

# ŽIVOTNÍ A ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ

---

## 1) a) Základní pojištění smrt (úrazem/nemocí).

Kromě pojištění dětí jde o základní pojištění, bez kterého nelze sjednat další rizika. Smysl tohoto pojištění je především v zajištění partnera či rodiny, pokud hlavní živitel zemře. Toto pojištění lze proto sjednat od 18 do 65 let, tedy pro tzv. *produktivní* dobu. Doba trvání je zhruba do 75 let, ale některé pojišťovny považují za hraniční věk 70 let, jinde je dokonce možné pojistit se i do 80. Většinou však může pojistník ukončit pojištění i v době kratší, což pojistku zlevní.

Toto pojištění je uzavíráno na minimální částku – někde je to 10, jinde 100 tisíc. Tyto minimální částky samozřejmě situaci rodiny v případě smrti hlavního živitele neřeší. Ale pojistník může položit důraz spíše na rizika. Pojistník si však může stanovit jakoukoliv vyšší částku, samozřejmě, čím vyšší částka, tím vyšší pojistné. Pokud je stanovena vysoká pojistná částka, vyžadují pojišťovny zkoumání zdravotního stavu, aby se předešlo spekulacím. Někdy i doložení příjmů pojistníka. Co je „vysoká částka,“ to je u různých pojišťoven nastaveno také různě. Zkoumáním zdravotního stavu se pak rozumí především vyplnění dotazníku, který pojistník vyplňuje jakoby místopřísežně. Teprve, když v dotazníku přizná nějakou zdravotní komplikaci, bývají vyžadovány odpovědi na další otázky, případně lékařské zprávy. Pojišťovna může zájemce o pojištění také odmítnout, pokud je pro ni rizikový. I v této věci je však přístup pojišťoven různý. Pokud by pojistník nepřiznal zdravotní komplikace, o kterých prokazatelně v době podpisu věděl, a pokud by se právě ony staly příčinou pojistné události, bylo by plnění zkráceno, případně by pojišťovna mohla plnění odmítnout úplně. Ve výlukách všech pojišťoven je bohužel smrt při teroristických útocích a politických nepokojích.

Pojišťovny si také třídí pojištěnce do různých rizikových kategorií podle povolání. Čím vyšší skupina, tím je buď pojistné dražší, nebo se některá rizika ocitají ve výlukách. Například v jedné firmě, kde se pracuje s obráběcími stroji, uzavřeli zaměstnancům kolektivní pojistku. Avšak nejčastějšími úrazy u těchto strojů jsou úrazy očí. Zaměstnanci pak bývají rozčarováni, když zjistí, že právě oči mají ve výlukách! Nepřiznat poctivě profesi a její rizikovost, by mělo stejné následky, jako zamlčení zdravotního stavu. Ze stejného důvodu se pojišťovny zajímají o to, jaké sporty a na jaké úrovni pojištěnec provozuje.

Důležité je ohlídat, zda jde o smrt úrazem, nemocí nebo úrazem i nemocí.

Některé pojišťovny nabízejí i zajímavé varianty plnění, např. možnost vyplacení určité částky ještě za života pojištěného v případě, že je v terminálním stavu a potřebuje zvláštní, nákladnou péči. Pokud by se přesto uzdravil, vyplacené peníze mu už zůstanou.

U životního pojištění je samozřejmě třeba uvést obmyšlenou osobu či osoby, jimž má být a v jakém poměru částka vyplacena. Tyto osoby je možné uvést jménem (Marie Novotná), nebo funkcí (manželka – kdyby mezi tím došlo k rozvodu a novému sňatku, bude bez zásahu do smlouvy novou obmyšlenou třeba Tereza Novotná, nikoliv původní Marie). Tento údaj je však možné zjednodušit zaškrtnutím kolonky „podle zákona,“ tedy podle dědického práva, ale potom je plnění možné, až když proběhne dědické řízení.

Již nyní se můžete těšit na příští díl, kdy Vás zasvětime do toho, proč pojišťovny nabízejí konstantní nebo klesající pojistnou částku. O co jde a proč to?

2. díl na téma ŽIVOTNÍ PJIŠTĚNÍ – jak se mám rozhodnout mezi konstantní a klesající pojistnou částkou? Proč mezi nimi rozhodovat?

b) Smrt s konstantní pojistnou částkou (pč.).

Pojistník si stanoví ne jen, jaká částka a komu má být v případě jeho smrti vyplacena, ale i zda to má být částka, která byla sjednána, bez ohledu na to, po kolika letech od sjednání k pojistné události došlo - konstantní pč. (bude-li to např. 1 milion, obmyšlení pozůstalí dostanou milion, i kdyby pojištěný zemřel za rok, nebo za deset let od podpisu smlouvy), nebo má-li v průběhu let klesat. Konstantní pč. se sjednává hlavně pro zajištění pozůstalých, především rodiny. Je pochopitelně dražší, než verze s klesající pojistnou částkou.

c) Smrt s klesající pč.

Jak název produktu napovídá, znamená volba této varianty, že pojistná částka je rok od roku nižší, až je na konci pojistného období rovná nule. To znamená, že u konstantní pč. uzavřené na milion, zemře-li pojištěný ještě na konci pojistného období, dostanou pozůstalí milion. V případě klesající částky už nic. Je jasné, že tato varianta je levnější. Můžeme se však ptát, k čemu je vůbec dobrá, zda sleva stojí za tak nevhodné plnění?

Tato varianta není určena pro zajištění pozůstalých, nýbrž jako doplněk k některým úvěrům, především hypotéčním. Pojistné je stanoveno na dlužnou částku, která se při pravidelném splácení rok od roku snižuje. Zde jde především o to, aby v případě úmrtí pojištěný splatil své závazky, které by jinak mohly přejít na pozůstalé. Většina bank zvýhodňuje nižší úrokovou sazbou poskytnutí úvěru takto pojištěným, aby si splacení úvěru zajistily.

Klesající pojistná částka má dvě varianty:

- Lineárně klesající pč.: plnění se snižuje každoročně o pravidelnou částku, takže na grafech se jeví částka, jako linka od nejvyšší částky (1. rok) k nule v posledním roce pojištění. Tato varianta je levnější, než následující, nekopíruje však úplně přesně potřebu krytí dluhů a úvěrů, pro které je tento typ ŽP určen.
- Anuitně klesající pč.: klesá pomaleji (po křivce) v závislosti na vývoji úroků apod., takže kopíruje vývoj dluhu po splátkách přesněji, ale je o něco dražší, než předcházející varianta.

