjednaná jak nemocenská, tak i úrazová příčina pracovní neschopnosti. U některých pojišťoven je v základu pojištěna pouze nemoc, úraz je třeba připojistit zvlášť. Je to spíše technický detail, ale může nepříjemně překvapit.

Plnění po konci pracovní neschopnosti vs. zálohové plnění

Je dobré myslet i na to, že pojišťovny často začnou plnit až po určité době trvání neschopnosti, takže by měl mít klient vždy i dostatečnou finanční rezervu. Zálohové plnění většinou přijde při delších neschopnostech, pokud trvá neschopenka dva měsíce, dostane klient peníze spíše až na konci. Ale záleží na dané pojišťovně. Statistika pracovní neschopnosti Úrazy, tvoří maximálně 20 % všech příčin. Z toho vyplývá, že krýt v pojištění krátkodobé problémy pouze formou denního odškodného úrazem, není zdaleka dostačující, spíše naopak. Tato statistika může být částečně zkreslena tím, že ne všechny úrazy řeší klienti přes pracovní neschopenku a spoustu jich chodí do práce i s úrazem (například zlomená ruka nebo noha). V tom případě by denní odškodné úrazu mohlo zafungovat lépe. Otázka je, jak moc tato situace klienta finančně ohrožuje, když může „normálně“ chodit do práce. V tu chvíli na pojištění spíše vydělává, což není primárním smyslem pojištění.

Následující obrázek ukazuje zastoupení jednotlivých příčin pracovní neschopnosti podle délky trvání.

Jaké jsou příčiny pracovní neschopnosti dle délky jejího trvání?



3.4 Trvalé následky úrazu

3.4.1 Obecný popis

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. Důležité je, že pojišťovny plní až po ustálení následků úrazu. U ztrátových poranění tedy mohou plnit relativně rychle, u ostatních následků se plní nejčastěji až po roce.

Toto připojištění by mělo sloužit jako doplněk invalidity způsobené úrazem či nemocí pro ty trvalé následky úrazů, které nepošlou člověka do invalidního důchodu. Případně na doplnění pojistné částky, pokud si klient nemůže dovolit krýt 100 % potřebné pojistné částky připojištěním invalidity. Také jde tímto připojištěním pojistit u nemocných lidí alespoň úrazový problém, pokud je pojišťovna nepřijme do obecného pojištění invalidity (v tom případě už je ale krytí značně omezené).

Příklady z oceňovacích tabulek

Oceňovací tabulky obsahují většinou stovky položek. Ale najdou se i případy, kdy má pojišťovna rozsah velmi omezený. Níže jsou uvedené příklady, jak mají pojišťovny ohodnoceny jednotlivé úrazy:

- Ztráta jednoho trvalého zubu: 1 %
- Úplná ztráta chuti: 5 až 10 %
- Ztráta hlasu: 30 %
- Ztráta sleziny: 15 až 25 %
- Ztráta jedné ledviny: 20 až 40 %
- Ztráta obou ledvin: 100 %
- Ztráta celé horní končetiny: 60 až 70 %
- Ztráta ruky v zápěstí: 40 až 60 %
- Ztráta jednoho prstu: 10 až 15 %
- Ztráta koncového článku prstu: 5 %

Progresivní plnění

Většina pojišťoven uplatňuje tzv. progresivní plnění, což znamená, že čím je poškození (nebo součet jednotlivých poškození) vážnější, tím více pojišťovna zaplatí. Pojišťovny se často předhánjí 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 už od 5 % tělesného poškození.

Pojišťovny na trhu nabízejí od dvojnásobné po desetinásobnou progresi. Jsou na trhu i varianty, kdy je plněno tzv. lineárně. Tedy jaké je tělesné poškození, tolik procent z pojistné částky pojišťovna zaplatí. Jak se může lišit plnění, ukazuje následující tabulka. Jsou zde vidět poměrně značné rozdíly. Například u poškození 50 %, což je průměrné ohodnocení ztráty ruky v zápěstí, vyplatí jedna pojišťovna 100 % pojistné částky, jiná pojišťovna 175%. Při milionové pojistné částce by tedy klient dostal o 750 000 Kč více u druhé pojišťovny.

Pozor také na to, že se například různé desetinásobné progresie mohou lišit v průběhu.

Příklady různé výše progresu – kolik zaplatí pojišťovna dle jednotlivého poškození těla

