

Bratislava 8. septembra 2022

Č. sp.: NBS1-000-062-171

Č. z.: 100-000-386-953

ROZHODNUTIE

Národná banka Slovenska, útvar dohľadu nad finančným trhom, úsek dohľadu a ochrany finančného spotrebiteľa (ďalej len „*Národná banka Slovenska*“ alebo „*orgán dohľadu*“) ako útvar príslušný na konanie a rozhodovanie v prvom stupni podľa ustanovenia § 1 ods. 2, § 1 ods. 3 písm. a) a c) v spojení s ustanoveniami § 5 ods. 1 a 2, § 16 ods. 1 a 2, § 29 ods. 1 a § 35a zákona č. 747/2004 Z. z. o dohľade nad finančným trhom a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „*zákon č. 747/2004 Z. z.*“)

u k l a d á

spoločnosti UNIQA pojišťovňa, a.s. so sídlom Evropská 136/810, Vokovice, 160 000 Praha 6, IČO: 492 40 480, zapísanej v Obchodnom registri vedenom Mestským súdom v Prahe, odd. B. vl. č. 2012 podnikajúcej v Slovenskej republike prostredníctvom organizačnej zložky UNIQA pojišťovňa, a.s., pobočka poisťovne z iného členského štátu so sídlom Krasovského 3986/15, 851 01 Bratislava, Slovenská republika, IČO: 53 812 948, zapísanej v obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel Po, vložka č. 8726/B (ďalej len „*účastník konania*“), ktorá je právnym nástupcom spoločnosti UNIQA poisťovňa, a.s. so sídlom Krasovského 15, 851 01 Bratislava, IČO: 00 653 501, zapísanej v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, Oddiel: Sa, Vložka číslo: 843/B (ďalej len „*UNIQA poisťovňa, a.s.*“ alebo „*poistiteľ*“)

I. podľa ustanovenia § 35f ods. 1 písm. a) v spojení s ustanovením § 35h ods. 1, 3, 4 a 5 zákona č. 747/2004 Z. z. v znení účinnom od 15. 12. 2017 úhrnnú pokutu vo výške 200.000,- eur (slovom: dvestotisíc eur) za nedostatky v činnosti poistiteľa a účastníka konania za obdobie špecifikované pri jednotlivých nedostatkoch spočívajúce v porušení práv finančných spotrebiteľov a porušení povinností v oblasti ochrany finančných spotrebiteľov podľa osobitných predpisov tým, že

1. poistiteľ a účastník konania porušil ustanovenia § 4 ods. 2 písm. c) zákona č. 250/2007 Z. z. o ochrane spotrebiteľa a o zmene zákona Slovenskej národnej rady č. 372/1990 Zb. o priestupkoch v znení neskorších predpisov (ďalej len „*zákon č. 250/2007 Z. z.*“) v spojení s § 7 ods. 1 a 4 zákona č. 250/2007 Z. z., keďže sa dopustil použitia nekalej obchodnej praktiky vo forme agresívnej obchodnej praktiky podľa ustanovenia § 2 písm. q) v spojení s bodom 4 druhej časti Prílohy č. 1 k zákonu č. 250/2007 Z. z. a to žiadanie od spotrebiteľa,

ktorý si chce uplatniť nárok z poistnej zmluvy, aby predložil dokumenty, ktoré nie je možné rozumne považovať za relevantné pri určení platnosti nároku, tým, že v rámci vyšetrovania poistnej udalosti vedenej pod č. 9900004623 požadoval od poistenej XXXXX XXXXXXXXXX, bytom XXXXXXXXXX XXXX, XXXXXXXXXX, poistnej zmluvy č. XXXXXXXXXX, životného poistenia smrti a úplnej invalidity, listami zo dňa 6. 3. 2020, 4. 6. 2020, 9. 7. 2020, 8. 6. 2021 a 17. 9. 2021 doklady o jej zdravotnom stave, ktoré nemohli byť za žiadnych okolností relevantné s ohľadom na vymedzenie poistnej udalosti úplnej invalidity podľa článku 15 bod 1., článku 25 a 26 Všeobecných poistných podmienok pre poistenie k spotrebiteľskému úveru – 2004/1 (VPP PSÚ) účinných od 1. januára 2010 (ďalej len „VPP PSU“) (ďalej len „skutok I.“);

2. poisťiteľ porušil ustanovenia § 4 ods. 2 písm. c) zákona č. 250/2007 Z. z. v spojení s § 7 ods. 1 a 2 zákona č. 250/2007 Z. z., keďže sa dopustil použitia nekalej obchodnej praktiky tým, že v rozpore s odbornou starostlivosťou listom s názvom *Uzavretie poistnej udalosti bez nároku na poistné plnenie* zo dňa 2. 10. 2020 adresovaným poistenej XXXXX XXXXXXXXXX ukončil vyšetrovanie poistnej udalosti vedenej pod č. 9900004623 inak ako poskytnutím poistného plnenia alebo jeho zamietnutím (úplne alebo sčasti) s riadnym odôvodnením, čím táto obchodná praktika mohla podstatne narušiť ekonomické správanie spotrebiteľa vo vzťahu k ďalšiemu postupu pri uplatňovaní nároku na poistné plnenie vo vzťahu k poisťiteľovi (ďalej len „skutok II.“);

3. poisťiteľ a účastník konania porušil ustanovenia § 4 ods. 2 písm. c) zákona č. 250/2007 Z. z., keďže sa dopustil v období od 1. 5. 2014 do doručenia oznámenia o začatí konania používania neprijateľnej zmluvnej podmienky podľa § 53 ods. 1 Občianskeho zákonníka, a to používania zmluvnej podmienky v nasledovnom alebo obsahovo totožnom znení: *V prípade pochybností o vzniku poistnej udalosti je povinnosťou poisteného a poisťníka preukázať, že k poistnej udalosti došlo v deklarovanom rozsahu* (ďalej len „skutok III.“) obsiahnutej vo všeobecných poistných podmienkach poisťiteľa a účastníka konania s označením:

- PSU TB - Všeobecné poistné podmienky 2004-1 Ž_262_21 (Všeobecné poistné podmienky pre poistenie k spotrebiteľskému úveru – 2004/1 (VPP PSÚ) účinné od 25. mája 2018),
- Ž 262 VPP Poistenie spotrebiteľského úveru TB_01 21 (Všeobecné poistné podmienky pre poistenie k spotrebiteľskému úveru – 2004/1 (VPP PSÚ) účinné od 25. mája 2018),
- Z 262 VPP PSU 18 (Všeobecné poistné podmienky pre poistenie k spotrebiteľskému úveru – 2004/1 (VPP PSÚ) účinné od 25. mája 2018),
- Z 262 VPP PSU 15 (Všeobecné poistné podmienky pre poistenie k spotrebiteľskému úveru – 2004/1 (VPP PSÚ) účinné od 1. januára 2010)

(ďalej spolu ako „VPP“).

Účastník konania je povinný zaplatiť uloženú pokutu vo výške 200.000,- eur (slovom dvestotísíc eur) do 30 dní od právoplatnosti tohto rozhodnutia na účet Úradu vládneho auditu číslo: SK25 8180 0000 0070 0055 0741 vedený v Štátnej pokladnici, variabilný symbol: 53 812 948, konštantný symbol: 0558, špecifický symbol: 000062171.

II. podľa ustanovenia § 35f ods. 1 písm. c) v spojení s ustanovením § 35h ods. 1 a 5 a 35e ods. 1 písm. a) zákona č. 747/2004 Z. z. zákaz ukončovať vyšetrovanie poistnej udalosti inak ako poskytnutím poistného plnenia alebo zamietnutím poistného plnenia (úplne alebo sčasti) s riadnym odôvodnením a

III. podľa ustanovenia § 35f ods. 1 písm. c) v spojení s ustanovením § 35h ods. 1 a 5 a 35e ods. 1 písm. b) zákona č. 747/2004 Z. z. zákaz používať neprijateľnú zmluvnú podmienku citovanú v časti I. bode 3 výroku tohto rozhodnutia ako aj zmluvnú podmienku s rovnakým obsahovým významom.

O d ô v o d n e n i e

K príslušnosti orgánu dohľadu a k identifikácii účastníka konania

1. Orgán dohľadu je v súlade s ustanovením § 1 ods. 2 v spojení s § 1 ods. 3 písm. a) a c) zákona č. 747/2004 Z. z., orgánom príslušným na výkon dohľadu v oblasti ochrany finančných spotrebiteľov nad poisťovňami a ďalšími dohliadanými subjektmi finančného trhu. Orgán dohľadu je zároveň v súlade s ustanoveniami § 5 ods. 1 a 2, § 16 ods. 1 a 2, § 29 ods. 1 a § 35a zákona č. 747/2004 Z. z. útvárom príslušným na konanie a rozhodovanie v prvom stupni.