Volbou klesající pojistné částky je také možné zlevnit základní, povinné ŽP, pokud chce pojištěník položit víc důraz na rizika. Většina pojišťoven však vedle základního pojištění smrti nabízí i doplňkové pojištění smrti, což umožní oba typy ŽP kombinovat, například chce-li pojištěník zajistit jak rodinu, tak i splátky úvěru. Jedno pojištění pro případ smrti je pak možné uzavřít na konstantní částku pro pozůstalé, druhé s klesající částkou podle výše úvěru k zajištění splátek.

Pojistnou událostí je smrt následkem nemoci nebo úrazu během pojistného období, nebo dožití. U jiných příčin smrti než úrazem, bývá požadován alespoň dvouměsíční odstup od začátku pojistného období. Pojistná událost je vždy náhodná. Neplní se tudíž, způsobí-li si pojištěný smrt či zranění prokazatelně záměrně. Ve výluce je vždy sebevražda, ačkoliv některé pojišťovny plní i v tomto

případě, ale jen za určitých podmínek, např. jedině u hlavního pojištěného a teprve po dvou letech od počátku pojistného období, a ne celou pojistnou částku.

V případě smrti pojištěného je možné uplatňovat nárok na pojistné ihned po vystavení úmrtního listu. Je potřeba nahlásit jeho osobní údaje, číslo pojistky a kopii úmrtního listu. Někdy bývá požadována i lékařská zpráva, zemřel-li pojištěný v 1. třech letech pojistného období. Pokud nebyly určeny obmyšlené osoby, je třeba čekat až na ukončení dědického řízení.

Vyplacením životní pojistky za smrt hlavního pojištěného pojistná smlouva zaniká.

### Příště si povíme něco o zajištění důchodu pro pozůstalé.

#### 2) Důchod pro pozůstalé.

Vyplatí pojišťovna pozůstalým částku naráz, nebo postupně? I to si můžete stanovit při sjednávání pojistné smlouvy. Podobné je to u úrazů, ale tam si musí pojistník vybrat, buď a nebo. Ale u pojištění smrti je možné oba způsoby placení kombinovat. V případě smrti v průběhu pojištění tak pojišťovna vyplatí pozůstalým předem stanovenou částku. Stanovíme-li měsíční částku u důchodu pro pozůstalé např. na 60 tisíc, znamená to, že pojišťovna pozůstalým bude vyplácet ročně tuto částku v měsíčních splátkách – tedy 5 tisíc měsíčně. Tato výplata bude trvat po sjednanou dobu, zpravidla 5 nebo 10 let. Čím větší roční částku a čím delší období si stanovíme, tím dražší pojistné bude. 60 tisíc na 5 let může stát třeba 60,- Kč měsíčně, na 10 let i 110,- Kč měsíčně.

Pojistník musí tedy zvážit, jaké jsou jeho možnosti a potřeby rodiny, kterou chce svoji pojistkou zajistit.

Důchod pro pozůstalé nenahrazuje důchody vyplácené podle zákona. Jsou pouhým doplňkem.

### Není smrt jako smrt, proto příští týden si povíme o zvláštnostech pojistného plnění, dojde-li ke smrti následkem úrazu.

#### 3) Smrt následkem úrazu.

Že není smrt, jako smrt, o tom jsme již mluvili. Teď podrobněji o důsledcích pro plnění, jaké může mít příčina smrti. Smrt z jakékoliv příčiny je ošetřena „základním pojištěním na smrt“ (1. díl). To je dražší, nežli *doplňkové úrazové pojištění*, které pokrývá smrt jen *následkem úrazu*. To se zase liší od pojištění úrazu a smrti následkem dopravní nehody, o kterých budeme hovořit později. Nyní půjde o úrazy, které vzniknou mimo silniční dopravu.

Zatímco u „základní smrti“ se stanovuje *karenční doba* (ochranná doba proti pojistným podvodům – např. zemře-li pojištěný před koncem karenční doby, pojišťovna nic nehradí), u smrti úrazem se karenční doba nestanovuje.

Smrt úrazem nemusí nastat bezprostředně po úrazu, ale pojišťovny si stanovují různé lhůty, do jaké doby k ní musí dojít, aby bylo plnění uznáno. V jedné je to třeba rok, v jiné až tři roky. Při sjednávání životního pojištění je třeba věnovat pozornost i takovým detailům.

Účel pojištění smrti následkem úrazu je v podstatě stejný, jako u „smrti základní“, ale je zúžena oblast příčin smrti. Nevztahuje se na smrt např. následkem nemoci. Proto je toto pojištění

levnější. Pojistník si musí určit, jestli mu v pojistné době hrozí víc úraz, než jiné možné příčiny smrti. Základní smrt se pak dá stanovit na nižší částku a posílit smrt následkem úrazu. V případě smrti úrazem se však obě částky sčítají. Bude-li základní pojištění třeba na 1 milion a pojištění úrazem 2 miliony, obmyšlená osoba (pojistníkem určený příjemce plnění nebo zákonem daný dědic) obdrží 3 miliony!

Plnění z tohoto pojištění však může ovlivnit, k jaké rizikové skupině patříte. Pojišťovny mají své tabulky povolání a volnočasových aktivit s jejich rizikovostí. Člověk, který se pohybuje např. na stavbách, nebo má dokonce služební zbraň, je okamžitě ve vyšší rizikové kategorii, než třeba úředník, ale i neozbrojený vrátný. Stejný rozdíl je mezi paraglidistou a šachistou. To pojištění pochopitelně prodražuje, pojišťovna si může stanovit výluky, nebo pojištěnce odmítnout. Pokud pojištěnec při sjednávání pojištění, nebo během pojistné doby, dojde-li ke změnám, o rizikových aktivitách pojišťovnu neinformuje, a k smrti dojde právě jejich následkem, může pojišťovna plnění snížit, případně i odmítnout. Některé pojišťovny se ovšem zavazují, že tak ani v takovém případě neučiní.

Úraz může přinést ne jen smrt; mnohem častěji trvalé následky, ale o nich příště.

4) Z role živitele Vás však nevyřadí pouze smrt, ale i trvalé následky úrazu, které mohou mírně i výrazně omezit Vaše uplatnění na trhu práce, poznamenat i Váš osobní život. Ačkoliv to peníze nenapraví, moudrý člověk s tím počítá. Ví, že možnosti výdělku budou omezené, výdaje naopak stoupnou (kompenzační pomůcky, úprava bytu, rehabilitace ...). Vhodným pojištěním lze dopad na rodinu i sebe podstatně zmírnit. Zatím budeme hovořit o obyčejném úrazu, později si povíme i o tom, jak plnění ovlivní, dojde-li k úrazu při dopravní nehodě.

