

Zdravotní a finanční oceňování životního pojištění

manuál – účinnost od 1. 5. 2018

1. Úvod	3
1.1. Zdravotní oceňování	3
1.2. Finanční oceňování	3
2. Jak co nejefektivněji provést ocenění klienta	4
2.1. Kdy se ocenění provádí	4
2.2. Profilace klienta	4
2.3. Výběr rizik	4
2.3.1. Zdravotní omezení a příklady nepřijatelných diagnóz	4
2.3.2. Pojištění DENNÍHO ODŠKODNÉHO a PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI – maximální výše pojistných částek dle výše hrubého příjmu klienta	6
2.3.3. Pojištění INVALIDITY – maximální výše pojistných částek dle výše hrubého příjmu klienta	7
2.3.4. Přehled dokumentů, které se dokládají v závislosti na výši pojistné částky	7
2.3.5. Postup žádosti o před ocenění klienta	8
2.3.6. Standardní postup při uzavírání pojistné smlouvy	8
2.3.7. Postup sjednání pojištění při pojistné částce vyšší než 2,5 mil. Kč	8
2.3.8. Výčet pojištění bez oceňování	8
2.3.9. Zásady komunikace	9
2.4. Vyplnění dotazníku v pojistné smlouvě	9
2.4.1. Vyplnění části A dotazníku pro dospělého pojištěného – povolání a sportovní činnost	9
2.4.2. Vyplnění části B dotazníku pro dospělého pojištěného – zdravotní stav	10
2.4.3. Dokládání potvrzení příjmů	12
2.4.3.1. Co je považováno za příjmy	12
2.4.3.2. Doklady k potvrzení příjmu	13
2.4.3.3. Pojištění denního odškodného – limity pojistných částek dle role a statutu osoby	13
2.4.4. Vyplnění dotazníku pro pojištěné dítě	14
3. Komunikace a postup pojistitele v procesu oceňování	16
3.1. Typy výstupů z procesu oceňování	16
3.1.1. Postup vyřízení dodatku s klientem	16
3.2. Postup pojistitele při nedodání lékařských dokumentů	16
4. Seznam zkratk, termínů a formulářů používaných v procesu oceňování	17
5. Slovník vybraných lékařských termínů	18

1. ÚVOD – CO ZNAMENÁ ZDRAVOTNÍ A FINANČNÍ OCEŇOVÁNÍ

Úspěšný a efektivní obchod je takový, který zajistí klientovi odpovídající pojistné krytí po celou dobu pojištění, je uzavřen na základě pravdivých informací poskytnutých klientem a odpovídá jeho finančním a zdravotním možnostem.

1.1. ZDRAVOTNÍ OCEŇOVÁNÍ

Pojistné je cenou za to, že pojišťovna nese po celou pojistnou dobu za pojištěného riziko vzniku pojistné události a s tím spojené finanční kompenzace, a je vždy spočítáno za předpokladu, že klient je statisticky průměrně zdravý (resp. průměrně nemocný). Splnění této teoretické domněnky v praxi zajišťuje proces, ve kterém se posuzuje zdravotní stav konkrétního zájemce o pojištění – **zdravotní oceňování (underwriting)**.

Posuzování zdravotního stavu se v nejjednodušší podobě realizuje pomocí **písemných dotazů na zdravotní stav** uvedených v pojistné smlouvě, na které má klient při sjednávání pojištění ze zákona povinnost odpovědět pravdivě a úplně. Pokud odpovědi poukážou na zdravotní potíže, je třeba posoudit, zda ještě spadají do „průměru“ a pokud ne, je nezbytné toto zvýšené riziko kompenzovat vyšší cenou pojistného (tj. navýšením pojistného o rizikovou přírážku) nebo omezením plnění (další vyluky z pojištění nad rámec pojistných podmínek). V některých případech může riziko natolik převyšovat standard, že ho pojišťovna nemůže akceptovat (pojištění je nepřijatelné).

Proč je proces zdravotního oceňování prospěšný oběma stranám?

Pojišťovna se vyvaruje závazků (plnění), které by s velkou pravděpodobností nastaly a se kterými při vývoji produktu nepočítala a jež by si vyžádaly mnohem vyšší pojistné; klienti platí pojistné odpovídající průměru (tj. zhruba jejich zdravotním stavu) a nedoplácí na mimořádně vysoké riziko jiných klientů.

1.2. FINANČNÍ OCEŇOVÁNÍ

V procesu oceňování při vstupu do pojištění pojistitel posuzuje klienta jak z pohledu zdravotního stavu, tak z pohledu přiměřenosti jeho finančního zabezpečení, kterému by měla odpovídat výše pojistných částek jednotlivých pojištění. Proces finančního ocenění má za úkol tento vztah mezi výší pojistných částek a ekonomickými ukazateli konkrétního pojištěného posoudit a omezit tak případné spekulativní uzavírání pojištění, případně zvyšování životního standardu prostřednictvím pojištění.

Proces finančního ocenění se realizuje, v závislosti na výši pojistné částky, **doložením potvrzení příjmů** klienta za požadované období a případným zodpovězením **písemných dotazů ve finančním dotazníku**, který je k dispozici v elektronické podobě na informačním portále společnosti. Pokud finanční ocenění prokáže, že výše pojistných částek neodpovídá přiměřenosti finančního zabezpečení, pojistitel takovéto pojištění nemůže akceptovat.

2. JAK CO NEJEFEKTIVNĚJI PROVĚST OCENĚNÍ KLIENTA

Zdravotnímu i finančnímu ocenění se lze při uzavírání pojistné smlouvy zcela vyhnout při uplatnění dále uvedených pravidel. Je-li však ocenění nezbytné, rychlost a efektivnost procesu ocenění závisí i na poradci, který ho může významně ovlivnit již ve fázi sjednání pojištění. Základem je pečlivě provedený prodejní rozhovor, výběr vhodných rizik na základě správného odhadu potřeb a možností klienta (včetně možností finančních i těch daných jeho zdravotním stavem) a v neposlední řadě i správné a kvalifikované vyplnění zdravotního dotazníku v pojistné smlouvě – viz dále.

2.1. KDY SE OCENĚNÍ PROVÁDÍ

Pojistitel provádí zdravotní a finanční ocenění klienta při:

- uzavření pojistné smlouvy
- při změně pojištění, která představuje zvýšení stávajícího rizika (např. při přisjednání rizika, zvýšení pojistných částek rizik, atd.)

Pro zahájení ocenění jsou rozhodující tyto faktory:

- kladná odpověď na některou z otázek v dotazníku na pojistné smlouvě, která se týká zdravotního stavu klienta
- výše pojistné částky sjednávaného rizika posuzovaná ve vztahu k věku, činnosti a příjmu klienta

Při posuzování výše pojistné částky rizika ve vztahu k oceňování **pojistitel posuzuje** pojistnou částku daného rizika jako **součet pojistných částek stejných rizik ze všech platných pojistných smluv** vztahujících se ke konkrétnímu rodnému číslu pojištěného klienta. Proto je nutné při prodejním rozhovoru zjistit, **zda má klient u naší pojišťovny uzavřeny další smlouvy životního a úrazového pojištění a jaká rizika, včetně výše pojistných částek, jsou jimi sjednána.** (Eliminace přepojištění by měla být vázána i na pojištění sjednaná u jiných pojistitelů.)

2.2. PROFILACE KLIENTA

Při prodejním rozhovoru s klientem poradce provede s použitím tohoto manuálu základní **profilaci pojištěné osoby** (záměnce).

Součástí profilace musí být prvotní ohodnocení **potřeb, finančních možností a zdravotního stavu** klienta (pojistný záměr). Pojištění slouží jako finanční zajištění pro případ **náhleho a neočekávaného** výskytu pojištěného rizika. Toto finanční zajištění – vyjádřené pojistnou částkou – **nemá zvyšovat životní standard** (finanční situace po pojistné události by neměla být výrazně lepší než před). Zároveň klient musí dlouhodobě disponovat finančními prostředky na úhradu pojistného.

2.3. VÝBĚR RIZIK

Před vyplněním pojistné smlouvy poradce s klientem projde jednotlivé otázky dotazníku. Z rozhovoru vyplynou základní údaje o zdravotním stavu klienta (**základní zdravotní profilace**) a jeho finanční situaci (**základní finanční profilace**), které poradci pomůžou směřovat nabídku pro klienta do oblasti **pojistitelných rizik a výše přijatelných pojistných částek. Správně provedenou profilaci lze** předejít neefektivně vynaloženému času poradce i případnému zklamání klienta z vypovězení smlouvy (nepřijatelnost pro zdravotní stav, nedodání dokumentů, nesouhlas s rizikovou přírážkou či nepostačitelnost příjmu) nebo z uplatnění výluky z pojištění při případné pojistné události v důsledku zdravotních potíží existujících před uzavřením smlouvy.

Při posuzování výběru rizik z hlediska oceňování by měl poradce vzít v úvahu následující faktory:

- a) zda klient netrpí některou z chorob, která je pro vybrané riziko nepřijatelná – viz **2.3.1.**
- b) v případě požadavku na sjednání rizik s plněním formou dávky (denní odškodné, pracovní neschopnost) je nutné, aby příjem klienta odpovídal zvolené pojistné částce – viz **2.3.2.**
- c) v případě požadavku na sjednání rizika invalidity je nutné, aby příjem klienta odpovídal zvolené pojistné částce – viz **2.3.3.**
- d) zda je klient ochoten podstoupit oceňování (doložení dokumentů, zdravotní prohlídka) dle zvoleného rizika a výše jeho pojistné částky – viz **2.3.4.**
- e) pokud se sjednává některé z rizik S, S-N, S-K, VCH-N, VCH-Z, VCH-M, IO, IÚ, IO+, IÚ+, IO-K, IÚ-K, IO+-K, IÚ+-K s pojistnou částkou vyšší než 2,5 mil. Kč, nelze pojistnou smlouvu uzavřít a ocenění klienta je nutné provést před uzavřením smlouvy. Postup v této situaci – viz **2.3.7.**

2.3.1. ZDRAVOTNÍ OMEZENÍ A PŘÍKLADY NEPŘIJATELNÝCH DIAGNÓZ

Obecné zásady

Nepřijatelná jsou taková onemocnění nebo zdravotní stavy, resp. jejich kombinace s dalšími nepříznivými faktory, u nichž je velmi pravděpodobné, že v době trvání pojištění nastane u pojištěného pojistná událost. Hodnotí se vždy celkový profil klienta v závislosti na statistických výskytech nemocí v populaci (dle věku a pohlaví).