2. Z oznámenia o zániku spoločnosti UNIQA poisťovňa, a.s. zo dňa 6. 9. 2021 bolo zistené, že dňa 31. 8. 2021 nastali účinky cezhraničného zlúčenia spoločností UNIQA poisťovňa, a.s. so sídlom Krasovského 15, 851 01 Bratislava, IČO: 00 653 501 (zanikajúca spoločnosť), AXA poisťovňa a.s. so sídlom Evropská 136/810, 160 12 Praha 6, IČO: 281 95 604 (zanikajúca spoločnosť), AXA životní poisťovňa a.s. so sídlom Evropská 810/136, 160 12 Praha 6, IČO: 618 59 524 (zanikajúca spoločnosť), UNIQA poisťovňa, a.s. so sídlom Evropská 136/810, 160 12 Praha 6, IČO: 492 40 480 (nástupnícka spoločnosť), a to na základe predchádzajúceho súhlasu Národnej banky Slovenska č. z. 100-000-302-054 k č. sp. NBS1-000-060-227 vo vzťahu k spoločnosti UNIQA poisťovňa, a.s. Spoločnosť UNIQA poisťovňa, a.s., AXA poisťovňa a.s. a AXA životní poisťovňa a.s. zanikli a nástupníckou spoločnosťou sa stala UNIQA poisťovňa, a.s., na ktorú prešli v dôsledku univerzálnej sukcesie všetky práva a záväzky z uvedených zanikajúcich spoločností. Oznámenie o zániku spoločnosti UNIQA poisťovňa, a.s. zo dňa 6. 9. 2021 je evidované pod č. z. 100-000-307-380.

3. Poistiteľ vykonával poisťovaciu činnosť podľa zákona č. 39/2015 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon č. 39/2015 Z. z.“). Účastník konania vykonáva poisťovaciu činnosť podľa zákona Českej republiky č. 277/2009 Sb. o poisťovníctví v platnom znení. V konaní o udelení predchádzajúceho súhlasu o cezhraničnom zlúčení spoločností vedenom Národnou bankou Slovenska pod č. sp.: NBS1-000-060-227 poistiteľ predložil Návrh zmluvy o cezhraničnom zlúčení zo dňa 30. 3. 2021 (evidovaný v spise č. NBS1-000-062-171 pod č. záznamu 100-000-343-487). Z bodu 1.1, 1.2, 11.8, 13.1, 18.3 a 18.4 návrhu o cezhraničnom zlúčení zo dňa 30. 3. 2021 vyplýva, že účastník konania je právnym ako aj ekonomickým nástupcom poistiteľa, pričom pokračuje v rovnakej obchodnej činnosti, ktorou je poisťovacia činnosť.

Zistené nedostatky v činnosti poisťiteľa a priebeh vybavovania podania

4. Orgán dohľadu začal konanie na základe skutočností zistených z jeho vlastnej činnosti a pri vybavovaní podania finančného spotrebiteľa namietajúceho porušovanie jeho spotrebiteľských práv.

5. Dňa 28. 9. 2020 bolo orgánu dohľadu doručené prostredníctvom webového formulára podanie spotrebiteľky – p XXXXX XXXXXXXXXXX, trvale bytom XXXXX XXXXXXXXXXX, XXXXX XXXXXXXXXXX (ďalej len „poistená“ alebo „spotrebiteľka“) označeného ako *Sťažnosť na nekalé riešenie a neustále odkladanie schválenia a výplaty poistného plnenia z poistenia spotrebného úveru z titulu plnej invalidity spolu s nasledovnými prílohami:*

- lekárska správa klinického onkológa XXXXX XXXXXXXXXXX zo dňa 28. 6. 2016,
- lekárska správa Sociálnej poisťovne zo dňa 18. 12. 2019 spolu s odborným posudkom o invalidite zo dňa 18. 12. 2019,
- oznámenie škodovej udalosti zo dňa 5. 2. 2020,
- list poisťiteľa zo dňa 4. 6. 2020,
- list poisťiteľa zo dňa 9. 7. 2020.

Poistená v podaní uviedla nasledovné skutočnosti. Dňa 6. 6. 2018 poistená v XXXXXXX, a.s. načerpala spotrebný bezúčelový úver č. XXXXXXXXXXX vo výške 25.000 EUR (účelom úveru bolo financovanie zariadenia bytu), k tomuto úveru mala ako súčasť balíka základné poistenie typu A: Životné poistenie pre prípad smrti a úplnej invalidity (iba v prípade, ak dlžník nemá k dátumu uzavretia zmluvy priznanú invaliditu). Poistená poukázala na znenie *VPP PSU*, a to na výluky, v zmysle ktorej nárok na poistné plnenie nevzniká, ak smrť, úplná invalidita alebo pracovná neschopnosť bola spôsobená tými chorobami alebo následkami úrazu, ktorými poistený trpel v priebehu 12 mesiacov pred začiatkom poistenia, alebo kvôli ktorým mu bolo v priebehu 12 mesiacov pred začiatkom poistenia poskytnuté lekárske poradenstvo alebo lekárske vyšetrenie alebo ošetrenie. Toto obmedzenie platí len vtedy, ak smrť, úplná invalidita alebo pracovná neschopnosť nastala do 24 mesiacov od začiatku poistenia v príčinnej súvislosti s touto chorobou alebo následkami úrazu. Podľa vyjadrenia poistenej v období rokov 2006-2008 bola onkologicky liečená na Hodgkinov lymfóm. Liečba bola ukončená s plnou remisiou v roku 2008, pričom dňa 28. 6. 2016 bola XXXXX XXXXXXXXXXX vyradená z onkologickej evidencie. V období 10/2018 ochorela poistená na akútnu myeloblastovú leukémiu a dňa 18. 12. 2019 bola poistená v dôsledku nepriaznivého zdravotného stavu uznaná za invalidnú. Tieto skutočnosti popisuje poistená nasledovne: *Život však nie je ani spravodlivý, ani udalosti v ňom predvídateľné a v 10/2018 som v podstate zo dňa na deň ochorela na leukémiu, konkrétne to bola Akútna myeloblastová leukémia, choroba bola tak zákerná, že ak by som ihneď nenastúpila na liečbu, zomrela by som do cca 6 týždňov, a tak som podstúpila tvrdý cyklus chemoterapií, ktoré zabrali a v 04/2019 som mohla ísť na alogénnu transplantáciu kostnej drene, ktorú som prežila a znova som vyzdravela, avšak s určitými podstatnými doživotnými postihmi (oslabená imunita, neplodnosť, vyčerpanosť, náchylnosť k infekciám, atď.), preto mi bola 18. 12. 2019 schválená plná invalidita (80 %) s účinnosťou spätne od 14. 10. 2019 s následným prehodnotením až v 12/2021, toto prízvukujem len preto, že dané ochorenie bolo a aj je naozaj náročné a nie je žiadnym výmyslom, prikladám ako Prílohu č. 2. Poistená v podaní ďalej popísala priebeh komunikácie s poisťiteľom. Podľa vyjadrenia poistenej dňa 5. 2. 2020 podala oznámenie škodovej udalosti, súčasťou ktorého bola podrobná správa onkohematológa.*

Podanie poistenej spolu s prílohami je evidované v spise č. NBS1-000-062-171 (ďalej len „spis“) pod číslom záznamu: 100-000-295-499 (ďalej len „podanie“).

6. Poistiteľ listom zo dňa 6. 3. 2020 vyžiadal od poistenej lekárskej správy z posudkovej komisie Sociálnej poisťovne a výpis zo zdravotnej karty (do dátumu 6. 6. 2018). Poistená uviedla, že zhruba o mesiac tieto doklady doručila poistiteľovi.

7. Listom zo dňa 4. 6. 2020 poistiteľ požadoval zoznam ďalšej zdravotnej dokumentácie. Podľa poistenej bola táto požiadavka v rozpore s VPP PSU. Napriek tomu však poistená požiadala svoju ambulantnú onkohematologičku XXXXX XXXXXXXXXXX, aby zadala požiadavku na zber chorobopisných šanónov z archívu, ktorý je umiestnený mimo nemocnice Klenová, keďže išlo o dokumenty spred vyše 10 rokov. Počas 06/2020 tak poistená osobne poistiteľovi zanesla tieto podklady.

8. Následne listom zo dňa 9. 7. 2020 poistiteľ opätovne požadoval ďalšiu zdravotnú dokumentáciu. Poistená uvádza, že ďalej stratila silu komunikovať s poistiteľom. Mala určité zdravotné komplikácie, kvôli ktorým túto záležitosť odložila, ale nehodlá sa vzdať svojich nárokov. Svoj postoj k riešeniu poistnej udalosti popisuje nasledovne: *Sami snád' uznáte, že táto komunikácia je čistý ping-pong zo strany poisťovne cielene zameraná na to, že jedného dňa ma to už omrzí a nebudem sa dožadovať poistného plnenia a jednoducho to vzdám. Ja však žiadam iba to, na čo mám ako spotrebiteľ nárok a za čo som hlavne platila a aj teraz platím poistné.*

9. Mailom zo dňa 20. 10. 2020 orgán dohľadu vyžiadal od poistiteľa vyjadrenie k podaniu poistenej. Dňa 26. 10. 2020 bolo orgánu dohľadu doručené mailom vyjadrenie poistiteľa spolu s nasledovnými prílohami:

- zmluva o poskytnutí spotrebiteľského úveru s poistením pre fyzické osoby č. XXXXXXXXXXX (ďalej len „poistná zmluva č. XXXXXXXXXXX“),
- VPP PSU,
- oznámenie škodovej udalosti zo dňa 5. 2. 2020,
- lekárska prepúšťacia správa NOÚ zo dňa 8. 6. 2019 vyhotovená XXXXX XXXXXXXXXXX, XXXXX XXXXXXXXXXX, XXXXX XXXXXXXXXXX, XXXXX XXXXXXXXXXX,
- lekárska správa NOÚ zo dňa 10. 12. 2019 vyhotovená XXXXX XXXXXXXXXXX,
- pokladničný doklad č. 0005,
- rozhodnutie Sociálnej poisťovne zo dňa 22. 1. 2020,
- list poistiteľa *Žiadosť o zaslanie dokladov* zo dňa 6. 3. 2020,
- list poistiteľa zo dňa 4. 6. 2020,
- list poistiteľa zo dňa 9. 7. 2020,
- list poistiteľa *Uzavretie poistnej udalosti bez nároku na poistné plnenie* zo dňa 2. 10. 2020.