Z úrazového pojištění jsou však standardně některé výluky: především jde o úrazy, ke kterým došlo před datem sjednání, nebo takové, které jsou následkem starých úrazů. Některé pojišťovny si dají do výluky i tu část těla, která byla v minulosti poškozena úrazem, ale všechny tak přísné nejsou. Ve výlukách jsou i rizikové sporty a povolání, ale některé pojišťovny umožňují pojistit se na některé rizikové sporty alespoň sezónně.

Pro úraz neplatí karenční doby, pokud je jasné, že jde o trvalý následek (ztráta orgánu, končetiny...). Jen v některých případech se čeká, bude-li poškození opravdu trvalé.

Existují dvě pásma plnění podle míry poškození konkrétní části těla, podle míry jejího postižení. Lze si vybrat jedno nebo druhé, nebo je i nakombinovat. Vznikne-li nárok z obou, plnění se potom sčítá!

a) Trvalé následky úrazu od 0,1 % (0,5%).

Neplatí se pochopitelně každá jizva. Pokud však jizva zasahuje desetinu (u některých pět desetin) procenta na běžně viditelné části těla (třeba ve tváři), vzniká nárok na plnění. Tato varianta je pochopitelně dražší, než následující:

b) Trvalé následky závažného úrazu od 10 %.

Zde se plní teprve tehdy, kdy trvalé poškození zasáhne desetinu orgánu. To pojištění zlevní.

Pojišťovny mají své tabulky, které jednotlivé části těla oceňují v závislosti na věku a pohlaví.

Trvalé následky se sjednávají zpravidla s tzv. *progresí*. O co se jedná? Progrese může toto pojištění výrazně zvýhodnit: progrese bývá 4-6 násobná, někde dokonce i desetinásobná. Jak funguje, to si nejlépe ukážeme na progresi čtyřnásobné: je-li poškozena  $\frac{1}{4}$  orgánu, pojistník získá plnou smlouvanou částku. Bude-li to  $\frac{1}{2}$ , má nárok na dvojnásobek;  $\frac{3}{4}$  už je to trojnásobek! Při plném poškození orgánu je to tedy čtyřnásobek. Při vší smůle je to potom slušná kompenzace. Desetinásobná progrese bývá komplikovanější. Podrobnosti o ní raději přímo v naší kanceláři.

I pojištění trvalých následků jistí člověka pro splácení finančních závazků, jako jsou třeba hypoteční úvěry.

Pojistit se dá však i pro pouhou dlouhodobou pracovní neschopnost, ale o tom za týden...

5) Ačkoliv to zákony stále mění a někdy komplikují, v případě pracovní neschopnosti člověk jištěn je. Není to žádná sláva, ale bez prostředků nezůstane. Ale co když to trvá dlouho, a co když je člověk OSVČ, která žádnou nemocenskou nepobírá? Pak už mohou být výpadky příjmů nepříjemné velmi! I na to se dá pojistit. Existují dvě kategorie pracovní neschopnosti – je možné vybrat si jednu z nich, nebo je kombinovat:

a) Pracovní neschopnost následkem úrazu.

Je výrazně levnější, protože pravděpodobnost pojistné události je nižší, než

b) Pracovní neschopnost následkem nemoci.

... ta může být až dvakrát tak drahá, protože pojistné události z této příčiny tak časté nejsou. Kombinací obou rizik se však obě pojištění zlevní. Je to pojištění na:

c) Pracovní neschopnost následkem úrazu a nemoci dohromady.

U některých pojišťoven je třeba se rozhodnout pro jednu z těchto variant, u jiných jedna podmiňuje druhou (třeba úraz je dodatkem k nemoci, bez které jej nelze sjednat).

Jelikož toto pojištění kryje výpadky příjmů z výdělečné činnosti, ať závislé nebo nezávislé, je možné sjednat je jen v tzv. produktivním věku a pro osoby výdělečně činné. Tedy ne pro nezaměstnané nebo důchodce, pokud pobírají pouze důchod. Proto je možné sjednat je pouze mezi 15. a 60. – 65. rokem věku. Pokud není domluveno jinak, v 60 nebo 65 letech pojištění zaniká.

Tato dávka je denní.

Další okolností, na kterou je třeba myslet už při sjednávání, je, že celková částka s plnění + další nemocenské, (plat, plnění od jiných pojišťoven ...) nesmí přesáhnout výši doloženého měsíčního příjmu. Ten se ale zkoumá většinou až tehdy, pokud si pojistník sjedná denní dávku na 500,- Kč a více. Obvyklejší je pohybovat se od 100,- do 300,- Kč. Výši pojistné částky tak pojistník určuje podle svých příjmů z výdělečné činnosti – měla by to být odhadem částka, o kterou se mu běžné příjmy během dlouhodobé pracovní neschopnosti sníží.

Dále je třeba určit, co je to „dlouhodobé“? Je možné pojistit se už na první den neschopnosti, ale takové pojištění je výrazně dražší. Běžnější je pojistit se až na neschopnost, která přesáhne dva týdny. Ale můžete se pojistit na pracovní neschopnost až po 4. nebo 8. týdnů pracovní neschopnosti. Takový odklad je potom levnější. Ale lze je také kombinovat: sjednáte-li si pojištění na pracovní

neschopnost po 4. i 8. týdnu, bude pojistné dražší, ale od 8. týdne bude vyplácená částka dvojnásobná. Plní se ale maximálně 365 dní.

Nárok na plnění tedy vzniká až tehdy, když pracovní neschopnost přesáhne smlouvanou dobu. Pak je ale vypláceno i za dny, které této době předcházely. Plněním pojištění ani povinností platit pojistné nezaniká.

I zde jsou čekací (karenční) doby, o kterých jsme mluvili dříve – na plnění v případě nemoci je zpravidla nárok třeba až od 3 měsíců po sjednání, aby nedocházelo ke spekulacím. Naopak pracovní neschopnost následkem úrazu je bez tohoto opatření a plní se okamžitě. K pracovní neschopnosti pro těhotenství se pojišťovny staví různě – některé je mají ve výlukách jiné plní třeba jen tehdy, když žena otěhotní až půl roku od sjednání pojištění.

Pojistník musí (pokud mu to jeho stav dovoluje) nahlásit nejpozději do tří dnů od vzniku nároku pojistnou událost (je-li sjednáno pojištění od 15. dne, tedy do 18. dne pracovní neschopnosti) pojistnou událost pojišťovně nahlásit. Jinak si pojišťovny vyhrazují právo pojistné plnění snížit.