Stupeň poškození těla	Čtyř násobná	Šesti násobná	Rozšířená TOP		Osmi násobná	Deseti násobná	Deseti násobná	Deseti násobná
1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %
5 %	5 %	5 %	6 %	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %
10 %	10 %	10 %	15 %	10 %	10 %	10 %	10 %	10 %
15 %	15 %	15 %	22 %	15 %	15 %	15 %	15 %	15 %
20 %	20 %	20 %	30 %	20 %	20 %	20 %	30 %	20 %
25 %	25 %	25 %	37 %	50 %	25 %	38 %	50 %	30 %
30 %	60 %	60 %	55 %	60 %	45 %	60 %	60 %	45 %
35 %	70 %	70 %	72 %	70 %	65 %	88 %	105 %	60 %
40 %	80 %	80 %	90 %	80 %	85 %	120 %	120 %	75 %
45 %	90 %	90 %	107 %	135 %	105 %	158 %	180 %	95 %
50 %	100 %	100 %	175 %	150 %	125 %	200 %	200 %	120 %
55 %	165 %	165 %	202 %	165 %	155 %	248 %	275 %	170 %
60 %	180 %	180 %	230 %	180 %	185 %	300 %	300 %	220 %
65 %	195 %	195 %	257 %	260 %	225 %	358 %	390 %	295 %
70 %	210 %	210 %	285 %	280 %	265 %	420 %	420 %	370 %
75 %	225 %	225 %	312 %	300 %	315 %	488 %	525 %	450 %
80 %	320 %	320 %	350 %	320 %	365 %	560 %	560 %	550 %
85 %	340 %	340 %	387 %	425 %	440 %	638 %	680 %	650 %
90 %	360 %	360 %	425 %	450 %	540 %	720 %	720 %	750 %
95 %	380 %	380 %	462 %	475 %	665 %	808 %	950 %	850 %
100 %	400 %	600 %	500 %	500 %	800 %	1000 %	1000 %	1000 %

Varianty, od jakého procenta poškození je možné sjednat trvalé následky úrazů

Dále je v nabídce několik variant, od jakého procenta poškození pojišťovny vůbec plní. Nejčastější možností je plnění od drobných následků úrazu – od 1 % (některé pojišťovny nabízejí variantu od 0,001 %, ale to je v podstatě to samé). Velká část pojistitelů nabízí také variantu od 10 % tělesného poškození, tedy se vyplní až za těžší následky úrazu (pokud by měl klient tělo poškozeno na 9 %, nedostane ani korunu). Lze najít i varianty od 25 %, případně od 70 % tělesného poškození, ale to je už lepší krytí obecnou invaliditou.

3.5 Závažné nemoci

3.5.1 Obecný popis

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 už tak časté nejsou.

Kdy a kolik pojišťovna plní

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.

3.5.2 Na co si dát pozor – v čem se nejčastěji pojišťovny odlišují?

Čekací doba

Čekací doba se u tohoto připojištění pohybuje v rozmezí 2 až 6 měsíců od počátku pojištění.

Rozdílné balíčky – liší se počet i rozsah diagnóz

Některé pojišťovny nabízejí pouze jeden balíček a výběr je tedy jednoduchý. Najde se však dost pojišťoven, které mají více balíčků. V čem se jednotlivé balíčky liší:

- **Počet diagnóz:** je důležité, aby klient věděl, jestli má kryté například jen 4 základní diagnózy nebo jich jeho pojistka obsahuje mnohem více. Obecně je lepší mít spíše balíček s více nemocemi. Pár pojišťoven má „neomezený počet diagnóz“, mají to definováno omezením činností člověka v normálním životě, bez ohledu na příčinu (konkrétně definovanou nemoc).
- **Závažnost jednotlivých definic:** Tímto je myšleno, v jak závažné fázi se musí daná nemoc nacházet, aby to pro pojišťovnu znamenalo povinnost vyplatit pojistné plnění. Jako příklad si uvedme cévní mozkovou příhodu (mozkovou mrtvici).
 - Jedné pojišťovně stačí pro výplatu 100 % pojistné částky taková fáze nemoci, kdy klientovi zůstanou po 3 měsících jakékoliv neurologické potíže (třeba horší mluva, nebo horší pohyblivost končetiny).

- Druhá pojišťovna vyplatí 100 % teprve v případě, že neurologický deficit trvá ještě 6 měsíců po mozkové příhodě.
 - Třetí pojišťovna vyplatí 100 % teprve pokud je klient minimálně 3 měsíce po příhodě nesoběstačný, nebo je trvale upoután na lůžko.
 - Čtvrtá pojišťovna zaplatí 100 % teprve v případě, že mozková příhoda pošle člověka do invalidity třetího stupně.
- **Různé procento plnění z pojistné částky:** Dvě pojišťovny mají stejné diagnózy a stejný rozsah závažnosti, ale jedna vyplatí 100 % pojistné částky, druhá pouze 30 %.

Některé pojišťovny plní nižší procento u vybraných diagnóz za nižší závažnost dané nemoci, což může být naopak výhodou.

Různé specializované balíčky na vybrané problémy

Většina pojišťoven takové balíčky nabízí. Kryjí například určitou část počáteční fáze rakoviny, případně vybraných orgánů a částí lidského těla. Často jsou to specializované balíčky pro muže a pro ženy, a kryjí rakovinu specifických orgánů. Je dobré je případně přidávat až jako doplněk k obecnému balíčku, který kryje rakovinu sice od těžší fáze, ale zase pro mnohem více částí těla.

3.6 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 zpětně od prvního dne. Nejvíce zastoupená je varianta, kdy se úraz musí léčit alespoň 8 dní. V nabídce jsou ale i varianty s delší karenční dobou, případně s plněním až od konce karenční doby.

Speciální kategorií jsou pouze vyjmenované úrazy – často jen ty vážné diagnózy.

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.

Poměrně značným rozdílem mezi variantami denní dávky a procentuálního plnění je, že pokud jeden úraz zanechá více tělesných poškození, u denní dávky se vždy vyplácí jen za takové poškození, které má nejvyšší ohodnocení dle oceňovací tabulky, zatímco u procentuálního plnění se jednotlivé úrazy sčítají, maximálně však do výše 100 % z pojistné částky. V nabídce pojišťoven převažuje spíše varianta výplaty denní dávky.