Rizikovými faktory pro uzavření pojištění jsou:

- **vyšší krevní tlak**
- **silné kouření (20 a více ks cigaret denně)**
- **zvýšená hladina krevních tuků**
- **výrazná obezita**

Při výskytu tří z těchto čtyř uvedených rizikových faktorů je klient pro pojištění nepřijatelný. Ve výlukách v pojistných podmínkách jsou uvedeny nemoci a faktory, za které pojistitel neplní nikdy. Na tyto výluky by měl být klient upozorněn.

Příklady nepřijatelných diagnóz

Nejedná se o kompletní výčet nepřijatelných diagnóz, ale pouze o vzorek diagnóz, kdy pro přijetí do pojištění nelze aplikovat jakékoliv alternativní rozhodnutí (snížení pojistné částky, výluka). Pokud během rozhovoru vyplyne, že pojištěný trpí některou z níže uvedených nemocí (diagnóz), nelze mu toto riziko sjednat.

Pojištění pro případ smrti, vážné choroby včetně vážné choroby dětí, invalidity (IO, IO+, IO-K, IO+-K, ZPR, IO-RD), pracovní neschopnosti (PN, PNO), hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu, pojištění pro případ léčení dítěte se zdravotním postižením a pojištění Maminka

- AIDS/HIV
- Alzheimerova choroba – organické poškození mozku
- Amyotrofická Laterální Skleróza (Charcotova nebo Lou Gehringova nemoc) (neurodegenerativní onemocnění mozku)
- Cirhóza jater
- Cystická fibróza (dědičné onemocnění žláz se zevní sekrecí)
- Difúzní plicní fibróza (zmnožení vaziva v plicích)
- Friedrichova ataxie (dědičné onemocnění míchy a mozečku)
- Huntingtonova choroba (dědičné neurodegenerativní onemocnění mozku)
- Chronický zánět slinivky břišní (chronická pankreatitida)
- Korsakovův syndrom (neurologické duševní onemocnění)
- Marfanův syndrom se srdečním postižením (genetická porucha pojivové tkáně)
- Maligní nefroskleróza (výrazná hypertenze s odumíráním tkáně ledvin)
- Maligní (zhoubný) nádor slinivky břišní
- Mentální retardace, chromozomální vady – např. Downův syndrom, Edwardsův syndrom
- Vrozené vývojové vady např. Spina bifida (rozštěp páteře), Hydrocefalus aj.
- Geneticky podmíněné choroby jako např. svalová dystrofie, Fenylketonurie aj.
- Morbidní obezita (BMI \geq 45)
- Neurosyfilis (postižení nervového systému při onemocnění syfilis)
- Onkologická onemocnění (rakovina) – **Pozor:** z pojištění VCH je možné rakovinu, jako jednu z pojištěných nemocí, vyloučit
- Primární plicní hypertenze (zvýšení tlaku v plicích nad hranici normy)
- Polycysticky zdegenerované ledviny (polycystóza ledvin)
- Progresivní systémová sklerodermie (systémové autoimunitní onemocnění pojivové tkáně)
- Srdeční selhávání (stav kdy srdce není schopno přečerpávat krev v souladu s metabolickými potřebami organismu)
- Stav, kdy selhávají životně důležité orgány (těžká orgánová poškození, kdy jsou orgány ve fázi selhávání)
- Transplantace plic
- Vegetativní stav, tzv. Apalický syndrom (vleklé koma)
- Závislost na alkoholu
- Drogová závislost

Pojištění pro případ smrti úrazem, invalidity (IU, IU+, IU-K, IU+-K), trvalých následků úrazu, léčení úrazu (denní odškodné, bolestné) a hospitalizace následkem úrazu

- Alzheimerova choroba – Chronické organické poškození mozku
- Friedrichova ataxie (dědičné onemocnění míchy a mozečku)
- Huntingtonova choroba (dědičné neurodegenerativní onemocnění mozku)
- Korsakovův syndrom (neurologické duševní onemocnění)
- Mentální retardace – Downův syndrom
- Neurosyfilis (postižení nervového systému při onemocnění syfilis)
- Vegetativní stav, tzv. Apalický syndrom (vleklé koma)
- Závislost na alkoholu
- Drogová závislost

Úrazy, které nastanou v důsledku nemoci, jsou z pojistného plnění vyloučeny (např. epilepsie, řídnutí kostí). **Na tuto skutečnost, a obecně na všechny ostatní formy výluk z pojištění, je třeba klienta upozornit již ve fázi výběru rizik.**

Diagnózy s rizikovou přírážkou:

Níže uvedené diagnózy nemusí být vždy nepřijatelné. Stojí-li samy o sobě (bez dalších rizikových faktorů) je **vysoká pravděpodobnost**, že zvýšené riziko vzniku pojistné události si vyžádá kompenzaci v podobě **přidělení rizikové přírážky**.

- astma, diabetes mellitus, dvanáctníkové (duodeální) a žaludeční vředy, epilepsie, psoriáza, revma, vysoký krevní tlak
- kouření, nadváha
- krevní onemocnění (anémie, trombocytopenie aj.)
- onemocnění ledvin (akutní zánět, ledvinové kameny, vrozené vady aj.)
- onemocnění štítné žlázy, poruchy tukového metabolismu
- srdeční vady a poruchy
- záněty akutní (z. jater, z. slinivky břišní aj.) i chronické (Crohnova choroba, chronická bronchitida, chronický zánět močového měchýře, prostaty, chronická sarkoidóza)
- zhoubné (maligní) onemocnění starší tří let

2.3.2. POJIŠTĚNÍ DENNÍHO ODŠKODNÉHO* A PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI – maximální výše pojistných částek dle výše hrubého příjmu klienta

Limity dle níže uvedené tabulky jsou platné pro všechna pojištění, u nichž je možné sjednat pojištění denního odškodného (DO) a pracovní neschopnosti (PNO). Pojistná částka DO, DO-d a PNO bude posuzována v součtu ze všech platných pojistných smluv pojištěného uzavřených u ČSOB Pojišťovny.

Závislost hrubého příjmu a pojistné částky je koncipována tak, aby výše plnění z pojistné události nepřekročila 70% čistého příjmu pojištěného. **Co je považováno za hrubý příjem klienta** je podrobně popsáno v čl. 2.4.3.

Osoby bez zdanitelného příjmu viz. 2.4.3.1. si mohou sjednat pojistnou částku denního odškodného maximálně v následující výši:

- **studenti, důchodci, osoby na mateřské nebo rodičovské dovolené, osoby v domácnosti aj. – 500 Kč**
- **nezaměstnaní – 100 Kč**

U studentů (kteří mají dle zákona statut nezaopatřeného dítěte), důchodců a osob na mateřské nebo rodičovské dovolené, pokud si chtějí sjednat vyšší pojistnou částku než 500 Kč, lze přihlídnout k jejich případným příjmům ze zaměstnání a samostatné výdělečné činnosti pouze tehdy, mají-li tyto příjmy trvalý a opakovaný charakter (k dohodám o provedení práce se nepřihlíží), přičemž se musí jednat o příjmy specifikované v 2.4.3.1. a současně musí být v dotazníku uvedeno, z jakého povolání (činnosti) těchto příjmů dosahují. U osob na mateřské a rodičovské dovolené lze přihlídnout jen k příjmům, které dosahují v průběhu této dovolené, nikoliv k příjmům, kterých dosahovaly před ní.

Více k problematice příjmů viz 2.4.3.1.

Denní odškodné DO-d pro pojištěného v roli dítě může být sjednáno maximálně na PČ 500 Kč v kumulaci ze všech platných pojistných smluv, a to bez ohledu na statut dospělého pojištěného, pokud ten je uveden na pojistné smlouvě.

Při sjednávání denního odškodného a pracovní neschopnosti vyšší než 500 Kč je třeba vždy doložit příjem příslušným dokladem viz. čl. 2.4.3.

Pojistná částka v Kč rizika DO, PNO	Hrubý měsíční příjem v Kč	
	Od	Do
550	30 000	34 999
600	35 000	39 999
700	40 000	44 999
800	45 000	51 999
900	52 000	57 999
1 000	58 000	64 999
1 100	65 000	70 999
1 200	71 000	78 999
1 300	79 000	83 999
1 400	84 000	91 999
1 500	92 000	96 999
1 600	97 000	102 999
1 700	103 000	108 999
1 800	109 000	115 999
1 900	116 000	121 999
2 000	122 000	127 999
2 100	128 000	133 999
2 200	134 000	140 999

Pojistná částka v Kč rizika DO, PNO	Hrubý měsíční příjem v Kč	
	Od	Do
2 300	141 000	146 999
2 400	147 000	151 999
2 500	152 000	157 999
2 600	158 000	164 999
2 700	165 000	170 999
2 800	171 000	176 999
2 900	177 000	183 999
3 000	184 000	189 999
3 100	190 000	195 999
3 200	196 000	201 999
3 300	202 000	208 999
3 400	209 000	214 999
3 500	215 000	220 999
3 600	221 000	227 999
3 700	228 000	233 999
3 800	234 000	239 999
3 900	240 000	246 999
4 000	247 000	více

Sjednává-li se pojistná částka vyšší než 500 Kč, je vždy nutné doložit příjem příslušným dokladem – viz čl. 2.4.3. Pojistitel je však oprávněn vyžádat si potvrzení příjmů, uzná-li to za vhodné, i u částek nižších a rovněž i kdykoliv v době trvání pojištění. Existuje-li pojištění DO, PNO na jiných platných pojistných smlouvách uzavřených s ČSOB Pojišťovnou, a.s., musí výše příjmu odpovídat kumulované PČ DO, PNO ze všech platných pojistných smluv.

* dení odškodné ve všech nabízených variantách včetně DO-V (větší úrazy), DO-VM (větší i menší úrazy) pro dospělého pojištěného i pojištěné dítě

2.3.3. POJIŠTĚNÍ INVALIDITY

– maximální výše pojistných částek dle výše hrubého příjmu klienta

Pojistná částka v Kč rizika IO, IÚ, IO+, IÚ+, IO-K, IÚ-K, IO+-K, IÚ+-K a IO-RD		Minimální hrubý měsíční příjem v Kč
Od	Do	
2 000 001	2 499 999	30 000
2 500 000	2 999 999	35 000
3 000 000	3 499 999	40 000
3 500 000	Více	45 000

Při sjednávání pojištění invalidity vyšší než 2 mil Kč pojistné částky, je třeba vždy doložit příjem příslušným dokladem viz čl. 2.4.3. Pojistná částka IO, IÚ, IO+, IÚ+, IO-K, IÚ-K, IO+-K, IÚ+-K a IO-RD bude posuzována v součtu ze všech platných pojistných smluv pojištěného, uzavřených u ČSOB Pojišťovny.