Některé důvody pracovní neschopnosti jsou ovšem ve výlukách. Jde především o nemoci a úrazy, které vznikly před sjednáním pojištění nebo v důsledku úrazů a nemocí, které vznikly před tím. Zcela vyloučena je pracovní neschopnost následkem požívání návykových a psychotropních látek, včetně alkoholu. Bohužel, ani odvykávací léčbu nelze jako pojistnou událost uplatňovat.

Velmi komplikované je to s duševními poruchami. Ty jsou principiálně ve výluce. Výjimkou jsou ale takové, které jsou následkem úrazu, k němuž došlo až po sjednání pojištění.

Tento typ připojištění je však v rámci konkurenčního boje mezi pojišťovnami nejčastějším předmětem úprav, jeho podmínky se občas mění. Proto také bývají rok od roku pro pojištěného výhodnější. Pojistná smlouva by proto měla být alespoň jednou za tři roky zrevidována a upravena, samozřejmě s ohledem na klientův stávající zdravotní stav.

I toto pojištění pomáhá pojištěnému splácet finanční závazky, především hypoteční a podobné úvěry.

Stejně je to i s výpadky příjmů, o kterých si povíme za týden, jako je pobyť v nemocnici.

6) V předcházejícím díle jsme hovořili o tom, jak se zajistit pro případ, že nás z výdělečné činnosti vyřadí nemoc nebo úraz, které vedou pouze k pracovní neschopnosti. Nyní si povíme o tom, že pojišťovny nabízejí zajištění i pro případ, že úraz či nemoc vedou k hospitalizaci. Možnost připojistit se na pobyt v nemocnici byla nabízena už před tím, než byly zavedeny poplatky za hospitalizaci. Po jejich zavedení bylo toto riziko sjednáváno především kvůli nim, ale jejich původní smysl byl v hrazení ušlého zisku a nákladů s hospitalizací spojených, takže ani po zrušení poplatků za hospitalizaci toto pojištění význam neztrácí. Lze uplatnit i pro hrazení nadstandardního pokoje a péče a další náklady, které z pobytu v nemocnici pojištěnému vznikají (např. zajištění chodu domácnosti po dobu hospitalizace).

Jde o denní dávku, jejíž výše se stanovuje podle předpokládaných nákladů a výše ušlého zisku.

Aby bylo možné uplatňovat nárok na plnění, musí hospitalizace trvat u jedné pojišťovny minimálně 24 hodin, u jiné třeba „tři půlnoci“ a podobně. Pak se plní za každý započatý den hospitalizace, maximálně však 730 dnů (cca dva roky). Pobyt v nemocnici musí být z lékařského hlediska nezbytný, tedy, že nelze péči poskytnout ambulantně.

Pojištění se zpravidla vztahuje na hospitalizaci v celé Evropě.

Také toto pojištění, podobně jako pracovní neschopnost, lze rozdělit do tří kategorií podle důvodů hospitalizace:

a) Pobyt v nemocnici následkem úrazu:

U pobytu v nemocnici se uplatňují karenční doby, ale podobně, jako u pracovní neschopnosti, ne u hospitalizace následkem úrazu. Tam je plnění okamžité (tedy už 7 dní od sjednání smlouvy), samozřejmě, došlo-li k úrazu až po začátku platnosti smlouvy a pokud si úraz nezpůsobil pojištěný záměrně, aby získal plnění. Později si povíme i o tom, jaký vliv má, dojde-li k úrazu v souvislosti s dopravní nehodou.

b) Pobyt v nemocnici následkem nemoci...

... je stejně jako „pracovní neschopnost v důsledku nemoci“ dražší. Některé pojišťovny ho ani nenabízejí. V jiných je základní; na úraz ta třeba se připojistit. Na rozdíl od úrazu se u nemoci uplatňují karenční doby, aby se předešlo hospitalizaci pro nemoci, kterými pacient (vědomě) trpěl již před sjednáním pojištění. Tyto se uplatňují i tehdy, kdy v průběhu pojištění dojde k úpravám, třeba ke zvýšení pojistné částky.

c) Pobyt v nemocnici následkem úrazu a nemoci:

Kombinaci obou důvodů k hospitalizaci nenabízejí všechny pojišťovny. Lze jí však lépe pokrýt obě rizika, a to se slevou.

Pojistit lze děti od 3 měsíců do 26 let a dospělé od 18 do 75 let (není-li při sjednání stanoveno jinak). U pojištěných dětí pojištění zaniká automaticky při dovršení 26 let a u dospělých v 75 (tedy, není-li sjednáno jinak).

Jak již bylo řečeno, u pojištění nemocí jsou uplatňovány ochranné karenční lhůty. Zvláštními případy jsou hospitalizace z důvodu těhotenství nebo stomatologických zákroků. Tam se uplatňují zvláštní karence – zpravidla se hradí pobyt v nemocnici z těchto důvodů až po uplynutí 8 měsíců od sjednání smlouvy. Ale v rámci boje o zákazníka začaly být některé pojišťovny k ženám s komplikacemi v těhotenství a při porodu velmi vstřícné. Tyto změny v podmínkách pozorně sledujeme, abychom připravili nabídku podle klientových potřeb.

Pojistnou částku za pobyt v nemocnici nelze uplatňovat, pokud by sice bylo možné provést léčení ambulantně, ale osobní sociální situace pojištěného to neumožňuje (třeba kvůli nedostatečné péči ze strany rodiny). Ve výlukách jsou také psychologické a psychiatrické důvody k hospitalizaci, pokud nedošlo k duševním poruchám v souvislosti s tělesným úrazem. Také hospitalizaci z důvodů vrozených vad, zejména pokud se o nich vědělo už před sjednáním pojištění, odmítají pojišťovny hradit. Pojišťovny mají ve výlukách pobytu v léčebných zařízeních, pokud jde o rekonvalescenci,

lázeňské a podobné pobyty, ale některé ochotně platí i tyto, navazují-li bezprostředně na hospitalizaci.

Pochopitelně i zákroky, které byly plánované před pojištěním, jsou ve výluce. U některých pojišťoven lze však sjednat pojištění i na ně, ale jen ve výjimečných případech. Také se nehradí pobyt v nemocnici v důsledku nemocí a zranění, ke kterým došlo méně než pět let před sjednáním pojištění.

Budete-li pojištěni pro případ pracovní neschopnosti i na hospitalizaci, plní se z obou pojištění. To je pro pojištěného výhodné. Na druhou stranu není plnění za pobyt v nemocnici pracovní neschopností podmíněno.