Pokud chceme porovnávat obě varianty mezi sebou, je třeba volit výši pojistné částky přibližně 2:1 ve prospěch denní dávky (denní dávka ve stokorunách, procentuální plnění ve sto tisících). Tedy pokud je denní dávka ve výši 200 Kč na den, pak by pevná pojistná částka, ze které se plní procentem, měla být 100 000 Kč.

Pokud je denní dávka 1 000 Kč, pak je pevná PČ ve výši 500 000 Kč. Dostaneme tak podobné hodnoty plnění u jednotlivých variant, ale zcela srovnatelné to není, záleží na oceňovacích tabulkách.

Další rozdíl, který je ale spíše důležitý z hlediska cash flow klienta, je rychlost výplaty plnění. Některé pojišťovny plní hned, jakmile je jasná diagnóza, podle oceňovacích tabulek. Některé pojišťovny plní až zpětně po doléčení úrazu, podle doby léčení, maximálně však dle oceňovacích tabulek.

Také u denního odškodného nabízejí některé pojišťovny progresivní plnění. Princip je podobný

jako u trvalých následků tedy, čím těžší úraz, tím více se plní. Například v prvních 120 dnech vyplácí jednonásobek sjednané denní dávky, od 121. dne vyplácí dvojnásobek a od 241. dne trojnásobek.

Příklady z oceňovacích tabulek pro denní odškodné úrazem / tělesným poškozením

(liší se dle pojišťovny):

- | | |
|--|-----------------|
| • Otřes mozku s hospitalizací: | 30 dnů / 5 % |
| • Zlomenina dolní čelisti: | 60 dnů / 8 % |
| • Poranění oka s následným dvojitým viděním: | 70 dnů / 10 % |
| • Zlomenina jednoho žebra: | 30 dnů / 5 % |
| • Zlomenina pěti žeber: | 80 dnů / 14 % |
| • Zlomenina klíční kosti: | 70 dnů / 10 % |
| • Amputace ruky: | 154 dnů / 34 % |
| • Amputace palce na ruce: | 70 dnů / 20 % |
| • Zlomenina kosti stehenní s posunem úlomků: | 154 dnů / 34 % |
| • Poranění menisku léčeno operací: | 70 dní / 10 % |
| • Amputace nohy ve stehenní kosti: | 365 dnů / 100 % |

POZOR – z denního odškodného je likvidních mnohem méně případů, než z rizika pracovní neschopnosti

Toto je způsobeno tím, že **pojišťovna často chápe úraz poněkud jinak než klient**. Úraz je definován jako: „*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*“. Značná část problémů může klientovi jako úraz připadat, ale ve skutečnosti mají nemocenskou příčinu.

Jako příklad si můžeme uvést výhřez meziobratlové ploténky. Často k němu dojde při nějakém pohybu, klient například zvedá těžký předmět se země a najednou mu rupne v zádech, a už se nenarovná. Má pocit, že se mu tento problém stal úrazem. Jenže příčina je nemocenská. Dlouhou dobu docházelo k oslabování svalů okolo páteře, špatným životním stylem, sedavým zaměstnáním apod. a záda jsou dlouhodobě oslabená. Nebyla tedy splněna podmínka o náhlém působení sil.

Dalším příkladem může být, když se člověk při sportu rozběhne nějakým směrem, například za balónem, a u toho si způsobí svalové zranění. Příčina je opět často nemocenská, sval byl unavený nebo ho klient vědomě přetížil. Navíc není splněna podmínka, že to klient nedělal nezávisle na své vůli. On se tam rozbíhal vědomě. Pokud do něho vrazí soupeř a tím mu utrhne sval, pak už by to bylo z úrazu likvidní.

Úrazová připojištění mají většinou také více výluk. Například není plněna situace, kdy klient dostane epileptický záchvat, či ztratí vědomí nebo omdlí a díky tomu se zraní. Například si při následném pádu zlomí ruku, nebo se při záchvatu nějak více potluče o okolní předměty. Toto často opět není likvidní z úrazového pojištění. Vyřazení bývají také nemocí oslabené kosti, svaly, šlachy apod.

3.7 Hospitalizace

Pokud člověk skončí v nemocnici následkem úrazu nebo nemoci, případně díky jedné z příčin, plní pojišťovna sjednanou 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.

3.8 Podrobný popis jednotlivých rizik a připojištění u dětí

U dětí by měla být prioritou opět v krytí dlouhodobých zdravotních problémů. Dítě totiž nepřichází o příjem. Pojištění denních dávek u dětí tedy nedává tolik smysl. Také platí, že správně nastavené pojištění pro dítě začíná správným nastavením pojistky pro rodiče, protože je to právě rodič, na kterém je dítě finančně závislé.

3.8.1 Invalidita a Péče o tělesně postižené dítě

U dětí nabízejí pojišťovny krytí invalidity 3. stupně – jedná se o invaliditu přenesenou z mládí. Nižší stupně se ani nepřidělují, takže první a druhý stupeň u dětí odpadá. Stejně jako u dospělých je dobré mít toto riziko sjednané na vysoké pojistné částky. Když už tato situace nastane, tak ovlivní dítě na celý život a malá pojistná částka toho moc nevyřeší.