Vo vyjadrení poistiteľa zo dňa 26. 10. 2020 poistiteľ uviedol, že poistiteľ uzavrel s poistenou poistnú zmluvu č. XXXXXXXXXXX. Dňa 5. 1. 2019 obdržal oznámenie o škodovej udalosti od poistenej. Poistiteľ vo vyjadrení poukazuje na čl. 13 VPP PSU ako aj na čl. 15 bod 2 VPP PSU, v zmysle ktorého nárok na poistné plnenie nevzniká, ak poistený k dátumu uzavretia poistnej zmluvy nespĺňal podmienky pre prijateľnosť do poistenia pre zvolený typ poistenia stanovené v týchto VPP, v poistnej zmluve a v prehláseniach v úverovej zmluve. Následne poistiteľ s odkazom na tieto skutkové okolnosti a zmluvné ustanovenia (t. j. čl. 13 VPP PSU ako aj na čl. 15 bod 2 VPP PSU) uvádza, že listom zo dňa 6. 3. 2020 požiadala poistenú o doloženie lekárskeho

správ z posudkovej komisie Sociálnej poisťovne a výpisu zo zdravotnej karty. Lekárske správy, ktoré poistená predložila boli predložené posudkovému lekárovi poistiteľa, ktorý sa vyjadril, že z doložených lekárske správ nie je možné urobiť jednoznačný záver, a tak poistiteľ požiadaval poistenú o doloženie ďalších dokladov. Z dôvodu, že opäť bolo zistené nedostatočné doloženie lekárske správ, bola poistená listom zo dňa 9. 7. 2020 opakovane vyzvaná k ich predloženiu. Poistená požadované lekárske správy nedoložila ani ku dňu 1. 10. 2020, preto poistiteľ uzatvoril poistnú udalosť bez nároku na poistné plnenie a to z dôvodu, že poistená nedoložila požadované doklady potrebné k šetreniu poistnej udalosti. Vyjadrenie poistiteľa spolu s prílohami je evidované v spise č. NBS1-000-062-171 pod číslom záznamu: 100-000-295-469 (ďalej len „vyjadrenie poistiteľa zo dňa 26. 10. 2020“).

10. Orgán dohľadu zaslal poistiteľovi vytykáacie listy evidované v spise č. NBS1-000-062-171 nasledovne:

- vytykáací list č. 1 zo dňa 4. 1. 2021 je evidovaný v spise pod č. záznamu 100-000-295-480,
- vytykáací list č. 2 zo dňa 11. 1. 2021 je evidovaný v spise pod č. záznamu 100-000-295-485,
- vytykáací list č. 3 zo dňa 23. 3. 2021 evidovaný v spise pod č. záznamu 100-000-295-488,
- vytykáací list č. 4 zo dňa 13. 4. 2021 evidovaný v spise pod č. záznamu 100-000-295-489.

11. Ako reakciu na vytykáací list č. 2 zo dňa 11. 1. 2021 preposlal poistiteľ orgánu dohľadu mailom zo dňa 22. 3. 2021 *Lekársky posudok XXXXX XXXXXXXXXXXX zo dňa 29. 6. 2020 (ocenenie č.2)*. Mail poistiteľa zo dňa 22. 3. 2021 spolu s uvedeným lekárske posudkom je evidovaný v spise č. NBS1-000-062-171 pod č. záznamu 100-000-295-490.

12. Ako reakciu na vytykáací list č. 4 zo dňa 13. 4. 2021 poistiteľ preposlal mailom zo dňa 6. 5. 2021 orgánu dohľadu *Lekársky posudok XXXXX XXXXXXXXXXXX zo dňa 4. 5. 2021 (ocenenie č.3)* bez ďalšieho vyjadrenia zo strany poistiteľa. Mail poistiteľa zo dňa 6. 5. 2021 spolu s uvedeným lekárske posudkom je evidovaný v spise č. NBS1-000-062-171 pod č. záznamu 100-000-295-492.

13. Keďže orgán dohľadu nepovažoval takýto postup zo strany poistiteľa za dostačujúci, zaslal poistiteľovi mail zo dňa 1. 6. 2021 a žiadal, aby sa poistiteľ riadne vyjadril k priebehu likvidácie poistnej udalosti. Mail zo dňa 1. 6. 2021 je vedený v spise č. NBS1-000-062-171 pod č. záznamu 100-000-295-496.

14. Mailom zo dňa 4. 6. 2021 poisťovateľ zaslal orgánu dohľadu vyjadrenie spolu s prílohami. Vyjadrenie poistiteľa s prílohami je evidované v spise č. NBS1-000-062-171 pod č. záznamu 100-000-295-497 (ďalej len „vyjadrenie poistiteľa zo dňa 4. 6. 2021“). Vo vyjadrení zo dňa 4. 6. 2021 poistiteľ poukazuje na výluku podľa čl. 15 bod 1 VPP PSU a na čl. 13 VPP PSU, pričom uvádza, že poistiteľ údajne v zmysle týchto ustanovení VPP postúpil všetky dokumenty (lekárske správy) posudkovému lekárovi pre účely posúdenia, či sú v predmetnej poistnej udalosti splnené všetky podmienky pre výplatu poistného plnenia a nejedná sa o výluku v zmysle článku 15 bodu 1 VPP PSU. Zároveň účastník konania poukázal na článok 7 bod 5 VPP PSU (pôvodne označený ako článok 7 bod 6), v zmysle ktorého *V prípade pochybností o vzniku poistnej udalosti je povinnosťou poisteného a poistníka preukázať, že k poistnej udalosti došlo v deklarovanom rozsahu*. Ďalšie vyjadrenia poistiteľa orgán dohľadu v rámci vybavovania podania finančného spotrebiteľa neeviduje.

Priebeh sankčného konania

15. Dňa 21. 10. 2021 bolo účastníkovi konania doručené oznámenie o začatí konania, výzva na vyjadrenie sa k dôvodom začatého konania, výzva na predloženie podkladov a informácii (ďalej len „*oznámenie o začatí konania*“) zo dňa 15. 10. 2021. Oznámenie o začatí konania je evidované pod č. záznamu 100-000-310-894.

16. Dňa 18. 11. 2021 sa prostredníctvom aplikácie Microsoft Teams uskutočnilo online stretnutie zástupcov účastníka konania a zástupcov orgánu dohľadu. Žiadosťou zo dňa 9. 11. 2021 požiadal účastník konania o stretnutie za účelom bližšieho objasnenia situácie a dôvodov začatého konania. Účastník konania na predmetom stretnutí potvrdil prijatie oznámenia o začatí konania zo dňa 15. 10. 2021 č. sp. NBS1-000-062-171. K skutku I. a II. bližšie špecifikovanému v oznámení o začatí konania zo dňa 15. 10. 2021 účastník konania uviedol, že došlo k prehodnoteniu postupu pri likvidácii poistnej udalosti vedenej pod č. 9900004623, pričom zo strany účastníka konania bude vykonaná náprava a sťažovateľke bude poskytnuté poistné plnenie. Dôjde k systémovému prehodnoteniu postupov pri likvidácii poistných udalostí ako aj novému nastaveniu procesov v rámci likvidácie poistných udalostí, pričom opatrenia budú špecifikované v písomnom vyjadrení k oznámeniu o začatí konania, ktoré bude orgánu dohľadu zaslané v lehote do 26. 11. 2021. Následne sa účastník konania vyjadril k skutku III. bližšie špecifikovanému v oznámení o začatí konania zo dňa 15. 10. 2021. V rámci vyjadrenia uviedol, že nesúhlasí s právnym posúdením veci zo strany orgánu dohľadu. Úradný záznam zo stretnutia je evidovaný pod č. 100-000-317-139.

17. Účastník konania doručil orgánu dohľadu vyjadrenie k dôvodom začatého konania zo dňa 26. 11. 2021 spolu s prílohou CD s označením *NBS1-000-062-171 príloha-podklady* (ďalej len „*vyjadrenie účastníka konania zo dňa 26. 11. 2021*“). Vyjadrenie účastníka konania zo dňa 26. 11. 2021 je evidované pod č. záznamu 100-000-318-297.

18. Súčasťou CD sú viaceré podklady, ktoré už boli orgánu dohľadu zo strany poistiteľa opakovane doručované a zároveň tieto doklady sú na CD skopírované mnohonásobne. Okrem dokladov, ktoré už boli orgánu dohľadu doručované v rámci vybavovania podania sa na priloženom CD s označením *NBS1-000-062-171 príloha-podklady* nachádza list poistiteľa zo dňa 8. 6. 2021, ktorým poistiteľ opakovane žiada od poistenej doklady týkajúce sa jej zdravotného stavu, list účastníka konania *odpoveď na sťažnosť (114/2021) k poistnej udalosti XXXXXXXXXXX* zo dňa 17. 9. 2021 adresovaný poistenej a interná komunikácia poistiteľa zo dňa 3. 6. 2021.