Pokud klient sjednává pojištění invalidity k zabezpečení hypotečního úvěru, je možné místo potvrzení příjmu od zaměstnavatele doložit kopii uzavřené smlouvy hypotečního úvěru od bankovní instituce, která nesmí být starší než 12 měsíců od data sjednání pojistné smlouvy. Pojistná částka pojištění invalidity nesmí být vyšší než částka doloženého hypotečního úvěru.

Pozor: U pojištění plné invalidity s výplatou ročního důchodu je pojistná částka ročního důchodu posuzována ve vztahu k příjmu klienta kumulativně, spolu s pojištěním invalidity na konstantní pojistnou částku a pojištěním invalidity na klesající pojistnou částku. Z tohoto důvodu je třeba při kombinaci nabízených typů pojištění invalidity, vždy obezřetně volit výši pojistných částek.

Vzorec pro výpočet pojistné částky

$$PČ_{FUW} = PČ^{IO+ / IU+ / IO / IU*} + (PČ^{IO-RD} \times \text{Koeficient})$$

* součet částek invalidit s konstantní a klesající pojistnou částkou

Koeficient ke stanovení pojistné částky

Vstupní věk	Koeficient
18–40	19
41–53	14
54–62	9

2.3.4. PŘEHLED DOKUMENTŮ, KTERÉ SE DOKLÁDAJÍ V ZÁVISLOSTI NA VÝŠI POJISTNÉ ČÁSTKY

Pojištění	Pravidlo	Dotazník na PS	VZK	Lékařská prohlídka	Prohlášení příjmu	Potvrzení příjmu	Finanční dotazník
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> S-N <input type="checkbox"/> S-K <input type="checkbox"/> VCH-N <input type="checkbox"/> VCH-Z <input type="checkbox"/> VCH-M <input type="checkbox"/> MAM	bez rozdílu věku	do 2,5 mil. včetně	×				
		nad 2,5 do 5 mil. včetně	×	×			
		nad 5 mil.	×	×	×		×
<input type="checkbox"/> IO-IÚ <input type="checkbox"/> IO-RD <input type="checkbox"/> IO+IÚ+ <input type="checkbox"/> IO-K <input type="checkbox"/> IÚ-K <input type="checkbox"/> IO+-K <input type="checkbox"/> IÚ+-K	bez rozdílu věku	do 2,5 mil. včetně	×			×	
		nad 2,5 do 5 mil. včetně	×	×		×	
		nad 5 mil.	×	×	×	×	×
<input type="checkbox"/> ÚS	bez rozdílu věku	do 5 mil.	×				
		nad 5 mil.	×	×			×
<input type="checkbox"/> PNO	do 500 Kč včetně	×					
	nad 500 Kč	×				×	
<input type="checkbox"/> DO	do 500 Kč včetně	×					
	nad 500 Kč	×				×	
<input type="checkbox"/> HO-HÚ		×					

2.3.5. POSTUP ŽÁDOSTI O PŘED OCENĚNÍ KLIENTA

Zjistí-li poradce při prodejním rozhovoru s klientem, že se klient aktivně léčí, nebo se v minulosti léčil s nějakým onemocněním, které s velkou pravděpodobností může mít vliv na přijetí klienta do pojištění nebo změnu rozsahu požadovaných pojištění, má možnost nabídku pojištění nechat posoudit týmem UW. Postoupit tzv. **před ocenění** nabídky. Tento postup je vždy výhodnější, protože následně zrychlí proces přijetí pojistné smlouvy, minimalizuje dodatečnou komunikaci při vyřizování případných dodatků a zvýší pravděpodobnost přijetí klienta do pojištění.

Je třeba:

- vyplnit List zájemce o pojištění s vyplněním dotazníku (formulář **11 Z 0459**, resp. **11 Z 0559 pro pojištěné dítě**) a podepsat s klientem => klient dává podpisem pojistiteli souhlas se zpracováním osobních a citlivých údajů a zároveň vyplněný zdravotní dotazník dává širší kontext o zdravotním stavu klienta. **Pozor!** Bez souhlasu (podpisu) klienta není možné proces před ocenění realizovat. Ve zdravotním dotazníku je třeba maximalizovat detail odpovědi, tj. např. jak dlouho se klient léčí, jaké léky bere, jak často podstupuje kontroly, podstoupil operaci. List zájemce o pojištění je možné vytisknout přímo z kalkulačky, prostřednictvím tlačítka "Tisk před ocenění". Aby byl umožněn tisk Listu zájemce, je třeba nejdříve vyplnit všechny náležitosti nezbytné pro tisk pojistné smlouvy a následně realizovat tisk Listu zájemce.
- přiložit kopie dostupných lékařských zpráv týkajících se klientova onemocnění
- naskenovat a poslat e-mailem na tým underwritingu (dále jen Tým UW) **ZP-oceneni@csobpoj.cz** k posouzení
- underwriter posoudí dostatečnost doložených informací, pokud je třeba doplnit další informace, kontaktuje poradce
- underwriter stanoví výsledek ocenění a pošle ho e-mailem poradci (tj. která pojištění a za jakých podmínek může s klientem v pojistné smlouvě sjednat)
- poradce následně přiloží výsledek před ocenění ke sjednané pojistné smlouvě. Pokud by došlo k situaci, že parametry sjednané PS budou v jiném rozsahu, nebo budou dodatečně zjištěny další informace týkající se zdravotního stavu klienta, může být výsledek ocenění konkrétní PS jiný, než výsledek před ocenění.

Je třeba si uvědomit, že riziko klienta je posuzováno vždy **kumulovaně ze všech existujících, platných, pojistných smluv uzavřených s ČSOB Pojišťovnou.**

2.3.6. STANDARDNÍ POSTUP PŘI UZAVÍRÁNÍ POJISTNÉ SMLOUVY

Platí, pokud pojistné částky pojištění S, S-N, S-K, VCH-N, VCH-Z, VCH-M, MAM, IO, IÚ, IO+, IÚ+, IO-K, IÚ-K, IO+-K, IÚ+-K nepřevyšují částku 2,5 mil. Kč.

- sepsat pojistnou smlouvu s vyplněním zdravotního dotazníku (pokud je sjednáno pojištění IÚ, IO, IÚ+, IO+, IO-K, IÚ-K, IO+-K, IÚ+-K nebo IO-RD na pojistnou částku vyšší než 2 mil Kč, je třeba přiložit potvrzení hrubého měsíčního příjmu viz. 2.4.3.2)
- u PČ pojištění DO, PNO vyšších než 500 Kč přiložit potvrzení hrubého měsíčního příjmu viz 2.4.3.2.
- pokud se klient léčí u odborného lékaře a má k dispozici lékařské zprávy, je účelné k urychlení procesu ocenění přiložit i kopie lékařských zpráv
- pojistnou smlouvu je nutné **bezodkladně odeslat do pojišťovny**
 - zajistí se tím časový prostor na provedení ocenění, čímž se značně sníží riziko výpovědi pojištění

2.3.7. POSTUP SJEDNÁNÍ POJIŠTĚNÍ PŘI POJISTNÉ ČÁSTCE VYŠŠÍ NEŽ 2,5 MIL. Kč

- **vždy** je třeba sepsat **list zájemce o pojištění s vyplněním dotazníku** (formulář **11 Z 0459**, klient podepíše prohlášení, ve kterém dává souhlas se zkoumáním svého zdravotního stavu, na druhou stranu tento formulář nemá právní statut smluvního vztahu)
- naskenovat a poslat e-mailem na tým underwritingu (dále jen Tým UW) k prvotnímu posouzení, zda má smysl zařizovat lékařská vyšetření nezbytná k posouzení rizika
- underwriter posoudí dotazník a pošle poradci e-mailem odpověď
 - dle doporučení underwritera **poradce zajistí** patřičná lékařská vyšetření a dokumenty (VZK, lékařská prohlídka, kopie lékařských zpráv od odborného lékaře klienta, pokud je má klient k dispozici), které společně s listem zájemce o pojištění (popřípadě vyplněným finančním dotazníkem formulář **11 Z 1864**) doručí do pojišťovny k provedení ocenění
- underwriter stanoví výsledek ocenění a pošle ho e-mailem poradci (tj. která pojištění a za jakých podmínek může s klientem v pojistné smlouvě sjednat)
- na základě rozhodnutí underwritera poradce sepiše s klientem pojistnou smlouvu (včetně vyplnění dotazníku)
- pojistnou smlouvu je nutné **bezodkladně odeslat do pojišťovny**

2.3.8. VÝČET POJIŠTĚNÍ BEZ OCEŇOVÁNÍ

V případě pozitivních zjištění týkajících se zdravotního stavu klienta, která mají vazbu na proces oceňování má poradce možnost sjednat vybraná pojištění na pojistné částky, které nepodléhají procesu oceňování viz tabulka. Tyto mohou být nabízeny samostatně (nejedná se o balíček). Zároveň však musejí být dodržena pravidla, která pro nabídku pojištění bez oceňování platí.

Výčet pojištění bez oceňování neplatí pro pojištění dětí!

Pravidla pro sjednání:

- sjednávaná pojistná smlouva musí být první pojistná smlouva, uzavřená s ČSOB Pojišťovnou
- musí být vyplněn zdravotní dotazník
- klient nesmí být v minulosti uveden na černé listině

	Max. pojistná částka
Smrt obecná (S-P, S-D, S-N, S-K)	100 000 Kč
Vážná choroba	50 000 Kč
Smrt úrazem (ÚS2N)	2 000 000 Kč
Trvalé následky od 1% s progresí	300 000 Kč
Invalidita (IO, IÚ, IO+, IÚ+, IO-K, IÚ-K, IO+-K, IÚ+-K)	50 000 Kč
Denní odškodné	300 Kč
Hospitalizace (HO, HÚ)	300 Kč

Pozor: Pokud se na pojistné smlouvě vyskytne kombinace rizik s vyššími pojistnými částkami, nebo má klient v ČSOB Pojišťovně, a. s. uzavřenu další platnou pojistnou smlouvu nebo na pojistné smlouvě existuje riziko, kde klientovi vzhledem k jeho stavu nemůže nikdy vzniknout nárok na pojistné plnění (např. klient pobírá částečný invalidní důchod, starobní důchod a má sjednáno pojištění invalidity), takováto pojistná smlouva podléhá procesu underwritingu a její rozsah bude upraven dle aktuálních zjištění.