Druhé připojištění, péče o tělesně postižené dítě, je navázáno na příspěvek na péči, dle zákona o sociálních službách. Ten je přiznáván v případech, kdy je ze zdravotních důvodů nutná dlouhodobá péče třetí osoby. Existují čtyři stupně, a pojišťovny umí krýt od 2. stupně a výše. Bývá součástí invalidity, nebo jako samostatné připojištění. Z tohoto připojištění může být plněno i malému dítěti, není tedy třeba čekat na přiznání invalidity. Je důležité aby, toto pojišťovna kryla. Výdaje spojené s péčí o zdravotně postižené dítě mohou být obrovské.

3.8.2 Trvalé následky úrazu

Funguje úplně stejně jako u dospělých. U dětí toto patří určitě mezi nejdůležitější připojištění. Pojistné částky by opět měly být v řádech milionů.

3.8.3 Závažné nemoci

Závažné nemoci fungují velmi podobně jako u dospělých. Liší se v některých diagnózách, kdy dětské tarify zahrnují jiné nemoci. Toto připojištění by u dětí mělo být sjednáno na většině smluv.

3.8.4 Ošetřování člena rodiny

Toto připojištění je zjednodušeně řečeno „pracovní neschopnost“ pro dítě. Kryje jak úrazové, tak i nemocenské problémy. Je komplexnější než denní odškodné úrazu. Pokud musí rodič zůstat s dítětem doma, přichází tak o příjem a toto připojištění mu ho může dorovnat. Pojišťovny vyplácejí až od určité doby léčení (nejčastěji od 10. dne a dále, případě variantu od 29. dne dále). Zatím ho ještě nenabízí zdaleka všechny pojišťovny. Ale kryje přesně ty problémy, které mohou dost ovlivnit finanční rozpočet rodiny, tedy situace, kdy musí s dítětem rodič zůstat dlouhodobě doma. Pojistná částka by měla být nastavena dle příjmů rodičů, aby správně dorovнала výpadek. Plnění nabízí pojišťovny maximálně po dobu jednoho roku. Pokud trvá problém déle, naváže na něho případně péče o tělesně postižené dítě.

3.8.5 Denní odškodné úrazu (tělesné poškození úrazem)

Tady platí stejná pravidla jako u dospělých. Děti toto připojištění potřebují ještě méně než dospělí. Faktor zde hrají emoce, kdy rodiče mají pocit, že i když jejich ratolest má i jen drobný úraz, bylo by dobré, aby od pojišťovny něco dostali. Často jde spíše o bolestné pro dítě, protože zde není výpadek příjmu. Takže toto připojištění je dobré přidávat až v momentě, kdy jsou dobře pokrytá vážná rizika.

3.8.6 Hospitalizace

U dětí dává větší smysl než u dospělých. Zejména u malých dětí, kdy tato dávka může být využita k tomu, aby jeden z rodičů nemusel být v práci a mohl trávit čas s dítětem v nemocnici. Jinak ale platí to stejné jako u dospělých.

3.9 Pojištění dlouhodobé péče (LTCL – long term care insurance)

Tato problematika je na českém trhu ještě v plenkách. Částečně se jedná o pojištění příspěvku na péči, jak byla popsána u rizika invalidity. Ale u většiny produktů na trhu je toto riziko možné krýt do věku 65, maximálně 70 let věku klienta. Dlouhodobá péče se ale v drtivém počtu případů týká lidí starších 70, spíše 80 let. Na trhu však už existuje pár možností, kde se dá relativně dobře sjednávat. V současnosti je u odborné části veřejnosti patrná snaha o důrazné rozšíření této problematiky a v budoucnu se pravděpodobně bude jednat o důležitý segment trhu životního pojištění.

Příloha č. 1

Přehled jednotlivých kritérií

Už víme, jak fungují jednotlivé mechanismy výběru a výpočtů. Nyní se tedy můžeme přesunout k samotným kritériím. Ta by se měla zaměřovat na oblasti pojistných podmínek upravující zejména výluky a rozsah pojištění. Zvýšenou prioritu mají kritéria, která zkoumají potenciální negativní dopad na klienta za určitých okolností vedoucích zejména k výraznému poklesu životní úrovně. Počet předmětných kritérií může do budoucna růst i klesat. Je možné, že v důsledku změn pojistných podmínek ztratí některá kritéria svou relevanci, jelikož se pojišťovny v daném směru přestanou odlišovat. Naopak se mohou objevit nová kritéria, u kterých dojde k odlišení jednotlivých produktů. Na strukturu metodiky však změna počtu kritérií nemá vliv.

Obecná kritéria:

- P - Může pojišťovna jednostranně změnit pojistné podmínky?
- P - Může pojišťovna navýšit bez přiměřených důvodů pojistné?
- P - Umožňuje pojišťovna přechod na nové pojistné podmínky bez nutnosti sjednání nové smlouvy?
- P - Poskytuje pojišťovna plnění za smrt v souvislosti s nedbalostním trestným činem?
- P - Jak pojišťovna řeší vrozené vady?
- P - Jakou má pojišťovna toleranci k alkoholu?
- P - Jedinečné negativní podmínky (trestné body)

Pojištění smrti:

- P - Poskytuje pojišťovna plnění za smrt následkem příčin vzniklých před počátkem pojištění?
- P - Krátí pojišťovna plnění u smrti následkem úrazu při požití alkoholu více než dle NOZ?
- P - Poskytuje pojišťovna plnění za sebevraždu po uplynutí dvou let bez krácení?
- P - Poskytuje pojišťovna plnění za smrt v souvislosti s terorismem?
- P - Má pojišťovna stanoven postup uznání invalidity pro případ změny právních předpisů?