19. Keďže účastník konania nedoručil časť požadovaných dokladov a informácii ako boli uvedené v oznámení o začatí konania, orgán dohľadu vyzval účastníka konania na doplnenie dokladov listom *Opätovná žiadosť na predloženie podkladov a informácii* zo dňa 10. 1. 2022 (č. záznamu 100-000-325-348), ktorý bol účastníkovi konania doručený dňa 13. 1. 2022. Účastník konania doložil požadované doklady listom *Doplnenie podkladov a informácii poistiteľa* zo dňa 20. 1. 2022 spolu s prílohou USB (ďalej len „*list - doplnenie podkladov zo dňa 20. 1. 2022*“). List - doplnenie podkladov a informácii zo dňa 20. 1. 2022 je evidovaný pod č. záznamu 100-000-327-995. Prílohou predmetného listu sú nasledovné podklady, ktoré majú význam z hľadiska dokazovania v sankčnom konaní:

- list *Likvidácia poistnej udalosti z poistenia spotrebiteľského úveru* zo dňa 25. 11. 2021,
- tlačivo výpis zo zdravotnej karty zo dňa 17. 4. 2020 (PZ č. XXXXXXXXXXX),

- dokument vo formáte Excel s označením *Prehľad zmien vo VPP PSU 200122*,
- VPP s označením *PSU TB - Všeobecné poistné podmienky 2021 Ž_262_21_2 - od 2021-11-23*,
- VPP s označením *PSU TB - Všeobecné poistné podmienky 2021 Ž_262_21_1 - od 2021-11-16 do 2021-11-22*,
- VPP s označením *PSU TB - Všeobecné poistné podmienky 2004-1 Ž_262_21*,
- VPP s označením *Ž 262 VPP Poistenie spotrebiteľského úveru TB_01 21*,
- VPP s označením *Z 262 VPP PSU 18*,
- VPP s označením *Z 262 VPP PSU 15*.

20. Orgán dohľadu zaslal účastníkovi konania list *Informácia o rozšírení dôvodov začatého konania, výzva na vyjadrenie a výzva na poskytnutie podkladov a informácii* zo dňa 13. 4. 2022, ktorý bol účastníkovi doručený dňa 21. 4. 2022. List zo dňa 13. 4. 2022 je evidovaný pod č. záznamu 100-000-342-213. Listom zo dňa 13. 4. 2022 orgán dohľadu informoval účastníka konania o rozšírení skutku I. z dôvodu, že z predložených dokladov počas konania bolo zistené, že poisťiteľ listom zo dňa 8. 6. 2021 a účastník konania listom zo dňa 17. 9. 2021 adresovaným poisťenej zotrval na požadovaní dokladov, ktoré nie je možné rozumne považovať za relevantné pri určení nároku na poistné plnenie. Z uvedeného dôvodu bol výrok skutku I. doplnený o list zo dňa 8. 6. 2021 a list zo dňa 17. 9. 2021. Iné zmeny vo výroku skutku I. oproti oznámeniu o začatí konania neboli vykonané. Okrem uvedeného bol účastník konania listom zo dňa 13. 4. 2022 vyzvaný na predloženie informácie, aké konkrétne opatrenia na nápravu boli zo strany účastníka konania vykonané ako aj na predloženie listinných dôkazov preukazujúcich prijatie týchto opatrení prípadne predloženie implementačného plánu pre opatrenia, ktoré budú vykonané v budúcnosti.

21. Účastník konania odpovedal listom *Vyjadrenie k informácii o rozšírení dôvodov konania, výzve na vyjadrenie a k výzve na poskytnutie dokladov a informácii* zo dňa 5. 5. 2022, ktorého súčasťou je príloha ADONIS QM Report. List zo dňa 5. 5. 2022 spolu s prílohou je evidovaný pod č. záznamu 100-000-346-016.

22. Orgán dohľadu zaslal účastníkovi konania list *Výzva na oboznámenie sa účastníka konania so spisovým podkladom a na vyjadrenie sa k nemu* zo dňa 26. 4. 2022, ktorý bol účastníkovi konania doručený dňa 29. 4. 2022. List zo dňa 26. 4. 2022 je evidovaný pod č. záznamu 100-000-343-959.

23. Účastník konania zastúpený XXXXXX XXXXXXXXXXXX, XXXXXX XXXXXXXXXXXX a XXXXXX XXXXXXXXXXXX na základe poverení zo dňa 4. 5. 2022 sa dostavil dňa 12. 5. 2022 do NBS, Radlinského 10, Bratislava za účelom oboznámenia sa so spisovým podkladom v konaní vedenom pod č. sp.: NBS1-000-062-171. Splnomocnení zástupcovia účastníka konania sa oboznámili so spisovým podkladom, pričom v tomto štádiu konania neuviedli žiadne nové dôkazy ani skutočnosti a vyhradili si právo doplniť ďalšie skutočnosti a dôkazy neskôr. Orgán dohľadu vyhotovil z oboznámenia sa účastníka konania so spisovým podkladom zápisnicu zo dňa 12. 5. 2022. Zápisnica zo dňa 12. 5. 2022 je evidovaná pod č. záznamu 100-000-347-311.

Dôkazné prostriedky

24. Orgán dohľadu vykonal dokazovanie oboznámením sa s obsahom nasledovných dôkazných prostriedkov založených do spisu č. NBS1-000-062-171:

- podanie poisťenej zo dňa 28. 9. 2020 evidované pod č. záznamu 100-000-252-275,

- oznámenie o zániku spoločnosti UNIQA poisťovňa, a.s. zo dňa 6. 9. 2021 evidované pod č. záznamu 100-000-307-380,
- podanie poistenej zo dňa 28. 9. 2020 spolu s prílohami - lekárska správa klinického onkológa XXXXX XXXXXXXXXX zo dňa 28. 6. 2016, lekárska správa Sociálnej poisťovne zo dňa 18. 12. 2019 spolu s odborným posudkom o invalidite zo dňa 18. 12. 2019, oznámenie škodovej udalosti zo dňa 5. 2. 2020, list poistiteľa zo dňa 4. 6. 2020, list poistiteľa zo dňa 9. 7. 2020 evidované pod č. záznamu 100-000-295-499,
- vyjadrenie poistiteľa zo dňa 26. 10. 2020 spolu s prílohami - zmluva o poskytnutí spotrebiteľského úveru s poistením pre fyzické osoby č. XXXXXXXXXX (ďalej len „*poistná zmluva* č. XXXXXXXXXX“), všeobecné poistné podmienky pre poistenie k spotrebiteľskému úveru – 2004/1 (ďalej len „*VPP PSU*“), oznámenie škodovej udalosti zo dňa 5. 2. 2020, lekárska prepúšťacia správa NOÚ zo dňa 8. 6. 2019 vyhotovená XXXXX XXXXXXXXXX, XXXXX XXXXXXXXXX, XXXXX XXXXXXXXXX, lekárska správa NOÚ zo dňa 10. 12. 2019 vyhotovená MUDr. XXXXXXXXXX, pokladničný doklad č. 0005, rozhodnutie Sociálnej poisťovne zo dňa 22. 1. 2020, list poistiteľa *Žiadosť o zaslanie dokladov* zo dňa 6. 3. 2020, list poistiteľa zo dňa 4. 6. 2020, list poistiteľa zo dňa 9. 7. 2020, list poistiteľa *Uzavretie poistnej udalosti bez nároku na poistné plnenie* zo dňa 2. 10. 2020 evidované pod č. záznamu 100-000-295-469,
- vytýkací list č. 1 zo dňa 04. 1. 2021 evidovaný pod č. záznamu 100-000-295-480,
- vytýkací list č. 2 zo dňa 11. 1. 2021 evidovaný pod č. záznamu 100-000-295-485,
- vytýkací list č. 3 zo dňa 23. 3. 2021 evidovaný pod č. záznamu 100-000-295-488,
- vytýkací list č. 4 zo dňa 13. 4. 2021 evidovaný pod č. záznamu 100-000-295-489,
- mail poistiteľa zo dňa 22. 3. 2021 spolu s lekárskeým posudkom XXXXX XXXXXXXXXX zo dňa 29. 6. 2020 evidovaný pod č. záznamu 100-000-295-490,
- mail poistiteľa zo dňa 6. 5. 2021 spolu s lekárskeým posudkom XXXXX XXXXXXXXXX zo dňa 4. 5. 2021 evidovaný pod č. záznamu 100-000-295-492,
- mail orgánu dohľadu zo dňa 1. 6. 2021 spolu s prílohou evidovaný pod č. záznamu 100-000-295-496,
- vyjadrenie poistiteľa zo dňa 4. 6. 2021 spolu s prílohami - oznámenie škodovej udalosti zo dňa 5. 2. 2020, lekárska prepúšťacia správa NOÚ zo dňa 8. 6. 2019 vyhotovená XXXXX XXXXXXXXXX, XXXXX XXXXXXXXXX, XXXXX XXXXXXXXXX, XXXXX XXXXXXXXXX, rozhodnutie Sociálnej poisťovne zo dňa 22. 1. 2020, pokladničný doklad č. 0005, lekárska správa NOU zo dňa 10. 12. 2019 vyhotovená XXXXX XXXXXXXXXX, lekárskeý posudok XXXXX XXXXXXXXXX zo dňa 29. 6. 2020, lekárska dokumentácia označená 1909/07_2časť k diagnóze C81.1 obsahujúca viaceré dokumenty, lekárska správa Sociálnej poisťovne zo dňa 18. 12. 2019 spolu s odborným posudkom o invalidite zo dňa 18. 12. 2019, tlačivo výpis zo zdravotnej karty (slabo čitateľné), list poistiteľa zo dňa 4. 6. 2020, list poistiteľa zo dňa 6. 3. 2020, list poistiteľa zo dňa 9. 7. 2020, list poistiteľa zo dňa 2. 10. 2020, list adresovaný XXXXX XXXXXXXXXX zo dňa 22. 1. 2021 evidované pod č. záznamu 100-000-295-497,
- oznámenie o začatí konania, výzva na vyjadrenie sa k dôvodom začatého konania, výzva na predloženie podkladov a informácii zo dňa 15. 10. 2021 spolu s doručenkou evidované pod č. záznamu 100-000-310-894,
- žiadosť o predĺženie lehoty na predloženie vyjadrenia k dôvodom začatého konania zo dňa 12. 11. 2021 evidovaná pod č. záznamu 100-000-315-886,