Při sjednání pojištění je i z těchto důvodů u většiny pojišťoven potřeba vyplnit velmi podrobné zdravotní dotazníky.

Pojišťovny navíc hradí jen skutečnou dobu strávenou v nemocnici. Dojde-li k přerušení hospitalizace (třeba z rodinných důvodů), nelze na tyto dny plnění nárokovat.

Podle pojistných podmínek některých ústavů je třeba nárok na plnění uplatnit nejpozději 30 dnů od ukončení hospitalizace. Ale podle občanského zákoníku, silnější normy než jsou vlastní podmínky, je to až tři roky. I toto Vám pohlídáme. Pojištěnec musí pojišťovně předložit propouštěcí zprávu.

V souvislosti s lékařskou péčí nabízejí pojišťovny i jiné zajímavé produkty. Ale o tom jindy, stejně jako o pojištění závažných onemocnění. Za týden si povíme o tom, *jak se zajistit pro případ vzniku invalidity* - co je to invalidita a jaké druhy a stupně rozeznáváme.

7) Již jsme hovořili o možnosti pojištění na trvalé následky úrazu. Nyní si povíme ještě něco o tom, jak se zajistit pro případ, že nás trvalé následky úrazu, případně i nemoci, úplně vyřadí, nebo alespoň omezí ve výdělečné činnosti a v roli živitele. V zásadě se nabízejí tyto varianty:

- a) Invalidita následkem úrazu s výplatou důchodu.
- b) Invalidita následkem úrazu s výplatou pč.
- c) Invalidita následkem úrazu i nemoci s výplatou důchodu.
- d) Invalidita následkem úrazu i nemoci s výplatou pč.

Pojištění invalidity s výplatou pevné jednorázové částky je pochopitelně levnější, než pojištění s výplatou důchodu. Jejím smyslem je pak především vybavení domácnosti pro změněné potřeby pojištěnce (vybavení kompenzačními pomůckami, nebo zajištění bezbariérovosti, nadstandardní služby v rehabilitačních centrech, které nejsou hrazené ze zákonného pojištění atd.).

Výplata důchodu je o něco dražší. V případě vzniku invalidity přijímá člověk důchod ze zákona. Pojištěním by se měl především dorovnat rozdíl mezi dosavadním příjmem a důchodem ze zákona. Ale existují i další varianty – zatím mluvím o konstantní částce. Je však, stejně jako u smrti, možné sjednat levnější klesající částku. Jejím smyslem je zajistit i při sníženém příjmu v době invalidity splácení finančních závazků, především hypotéčních úvěrů. Opět se takové plnění sjednává buď lineárně, nebo po zadání úrokové sazby anuitně. To je levnější, ale kryje jen tyto závazky. Lze si však u některých pojišťoven sjednat obojí plnění.



Pojistné je levnější při sjednání pojištění pouze na úraz. I na nemoc je o něco dražší. Dojde-li k úrazu v silniční dopravě, jsou plnění ještě zajímavější, ale o tom později, samostatně. Jen k úrazu nesmí dojít před sjednáním pojištění, a ani nemoc nesmí být vrozená, nebo jí nesmí pojištěnec trpět už při sjednání.

Nárok na plnění vzniká ve chvíli, kdy je pojištěnému přiznána invalidita od ČSSZ.

Pokud je vyplacena jednorázová dávka, vyplacením pojištění zaniká, a už se nelze na stejné riziko pojistit znovu.

V případě výplaty důchodu trvá nárok buď do zániku invalidity, nebo do dosažení věku 65 let, nebyl-li sjednán věk nižší. U klesající částky se doba výplaty sjednává na splnění pojištěncových finančních závazků.

Částka k výplatě se stanovuje jako roční, ale je vyplácena měsíčně. Je-li sjednáno 24.000,- Kč, obdrží pojištěný každý měsíc 2.000,-.

Rozlišují se tři úrovně invalidity. U většiny pojišťoven je možné pojistit se už na I. stupeň, u některých teprve od stupně II. Standardně se pojišťuje až III. stupeň invalidity, kde je pracovní uplatnění sníženo o 70 a více %. Ostatní je připojištění, a je o dost dražší. Proto si musí pojistník rozmyslet, zda se mu vyplatí sjednat pojištění na taková omezení, jestli si i při pobírání zákonného důchodu nějakou práci snadno sežene. Na druhou stranu může pojištěnec čerpat současně z pojištění, invalidity i trvalých následků, pracovní neschopnosti, hospitalizace ... (jsou-li sjednány), což jej dokonale zajistí a je tudíž výhodné. Některé pojišťovny hovoří i o IV. stupni invalidity. To je nestandardní označení III. stupně invalidity, kombinované se sníženou sebeobsluhou, která vyžaduje asistenci druhé osoby. I na náklady poplatků za péči se lze takto pojistit.

Ačkoliv nevíme, zda nás to někdy potká, je třeba se nad touto možností vážně zamyslet. Zamyslete se nad svými finančními závazky, potřebami rodiny, i svými vlastními požadavky: tento typ pojištění Vám v případě vzniku invalidity umožní jak dostát svým povinnostem, tak se i dobře vybavit a zajistit si důkladné léčení i rehabilitace. Toto riziko rozhodně doporučujeme: zajistí, přitom je cenově dostupné.

Více nezávazných informací o tomto riziku Vám rádi poskytneme v naší kanceláři.

Za týden si povíme něco i o vážných onemocněních.

#### 8) Vážná onemocnění:

Trvalé následky úrazu, invalidita, hospitalizace, pracovní neschopnost ... co ještě všechno na člověka číhá a na co víc by měl být připraven? Asi ještě na tzv. „vážná onemocnění“. Nestačila by předchozí pojištění? Uvažte sami. Ano, plnění bude už za pracovní neschopnost a hospitalizaci, ale vážná onemocnění vás mohou ne jen vyřadit z výdělečné činnosti, nýbrž mohou i podstatně zvednout vaše finanční náklady. A k tomu stále musíme myslet i na to, že máte třeba nějaké závazky, jako hypotéky, úvěry nebo leasingy. Proto je dobré zamyslet se i nad tímto připojištěním, které nebývá ani tak nákladné. V součtu s ostatními připojištěními však vaši finanční situaci v případě pojistné události výrazně vylepší.

a) konstantní pč.

Je to podobné, jako u životních a úrazových pojištění: je úplně jedno, kdy nemoc propukne, vyplacená částka je vždy stejná a je určena především ke krytí zvýšených nákladů. Toto pojištění je dražší, než ...

b) lineárně klesající pč.