Pojištění invalidity:

- P - Může pojišťovna vypovědět invaliditu?
- P - Poskytuje pojišťovna plnění za invaliditu následkem příčin vzniklých před počátkem pojištění?
- P - Poskytuje pojišťovna plnění za invaliditu následkem úrazu při požití alkoholu?
- P - Poskytuje pojišťovna plnění za invaliditu způsobenou ploténkovým páteřním syndromem?
- P - Poskytuje pojišťovna plnění za invaliditu způsobenou psychickým onemocněním?
- P - Může pojišťovna rozporovat invaliditu uznanou státem?
- P - Požaduje pojišťovna pro výplatu plnění rozhodnutí o vyměření invalidního důchodu státem?
- P - Přebírá pojišťovna čekací doby z předchozí smlouvy?

- S - Jaká je čekací doba u invalidity a k čemu je vztažena?
- S - Je pojistné plnění vyplaceno jednorázově?
- S - Kolik % pojistné částky je plněno za 1. st./2. st./3. st./bezmocnost?
- S - Poskytuje pojišťovna plnění při pojistné události bez přezkoumání příjmu?
- S - Je zkoumání zdravotního stavu směrem do minulosti nějak časově omezeno?
- S - Plní pojistitel za invaliditu zapříčiněnou onemocněním, kvůli kterému stanovil cenovou přírážku za její krytí?
- S - Zaniká pojištění invalidity výplatou plnění za invaliditu?
- S - Je bezmocnost součástí pojištění invalidity?
- S - Při jakém rozsahu invalidity bude plněno?

I - Poskytuje pojišťovna plnění za invaliditu následkem dlouhodobého požívání alkoholu?

Trvalé následky úrazu:

- P - Poskytuje pojišťovna plnění za úrazy následkem požití alkoholu?
- P - Poskytuje pojišťovna plnění za úrazy po záchvatech a poruchách vědomí?
- P - Je oceňovací tabulka garantovaná?

I - Poskytuje pojišťovna plnění za úrazy v důsledku rizikových sportů?

Pracovní neschopnost:

- P - Poskytuje pojišťovna plnění za pracovní neschopnost na základě příčin před počátkem pojištění?
- P - Poskytuje pojišťovna plnění za pracovní neschopnost následkem úrazu při požití alkoholu?
- P - Poskytuje pojišťovna plnění za pracovní neschopnost způsobenou ploténkovým páteřním syndromem?
- P - Může pojišťovna krátit plnění podle tabulky?
- P - Poskytuje pojišťovna plnění za pracovní neschopnost v důsledku pracovního úrazu?
- P - Poskytuje pojišťovna plnění za pracovní neschopnost v důsledku psychického onemocnění?
- P - Přebírá pojišťovna čekací doby z předchozí smlouvy?

S - Je nutné nahlásit pracovní neschopnost pojišťovně ihned po uplynutí karenční lhůty?

S - Zanikne pojištění pracovní neschopnosti v případě přiznání invalidity?

S - Pokud dojde v průběhu trvání PN ke změně diagnózy, znamená to novou pojistnou událost s novou karenční dobou?

I - Poskytuje pojišťovna plnění za pracovní neschopnost následkem dlouhodobého požívání alkoholu?

I - Poskytuje pojišťovna plnění za pracovní neschopnost v době pobírání rodičovského příspěvku?

I - Poskytuje pojišťovna plnění za pracovní neschopnost při rizikovém těhotenství?

I - Poskytuje pojišťovna plnění za pracovní neschopnost jen při jejím vzniku na území ČR?

I - Poskytuje pojišťovna plnění za pracovní neschopnost za dobu léčení či úrazu následujícím po dni ukončení pracovní neschopnosti v důsledku ukončení nebo přerušování zaměstnání či podnikání?

Závažná onemocnění:

P - Může pojišťovna vypovědět závažná onemocnění?

P - Přebírá pojišťovna čekací doby z předchozí smlouvy?

Příloha č. 2

Dotazník ŽP

Dotazník ŽP nám slouží ke sběru podkladů nutných pro další fáze procesu sjednávání životního pojištění, tedy pro výpočet pojistných částek a výběr vhodného produktu. Prvotní analýza klienta by měla být komplexní a podrobná. Nemělo by jít o pouhé zjištění údajů nutných pro samotné uzavření smlouvy. Významně totiž ovlivňuje výsledky v dalších krocích.

Níže jsou rozepsány informace, které je nutné od klienta zjistit, včetně mantinelů, co by mělo být ještě z poradenského hlediska akceptovatelné a co už ne. Samozřejmě obecně platí, že čím přesnější informace od klienta zjistíme, tím přesnější a kvalitnější může být výsledné doporučení. I když se v rámci této metodiky snažíme uvádět i méně časté případy, nejsme schopni pokrýt 100 % možných situací. Vždy musíme použít selský rozum. Stejně tak pořadí zjišťování níže uvedených informací není dogmatické, ale je čistě na každém poradci.