- list predĺženie lehoty na vyjadrenie k dôvodom začatého konania zo dňa 15. 11. 2021 spolu s doručenkou evidovaný pod č. záznamu 100-000-316-213,
- prerokovanie dôvodov začatého sankčného konania zo dňa 18. 11. 2021 – úradný záznam evidovaný pod č. 100-000-317-139,
- vyjadrenie poistiteľa k dôvodom začatého sankčného konania a poskytnutie podkladov zo dňa 26. 11. 2021 spolu s CD s označením *NBS1-000-062-171 príloha -podklady* evidované pod č. záznamu 100-000-318-297,
- žiadosť o heslo spolu s odpoveďou evidované pod č. záznamu 100-000-324-981,
- opätovná žiadosť o predloženie podkladov a informácii zo dňa 10. 1. 2022 evidovaná pod č. záznamu 100-000-325-348,
- list *Doplnenie podkladov a informácii poistiteľa* zo dňa 20. 1. 2022 spolu s USB 2022 evidované pod č. záznamu 100-000-327-995,
- úradný záznam - výročná správa spoločnosti UNIQA pojišťovna, a.s. za r. 2020 evidovaná pod č. záznamu 100-000-341-902,
- list *Informácia o rozšírení dôvodov začatého konania, výzva na vyjadrenie a poskytnutie podkladov a informácii* zo dňa 13. 4. 2022 evidovaný pod č. záznamu 100-000-342-213,
- úradný záznam - UNIQA pojišťovna, a.s. - zpráva o solventnosti a finančnej situácii 2021 evidovaná pod č. záznamu 100-000-342-426,
- úradný záznam - Výkaz vybraných údajov z individuálnej účtovnej závierky – UNIQA pobočka SR (IČO: 53 812 948) evidovaný pod č. záznamu 100-000-342-429,
- návrh zmluvy o cezhraničnom zlúčení zo dňa 30. 3. 2021 evidovaný pod č. záznamu 100-000-343-487,
- mailová komunikácia – predĺženie termínu na vyjadrenie (výzva na vyjadrenie k rozšíreným dôvodom začatého konania) evidovaná pod č. záznamu 100-000-343-779,
- mailová komunikácia – potvrdenie termínu oboznámenia sa so spisovým podkladom evidovaná pod č. záznamu 100-000-343-797,
- výzva na oboznámenie sa účastníka konania so spisovým podkladom a na vyjadrenie sa k nemu zo dňa 26. 4. 2022 evidovaná pod č. záznamu 100-000-343-959,
- list účastníka konania *Vyjadrenie sa k informácii o rozšírení dôvodov konania, výzve na vyjadrenie a k výzve na poskytnutie podkladov a informácii* zo dňa 5. 5. 2022 evidovaný pod č. záznamu 100-000-346-016,
- mailová komunikácia zo dňa 9. 5. 2022 – doplnenie poverenia p. XXXXXXXX evidovaná pod č. záznamu 100-000-346-779,
- mailová komunikácia zo dňa 10. 5. 2022 – doplnenie originálu poverenia p. XXXXXXXX pod č. záznamu 100-000-346-877,
- zápisnica z oboznámenia sa účastníka konania so spisovým materiálom zo dňa 12. 5. 2022 evidovaná pod č. záznamu 100-000-347-311,
- originál poverenia p. XXXXXXXX evidovaný pod č. záznamu 100-000-347-344,
- list *Oznámenie o oprave „Zápisnice“ z oboznámenia sa účastníka konania so spisovým podkladom ku konaniu č. NBS1-000-062-171* zo dňa 12. 5. 2022 evidovaná pod č. záznamu 100-000-347-501,
- mailová komunikácia zo dňa 31. 5. 2022 – potvrdenie účastníka konania o nevyužití práva vyjadriť sa k spisovému pokladu ku konaniu pod č. záznamu 100-000-351-857.

Skutková a právna kvalifikácia skutku I.

Skutková a právna kvalifikácia k porušeniu ustanovenia § 4 ods. 2 písm. c) zákona č. 250/2007 Z. z. v spojení s § 7 ods. 1 a 4, § 2 písm. q) v spojení s bodom 4 druhej časti Prílohy č. 1 k zákonu č. 250/2007 Z. z. (skutok I.)

25. Orgán dohľadu po posúdení podania poistenej, vyjadrení poisťiteľa a účastníka konania, po preskúmaní obchodných praktík poisťiteľa a účastníka konania vo vzťahu k poistenej a po ustálení skutkového stavu veci má za to, že poisťiteľ a účastník konania sa dopustili, z dôvodov bližšie uvedených v ďalšom texte, porušenia nasledovných právnych predpisov:

Podľa ustanovenia § 4 ods. 2 písm. c) zákona č. 250/2007 Z. z.: *Predávajúci nesmie používať nekalé obchodné praktiky a neprijateľné podmienky v spotrebiteľských zmluvách.*

Podľa ustanovenia § 7 ods. 1 zákona č. 250/2007 Z. z.: *Nekalé obchodné praktiky sú zakázané, a to pred, počas aj po vykonaní obchodnej transakcie.*

Podľa ustanovenia § 7 ods. 4 zákona č. 7/2007 Z. z.: *Za nekalú obchodnú praktiku sa považuje najmä klamlivé konanie a klamlivé opomenutie konania podľa § 8 a agresívna obchodná praktika podľa § 9. Zoznam obchodných praktík, ktoré sa za každých okolností považujú za nekalé, je v prílohe č. 1.*

Podľa ustanovenia § 2 písm. q) zákona č. 250/2007 Z. z.: *Na účely tohto zákona sa agresívnou obchodnou praktikou rozumie konanie, ktoré obťažovaním, nátlakom vrátane použitia fyzickej sily alebo neprimeraným vplyvom podstatne zhoršuje alebo je spôsobilé významne zhoršiť slobodu výberu alebo správanie priemerného spotrebiteľa vo vzťahu k výrobku a tým zapríčiňuje alebo môže zapríčiniť, že spotrebiteľ urobí rozhodnutie o obchodnej transakcii, ktoré by inak neurobil.*

Podľa bodu 4 druhej časti Prílohy č. 1 Obchodné praktiky, ktoré sa za každých okolností považujú za nekalé k zákonu č. 250/2007 Z. z.: *je agresívnou obchodnou praktikou Žiadanie od spotrebiteľa, ktorý si chce uplatniť nárok z poistnej zmluvy, aby predložil dokumenty, ktoré nie je možné rozumne považovať za relevantné pri určení platnosti nároku, alebo systematicky neodpovedať na naliehavú korešpondenciu s cieľom odradiť spotrebiteľa od výkonu jeho zmluvných práv.*

26. Uvedené ustanovenia zákona o ochrane spotrebiteľa sú transpozíciou najmä článku 5, článku 8 a bodu 27 prílohy č. I Smernice Európskeho parlamentu a Rady 2005/29/ES z 11. mája 2005 o nekalých obchodných praktikách podnikateľov voči spotrebiteľom na vnútornom trhu, a ktorou sa mení a dopĺňa smernica Rady 84/450/EHS, smernice Európskeho parlamentu a Rady 97/7/ES, 98/27/ES a 2002/65/ES a nariadenie Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 2006/2004 (ďalej len „smernica“).