Tady je vyplácená částka postupem času lineárně či anuitně podle úrokové sazby snižována, a je určena především ke krytí finančních závazků.

Obě pojištění je možné kombinovat.

c) Rozsah krytí (základní a rozšířený)

Není označení „vážné onemocnění“ příliš vágní? Kdo určí, co je a co není vážným? Jednoduše: seznamy těchto chorob, jejich obecné, přesto jasné vymezení. Ty jsou součástí nabídky ústavů a vzájemně se liší. Při sjednávání smlouvy je proto nutné seznámit se s nimi a porovnat je. To je jedna ze služeb, které pro své klienty děláme.

Pojišťovny mají zpravidla dvě až tři pásma, do kterých se vejde víc a více těchto chorob. V základním pásmu jsou především onkologická onemocnění, selhání ledvin a mozkové příhody či infarkty. V širších pásmech je toho podstatně více, včetně Alzheimerovy choroby. Bývají zde i choroby, jejichž původcem je klíště. Rozšířeným (i médií šířeným) omylem je, že se pojišťovny vyhýbají placení, jelikož není možné přesně zjistit, které klíště bylo infikované, přitom nemoc musí propuknout do tří měsíců od kousnutí. Takhle přísně se k tomu ale nepřistupuje. Je jen dobré s každým klíštětem jít k lékaři, aby je zadokumentoval. Které konkrétně bylo původcem, to se nezjišťuje.

Objevuje se i pojem „nádor in situ“. Jde o nádor, který teprve propukl, ale ještě se nezačal šířit. Někde je součástí širšího pásma, jinde se lze na něj za drobný příplatek připojistit.

Některé nemoci, jako je AIDS a pod, bývají ovšem ve výlukách. Jsou tu i některá ochranná opatření pro pojišťovnu, aby nedocházelo ke spekulacím. Protože se pojištění vztahuje jen na nemoci, které vznikly až po podepsání pojistné smlouvy, je tu i karence, zpravidla půl roku. Teprve na nemoci, které byly diagnostikovány půl roku po sjednání smlouvy, lze uplatňovat nárok na plnění. Pojišťovny také čekávají, zda klient přežije určitou dobu, většinou 14 dní od diagnózy. Pokud by zemřel dříve, nelze toto pojištění uplatňovat. Byla by to jen smrt.

Naše kancelář doporučuje vždy co nejširší rozsah pojištění. Nebývá to o mnoho dražší, než základní pásmo.

Plnění z tohoto pojištění vám pomůže ne jen pokrýt výpadky v příjmech a pokrýt zvýšené náklady, ale i dosáhnout na nadstandardní léčbu i dražší, zdravotními pojišťovnami nehrazené výkony.

Výplatou pojistné částky pojištění zaniká.

V naší kanceláři pomáháme klientům sjednat takové pojištění z nabídek různých pojišťoven, které nejlépe odpovídá jeho potřebám a pravděpodobným rizikům. Nabídky pojišťoven i podmínky se dost liší.

Za týden, to je 7. 3. si povíme, jak se ještě zajistit pro případ, že nebude s to pojistné ze zdravotních důvodů platit, pomocí zproštění od placení pojistného (finančních závazků).

9) Zproštění od placení pojistného (finančních závazků).

Mnoho lidí váhá s pojištěním, životním i neživotním, jelikož nevědí, zda budou vždy schopni dostát svým finančním závazkům, které z toho vyplývají. Podobné je to i s uzavíráním hypoték. Všichni víme, že dokud to jde, pak jsme schopni si spočítat, kolik můžeme na pojistné a půjčky měsíčně či ročně vydat; ale kdo ví, zda se nezraníme, neonemocníme, nebo z jiného důvodu nebudeme s to svým závazkům dostát. Víme, že předvídat se to nedá, ale dojít k tomu může a co pak?

Naše kancelář má pochopitelně zájem o prozíravé, moudré klienty, ne o nezodpovědné riskaře. Je proto v pořádku položit si i takovou otázku. Ano, vezmete-li si nějaký závazek, musíte se připravit i na jeho plnění. Už jsme si říkali, že i na takové situace se lze připravit: jde o smrt, invaliditu, pracovní neschopnost nebo úraz. Ale jsou i jiné důvody, které nám dostát svým závazkům nedovolí: déle trvající nemoc, nebo ztráta zaměstnání. To neovlivníme. Pojišťovny se snaží zodpovědné klienty povzbudit možností pojistit se i na takové situace.

První pojištěný (pojistník, který pojistku platí) se může připojistit proti **neschopnosti splácet sjednané pojistné**. V praxi to funguje tak, že trvá-li pracovní neschopnost nad 30 dní a pojištěnec to řádně doloží, nemusí po tu dobu platit. Musí jít o zaměstnance nebo OSVČ a svoji výdělečnou činnost přerušil výhradně v důsledku dlouho trvající choroby. Tedy nepřerušil ji z vlastní vůle. Pracovní neschopnost však nesmí trvat déle, než jeden rok. Pojišťovny rovněž prověřují její nezbytnost.

Pojištění lze sjednat pro osoby mezi 15. a 59. rokem včetně. V 60 letech automaticky zaniká, není-li při sjednání smlouvy stanoveno jinak. Pojistník si může domluvit kratší dobu.

Jsou ovšem důvody, proč naše kancelář právě tento produkt příliš nedoporučuje, ačkoliv svůj význam má. Pro pojišťovny je nevýhodný, může svádět i k pojistným podvodům. Proto jej ošetřují řadou výluk, takže není nakonec předem jasné, zda na něj pojištěný vůbec dosáhne, a kdy už nárok nemá. Klasicky jsou ve výlukách psychické choroby (nejsou-li přímým následkem fyzického zranění či nemoci), ale třeba i pracovní úrazy nebo nemoci z povolání (snad proto, že v tom případě má pojištěnec nárok na odškodné od zaměstnavatele), které hrozí nejvíce.

Pojistné se navíc vypočítává od celkových finančních závazků pojistníka vůči pojišťovně: čím vyšší pojistné, tím dražší připojištění. Proto pojistné za toto riziko pojištění výrazně prodražuje, avšak nárok na plnění je dost nejistý.

Podobné je to s **pojištěním proti ztrátě zaměstnání**, které by mělo pomoci klientovi splácet jeho finanční závazky vůči bankám. Opět záleží na výši takových závazků.

Výluky jsou však podobné, jako u produktu předcházejícího, navíc ke ztrátě zaměstnání nesmí dojít z vůle či viny pojištěnce, ve zkušební době, nebo uplynutím doby určité. Takže i tady je nárok na plnění ve výsledku sporný.