2.3.9. ZÁSADY KOMUNIKACE

Na základě odpovědi klienta a jím požadovaných rizik poradce seznámí klienta s pravděpodobným postupem zdravotního a finančního oceňování v jeho případě a možnými výsledky, případně ho požádá o **přílohu lékařské zprávy a potvrzení příjmů**. Za úspěšný obchod lze v případě nejistoty nebo nesouhlasu klienta se zmíněným postupem považovat sjednání takového pojištění, které je pro něj i pojišťovnu v daném okamžiku nejméně zatěžující (za účelem vytvoření obchodního vztahu pro následné poradenství vč. možnosti budoucí technické změny). V případě eminentního zájmu je možné požádat Tým UW životního pojištění o prověření možností ocenění a zpracování individuálního návrhu přijatelného rozsahu pojištění (rizika a pojistné částky).

Kontaktujte informační linku ještě před sjednáním pojištění

Není-li poradce schopen zhodnotit zdravotní stav klienta, např. při nejasnostech ve zdravotním stavu klienta, nebo si není jistý, má možnost zkontaktovat telefonní help-line (tel.), nebo přímo tým underwritingu (e-mail), který mu v souladu s časovými možnostmi poskytne součinnost.

Telefonní informační linka oceňování rizik životního pojištění

Telefonní linka s prodlouženou dobou dostupnosti operátorů. Je zaručena jistota zpětného kontaktu v případě nedostupnosti operátorů.

Tel. 466 022 044

informace k ocenění konkrétního rizika a stavu zpracování konkrétní oceňované pojistné smlouvy

E-mailová komunikace

Pro e-mailovou komunikaci vždy využívejte sběrný e-mail **ZP-ocenenirizika@csobpoj.cz**. Odpověď na Vaš e-mail obdržíte dle možností underwriterů, nejdéle do 1 pracovního dne. Pokud se budete dotazovat prostřednictvím jiné e-mailové adresy, např. e-mail konkrétního člena týmu underwritingu, není zaručena včasná odpověď Vašeho dotazu.

Pokud se sjednává pojistná částka rizik **vyšší než 2,5 mil. Kč, nelze pojistnou smlouvu uzavřít před provedením ocenění** a postup sjednání pojištění je popsán výše.

2.4.

VYPLNĚNÍ DOTAZNÍKU V POJISTNÉ SMLouvĚ

Vyplnění dotazníku v pojistné smlouvě je nezbytné pro uzavření pojistné smlouvy životního pojištění.

Dotazník na pojistné smlouvě je rozčleněn do dvou částí – A, B

Část A obsahuje dotazy na povolání, sportovní aktivity klienta (i tato informace je pro pojistitele důležitá pro správné zařazení do rizikové skupiny při sjednání úrazových rizik) a informace o praktickém, resp. odborném lékaři pokud je klient ve stálém ošetření.

Část B obsahuje dotazy, jejichž cílem je zjistit informace o zdravotním stavu klienta.

2.4.1. VYPLNĚNÍ ČÁSTI A DOTAZNÍKU PRO DospĚLÉHO POJIŠTĚNÉHO – povolání a sportovní činnost

Vaše povolání? Uveďte převažující profesi ve svém současném zaměstnání a název zaměstnavatele, nebo obor vašeho soukromého podnikání a své IČO.

Odpověď na tento dotaz je velmi důležitá, jak z pohledu zařazení klienta do správné rizikové skupiny, sjednává-li si úrazová rizika, tak z pohledu následného posouzení příjmů. Dotazník u dětského pojištění Fortík otázku neobsahuje.

Velmi důležité je, aby z odpovědi bylo zřejmé, zda je klient:

- **zaměstnancem** – v tomto případě je vždy nutné uvést název zaměstnavatele nebo
- **osobou samostatně výdělečně činnou (OSVČ)** – v tomto případě je nutné uvést **obor podnikání**, resp. převažující činnost, a poznámku **OSVČ** – např.: zedník – OSVČ.

Zodpovězení dotazu na povolání např. jen „účetní“ je naprosto nedostatečné, neboť není jasné, zda klient tuto profesi vykonává pro zaměstnavatele nebo jako OSVČ, proto je nutné doplnit buď název zaměstnavatele nebo poznámku OSVČ.

Pokud je pojištěný současně zaměstnancem a současně vykonává vedlejší samostatnou výdělečnou činnost, uvede obě profese a současně označí, která z nich je převažující.

Pokud je pojištěný **osobou bez zdanitelných příjmů** (viz. 2.4.3.1.) – tj. student, důchodce, osoba na mateřské nebo rodičovské dovolené, uvede tuto roli. Pokud má taková osoba současně i příjmy z vykonávaného povolání nebo vykonává i vedlejší samostatnou výdělečnou činnost, uvede současně i tuto činnost (např.: na rodičovské dovolené + uklízečka OSVČ).

Je-li pojištěný nezaměstnaný, uvede jako odpověď na tuto otázku nezaměstnaný (u nezaměstnaného se k případným přívýdělkům nepřihlíží).

Je nepřipustné stanovit rizikovou skupinu pojištěného nižší, než odpovídá jeho povolání dle rizikových skupin pojistitele s tím, že pojištěný akceptuje případné krácení pojistného plnění (= chyba v pojistné smlouvě).

Provozujete nějaký druh sportu v rámci organizací, jejichž náplní je organizování sportovní, tělovýchovné, soutěžní nebo závodní činnosti, nebo některou z činností ve čtvrté rizikové skupině? Pokud odpovíte ANO, uveďte druh sportu, název organizace, jakých soutěží se zúčastňujete, zda se jedná o nejvyšší republikové nebo zahraniční soutěže a zda máte pro výkon tohoto sportu uzavřenou profesionální smlouvu?

Odpověď na tento dotaz je důležitá z pohledu zařazení klienta do správné rizikové skupiny, sjednává-li si úrazová rizika. Je nepřipustné, aby klient zamlčel pojistiteli, že registrovaně provozuje sportovní činnost s tím, že akceptuje případné krácení pojistného plnění při pojistné události, ke které dojde v rámci sportu. Nepravdivé zodpovězení dotazů pojistitele může být příčinou odstoupení od smlouvy.

Rovněž je nepřipustné stanovit rizikovou skupinu pojištěného nižší než odpovídá jeho registrované sportovní činnosti uvedené v pojistné smlouvě dle rizikových skupin pojistitele s tím, že pojištěný akceptuje případné krácení pojistného plnění. U dětského pojištění Fortik se otázka nevyplňuje.

Jméno, příjmení, adresa, telefon, popř. e-mail vašeho praktického lékaře

Vyplňte požadované údaje, včetně telefonu.

Jméno, příjmení, adresa, telefon, popř. e-mail vašeho odborného lékaře/ů (jste-li vedena ve stálém ošetření)

Vyplňuje se tehdy, pokud je klient veden v evidenci odborného lékaře ve smyslu stálého ošetření (např. navštěvuje některou z odborných poraden, pravidelně se podrobuje kontrolám u odborného lékaře atd.)

2.4.2. VYPLNĚNÍ ČÁSTI B DOTAZNÍKU PRO DOSPĚLÉHO POJIŠTĚNÉHO – zdravotní stav

Získání co nejpřesnějších údajů o zdravotním stavu pojištěného již při sjednávání pojištění celý **proces oceňování výrazně zjednoduší, zrychlí a zefektivní**. Cílem je v co největší míře eliminovat následné ocenění rizika, tj. např. vyloučit vyžadování výpisu ze zdravotní karty pojištěného.

Jak na to

V případech, že pojištěný na některý z dotazů odpoví ANO, poradce ho požádá o přiložení lékařské zprávy (originálu či kopie) k uzavírané pojistné smlouvě. Léčí-li se pojištěný pro více diagnóz, je vhodné přiložit lékařské zprávy ze všech oborů. Proces oceňování se urychlí (v řadě případů nemusí být již vyžadován výpis ze zdravotní karty) a především se v řadě případů zpřesní výsledek (pojišťovna může posoudit přijímané riziko individuálně, bez nejistoty, kterou by musela kompenzovat např. vyšší rizikovou přírůžkou). Pomůže **co nejaktuálnější lékařská zpráva**, která se týká diagnózy nebo potíží, pro které je/byl klient léčen odborným lékařem a které uvádí v dotazníku.

Protože se jedná o citlivé osobní údaje klienta, je poradce povinen přiloženou lékařskou zprávu na místě vložit do obálky a zalepit. Do pojistné smlouvy v části „Přílohy“ poznamená skutečnost, že je k ní lékařská zpráva přiložena. Obálku označí jménem pojištěného a připojí **pevně** ke smlouvě (nejlépe sešívačkou, nepoužívat jen sponku – nutná eliminace ztráty dokumentace).

Pokud pojištěný lékařskou zprávu pouze zapůjčí a požaduje ji vrátit, pojišťovna mu ji po pořízení kopie zašle zpět (tento požadavek je nutné poznamenat do interního sdělení smlouvy).

Smlouvu lze samozřejmě uzavřít, i když pojištěný lékařskou zprávu přiložit nemůže (nemá ji). V každém případě je třeba pojištěného požádat o vyplnění co nejpřesnějších údajů do dotazníku, včetně adres jeho lékařů.

Pokud by pro odpovědi pojištěného nebylo na smlouvě dostatek místa, je možné v nich pokračovat na samostatném listu, který se označí jménem pojištěného a jeho rodným číslem a **pevně** připojí ke smlouvě. Tuto skutečnost je také třeba poznamenat do pojistné smlouvy v části „Přílohy“.