Klient

- Identifikační údaje klienta (jména, RČ)
- Povolání
- Zaměstnanec nebo OSVČ

Nutná otázka, protože OSVČ při PN obvykle klesne příjem na nulu (vyšší potřeba pojištění/ rezervy), kdežto zaměstnanec pobírá nemocenskou

- Čistý a hrubý příjem (u OSVČ i příjem a zálohy dle DP + zda si platí nemocenské pojištění)

Ptáme se kvůli výpočtu odpovídající nemocenské, invalidního důchodu, apod. V ideálním případě si s klientem vyžádáme Osobní informativní list důchodového pojištění z OSSZ, kde získáme přesná data i kvůli odpracovaným rokům. Jednou ročně o něj lze požádat zdarma.

U OSVČ nás zajímá i příjem dle DP z důvodu nutných minimálních příjmů pro vyšší dávky zejména u krátkodobých rizik (DO, PN...) a zálohy kvůli výpočtu invalidního důchodu od státu. Samozřejmě nás zajímá hlavně realita, tzn. kolik, má klient reálný průměrný čistý příjem.

U OSVČ je také vhodné vzít v potaz možnost využití zákonného nemocenského pojištění i když jej klient zatím neplatí. Výhodou je téměř absence výluk a po 3 měsíční čekací době plnění od 15. Dne PN s postupnou progresí.

Pokud pak klientovi při PN reálně klesne i roční obrat, tak to cenově vychází velmi dobře, protože krom vyplacené částky se mu při ročním vyúčtování nezapočtou měsíce, kdy klient byl na PN.



Například klientovi s obratem 600 tis. Kč a 60% paušálem klesne obrat za půlroční PN na polovinu, tzn. 300 tis. Kč. Klesne mu tedy i vyměřovací základ z 240 tis. Kč na 120 tis. Kč, dostane se tedy pod minimální vyměřovací základ. Ale protože OSVČ byl půl roku na PN, minimální vyměřovací základ byl také ponížěn o těchto 6 měsíců a zálohy se zaplatí jen za zbylé měsíce.

Bližší informace jsou k nalezení na stránkách ČSSZ

<https://www.cssz.cz/web/cz/nemocenske-pojisteni-osvc>

- Další druhy příjmů (z majetku/firmy/nájmů)
- Případné budoucí příjmy

Zde jen pozor, nesmíme počítat s tímto příjmem a zároveň s jeho zpeněžením v případě škodní události. Buď s ním počítáme v cashflow nebo v majetku. Variantu uplatnění je nejlépe si vykomunikovat s klientem (např. obvykle pro PN počítám do cashflow, ale pro invaliditu do majetku).

- Odpracované roky (včetně oficiálních brigád)

Také nesmíme opomenout zjistit, jestli klient musí pro získání příjmu něco dělat nebo jestli mu plyne pasivně (pokud bude klient na PN, příjem bude třeba nulový)

V ideálním případě zjistím z důchodového listu, jinak je dobré rámcově zjistit, protože se může stát zvláště u přechodných pobytů v zahraničí nebo u některých studentů, že nebudou mít splněnu minimální dobu pojištění a tudíž ani nárok na výplatu invalidního důchodu viz tabulka níže.

Věk	Minimální doba účasti na důchodovém pojištění
do 20 let	méně než rok
20 až 22 let	1 rok
22 až 24 let	2 roky
24 až 26 let	3 roky
26 až 28 let	4 roky
nad 28 let	5 let

U poslední skupiny – osob starších 28 let, bude ČSSZ zkoumat, jestli potřebnou dobu pojištění nasbírali během posledních deseti let před vznikem invalidity.

U osob starších 38 let se zkoumá období dvacet let před vznikem invalidity, limit účasti na důchodovém pojištění je ale vyšší – potřebná doba pojištění dělá deset let.

V uvedených případech invalidní důchod přiznaný bude, ale nebude nárok na dávku.

Mezi tzv. náhradní doby pojištění se započítává typicky péče o dítě do 4 let věku, evidence na úřadu práce a doba studia na SŠ a VŠ, nicméně od r. 2010 v maximálním rozsahu šesti let.

Podrobnější informace jsou k dispozici na stránkách ČSSZ

<https://www.cssz.cz/web/cz/invalidni-duchod>

- Sport a jiné aktivity (příležitostně/registrovaně/profesionálně)

Zajímá nás nejen z důvodu správného zařazení do rizikové skupiny popř. přírážky, ale i kvůli pojistitelnosti v jednotlivých pojišťovnách, kde pro některé aktivity je trvalá výluka. Proto se nezapomínejme ptát také například na jiné adrenalinové aktivity.

- Zdravotní stav (výška, váha, kuřák, alkohol, dále léky, úrazy, operace, PN delší 4 týdnů, jiné než preventivní návštěvy specialistů, ... vše 10 let zpětně a dále jakékoliv závažnější zdravotní komplikace až od narození)

Úvodní otázky týkající se váhy, výšky a kouření mají u některých pojišťoven i dost zásadní vliv na pojistné, ale mnohem podstatnější jsou následující dotazy na zdravotní stav, kde chybně vyplněný ZD bývá jednou z častých příčin neplnění pojišťoven a zásadnější zdravotní komplikace nám mohou díky generálním výlukám na předchorobí velkou část trhem nabízených produktů zcela vyřadit. Výše uvedené dotazy by nám měly umožnit vyplnit naprostou většinu zdravotních dotazníků a případně zaslat dotaz na předocnění zdravotního stavu.