27. V zmysle článku 5 ods. 5 smernice: *Príloha I obsahuje výpočet tých obchodných praktík, ktoré sa za každých okolností považujú za nekalé. Ten istý jediný výpočet sa uplatňuje vo všetkých členských štátoch a môže byť upravený iba novelizáciou tejto smernice.* Príloha č. 1 obsahuje tzv. čierny zoznam obchodných praktík, ktoré sa každých okolností považujú za nekalé. V zmysle Usmernenia Európskej komisie k vykonávaniu/uplatňovaniu smernice 2005/29/ES o nekalých obchodných praktikách, ktorý je sprievodným dokumentom k oznámeniu Komisie Európskemu parlamentu, Rade, Európskemu hospodárskemu a sociálnemu výboru a Výboru regiónov zo dňa 25. 5. 2016 {COM(2016) 320} (ďalej len „pracovný dokument Európskej komisie

z 25. 5. 2016“): *Ak možno dokázať, že obchodník vykonával obchodnú praktiku zaradenú do čierneho zoznamu, vnútroštátne orgány presadzovania práva môžu prijať opatrenia na sankcionovanie obchodníka bez toho, aby museli prípad jednotlivito posudzovať (t. j. posúdiť vplyv praktiky na ekonomické správanie priemerného spotrebiteľa).*

28. Podľa § 788 ods. 1 Občianskeho zákonníka: *Poistnou zmluvou sa poistiteľ zaväzuje poskytnúť v dojednanom rozsahu plnenie, ak nastane náhodná udalosť v zmluve bližšie označená a fyzická osoba alebo právnická osoba, ktorá s poistiteľom poistnú zmluvu uzavrela, je povinná platiť poistné.*

Podľa § 797 ods. 2 Občianskeho zákonníka: *Právo na plnenie vznikne, ak nastane skutočnosť, s ktorou je spojený vznik povinnosti poistiteľa plniť (poistná udalosť).*

Podľa § 797 ods. 3 Občianskeho zákonníka: *Plnenie je splatné do pätnástich dní len čo poistiteľ skončil vyšetrenie potrebné na zistenie rozsahu povinnosti poistiteľa plniť. Vyšetrenie sa musí vykonať bez zbytočného odkladu; ak sa nemôže skončiť do jedného mesiaca po tom, keď sa poistiteľ o poistnej udalosti dozvedel, je poistiteľ povinný poskytnúť poistenému na požiadanie primeraný preddavok.*

Z vyššie citovaných ustanovení Občianskeho zákonníka vyplýva, že poistiteľ je v rámci likvidácie (vyšetrenia poistnej udalosti na základe oznámenia dotknutého účastníka poistno-právneho vzťahu) oprávnený skúmať len tie skutočnosti, ktoré sú potrebné na zistenie povinnosti poistiteľa poskytnúť poistné plnenie v dojednanom rozsahu. Orgán dohľadu v súlade s vyššie uvedenou právnou argumentáciou vychádza zo skutočnosti, že v rámci likvidácie poistnej udalosti je poistiteľ oprávnený zisťovať, či nastala poistná udalosť ako aj ďalšie skutočnosti, ktoré majú vplyv na rozsah poistného plnenia (napr. či sú splnené podmienky pre zníženie prípadne odmietnutie poistného plnenia a podobne). **Poistiteľ ako tvorca poistného produktu výlučne na základe svojho obchodného rozhodnutia definuje v poistnej zmluve a v poistných podmienkach, čo je poistnou udalosťou a s tým súvisiace skutočnosti, ktoré je v rámci likvidácie poistnej udalosti oprávnený šetriť.**

29. Poistnú udalosť je možné definovať ako náhodnú udalosť, ktorá je bližšie vymedzená v poistnej zmluve. Vo všeobecnosti poistná udalosť môže byť definovaná pozitívnym a negatívnym vymedzením. Negatívnym vymedzením poistnej udalosti sa zo systému pozitívne určenej skupiny poistných udalostí vyberie množina náhodných udalostí (udalosť, ktorá má potenciál poistnej udalosti, nebyť výslovného určenia zo strany poisťovne), ktoré nepodliehajú poistnému krytiu zo strany poisťovne tzv. výluky z poistenia. Negatívne vymedzenie môže byť o. i. časového rázu, v takom prípade nepodliehajú poistnému krytiu škodové udalosti, ku ktorým dôjde v určitom časovom rámci.¹⁾

30. Orgán dohľadu v predmetnej veci preskúmal Zmluvu o poskytnutí spotrebiteľského úveru s poistením pre fyzické osoby č. XXXXXXXXXXXX zo dňa 6. júna 2018 (ďalej len „zmluva“) a VPP PSU. Z článku VII ods. 1 zmluvy vyplýva, že medzi poistiteľom na jednej strane a poistenou na strane druhej bola uzatvorená poistná zmluva, ktorej predmetom podľa článku I zmluvy bolo poistenie typu A. Podľa článku VII ods. 2 a ods. 27 zmluvy VPP PSU tvorili neoddeliteľnú súčasť poistnej zmluvy. Zmluva a VPP PSÚ boli predložené orgánu dohľadu

¹⁾ Petruľák, M. - Šulíková, Ma. 2012. Poistné zmluvy. 1. vyd. Praha: C.H. Beck, 2012. s. 8.

spolu s vyjadrením zo dňa 26. 10. 2020 za účelom preverenia, akým spôsobom je definovaná poistná udalosť v predloženej zmluvnej dokumentácii vo vzťahu k poisteniu pre prípad úplnej invalidity. Orgán dohľadu preskúmaním zmluvnej dokumentácie zistil, že v zmysle článku 1 bod 5 VPP PSÚ je poistná udalosť definovaná ako *náhodná udalosť podľa týchto VPP definovaná v článku 19, článku 26, článku 35 a článku 45 pre jednotlivé poistné riziká dojednané v poistnej zmluve, s ktorou je spojený vznik povinnosti poistiteľa poskytnúť poistné plnenie*. Pozitívne vymedzenie poistnej udalosti obsahuje článok 26 VPP PSU: *Poistnou udalosťou v poistení pre prípad úplnej invalidity je priznanie úplnej invalidity poisteného v dôsledku choroby alebo úrazu v zmysle definície uvedenej v týchto VPP, ktoré nastane po uplynutí čakacej lehoty ak sú splnené ostatné prípadné podmienky vyžadované týmito VPP a poistnou zmluvou. Na priznanie úplnej invalidity následkom úrazu, ktorý nastal po začiatku poistenia sa čakacia lehota neuplatňuje. Ustanovenia článku 15, 25 ods. 3 a článku 31 týchto VPP ustanovením tohto článku nie sú dotknuté*. Negatívne vymedzenie poistnej udalosti (t. j. čo nie je poistná udalosť) sa nachádza v článku 25 VPP PSU v zmysle ktorého: *(1) Pre poistenie pre prípad úplnej invalidity je stanovená čakacia lehota 1 mesiac, pokiaľ v poistnej zmluve nie je dohodnuté inak. Úplná invalidita poisteného, ktorá vznikla počas čakacej lehoty nie je považovaná za poistnú udalosť. (2) Čakacia lehota sa neuplatňuje na úplnú invaliditu v dôsledku úrazu, ktorý nastal po začiatku poistenia. (3) Pre poistenie pre prípad úplnej invalidity je stanovená karenčná lehota 2 mesiace, pokiaľ v poistnej zmluve nie je dohodnuté inak. Úplná invalidita poisteného, ktorá trvá len počas karenčnej lehoty nie je považovaná za poistnú udalosť*.

31. Orgán dohľadu má za to, že poistiteľ bol oprávnený v rámci likvidácie poistnej udalosti č. 9900004623 posudzovať, či ide o poistnú udalosť (pozitívne a negatívne vymedzenie poistnej udalosti) vrátane posudzovania, či ide o osobu prijateľnú do poistenia v zmysle článku 15 ods. 2 resp. podľa článku 5 a 6 ods. 1 VPP PSU ako aj posudzovať, či sú naplnené podmienky pre výluky upravené v článku 15 a 31 VPP PSU.

32. Vo vyjadrení poistiteľa zo dňa 26. 10. 2020 poistiteľ poukazuje na čl. 13 VPP ako aj na čl. 15 bod 2 VPP PSU, v zmysle ktorého nárok na poistné plnenie nevzniká, ak poistený k dátumu uzavretia poistnej zmluvy nespĺňal podmienky pre prijateľnosť do poistenia pre zvolený typ poistenia stanovené v týchto VPP, v poistnej zmluve a v prehláseniach v úverovej zmluve. Následne poistiteľ s odkazom na tieto skutkové okolnosti a zmluvné ustanovenia (čl. 13 VPP ako aj na čl. 15 bod 2 VPP) uvádza, že listom zo dňa 6. 3. 2020 požiadal poistenú o doloženie lekárskeho správ z posudkovej komisie Sociálnej poisťovne a výpisu zo zdravotnej karty. Poistiteľ ďalej vo vyjadrení uvádza, že lekárske správy, ktoré poistená predložila boli predložené posudkovému lekárovi poistiteľa, ktorý sa vyjadril, že z doložených lekárskeho správ nie je možné urobiť jednoznačný záver, a tak poistiteľ požiadal poistenú o doloženie ďalších dokladov. Z dôvodu, že opäť bolo zistené nedostatočné doloženie lekárskeho správ bola poistená listom zo dňa 9. 7. 2020 opäť vyzvaná k ich predloženiu. Poistená požadované lekárske správy nedoložila ani ku dňu 1. 10. 2020, preto poistiteľ uzatvoril poistnú udalosť bez nároku na poistné plnenie a to z dôvodu, že poistená nedoložila požadované doklady potrebné k šetreniu poistnej udalosti.