Návod k vyplnění části B dotazníku

- Aby byl zdravotní dotazník opravdu vyplněn co nejúplněji a odpovědi poskytl pojistiteli maximum informací, je nutné, aby se do vyplňování dotazníku aktivně zapojil poradce a kladl klientovi **doplňující otázky**.
- Pojištěný by měl ve vlastním zájmu dotazy zodpovědět sice svým laickým způsobem, avšak **pravdivě** a co **nejpřesněji a nejpodrobněji**. Rozhodně nelze akceptovat argumentaci, že klient nevedl určitou nemoc proto, že se na ni poradce přímo nezeptal. **Případné zatajení informací, může mít při následném zjištění za následek zákonný zánik pojištění (odstup od pojistné smlouvy k počátku či odmítnutí nároku na pojistné plnění)**.
- Poradce by měl doplňující otázky formulovat tak, aby aktivně reagoval na klientovu odpověď a směřovat ho k uvedení přesných, podstatných a podrobných informací do dotazníku.
- Níže je uveden výčet dotazů z části B dotazníku a u většiny z nich jsou pro inspiraci uvedeny příklady doplňujících otázek.
- Výčet doplňujících otázek samozřejmě není vyčerpávající – na omezeném prostoru nelze popsat všechny choroby, které se mohou vyskytnout.
- Doplnující otázky jsou formulovány tak, aby bylo možné aktivně reagovat na klientovu odpověď a směřovat ji k uvedení přesných, podstatných a podrobných informací do dotazníku.

1. Uvedte svou tělesnou výšku a tělesnou váhu.

Pokud je dle výšky a váhy podezření na vysoký index tělesné hmotnosti (tzv. BMI) a osoba vizuálně vypadá sportovně založena, je možné pro upřesnění napsat i obvod pasu v cm. Zobjektivní se tím posuzování rizika na základě BMI.

2. Kouříte? Pokud odpovíte ANO, uveďte od kdy a průměrnou denní spotřebu. V případě, že již nekouříte, uveďte jak dlouho.

Pojištěný uvede svou obvyklou denní spotřebu (cigaret, doutníků, tabáku) a dobu, po jakou již kouří.

Např.: 5 cigaret denně, 20 let. Platí i pro bývalého kuřáka – uveďte, jak dlouho kouřil, spotřebu a jak dlouho nekouří.

3. Jste u některé jiné pojišťovny životně nebo úrazově pojištěn/a, nebo máte aktuálně pojištění ve fázi rozpracovaného návrhu, který čeká na přijetí pojistitelem? Pokud odpovíte ANO, uveďte název pojišťovny, od kdy a pro jaký případ jste pojištěn/a, včetně výše pojistných částek.

Odpověď na tento dotaz není možné nechat nezodpovězenou. Současně tato informace o již sjednaných pojištěních klienta pomůže co nejoptimálněji navrhnout rizika v rámci nové pojistné smlouvy a jejich pojistné částky tak, aby byly vhodným doplňkem již sjednaných pojištění. (Nesmí dojít k zvyšování životního standardu po pojistné události – viz 2.1.). Dotazník pro pojištěné dítě otázku neobsahuje.

Pokud má klient v době sjednávání pojištění u ČSOB Pojišťovny životní či úrazové pojištění u 3 a více dalších pojišťoven (včetně případných návrhů takového pojištění, které nebyly jiným pojistitelem dosud přijaty), jedná se o skutečnost rozhodnou pro uzavření pojistné smlouvy u ČSOB Pojišťovny.

Obecně jde o situaci, která brání uzavření pojistné smlouvy u ČSOB Pojišťovny, kdy o jiném přístupu je oprávněn rozhodnout underwriter.

Pro případnou nabídku pojištění DO a PN je třeba v návaznosti na pozitivní odpověď dodržet vždy toto pravidlo:

Pokud má klient v době sjednávání pojištění u ČSOB Pojišťovny úrazové pojištění či pojištění pracovní neschopnosti u 3 a více dalších pojišťoven (včetně případných návrhů takového pojištění, které dosud nebyly jiným pojistitelem přijaty), může mu být nabídnuto sjednání DO a PN max. ve výši 100Kč.

Doplňující otázky k získání co nejpřesnější odpovědi:

- Platíte si pravidelně nějakou pojistku?
- Vzpomenete si, na jaká rizika a jaké pojistné částky?
- Mohl byste mi ji ukázat, abychom zjistili přesně na jaká rizika a pojistné částky jste již pojištěn?

4. Léčíte se v současnosti nebo máte zdravotní obtíže v souvislosti s úrazem nebo s některým z uvedených onemocnění?

a) onemocnění srdce, cév, krve, břišních nebo dýchacích orgánů, vysoký krevní tlak

Doplňující otázky k získání co nejpřesnější odpovědi:

- Kdy jste zjistil, že jste nemocný? Kdy jste se začal léčit? Kde se léčíte? Berete léky? Jaké?
- Prodělal jste infarkt myokardu?
- Máte nějaké jiné potíže se srdcem? Navštěvujete s tím kardiologa nebo internistu? Proč, jak dlouho, co užíváte...?
- Měl jste mozkovou příhodu, trombózu nebo něco jiného s cévami? Chodíte s tím někam? Kam, proč, co užíváte?
- Měl jste nebo máte anémii? Nebo krvácivé nemoci – hemofilii a podobné? Leukémii? Chodíte na hematologii? Proč, co užíváte? Jak dlouho se už léčíte?
- Máte nějakou nemoc břišních orgánů? Neměl jste třeba žaludeční vředy, žloutenku, zánět slinivky, střevní onemocnění? A co ledviny a močové cesty? Chodíte do nějaké poradny – hepatologické (poradna pro nemoci jater), gastroenterologické (poradna pro nemoci zažívacího traktu), nefrologické (poradna pro nemoci ledvin). Proč, jak dlouho, co užíváte?
- Nemáte chronický zánět průdušek nebo astma? Tuberkulózu, silikózu nebo sarkoidózu jste neměl? Chodíte na TRN (plicní) nebo alergologii? Proč, jak dlouho, co užíváte?
- Léčíte se s vysokým krevním tlakem nebo Vám někdy byl vysoký tlak naměřen? Užíváte léky? Jaké? Jak dlouho?

b) cukrovka, porucha metabolismu tuků, psychická porucha, závislost na alkoholu, na hracích automatech, drogová závislost, epilepsie nebo jiné onemocnění mozku

Doplňující otázky k získání co nejpřesnější odpovědi:

- Máte cukrovku? Jak dlouho? Chodíte do poradny (ano – doporučujeme rovnou přiložit originál či kopii poslední zprávy, to platí pro návštěvy všech odborných lékařů). Jak se léčíte – dieta, inzulin, léky?
- Máte vysoký cholesterol nebo jiné krevní tuky? Znáte poslední hodnotu cholesterolu? Uveďte ji. Chodíte do metabolické poradny nebo k internistovi? Držíte jen dietu nebo berete i léky? Jaké, jak dlouho?
- Léčil jste se někdy u psychiatra, psychologa nebo i u praktického lékaře pro duševní onemocnění (i depresivní stavy)? Jaká diagnóza Vám byla stanovena? Kdy to bylo? Užíváte nějaké léky pro duševní onemocnění nyní? Pokusil jste se někdy o sebevraždu? Byl jste někdy hospitalizován na psychiatrii?
- Léčil jste se někdy pro závislost na alkoholu, lécích, drogách, hracích automatech? Konzumujete pravidelně alkohol? Jaké množství, co?
- Léčíte se u neurologa pro epilepsii? Nebo jste měl epilepsii dřív? Jak dlouho jste bez záchvatů nebo jak často máte záchvaty? Co užíváte za léky, jak dlouho?
- Nemáte nějaké jiné mozkové nebo neurologické onemocnění, například roztroušenou sklerózu, myastenii, svalové dystrofie a podobně?

c) jakékoliv nádorové onemocnění

Doplňující otázky k získání co nejpřesnější odpovědi:

- Nechystáte se jít k lékaři pro podezření na nádorové onemocnění?
- Měl jste nebo se právě léčíte pro nádorové onemocnění?
- Nejste právě vyšetřován, aby se vyloučilo toto onemocnění?

Pokud ano, je přínosné přiložit poslední zprávu z onkologie. Je třeba uvést i případnou rakovinu kůže.

d) onemocnění smyslových orgánů, pohybového aparátu

Doplňující otázky k získání co nejpřesnější odpovědi:

- Máte onemocnění očí, uší, kůže? Jaké, kde a jak se léčíte (pokud se léčíte), jak dlouho?
- Máte poškození pohybového aparátu (nemocí nebo úrazem)?

Pokud ano, je nutné a přínosné uvést rozsah, případně, kde byla provedena operace a jaká, zda poškození zanechalo a jaké trvalé následky.

e) jiná onemocnění výše neuvedená

Doplňující otázky k získání co nejpřesnější odpovědi:

- Chodíte k lékaři či víte o nějaké jiné nemoci či obtížích, které jsme zatím nezmiňili? Pokud ano, tak opět: co, jak dlouho, proč, kde jste sledován, co užíváte...?

5. Léčil/a jste se nebo měl/a jste v posledních 10-ti letech zdravotní obtíže v souvislosti s úrazem nebo onemocněním uvedeným v dotazu č. 4?

Vyplňte požadované údaje v časovém rozlišení 10-ti let do minulosti.

6. Byl vám již přiznán nebo vznikl nárok na starobní důchod? Jste nebo byl/a jste v minulosti invalidní? Pokud odpovíte ANO, uveďte stupeň resp. druh invalidity.

Pokud byl klientovi již přiznán starobní důchod, ačkoliv souběžně s ním ještě pracuje nebo provozuje samostatnou výdělečnou činnost, je povinen pojistiteli tuto skutečnost sdělit. Rovněž je povinen sdělit, zda mu byl přiznán jakýkoliv stupeň invalidity (tj. první až třetí; nebo byla-li invalidita přiznána před rokem 2010, zda se jednalo o invaliditu plnou nebo částečnou) a to i tehdy, nevznikl-li mu přiznáním invalidity nárok na invalidní důchod.

POZOR: Pokud klient odpoví na otázku ANO, nelze mu sjednat žádný typ pojištění invalidity z nabídky pojišťovny.

7. Jste v současné době v pracovní neschopnosti? Pokud odpovíte ANO, uveďte datum vzniku a důvod pracovní neschopnosti.

Uvede-li klient ANO, je nutné specifikovat s jakou diagnózou a od kdy. Obecně skutečnost, že klient je aktuálně v pracovní neschopnosti, není překážkou pro uzavření pojistné smlouvy. O přijetí klienta v pracovní neschopnosti do pojištění rozhodnou vždy underwriteri na základě toho, o jak závažnou diagnózu se jedná. Dotazník u dětského pojištění Fortik otázku neobsahuje.