- Kdo je na klientovi finančně závislý

Zjišťujeme potřebu pojištění smrti. Pokud to není nikdo, tak potřeba tohoto pojištění významně klesá. V praxi to je obvykle partner, děti případně i rodiče.

Partner

- Zda mají finance dohromady nebo zvlášť

Pokud jsou partneři na sobě finančně nezávislí, tak technicky není nutné partnera ani řešit (pokud třeba nechce nebo naším klientem je pouze jeden z páru), ale pokud jsou na sobě finančně závislí, musíme znát alespoň některé informace i o partnerovi. Jakmile mají finance dohromady, logicky bychom měli znát veškeré finanční ukazatele i u partnera, i když třeba neřešíme jeho pojištění. Pokud mají finance zvlášť, ale jsou na sobě finančně závislí, v podstatě nám stačí jeho příjmy, kterými může pokrýt finanční propad našeho klienta.

- Ostatní viz KLIENT

Pokud pojišťujeme i partnera, informace o něm zjišťuji ve stejném/ plném rozsahu jako u klienta.

- Hodnota péče o domácnost (např. v případě ženy v domácnosti)

Je dobré zmínit i tento dotaz, často totiž jeden z partnerů vydělává více, ale hlavně v případě dětí by to mohl mít značně komplikovanější, kdyby neměl toho druhého, který se o ně stará. Nebo např. žena v domácnosti má sice nulový příjem, ale muži by mohl vzniknout výdaj (uklízečka, stravování jinde...), pokud by ženu neměl nebo by měla vážné zdravotní komplikace. Alternativou péče o děti je pak pomoc někoho dalšího v rodině.

- Identifikační údaje dětí

Děti

- Sport a jiné aktivity (příležitostně/registrovaně/profesionálně)

Samozřejmě nás zajímají vyživované děti, které jsou ještě nějak finančně závislé na klientovi. U dětí pojišťovny sport sice neřeší, ale je dobré to vést v evidenci, protože až budou starší, tak to může být aktuální.

- Zdravotní stav

Ptáme se podobně jako na klienta. Opět u dětí se zdravotní stav obvykle neřeší, ale případné zdravotní komplikace mi můžou ovlivnit volbu pojištění.

- Uvažovat vysokou školu?

Výpočet pak může ovlivnit potřebu zajištění rizika úmrtí, případně invalidity. Místo varianty až do důchodu lze použít levnější alternativu pojištění jen do doby samostatnosti dětí (konec VŠ/SS). Toto je však vždy nutné komunikovat s klientem.

- Nárok na sirotčí důchod

Jistě trochu ošemetná otázka, nicméně je nutné zjistit, po kom by děti brali sirotčí důchody, tzn. ujistit se, či děti skutečně jsou (např. pokud je klient rozvedený a má děti z předchozího manželství).

- Kdo uplatňuje odpočty na děti

Ovlivní nám to pak výpočet mzdy a následně i potřebu pojištění. Z toho také potřebujeme vědět, jestli si odpočet uplatňují jednorázově ročně, nebo měsíčně přímo ve mzdě.

Výdaje

Výdaje můžeme rozdělit na výdaje nezbytné, které je třeba pravidelně platit, a výdaje celkové, které obsahují i výdaje zbytné a představují klientovu životní úroveň. Pro zjednodušení výpočtu se můžeme ptát přímo na souhrnné výdaje bez rozklíčování, ale ze zkušenosti vyplývá, že klienti částku odhadnou chybně (něco zapomenou započítat), proto pokud je to možné, je lepší výdaje rozebrat blíže. Následné pojištění by mělo být nastaveno minimálně na úroveň nezbytných a maximálně celkových výdajů. Zajištění příjmů (pokud se nerovná výdajům) je z tohoto pohledu drahé a nedoporučujeme to, pokud na tom klient netrvá. Pro následné výpočty pojistných částek je nejpřesnější také s klientem upřesnit o kolik by se konkrétně snížili

výdaje v případě úmrtí jednoho z partnerů, ale ne vždy je klient přístupný této diskuzi. Poté použijeme koeficienty zmíněné v kapitole výpočtů pojistných částek.

Po rozklíčování veškerých výdajů je dobré si s klientem zpětně zkontrolovat reálnost konečné bilance, jestli výsledná čísla dávají smysl.

Některé položky mohou být u některých klientů zbytné a u jiných nezbytné, proto je dobré toto také specifikovat.

Opět pro zjednodušení určení zbytných výdajů, se můžeme ptát pouze na souhrnnou částku, co klient utratí za „zábavu“ dotazem kolik mu obvykle zbyde z výplaty.