Zmiňujeme se o tomto produktu proto, že na pojistném trhu je, a v zásadě by mohl být dobrý. Ale jeho nabídka je zatím málo atraktivní. Není však do budoucna vyloučené, že jej pojišťovny přeci jen nakonec zatraktivní.

Je věcí naší kanceláře, abychom vývoj tohoto produktu pro Vás sledovali a nabídli Vám jej v takové podobě, který bude po Vás opravdu výhodný.

No, a příště si povíme něco o tom, jak může pojistné plnění ovlivnit, dojde-li k pojistné události při dopravní nehodě.

10) Pojištění smrti, úrazu atd. při dopravní nehodě:

Každý ví, jak houstne automobilová doprava. A také ví, že to není žádná legrace. Statistiky úmrtí a úrazů při dopravních nehodách vzdor osvětě narůstají. Auta jsou silnější, rychlejší, řidiči suverénnější ... Můžete se chovat sebezodpovědněji, nikdy nevíte, co udělá ten druhý. Že nemáte auto? Abyste se stali účastníky dopravní nehody, k tomu je nepotřebujete: i pohybem po veřejných komunikacích se vystavujete riziku, s někým se svezete, nebo pojedete hromadnou dopravou ... Na silnicích číhají nebezpečí všelijaká. Konstrukce dopravních prostředků jsou sice bezpečnější, ale nehod a jejich následků rozhodně neubývá. A tak spíš než smrt úrazem či nemocí nám hrozí právě na silnici. A ne jen smrt, i ostatní rizika:

- a) Smrt následkem úrazu.
- b) Trvalé následky závažného úrazu.
- c) Tělesné poškození úrazem.
- d) Denní odškodné za následek úrazu.
- e) Pracovní neschopnost následkem úrazu.
- f) Pobyt v nemocnici následkem úrazu.

Pojišťovny musely pochopitelně i na tuto skutečnost reagovat, aby své produkty přiblížili potřebám klientů. Oběti dopravních nehod proto různě zvýhodňují. Ale ne všechny stejně a za stejných podmínek.

Na začátku si například musíte dát pozor, jak je smrt/úraz/invalidita definována: „dopravní nehodou“ nebo „v motorovém vozidle“. Při zběžném přečtení podmínek to může člověku přijít, jako detail, jen slovíčkaření, ale rozdíl je podstatný: v prvním případě vzniká pojistná událost i chodci sraženému při přecházení či jen jdoucím po chodníku, ve druhém jen tomu, kdo sedí v autě. Zklamání jsou pak nasnadě! **Proto je tu naše kancelář, abychom Vás na takové drobnosti včas upozornili.**

Ani model zvýhodnění obětí dopravních nehod není jednotný: někde jsou některá rizika, třeba invalidita, automaticky zvýhodněna dvojnásobným plněním, dojde-li k nim v dopravě, jinde je to samostatně volitelné připojištění, ale za výhodnějších podmínek, nežli je prostá smrt z jakýchkoliv příčin. Vyplatí se proto sjednat vyšší pojistnou částku právě na rizika v dopravě.

Pojišťovny zpravidla uplatňují karenční (čekací) dobu: pokud Vás povalí auto v den podpisu smlouvy, budete asi zklamáni. Zpravidla se čeká týden. Teprve potom lze nárok na plnění uplatňovat.

Na druhou stranu je toto pojištění, zvláště tam, kde je volitelné k základnímu pojištění, mnohonásobně výhodné: jste-li pojištěni na úraz, a hospitalizaci + na obojí v důsledku dopravní nehody, plní se z obou (to se týká třeba i smrti a dalších rizik). K tomu je třeba připočítat i plnění z povinného ručení viníkovy pojistky. Pokud utrpíte škodu ve vozidle, jehož majitel měl pojištěné pasažéry, plní se i z této pojistky!

Ne, nechceme Vám rozhodně malovat, že rozsekát se v autě může být skvělou příležitostí k vylepšení finanční situace. K tomu jsou humánnější metody. Ale je to dobrý způsob, jak se na stále rostoucí rizika v dopravě připravit. Úrazy a ztráty Vás určitě méně bolet nebudou, ale budete je moci lépe kompenzovat.

Příště si ještě probereme zvláštní připojištění, které některé pojišťovny nabízejí náročným klientům, jako je třeba připojištění „BEST DOCTORS“.

#### 11) Pojištění „BEST DOCTORS“ – mezinárodní konzultace, zahraniční léčba.

Nepochybně jste již ve sdělovacích prostředcích zaznamenali, že při komplikovaných zákrocích (onkologická onemocnění, nebo onemocnění srdce a cév) si naši lékaři vyžádali konzultace zahraničních odborníků a sami je svým kolegům poskytli. Stejně, ačkoliv máme šikovné lékaře, některé zákroky se podstupují v zahraničí, buď pro větší zkušenosti, nebo vybavení. A jistě Vás napadlo, jak by to bylo s Vámi, kdyby byla ta potřeba. Kolik to stojí? Mohl bych si to dovolit já? Tohle asi všechno zdravotní pojištění nekryje?

Je to pravda. Takové nadstandardní výkony levné nejsou, a proto si je musí hradit, nebo alespoň spolufinancovat sám pacient. Do toho musíme započítat, že je-li zákrok proveden v zahraničí, nejde jen o zaplacení zákroku, ale i pobytu a stravování! A přece to není vyhrazené jen milionářům.

Některé pojišťovny hradí i podobnou péči včetně stravného, a není to o mnoho dražší. Cena služby „Best Doctors“ zahrnující konzultace i odbornou péči specialisty ze zahraničí nebo v zahraničí do 25 milionů za rok a 50 za celé pojistné období stojí kolem 350/měs. I když je člověk mladý a zdrav, tím spíše tuší-li, že by se mohlo časem něco objevit (buď již nějaké obtíže byly nebo se objevují v pokrevním příbuzenstvu), stojí za to o tom považovat.

Pojistné plnění zahrnuje léčebné postupy u zhoubných nádorů, bypass, náhrady srdečních chlopní, transplantace orgánu nebo tkáně od žijícího dárce, neurochirurgický zákrok při onemocnění nebo úrazu mozku, nitrolebních struktur a míchy. Kromě zdravotní péče kryje plnění i náklady na cestu do zahraničí, ubytování i stravování. (Podrobnosti se dozvíte u nás).