2.4.3. DOKLÁDÁNÍ POTVRZENÍ PŘÍJMŮ

Vždy je-li sjednáno pojištění IO, IÚ, IO+, IÚ+, IO-K, IÚ-K, IO+-K, IÚ+-K nebo IO-RD v kumulaci na pojistnou částku vyšší než 2 mil Kč, je třeba příjem doložit potvrzením příjmu (viz. specifikace dokladů v 2.4.3.2.). Pokud klient sjednává pojištění invalidity k zabezpečení čerpání hypotečního úvěru, je možné místo potvrzení příjmu od zaměstnavatele doložit kopii uzavřené smlouvy hypotečního úvěru od bankovní instituce, která nesmí být starší než 12 měsíců od data sjednání pojistné smlouvy. Pojistná částka pojištění invalidity nesmí být vyšší než částka doloženého hypotečního úvěru.

U pojistných částek PNO, DO, **přesahujících 500 Kč** je třeba příjem **doložit potvrzením příjmu** (viz specifikace dokladů v 2.4.3.2.). Příjem pojištěného je rozhodný pro výši pojistné částky pojištění denního odškodného, pracovní neschopnosti a invalidity (viz. 2.3.2. a 2.3.3.).

2.4.3.1. Co je považováno za příjmy

PŘÍJEM

Za příjmy jsou považovány pouze **ZDANITELNÉ příjmy**, které klientovi plynou z povolání, které uvedl v části A dotazníku, přičemž se v úvahu berou pouze:

- a) příjmy dle § 6 zákona o daních z příjmů, tj. **příjmy ze závislé činnosti a funkčních požitků** a
- b) příjmy dle § 7 zákona o daních z příjmů, tj. **příjmy z podnikání a jiné samostatné výdělečné činnosti**

Za příjmy nelze například považovat:

- **jakýkoliv druh důchodu** (starobní, invalidní, vdovský, sirotčí atd.),
- **sociální dávky** všeho druhu,
- **mateřská nebo rodičovský příspěvek**,
- **podpora v nezaměstnanosti**,
- **nemocenská**,
- příjmy z dohody o provedení práce,
- příjmy z kapitálového majetku dle § 8 zákona o daních z příjmů,

- příjmy z pronájmu dle § 9 zákona o daních z příjmů,
- ostatní příjmy dle §10 zákona o daních z příjmů,
- příjmy dle §13 zákona o daních z příjmů (příjmy spolupracující osoby) atd.

PŘÍJEM ZAMĚSTNANCE

Pokud je pojištěný zaměstnancem, jako své hrubé příjmy dokládá příjmy dle § 6 zákona o daních z příjmů, tj. **příjmy ze závislé činnosti a funkčních požitků**, přičemž **průměrný měsíční příjem** je posuzován **za období 12 měsíců předcházejících uzavření pojistné smlouvy**. Pokud zaměstnanecký poměr pojištěného ještě netrvá celých 12 měsíců, je průměrný příjem posuzován za dobu trvání zaměstnaneckého poměru, nejméně však za dobu tří měsíců.

Příjmem ze závislé činnosti a funkčních požitků jsou i **odměny členů statutárních orgánů a dalších orgánů právnických osob, příjmy za práci členů družstev, společníků a jednatelů společností s ručením omezeným**, atd.

Tj. je-li pojištěný např. jednatelem a současně společníkem společnosti s ručením omezeným, jako své příjmy uvádí ty příjmy, které mu plynou z funkce jednatele a případné odměny za činnost společníka vyplývající mu ze společenské smlouvy, nikoliv však podíly na zisku z majetkového podílu na společnosti s ručením omezeným, neboť tyto jsou příjmem z kapitálového majetku dle § 8 zákona o daních z příjmů, rovněž nedokládá příjmy celé právnické osoby tj. společnosti s ručením omezeným.

PŘÍJEM OSOBY SAMOSTATNĚ VÝDĚLEČNĚ ČINNÉ (OSVČ)

Pokud pojištěný vykonává **samostatnou výdělečnou činnost**, dokládá jako své hrubé příjmy **dílčí základ daně z příjmů dle § 7** zákona o daních z příjmů tj. **z příjmů z podnikání a jiné samostatné výdělečné činnosti**, a to za **předchozí zdaňovací období**, který vydělí číslem 12 (=přepočtení ročního základu daně na měsíční).

*Např. za zdaňovací období 2015 byl **dílčí základ daně z příjmů dle § 7** uveden na řádku č. 113 přílohy č. 1 daňového přiznání. Podle částky uvedené na tomto řádku a vydělené 12 by se posuzoval „hrubý“ příjem OSVČ.*

Pozn. Spolupracující osoba není považována za OSVČ – viz. 2.4.3.1.

Pokud **pojištěný** vykonává **samostatnou výdělečnou činnost** pouze jako **činnost vedlejší**, lze k těmto příjmům přihlídnout pouze, mají-li trvalý charakter – tj. pojištěný jich dosahuje opakovaně. To je důležité zejména u studentů, důchodců a osob na mateřské a rodičovské dovolené – viz 2.3.2.

Poznámka

*Vedlejší samostatná výdělečná činnost je definována zákonem č. 155/1995Sb., (zákon o důchodovém pojištění). Ve smyslu tohoto zákona vykonává vedlejší **samostatnou výdělečnou činnost například osoba, která:***

- a) má současně příjmy ze zaměstnání, a to v daném kalendářním roce alespoň ve výši 12 násobku minimálního příjmu*
- b) má současně nárok na výplatu invalidního důchodu nebo jí byl přiznán nárok na starobní důchod*
- c) má současně nárok na rodičovský příspěvek nebo pečuje o osobu do 10 let věku závislou na péči jiné osoby*
- d) je nezaopatřeným dítětem**

**statut nezaopatřeného dítěte dle zákona mají i studenti do 26 let věku*

Tzn., že zaměstnanec, důchodce, osoba na rodičovské dovolené, student, kteří provozují samostatnou výdělečnou činnost, ji dle zákona provozují jako vedlejší.

2.4.3.2. Doklady k potvrzení příjmu

ZAMĚSTNANEC

Originál potvrzení mzdové účtárny opatřený datem vydání, razítkem organizace a podpisem osoby jež potvrzení vydala, potvrzení musí obsahovat příjmy za posledních 12 měsíců před uzavřením pojistné smlouvy. Je-li zaměstnanec zaměstnán kratší dobu než 12 měsíců, potvrzují se příjmy za tuto dobu, minimálně však za 3 měsíce. Příjmy se potvrzují na formuláři pojistitele č. 11 Z 1808.

OSVČ

Opis rozhodných údajů z daňového přiznání – jedná se o potvrzení, který vydá finanční úřad na požádání zdarma.

Výše uvedený originální doklad lze nahradit kopií daňového přiznání za podmínky, že bude opatřeno podacím razítkem včetně datumu podání na finanční úřad.

2.4.3.3. Pojištění denního odškodného – limity pojistných částek dle role a statutu osoby

Závislost na roli (dospělý vs. dítě) a statutu pojištěného z pohledu jeho výdělečné činnosti

Pojištěný v roli dospělého pojištěného

- | | | |
|---|----|---|
| • výdělečně činný | => | dle příjmu viz. 2.3.2. , max. povolený limit 4 tis. Kč |
| • nezaměstnaný | => | max. povolený limit 100 Kč |
| • mateřská a rodičovská dovolená, student, důchodce, v domácnosti apod. | => | max. povolený limit 500 Kč |

Poznámka

*Uvede-li pojištěný na dotaz na povolání, že je studentem, důchodcem, osobou na mateřské nebo rodičovské dovolené, v domácnosti apod. a současně si sjedná vyšší pojistnou částku než 500 Kč, jedná se **o chybu v pojistné smlouvě**. Pojištěný by musel doložit trvalý a opakovaný příjem příslušným dokladem viz. článek 2.4.3*

Pokud student, důchodce, osoba na mateřské nebo rodičovské dovolené atd., doloží příjmy příslušným dokladem, musí kromě této role uvést v odpovědi na dotaz části A dotazníku i povolání, z něhož příjmy dosahuje, přičemž je vždy nutné posoudit, zda tyto příjmy mají trvalý a opakovaný charakter a zda se jedná o zdanitelné příjmy ve smyslu výše uvedených ustanovení tohoto článku. U osob na mateřské a rodičovské dovolené lze přihlídnout jen k příjmům, které dosahují v průběhu této dovolené, nikoliv k příjmům, kterých dosahovaly před ní.

U těchto osob je nutné při uzavírání pojistné smlouvy vzít v úvahu, že pojistitel si vždy může vyžádat potvrzení příjmů.

Pojištěný v roli pojištěného dítěte

Denní odškodné DO-d pro pojištěného v roli dítě může být sjednáno maximálně na PČ 500Kč v kumulaci ze všech platných pojistných smluv a to bez ohledu na statut dospělého pojištěného, pokud ten je uveden na pojistné smlouvě.

2.4.4. VYPLNĚNÍ DOTAZNÍKU PRO POJIŠTĚNÉ DÍTĚ

Dotazník pro pojištěné dítě se vyplňuje v případě, je-li sjednáváno pojištění vážných chorob nebo péče o dítě se zdravotním postižením. Dotazník vyplňuje vždy **zákonný zástupce** pojištěného dítěte.

Část A dotazníku

V části A dotazníku se vyplňuje **Jméno, příjmení, adresa, telefon, popř. e-mail ošetřujícího lékaře pediatra a jméno, příjmení, adresa, telefon, popř. e-mail odborného lékaře** (je-li dítě vedeno ve stálém ošetření, tzn. např. navštěvuje některou z odborných poraden, pravidelně se podrobuje kontrolám u odborného lékaře).

Část B dotazníku

Pro vyplnění části B dotazníku platí veškerá pravidla uvedená v bodě 2.4.2. Otázky je třeba vyplnit pravdivě, úplně, nic nezatajovat, i kdyby se jednalo o zdánlivě nepodstatné informace. V případě pozitivní odpovědi na některý z dotazů, je vhodné k pojistné smlouvě přiložit kopie lékařských zpráv pokud je mají zákonní zástupci pojištěného dítěte k dispozici.

1. Uvedte tělesnou výšku a váhu dítěte.

Jedná-li se o kojence či batole a váha dítěte se jakkoli vymyká normálu ve vztahu k věku dítěte, např. 1/2 roční dítě váží 3 kg, je třeba popsat možné důvody. Např. dítě se narodilo předčasně ve XY týdnu těhotenství aj. Výrazné odchylky váhy od standardu mohou ukazovat na možná onemocnění dítěte.