- Bydlení (nájem/hypotéka, energie, fond oprav)
- Telefon/internet/televize
- Jídlo + drogerie
- Kosmetika, kadeřník, ...
- Pohonné hmoty/jiná doprava
- Servis auta
- Oblečení
- Zdraví
- Děti
- Zvířata a domácí mazlíčci
- Vzdělávání
- Životní styl (kouření, sbírkové předměty, ...)
- Vybavení domácnosti
- Sport/kultura/zábava
- Dárky/dovolená
- Finanční cíle (investice a spoření)

Finanční produkty (pojištění/úvěry/investice a spoření na cíle)

Ve všech uvedených případech nás z hlediska výdajů zajímá jen pravidelná platba. Následně je samozřejmě důležité si zjistit i nastavení stávajících smluv, protože do návrhu řešení je nutné započítat stávající pojištění a porovnat ho se současnou potřebou. Dále úvěry a investice včetně zůstatků mohou buď zvyšovat, nebo snižovat potřebu pojištění. U investic a spoření na cíle je nutné rozklíčovat, jestli jde o nezbytný nebo zbytný výdaj, tedy zda si stanovené cíle chce klient splnit i v případě zásadních zdravotních událostí. Pokud ano, a je to obvyklé, tak to může zásadně zvedat potřebu pojištění.

Úvěrům a investicím je pak ještě blíže věnován odstavec níže.

- Výdaje spojené s podnikáním (leasing auta na firmu, kancelář, zálohy OSVČ, ...)

U OSVČ je často nutné platit tyto výdaje dále, pokud klient nechce přerušit živnost.

U PN tedy obvykle uvažujeme i s těmito výdaji, u dlouhodobých rizik pak spíše ne, ale je třeba rozklíčovat u jednotlivých výdajů.

- Budoucí výdaje

Budoucí výdaje, které nejsou započteny v cílech. Jednorázově např. klient chce kupovat auto z již existující rezervy, pravidelně např. výdaje za školu pro děti, které vzniknou v dohledné době, a proto je dobré s nimi už počítat.

- Další výdaje (např. alimony)
- Spotřebitelské úvěry/leasingy/hypotéka/ÚSS

Závazky

Jak bylo zmíněno výše, musíme rozklíčovat i nastavení jednotlivých úvěrů, a to hlavně zbývající částku k doplacení a dobu splatnosti. Úroková sazba nám pak hraje roli v přístupu, jestli je při zásadní PU lepší úvěr hned doplatit (zajišťují zůstatek úvěru – obvykle spotřebitelské úvěry), nebo dále nechat běžet (zajišťují splátku úvěru – obvykle hypotéka).

Alternativou je zajišťovat v každém případě zůstatek úvěru, v tom případě jej nepočítáme u velkých rizik do výdajů a rovnou o danou částku navýšíme dané riziko.

U OSVČ opět řešíme blíže i firemní závazky, pokud by bylo třeba je splatit v případě smrti či invalidity.

Rezervy

Úvodem je vhodné klientovi nastínit důležitost rezerv krátkodobých, střednědobých a dlouhodobých, kdy každá rezerva slouží k něčemu jinému a měla by být i podle toho uložena na vhodném finančním nástroji.

U veškerých typů rezerv je nutné zjistit, kdo je jejich vlastníkem a také na co jsou případně jednotlivé rezervy určeny. Často to klienti nevědí a odkládají si peníze bez konkrétního účelu, ale nemusí tomu tak být vždy.

- Běžný či spořicí účet, peníze doma

Tyto peníze by měly sloužit na pokrytí krátkodobých výpadků příjmu. Vždy je pro klienta levnější mít toto riziko pokryto finanční rezervou než pojištěním, případně jeho kombinací. Doporučená rezerva by měla být minimálně na úrovni šestinásobku celkových měsíčních výdajů, kdy pokud je poměr mezi nimi na rozumné úrovni, stačí tato hranice. U OSVČ, pokud není nemocensky pojištěna a příjem klesne na nulu, je dobré kombinovat s pojištěním PN s delší karenční lhůtou skrze práceneschopnost delší 6 měsíců.

- Zůstatky na jednotlivých finančních produktech

Pokud jsou určeny k řešení konkrétního cíle, nelze je použít na krytí dlouhodobých rizik, jelikož bych si pak nespínil požadovaný cíl. Jestliže k tomuto kroku přistoupíme, pak jediné se souhlasem klienta, že si je vědom nesplnění cíle.

- Podíly ve firmách

Jde o složitější problematiku, kde je nutné zjistit závislost firmy na klientovi a naopak, reálnou prodejní hodnotu firmy a také rychlost s jakou lze transakci provést. V konečném důsledku můžeme také hodnotu uvedenou klientem použít na snížení potřeby dlouhodobých pojištění. Samozřejmě v takovém případě nemůžeme počítat s případným generovaným příjmem.

- Další nemovitosti či pozemky

Stejně jako u podílů ve firmách musíme započítat u jednotlivých rizik buď generovaný příjem, nebo prodejní hodnotu. Při prodeji počítáme s minimální předpokládanou prodejní cenou a samozřejmě počítáme s tím, že prodat můžeme jen nemovitosti, které zcela vlastním.

V některých případech lze uvažovat i o prodeji nemovitosti kde klient bydlí s tím, že bude poté bydlet jinde (s rodiči, prodá velký RD a koupí si menší byt), ale tyto případy je vždy nutné mít potvrzené klientem.

U všech druhů rezerv je dobré mít rozklíčované i jejich vlastnictví kvůli postupu v případě dědictví.