33. Poistiteľ vo svojom vyjadrení zo dňa 26. 10. 2020 teda priamo odkazuje na čl. 15 bod 2 VPP, ktorý sa dotýka prijateľnosti poisteného do poistenia. Keďže na iné zmluvné ustanovenie VPP poistiteľ neodkazuje, je možné vyvodiť, že požadovanie dokladov od poistenej opiera

o toto zmluvné ustanovenie. Zo znenia vyjadrenia poistiteľa zo dňa 26. 10. 2020 sa dá vyvodiť, že požadovaním dokladov v liste zo dňa 6. 3. 2020, 4. 6. 2020 a 9. 7. 2020 chcel poistiteľ prešetriť, či boli naplnené podmienky pre prijateľnosť do poistenia.

34. Na tomto mieste orgán dohľadu uvádza, že podmienky prijateľnosti do poistenia sú upravené v článku 5 VPP PSU a článku 6 ods. 1 VPP PSU. Iné zmluvné podmienky prijateľnosti do poistenia neboli dohodnuté a rovnako neboli dohodnuté žiadne individuálne podmienky prijateľnosti do poistenia, keďže podľa vyjadrenia poistiteľa bolo poistenie dojednané bez skúmania zdravotného stavu. V zmysle článku 5 VPP PSU Osoby neprijateľné do poistenia k spotrebiteľskému úveru: *Do poistenia k spotrebiteľskému úveru nie je prijateľná fyzická osoba, ktorá nemá k dátumu uzavretia poistnej zmluvy povolenie na prechodný pobyt, povolenie na trvalý pobyt alebo trvalý pobyt na území Slovenskej republiky, ak nie je v poistnej zmluve dohodnuté inak.* V zmysle článku 6 ods. 1 VPP PSU Osoby neprijateľné do poistenia pre jednotlivé poistné riziká: *Do poistenia pre prípad úplnej invalidity nie je prijateľná fyzická osoba, ktorá je k dátumu uzavretia poistenia poberateľom invalidného dôchodku.* Orgánu dohľadu nie je zrejmé, akým spôsobom chcel poistiteľ požadovanou zdravotnou dokumentáciu v listoch zo dňa 6. 3. 2020, 4. 6. 2020, 9. 7. 2020 prešetriť skutočnosť, či mala poistená ku dňu uzatvorenia poistenia povolenie na prechodný alebo trvalý pobyt v SR alebo či má poistená trvalý pobyt na území SR, prípadne či bola ku dňu uzatvorenia poistnej zmluvy poistená poberateľom invalidného dôchodku. Požadovanie dokladov vo vzťahu k posudzovaniu prijateľnosti poistenej do poistenia považuje preto orgán dohľadu za irelevantné.

35. Vo vyjadrení poistiteľa zo dňa 4. 6. 2021 následne poistiteľ uviedol, že dokumenty (lekárske správy) požaduje od poistenej pre účely posúdenia, či sú v predmetnej poistnej udalosti splnené všetky podmienky pre výplatu poistného plnenia a nejedná sa o výluku v zmysle článku 15 bodu 1 VPP. Z uvedeného vyplýva, že poistiteľ zmenil svoju argumentáciu a vo vyjadrení zo dňa 4. 6. 2021 poukazoval už na iný článok VPP PSU (t. j. čl. 15 bod 1 VPP PSU).

36. Vzhľadom na uvedené sa orgán dohľadu zameril na posúdenie výluky podľa článku 15 bodu 1 VPP PSU v zmysle, ktorej: *Nárok na poistné plnenie nevzniká ak smrť, úplná invalidita alebo pracovná neschopnosť bola spôsobená tými chorobami alebo následkami úrazu, ktorými poistený trpel v priebehu 12 mesiacov pred začiatkom poistenia, alebo kvôli ktorým mu bolo v priebehu 12 mesiacov pred začiatkom poistenia poskytnuté lekárske poradenstvo alebo lekárske vyšetrenie alebo ošetrenie. Toto obmedzenie platí len vtedy, ak smrť, úplná invalidita alebo pracovná neschopnosť nastala do 24 mesiacov od začiatku poistenia v príčinnej súvislosti s touto chorobou alebo následkami úrazu.* Pre úplnosť orgán dohľadu uvádza, že na uvedenú výluku bola poistená osobitne upozornená v článku VII ods. 24 zmluvy, nakoľko jeho text je totožný s textom výluky podľa článku 15 bodu 1 VPP PSU, čo podľa orgánu dohľadu ešte zvyrazňuje dovtedajšiu zmätočnosť postupov poistiteľa v rámci likvidácie škodovej udalosti a jeho komunikácie k poistenej ako aj k orgánu dohľadu.

37. Z vyššie uvedeného zmluvného ustanovenia vyplýva, že poistiteľ vylúčil poskytnutie poistného plnenia v prípade, ak úplná invalidita bola spôsobená chorobami alebo následkami úrazu, ktorými poistený trpel v priebehu 12 mesiacov pred začiatkom poistenia, alebo kvôli ktorým mu bolo v priebehu 12 mesiacov pred začiatkom poistenia poskytnuté lekárske poradenstvo alebo lekárske vyšetrenie alebo ošetrenie, teda časovo vymedzil škodové udalosti alebo ich príčiny, ktoré poistnému krytiu nepodliehajú.

38. Orgán dohľadu má za to, že poisťiteľ je v rámci likvidácie škodovej udalosti oprávnený skúmať len tie skutočnosti, ktoré sú podstatné pre určenie, či došlo k poistnej udalosti tak, ako je definovaná v poistnej zmluve a v poistných podmienkach (a teda len v tom rámci ako poistnú udalosť poisťovateľ sám v poistných podmienkach definoval). V predmetnej veci sám poisťovateľ nedefinoval výluku uvedenú v článku 15 ods. 1 VPP PSU časovým obmedzením, a teda šetrenie poistnej udalosti musí korešpondovať s týmto časovým obmedzením (t. j. obdobie 12 mesiacov pred začiatkom poistenia). Máme za to, že poisťovateľ bol oprávnený skúmať zdravotný stav poistenej, resp. zisťovať skutočnosti ohľadom zdravotného stavu poistenej orientačne za obdobie od 6. 6. 2017 do 6. 6. 2018, pričom za relevantné doklady pre šetrenie poistnej udalosti považuje orgán dohľadu len tie doklady, ktoré sa dotýkajú predmetného obdobia.

39. Orgán dohľadu pripúšťa, že za účelom posúdenia, či je poisťiteľ povinný poskytnúť poistné plnenie, bol poisťiteľ oprávnený žiadať listom zo dňa 6. 3. 2020 lekárske správy posudkovej komisie Sociálnej poisťovne, keďže tieto doklady sa bezprostredne týkajú vzniku poistnej udalosti, ktorou je priznanie úplnej invalidity zo strany Sociálnej poisťovne.

40. Okrem dokladov, ktoré sa bezprostredne týkajú priznania úplnej invalidity Sociálnou poisťovňou, je poisťiteľ oprávnený šetriť zdravotný stav poistenej za obdobie 12 mesiacov pred začiatkom poistenia vrátane skutočnosti, či poistenej v tomto období bolo poskytnuté lekárske poradenstvo, lekárske vyšetrenie alebo ošetrovanie v súvislosti s chorobou, pre ktorú mala nastať úplná invalidita. Orgán dohľadu má za to, že za účelom šetrenia týchto skutočností bol poisťiteľ oprávnený primárne zisťovať, či má poistená v chorobopise diagnózu, pre ktorú bola uznaná za invalidnú (t. j. C92.0 akútna myeloblastová leukémia t. j. AML) prípadne či bolo poistenej v súvislosti s touto diagnózou poskytnuté lekárske poradenstvo, lekárske ošetrovanie alebo vyšetrenie v období 12 mesiacov pred začiatkom poistenia.

41. Orgán dohľadu považuje za vhodný a odborný taký postup poisťiteľa, keď poisťiteľ prednostne vyžiada od poisteného výpis z účtu poistenca vedeného v zmysle zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení neskorších predpisov za obdobie 12 mesiacov predchádzajúcich začiatku poistenia, v ktorom sú evidované všetky údaje o poskytnutých zdravotných výkonoch, liekoch, zdravotníckych pomôckach ako aj všetkých službách súvisiacich so zdravotníckou starostlivosťou poskytnutou poistencovi prípadne zdravotnú dokumentáciu poisteného za toto obdobie. Orgán dohľadu konštatuje, že ku dňu doručenia vyjadrenia poisťiteľa zo dňa 4. 6. 2021 poisťiteľ nevyžiadal od poistenej relevantné doklady (napr. výpis z účtu poistenca za obdobie 12 mesiacov), ale naopak opakovane sa dožadoval dokladov, ktoré nie je možné rozumne považovať za relevantné pri určení platnosti nároku. Ku dňu 4. 6. 2021 poisťiteľ vyžadoval od poistenej poskytnutie dokladov tromi listami (listom zo dňa 6. 3. 2020, 4. 6. 2020, 9. 7. 2020) a následne listom zo dňa 20. 10. 2020 uzatvoril poistnú udalosť ako bezdokladovú.

42. Listom *Žiadosť o zaslanie dokladov* zo dňa 6. 3. 2020 žiadal poisťiteľ nasledovné doklady:
- lekárske správy z posudkovej komisie Sociálnej poisťovne,
- výpis zo zdravotnej karty (do dátumu 6. 6. 2018).