2. Léčí se dítě v současnosti nebo má zdravotní obtíže v souvislosti s úrazem nebo s některým z uvedených onemocnění?

a) onemocnění srdce, cév, krve, břišních nebo dýchacích orgánů, vysoký krevní tlak?

Doplňující otázky k získání co nejpřesnější odpovědi:

- Kdy bylo onemocnění dítěte zjištěno? Kdy se začalo léčit? Bere léky? Jaké?
- Má Vaše dítě nějaké jiné potíže se srdcem? Navštěvuje s tím kardiologa nebo internistu? Proč, jak dlouho, co užívá...?
- Mělo trombózu nebo něco jiného s cévami? Chodí s tím někde? Kam, proč, co užívá?
- Mělo nebo má anémii? Nebo krvácivé nemoci – hemofilii a podobné? Leukémii? Chodí na hematologii? Proč, co užívá?
- Jak dlouho se už léčí?
- Má Vaše dítě nějakou nemoc břišních orgánů? Nemělo třeba žloutenku? A co ledviny a močové cesty? Chodí do nějaké poradny – hepatologické (poradna pro nemoci jater), nefrologické (poradna pro nemoci ledvin). Proč, jak dlouho, co užívá?
- Nemá chronický zánět průdušek nebo astma? Chodíte s dítětem na TRN (plicní) nebo alergologii? Proč, jak dlouho, co užívá?

b) cukrovka, porucha metabolismu tuků, psychická porucha, epilepsie nebo jiné onemocnění mozku?

Doplňující otázky k získání co nejpřesnější odpovědi:

- Má Vaše dítě cukrovku? Jak dlouho? Chodíte do poradny (ano – doporučujeme **rovnou přiložit originál či kopii poslední zprávy, to platí pro návštěvy všech odborných lékařů**). Jak se léčí – dieta, inzulin, léky?
- Má Vaše dítě vysoký cholesterol nebo jiné krevní tuky? Znáte poslední hodnotu cholesterolu? Uvedte ji. Chodíte do metabolické poradny nebo k internistovi? Drží Vaše dítě jen dietu nebo bere i léky? Jaké, jak dlouho?
- Léčilo se Vaše dítě někdy u psychiatra, psychologa nebo i u praktického lékaře pro duševní onemocnění (i depresivní stavy)? Jaká diagnóza mu byla stanovena? Kdy to bylo? Užívá nyní nějaké léky pro duševní onemocnění? Pokusilo se někdy o sebevraždu? Bylo Vaše dítě někdy hospitalizováno na psychiatrii?
- Léčilo se Vaše dítě u neurologa pro epilepsii? Nebo mělo epilepsii dřív? Jak dlouho je bez záchvatů nebo jak často má záchvaty? Co užívá za léky, jak dlouho?
- Nemá Vaše dítě nějaké jiné mozkové nebo neurologické onemocnění, například roztroušenou sklerózu, myastenii, svalové dystrofie a podobně.

c) jakékoliv nádorové onemocnění?

Doplňující otázky k získání co nejpřesnější odpovědi:

- Nechystáte se jít s dítětem k lékaři pro podezření na nádorové onemocnění?
- Mělo nebo se právě léčí Vaše dítě pro nádorové onemocnění?
- Není Vaše dítě právě vyšetřováno, aby se vyloučilo toto onemocnění?

Pokud ano, je přínosné přiložit poslední zprávu z onkologie. Je třeba uvést i případnou rakovinu kůže.

d) onemocnění smyslových orgánů, pohybového aparátu?

Doplňující otázky k získání co nejpřesnější odpovědi:

- Má Vaše dítě onemocnění očí, uší, kůže? Jaké, kde a jak se léčí (pokud se léčí), jak dlouho?
- Má poškození pohybového aparátu (nemocí nebo úrazem)?

Pokud ano, je nutné a přínosné uvést rozsah, případně, kde byla provedena operace a jaká, zda poškození zanechalo a jaké trvalé následky.

e) závislost na alkoholu, na hracích automatech, drogová závislost? (pouze pro děti starší 13 let včetně)

Doplňující otázky k získání co nejpřesnější odpovědi:

- Léčilo se Vaše dítě někdy pro závislost na hracích automatech, drogách, lécích, alkoholu?
- Konzumuje pravidelně alkohol? Jaké množství, co?

3. Léčilo se dítě nebo mělo zdravotní obtíže v souvislosti s úrazem nebo onemocněním uvedeným v dotazu č. 2?

V této otázce se ptáme na minulost ve vztahu k odpovědím na otázku č.2. Tzn. zda se dítě léčilo nebo mělo zdravotní obtíže v minulosti (horizont 10-ti let), před vstupem do pojištění. V mnoha případech nebude mít horizont 10-ti let, vzhledem k věku pojišťovaného dítěte, význam. Odpověď bude negativní.

4. Má dítě vrozenou vadu nebo trpí dědičným onemocněním? Pokud ANO, uveďte jakou vadu/ druh onemocnění.

Pokud se pojišťované dítě narodilo s jakoukoliv vrozenou vadou, je třeba ji v dotazníku uvést. Mnohdy se může jednat o vady, které je možno z pojištění vyloučit a nebrání tak uzavření samotné pojistné smlouvy. Pokud by se však jednalo o vady, které mají pro vstup do pojištění zásadní omezující význam a tyto by nebyly v dotazníku uvedeny, při případné pojistné události by to mělo zásadní vliv na poskytnutí pojistného plnění a na trvání pojištění.

Může se jednat např. o vrozené vady očí (jako např. vrozené odchlípení sítnice, strabismus – šilhavost, vrozený glaukom aj.), které nemusejí mít na uzavření pojištění zásadní vliv a z pojištění je možno je vyloučit.

Nebo se jedná o vady, které na uzavření pojištění nemají žádný vliv a pojištění je možno sjednat v plném rozsahu (např. vrozené kosmetické vady uší jako např. otapostasis – vrozené vady boltců, mikrocie – zmenšení ušního boltce aj.).

Na druhou stranu se však může jednat o vrozené vady, které mohou mít zcela zásadní vliv na uzavření pojistné smlouvy. Může se jednat např. o chromozomové vývojové vady (jako např. Downův syndrom, Edwardsův syndrom aj.), vrozené vývojové vady (jako např. různé rozštěpy páteře, poškození CNS, mikrocephalie aj.) nebo geneticky podmíněné choroby (jako např. vrozené poruchy metabolismu-Fenylketonurie, různé muskulární dystrofie kosterního svalstva aj.)

5. Je dítě v současné době vyšetřováno, sledováno nebo mu je doporučeno vyšetření pro jakýkoliv zdravotní problém? Pokud ANO uveďte typ a důvod vyšetření.

Pravdivá a úplná odpověď na tuto otázku může mít v případě zamlčení údajů zásadní vliv na poskytnutí případného pojistného plnění a na trvání pojištění. Podle typu vyšetření resp. medicínské odbornosti je možno usuzovat na možné zdravotní problémy dítěte a pojištění upravit do přijatelné podoby případně s přijetím do pojištění počkat na výsledky podstupovaných vyšetření.

3. KOMUNIKACE A POSTUP POJISTITELE V PROCESU OCEŇOVÁNÍ

Informace o postupu oceňování, resp. jeho výsledcích, jsou zaslány pojistníkovi v písemné podobě poštou. Poradci jsou informace distribuovány prostřednictvím KIS (klientský informační systém), popř. v elektronické podobě e-mailem s přílohou v PDF formátu.

3.1. TYPY VÝSTUPŮ Z PROCESU OCEŇOVÁNÍ

Zařazení do oceňování:

- **zařazení smlouvy do oceňování:** dopis pojistníkovi (potvrzení o obdržení smlouvy a o zahájení oceňování pojištěného)
- **žádost o výpis ze zdravotní karty pojištěného:** formulář adresovaný praktickému lékaři pojištěného (výjimečně pojištěnému), současně informační dopis poradci distribuovaný v elektronické podobě
- **žádost o doplňující lékařskou zprávu:** formulář adresovaný pojištěnému (výjimečně lékaři) současně informační dopis poradci distribuovaný prostřednictvím elektronické pošty

Výsledek oceňování:

- **přidělení rizikové přírážky, pojistné postačuje:** dopis pojistníkovi (informace o přidělení rizikové přírážky a postačitelnosti pojistného)
- **přidělení rizikové přírážky, pojistné nepostačuje:** dopis pojistníkovi s 2 dodatky umožňujícími navýšení pojistného, poradci informace o výsledku oceňování distribuovaná v elektronické podobě
- **vyluka, snížení pojistné částky:** dopis pojistníkovi s 2 dodatky upravující rozsah pojištění, při nesouhlasu s navrhovanou úpravou vypovězení smlouvy poradci informace o výsledku oceňování distribuovaná v elektronické podobě
- **nepřijatelnost pojištění (rizika):** dopis pojistníkovi s 2 dodatky umožňujícími vyloučení pojištění (rizika), při nesouhlasu s navrhovanou úpravou vypovězení smlouvy.

Urgence nedodání dokumentů (dodatek, VZK, LZ):

- **v prvním kroku informace poradci, že požadovaný dokument nebyl do pojišťovny doručen a že se blíží termín, distribuovaná elektronicky (KIS, e-mail)**
- **ve druhém kroku totožná informace provedena telefonicky**

Při výpovědi pojištění je zasílán dopis pojistníkovi a současně poradci, jemuž je distribuovaný prostřednictvím KIS, popř. prostřednictvím elektronické pošty.

Poradce s přístupem do informačního systému pojišťovny má možnost v informačním systému po zadání svého zprostředkovatelského čísla vyhledat všechny smlouvy jím sjednané a zařazené do oceňování a získat přehled **o jejich aktuálním stavu i historii průběhu oceňování.**

3.1.1 POSTUP VYŘÍZENÍ DODATKU S KLIENTEM

Pro vyřízení dodatku je třeba důsledně dodržovat termíny uvedené v průvodním dopise.