Jak jsme řekli na počátku seriálu, **životní pojištění není jen pro smrt, ale především pro život.** A je třeba si ho užít co nejdéle a v co nejlepší kondici. Proto **jsme připraveni sjednat Vám i taková užitečná připojištění.**

Možná Vás napadne, jak je to s dnes velmi populárními sporty, které patří do oboru rizikových. Jak se staví pojišťovny i rizikovým sportům, O tom si povíme za týden 29. 3. 2016. ZATÍM

VÁM NAŠE KANCELÁŘ PŘEJE PĚKNÉ PROŽITÍ VELIKONOČNÍCH SVÁTKŮ, PROSTÉ POJISTNÝCH UDÁLOSTÍ.

12) Rizikové sporty – horolezectví, paragliding, potápění ...

Položili jsme si na závěr minulého dílu otázku, zda pojišťovny milují *rizikové sporty*. Milují?

Klienti pochopitelně ano. Někdo víc, někdo méně. Škádlení smrti povzbuzuje produkci adrenalinu, což nám asi při dnešní úrovni civilizace a pohodlí chybí. Člověk je bojovník. A tak se ve volném čase pokoušíme prolamovat hranice svých možností. Naše lyže jezdí podstatně rychleji, než kdysi prkénka z bečky. Totéž lze říct o bicyklech – schopný sportovec může občas pozlobit i motoristu, ale tak krytý karoserií, jako on, není. Pronikáme do říší, vyhrazených přírodou jen rybám nebo ptákům. Lezeme na skály nebo se spouštíme do jeskyní a propastí. Je jisté, že právě při sportu hrozí zcela specifická zranění i s trvalými následky či dokonce usmrcení. Tak co na to pojišťovny?

Jejich zaměstnanci i manažeři jsou také lidé a mají své koníčky, ale jako pojišťovny už musejí být vůči takovým aktivitám minimálně ve střehu. Pojistnou událostí je taková, která se stane omylem, náhodou, nezáměrně. Paraglidista se pochopitelně nechce zabít nebo zranit, jen se proletět. Ale je jasné, že při tom hrozí nějaké zranění víc, než třeba při bowlingu. Je sporné, do jaké míry je pak takové zranění čistě náhodné. A tak už při sepisování smlouvy je třeba počítat s tím, že se Vás na Vaše záliby a koníčky pozeptají:

Pojišťovny sport podporují, jelikož ten je zárukou dobré zdravotní kondice jejich klientů. Ale všeho s mírou. Předně budete dotázáni, jakým sportům se věnujete, ale také, jak intenzivně: rekreační, soutěže, profesionálně ... ? Může být, že zapřete, že se věnujete vrcholovému sportu, čímž si pojistné zlevníte. Zraníte-li se pak ale na Olympiádě, nehrozí Vám sice žádný postih, ale pojišťovna jednoduše nic platit nebude. Některé sporty jsou vůbec hned ve výlukách: typicky paragliding, horolezectví nebo potápění. To však neznamená, že jsou zcela nepojistitelné.

Ovšem ani pojišťovny nemohou zcela ignorovat inklinaci veřejnosti k adrenalinovým sportům. Jak říkám, sami je také provozují. Míra tolerance vůči rizikovosti volnočasových aktivit je ovšem různá. Někde mají výluky nesmlouvavé, jinde je možné jít cestou dražšího pojistného, individuálně sjednat na výjimku, ale mnohem výhodnější je možnost některé sporty během roku na nějaké omezené období (třeba dovolené) aktivovat, protože to bývá bez příplatku.

**Jak si sjednat pojištění vhodné pro Váš styl života a volnočasové aktivity? I od toho je tu naše kancelář, abychom Vám odborně poradili.**

Příště, tedy 4. 4. 2016, si dáme malé opáčko a toto téma ukončíme. Věnujte prosíme pozornost i dalším tématům.

13) SHRNUTÍ, DOPORUČENÍ, ZÁVĚR.

Ukončíme tedy dnes seriál o Životním pojištění. Zopakujeme si několik základních informací:

**Vyplatí se životní pojištění?** Vyplatí. Ale není to spoření. Na druhou stranu NEJDE JEN O SMRT, ALE O ŽIVOT A RIZIKA S NÍM SPOJENÁ. Často si lidé myslí, že jen někam posílají peníze, ale nic z toho pak neuvidí. To je omyl. JSTE-LI POJIŠTĚNI, NEVÁHEJTE ŽÁDAT PLNĚNÍ. Ve smlouvě je však třeba správně rizika namíchat. RIZIKA JSOU STRUKTUROVÁNA – úrazy, trvalé následky, invalidita, dopravní nehody, pracovní neschopnost ... Pojistit se jen na jedno riziko, je málo prozíravé. Smlouvu je třeba sjednat tak, aby pokryla veškerá možná rizika.

**Proč je sjednávat?** Jsou k tomu dva základní důvody:

1. Postarat se o sebe a osoby, které jsou na nás závislé, i v případě, že je následkem úrazu či nemoci možnost obživy omezena nebo vyloučena, případně, dojde-li k úmrtí. Dále jde o pokrytí zvýšených nároků na život v případě trvalých následků úrazu a invalidity, nákladná léčba, pobyty v nemocnici i nadstandardní léčba.
2. Životní a úrazová pojištění se sjednávají i jako doplněk hypotečních smluv a úvěrů, aby i v případě smrti nebo jiné pojistné události byla zajištěna schopnost finanční závazky splácet. ŽIVOTNÍ A ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ MŮŽE BÝT PŘI SJEDNÁVÁNÍ ÚVĚRŮ VÝHODOU A CELOU OPERACI ZLEVNIT.

Různé pojišťovny mají zvláštní nabídky i požadavky, proto je třeba vybírat pojišťovnu, produkt a strukturu rizik, aby odpovídali Vaším potřebám a možnostem. Některé pojišťovny nabízejí i zvláštní produkty, které mohou oslovit klienty se specifickými potřebami, ať jde o zvláštní nároky na léčení, nebo o milovníky rizikových sportů.

**Jak si vybrat? Kdo se v tom má ve všem vyznat?** PŘECE MY. Proto je tu k Vaším službám naše kancelář. Je naší morální i zákonnou povinností řídit se zájmem klientů, upozornit je na všechna úskalí a připravit nabídku, která je výhodná pro ně, ne pro pojišťovnu. NAŠE SLUŽBY JSOU PRO KLIENTY ZDARMA, A POJISTKU NEPRODRAŽUJÍ, NAOPAK JSME SCHOPNI SJEDNAT I NĚKTERÉ SLEVY A JINÉ VÝHODY. Sjednáním smlouvy u nás naše péče o klienta nekončí, nýbrž začíná. HLÍDÁME PLNĚNÍ I VÝHODNĚJŠÍ PRODUKTY.

*Mgr. Jakub Dvořák*