- Poradce vytiskne **2 stejnopisy dodatku + 1 stejnopis průvodního dopisu** a předá pojistníkovi
- Poradce projedná s pojistníkem navrhované změny
- V případě **souhlasu** s navrhovanými změnami **pojistník podepíše oba stejnopisy dodatku** a jeden podepsaný stejnopis (dodatek je opatřen podpisem za pojistitele a proto si pojistník jeden stejnopis může rovnou ponechat) **neprodleně odešlete** do pojišťovny na adresu ČSOB Pojišťovna, a.s., Oceňování ŽP, Masarykovo nám. 1458, 530 02 Pardubice (zároveň pošlete e-mailem na ZP-ocenirizika@csobpoj.cz informaci o klientově souhlasu s navrhovanými změnami).
- Pokud pojistník se změnou **nesouhlasí**, poradce **dodatek s pojistníkem nepodepisuje** a pošle informaci o klientově nesouhlasu na e-mail ZP-ocenirizika@csobpoj.cz. Pojistná smlouva bude stornována.

3.2. POSTUP POJISTITELE PŘI NEDODÁNÍ LÉKAŘSKÝCH DOKUMENTŮ

Pokud je ze strany pojistitele žádána lékařská dokumentace (VZK, doplňující vyšetření) za účelem posouzení rizika při vstupu do pojištění a tato není v požadovaném termínu do pojišťovny doručena, může pojistitel postupovat následovně:

- vypovědět pojištění dle § 2805 písmeno a) občanského zákoníku v takovém případě, kdy je zdravotní dokumentace žádána k posouzení rizika životního pojištění (pojištění pro případ smrti)
- přijmout pojistnou smlouvu ve sjednaném rozsahu (rozsah pojištění potvrzený pojistkou) s podmínkou, že bude dokumentace do nově stanoveného termínu do pojišťovny dodatečně doručena. V takovém případě bude riziko dodatečně přehodnoceno. Pokud bude výsledek přehodnocení rizika pro pojistitele přijatelný, rozsah potvrzený pojistkou se nemění.
Pokud však lékařská dokumentace nebude do nově stanoveného termínu pojistiteli doručena, nebo výsledek přehodnocení bude pro pojistitele nepřijatelný, budou některá z dalších pojištění (rizik) dle § 2807 občanského zákoníku vypovězena.

O postupu pojistitele na konkrétní pojistné smlouvě je vždy písemně informován klient (pojistník) a poradce. Informace poradci o zvoleném postupu pojistitele je distribuována v elektronické podobě.

Popsaný proces je možno aplikovat pouze na smluvně vypověditelná pojištění (tj. vyjma pojištění smrti a pojištění maminka) a na pojistné smlouvy jejichž četnost placení je měsíční, nebo čtvrtletní.

4. SEZNAM ZKRATEK, TERMÍNŮ A FORMULÁŘŮ POUŽÍVANÝCH V PROCESU OCEŇOVÁNÍ

Zkratky pojištění (rizik)

S	– smrt
S-N	– smrt, kdy smrtí nekončí pojistná smlouva
S-K	– smrt s klesající pojistnou částkou
VCH-N	– vážná choroba, kdy vznikem vážné choroby nekončí pojistná smlouva
VCH-Z	– vážná choroba žen a pojištění prevence
VCH-M	– vážná choroba mužů a pojištění prevence
ÚS	– úrazová smrt
IO	– obecná invalidita
IO+	– obecná invalidita plus (pojištění 1, 2, 3 stupně a nezbytné péče)
IO-K	– obecná invalidita s klesající pojistnou částkou
IO+-K	– obecná invalidita plus (pojištění 1, 2, 3 stupně a nezbytné péče) s klesající pojistnou částkou
IO-RD	– obecná invalidita s výplatou ročního důchodu
IÚ	– úrazová invalidita
IÚ+	– úrazová invalidita plus (pojištění 1, 2, 3 stupně a nezbytné péče)
IÚ-K	– úrazová invalidita s klesající pojistnou částkou
IÚ+-K	– úrazová invalidita plus (pojištění 1, 2, 3 stupně a nezbytné péče) s klesající pojistnou částkou
MAM	– pojištění maminka, obsahuje komplikace v těhotenství, vrozené vady a nemoci u narozeného dítěte, úmrtí rodičky při porodu, narození vícčet
HO	– obecná hospitalizace
HÚ	– úrazová hospitalizace
PNO	– pracovní neschopnost
DO	– denní odškodné
DO-d	– denní odškodné dětí

Zkratky ostatní

VZK	– výpis ze zdravotní karty
PČ	– pojistná částka
OSVČ	– osoba samostatně výdělečně činná
Tým UW	– tým underwritingu

Formuláře

Číslo formuláře

VZK	– 10 Z 0274
Lékařská prohlídka	– 10 Z 0423
Finanční dotazník	– 11 Z 1864 (v el. podobě)
List zájemce o pojištění	– 11 Z 0459, 11 Z 0559 pro pojištěné dítě (v el. podobě)
Potvrzení o výši pracovního příjmu	– 11 Z 1808 (v el. podobě)

Lhůty pro proces oceňování

Lhůta k provedení ocenění	– lhůta, kdy pojistitel musí pojistnou smlouvu buď přijmout nebo vypovědět (tzv. výpovědní lhůta) (zákonem stanovená lhůta – 2 měsíce od uzavření pojistné smlouvy)
Max. termín pro výpověď	– nejzazší termín pro odeslání dopisu o výpovědi pojištění (pojistné smlouvy) je datum sjednání + 2 měsíce – 8 dní

Seznam smluvních lékařů

Informace o smluvních lékařích provádějící pro pojišťovnu lékařské prohlídky jsou umístěny na informačním portále pro poradce:

<https://www.csobpoj.cz/cs/extranet> v menu Přehled produktů / životní pojištění / underwriting

nebo na informačním portále ČSOB Pojišťovny a.s.

Tento seznam je neustále upravován a doplňován podle toho, jak se pojišťovně daří akvizice nových smluvních vztahů s lékaři v různých oblastech republiky.

5. SLOVNÍK VYBRANÝCH LÉKAŘSKÝCH TERMÍNŮ

Alportův syndrom	Dědičné onemocnění zahrnující postižení ledvin a sluchu.
Alzheimerova choroba	Degenerativní proces, provázený rozvojem atrofie mozku, poruchy paměti, demence.
Anémie	Chudokrevnost. Onemocnění, při kterém je v krvi snížen počet červených krvinek a množství krevního barviva.
Aneurysma	Výduť, rozšíření cévy kdekoli v cévním systému.
Astma, chronická bronchitida	Záchvatovitá dušnost vznikající na podkladě náhlého zúžení průdušek.
Cor pulmonale	Plicní srdce – chorobné zvětšení pravé srdeční komory v důsledku plicních onemocnění.
Crohnova choroba	Chronický zánět střev.
Cystická fibróza, mucoviscidóza	Dědičné onemocnění žláz se zevní sekrecí. Porucha jejich funkce (plíce, trávicí ústrojí).
Diabetes mellitus	Cukrovka – nedostatek inzulínu nebo jeho malá účinnost. 2 typy: závislý na inzulínu a nezávislý na inzulínu (dieta, tablety).
Dna	Metabolické kloubní onemocnění – porucha metabolismu a vylučování kyseliny močové.
Downův syndrom	Vrozená vývojová porucha.
Epilepsie	Porucha mozku projevující se opakovanými záchvaty (paroxysmy) různého charakteru (porucha vědomí a vnímání, křeče).
Friedreichova ataxie	Dědičné onemocnění – deformity skeletu, svalová atrofie.
Hemofilie	Vrozené onemocnění se zvýšenou krvácivostí na základě porušené krevní srážlivosti.
Hepatitida B, C	Zánět jater způsobený virem HBV, HCV.
Hluboké trombózy	Srážení krve v cévách.
Hypertenze	Vysoký krevní tlak.
Chronická pyelonefritida	Chronický zánět ledvin.
Chronická renální insuficience	Chronické selhání ledvin. Následek zhoršení funkce ledvin při řadě ledvinových onemocnění.
Ischemická choroba srdeční – ICHS	Onemocnění srdce při nedostatečném prokrvení srdečního svalu – ischemie. (infarkt myokardu, angina pectoris).
Jaterní cirhóza	Tvrdnutí jater – reakce na různá poškození (zánět, alkohol).
Karcinom	Zhoubný nádor, rakovina.
Kardiomyopatie	Onemocnění srdeční svaloviny. Příčina je často neznámá, existují vlivy pozánětlivé, toxické (vč. některých léků, alkoholu), genetické.
Korsakovův syndrom	Onemocnění při organickém poškození mozku nebo následkem dlouhodobé závislosti na alkoholu nebo drogách.
Myastenia gravis	Autoimunitní porucha charakterizovaná výraznou svalovou slabostí, poruchou řeči apod.
Obliterující ateroskleróza	Kornatění tepen – onemocnění tepen s postupným zužováním až uzávěrem s následnou ischemií (nedokrvení příslušné části organismu).
Pankreatitida	Zánět slinivky břišní – akutní nebo chronická forma. Onemocnění vyvolané žlučovými kamenky, dietní chybou, alkoholem nebo některými celkovými onemocněními.
Plicní fibróza	Zmnožení vaziva v plicích, narušená funkce plic.
Polycystické ledviny (familiární, cysticky zdegenerované ledviny)	Dědičné onemocnění s tvorbou cyst v ledvinách.
Psoriáza	Lupénka, chronické kožní onemocnění.
Reaktivní deprese	Duševní stav charakterizovaný nadměrným smutkem. Může být součástí neurozy, psychopatie nebo reakcí na závažnou událost.
Revmatoidní artritida	Zánět kloubů.
Roztroušená skleróza, demyelinizační onemocnění	Chronické onemocnění CNS (poruchy chůze, citlivosti, řeči, obrny, deprese aj.).
Sarkoidóza	Systémové onemocnění nejasného původu postihující plíce, játra, uzliny i další orgány.
Schizofrenie	Těžká duševní porucha, psychóza.
Silikóza	Plicní onemocnění způsobené ukládáním oxidu křemičitého do plic (práce v dolech, kamenolomech, slévárnách, výrobnách skla, keramiky aj.).
Svalová dystrofie	Dědičné onemocnění postihující svaly kosterní i sval srdeční. Existují různé typy a stupně postižení (lehčí forma – např. myotonická d.; těžší – např. Duchenneova svalová d.).
Ulcerózní kolitida, idiopatická proktokolitida	Zánět tlustého střeva a konečníku. Postihuje libovolnou část tlustého střeva, vždy konečník.



ČSOB Pojišťovna, a. s., člen holdingu ČSOB
Masarykovo náměstí 1458, Zelené Předměstí
530 02 Pardubice, Česká republika
tel.: 466 100 777, fax: 467 007 444
e-mail: info@csobpoj.cz

www.csobpoj.cz

Infolinka 466 100 777

11 Z 0958