43. Listom zo dňa 4. 6. 2020 žiadal poisťiteľ od poistenej nasledovné doklady a informácie:

1. je potrebné doplniť rozpis všetkých použitých chemoterapeutík pri liečbe HL CHT v rámci auto TKB 1/2018 a či bol použitý počas prípravy krvotvorných buniek VP16 (etoposide), ak nie tak aký iný prípravok (Na tomto mieste upozorňujeme, že poisťiteľ mal pravdepodobne na mysli obdobie 1/2008, pretože požiadavka súvisela s posudzovaním liečby Hodgkinovho lymfómu poistenej v období 2006 – 2008, teda ide o chybu v písaní),
2. je potrebné doplniť aj dátumovo zdokumentovanú kompletnú dokumentáciu z obdobia, s presným dátumom, kedy bola zistená AML aj aké príznaky pred jej zistením jej predchádzali z obdobia krátko predtým, a to už od prvých príznakov i nešpecifikovaného ochorenia, či už klinických alebo laboratórnych patologických nálezov, aké boli a odkedy trvali – priložiť kópie nálezov PL, internistu, hematológa, onkohematológa, a to až do zistenia samotnej Dg. AML,
3. je potrebné priložiť aj kópie lekárskeho správ z obdobia kompletnej remisie HL z 2008-2016, ak nebola žiadna dynamika, tak nemusia byť všetky správy,
4. potrebné je priložiť aj poslednú správu, kde bola klientka vyradená z dispenzarizácie onkológa, hematológa. Doplniť aj, či bola následne sledovaná u hematológa, priložením správ.

44. Listom zo dňa 9. 7. 2020 žiadal poisťiteľ od poistenej nasledovné doklady a informácie:
1. lekárska správa z 28. 6. 2016, kde je uvedené: *...bude sledovaná 1 X ročne cestou praktického lekára, odporúčania pripájam...* – nie sú priložené ani uvedené odporúčania onkológom z 28. 6. 2016, ani žiadne následné odporúčania onkológom z 28. 6. 2016, ani žiadne následné odporúčané každoročné kontrolné vyšetrenia od praktického lekára. Je potrebné ich doplniť,
 2. Je potrebné doplniť všetky lekárske správy praktického lekára a iných špecialistov a kópie originálov všetkých vykonaných laboratórnych vyšetrení od 6/2016 do 18. 10. 2018,
 3. je potrebné doplniť aj údaj, či v rámci prípravy na autotransfúziu krvi bolo klientke vykonané TBI (celotelové ožiarenie),
 4. je potrebné priložiť kompletnú lekársku prepúšťacu správu z hospitalizácie 7. 1. 2008 – 1. 2. 2008. Priložená je len predbežná správa, v ktorej je konštatované, že bude zaslaná dodatočne.

45. Následne listom zo dňa 2. 10. 2020 *Uzavretie poistnej udalosti bez nároku na poistné plnenie* uzavrel poisťiteľ poistnú udalosť bez nároku na poistné plnenie, pričom uviedol, že nakoľko poistená nedoložila doklady k likvidácii poistnej udalosti poisťiteľ uzatvára poistnú udalosť ako „bezdokladovú“, a to bez uvedenia akéhokoľvek bližšieho vysvetlenia ako aj bez akéhokoľvek odkazu na ustanovenia príslušných VPP, o ktoré sa uzatvorenie poistnej udalosti opiera. Napriek tomu, že poistená poskytla poisťiteľovi rozsiahlu zdravotnú dokumentáciu, a to aj nad rámec svojich povinností, poisťiteľ opakovane požaduje doklady, ktoré nie sú relevantné pre posúdenie nároku na poistné plnenie (doklady týkajúce sa liečby diagnózy HL spreď viac ako 12 rokov ako aj doklady, ktoré s veľkou pravdepodobnosťou ani objektívne neexistujú).

46. Keďže z predložených dokladov vyplýva, že poistená nemala v čase pred začiatkom poistenia subjektívne príznaky ochorenia AML (príznaky sa objavili až v období 10/2018), poistená nemá doložiť aké doklady o subjektívnych ťažkostiach ani o lekárskech a laboratórnych vyšetreniach, keďže tieto objektívne neexistujú. Čo sa týka požadovania

dokladov o subjektívnych ťažkostiach a vyšetreniach lekárov tesne pred ochorením, je potrebné uviesť, že poistená už predložila rozsiahlu zdravotnú dokumentáciu týkajúcu sa vzniku ochorenia AML, z ktorej vyplýva, že poistená trpela subjektívnymi ťažkosťami až v období 10/2018 resp. neidentifikovateľnými ťažkosťami v období od 08/2018.

47. Poistiteľ neoprávnene požaduje doklady o údajných subjektívnych ťažkostiach poistenej pred zistením diagnózy AML (poistiteľ sa o. i. pýta na subjektívne „príznaky i nešpecifikovaného ochorenia“). Napriek tomu, že poistená odovzdala poistiteľovi rozsiahlu zdravotnú dokumentáciu, z ktorej vyplýva, že poistená ochorela na diagnózu AML v mesiaci 10/2018²⁾ poistiteľ zotrval na požadovaní dokladov a uzatvoril poistnú udalosť ako bezdokladovú. Orgán dohľadu má za to, že ak chcel poistiteľ zistiť skutočnosti, týkajúce sa nálezov praktického lekára, internistu, hematológa, onkohematológa mal prednostne od poistenej vyžiadať výpis z účtu poistenca, z ktorého by bolo zrejmé, či poistená navštívila alebo nenavštívila v tomto období praktického lekára prípadne iných špecialistov. Poistiteľ v rámci šetrenia poistnej udalosti tak neurobil, naopak neurčitým a vágne formulovaným spôsobom požadoval od poistenej doklady ohľadom návštev špecialistov ako aj údajných subjektívnych príznakov „nešpecifikovaného ochorenia“, a teda poistená mala sama preukazovať neexistujúce skutočnosti.

48. Ako bolo už vyššie uvedené, poistiteľ nebol oprávnený s ohľadom na znenie výluky v bode 15 ods. 1 VPP požadovať informácie ohľadom liečby poistenej spred viac ako 12 rokov týkajúcej sa inej diagnózy. Poistená poskytla nad rámec svojich povinností rozsiahlu zdravotnú dokumentáciu týkajúcu sa jej onkologického ochorenia Hodgkinov lymfóm, ktorým trpela v minulosti, pričom táto dokumentácia musela byť zo strany ambulancie onkologičky XXXXX XXXXXXXXX vyžiadaná z lekárskeho archívu. Orgán dohľadu má teda za to, že nie je možné s odkazom na právo poistiteľa preveriť, či bola daná výluka z poistenia podľa bodu 15 ods. 1 VPP PSU týkajúca sa obdobia jedného roka pred začiatkom poistenia, od poistenej spravodlivo požadovať ďalšiu zdravotnú dokumentáciu spred viac ako 12 rokov, ktorú ani nie je možné v jej úplnosti s odstupom času zabezpečiť.

49. Na tomto mieste orgán dohľadu upozorňuje, že oznámenie škodovej udalosti prijal poistiteľ dňa 5. 1. 2019, teda údajné „šetrenie“ poistnej udalosti ku dňu začatia sankčného konania trvalo viac ako 20 mesiacov. Orgán dohľadu má za to, že nesprávnym postupom pri likvidácii poistnej udalosti dochádza k nedôvodnému predlžovaniu obdobia šetrenia poistnej udalosti, pričom je dané dôvodné podozrenie, že zo strany poisťovne môže ísť o účelový postup s cieľom oddialiť výplatu poistného plnenia, resp. odradiť poistenú od uplatňovania svojho nároku na poistné plnenie.

50. Orgán dohľadu konštatuje, že účastník konania ako právny nástupca poistiteľa zotrval na nesprávnom postoji poistiteľa. Účastník konania pred začatím konania zaslal poistenej list *Odpoveď na sťažnosť (114/2021) k poistnej udalosti XXXXXXXXXX* zo dňa 17. 9. 2021, z ktorého vyplynulo, že postoj účastníka konania k výplatu poistného plnenia sa nezmenil a naďalej požaduje od poistenej doklady uvedené v liste poistiteľa zo dňa 8. 6. 2021, ktoré nie je možné rozumne považovať za relevantné pri určení nároku na poistné plnenie (list účastníka konania

²⁾ Ide napr. o nasledovné dokumenty: lekárska správa posudkového lekára Sociálnej poisťovne zo dňa 18. 12. 2019, oznámenie škodovej udalosti vyplnené ošetrojúcou lekárkou XXXXX XXXXXXXXXX zo dňa 5. 2. 2020, Lekárska prepúšťacia správa NOU Klenová zo dňa 8. 6. 2019, kde je výslovne uvedený začiatok ochorenia: 10/2018.

zo dňa 17. 9. 2021 ako aj list poistiteľa zo dňa 8. 6. 2021 sú evidované pod č. záznamu 100-000-318-297).

51. Príloha č. 1 k zákonu č. 250/2007 Z. z. obsahuje tzv. čiernu listinu obchodných praktík, ktoré sa za každých okolností považujú za nekalé. Ak konanie dohliadaného subjektu zodpovedá niektorej praktike popísanej v tejto prílohe ide o nekalú obchodnú praktiku resp. agresívnu obchodnú praktiku, a teda nie je potrebné ďalej skúmať splnenie podmienok uvedených v § 9 zákona č. 250/2007 Z. z. ani splnenie znakov generálnej klauzuly uvedenej v § 7 tohto zákona.

52. Vzhľadom na vyššie uvedené skutočnosti sa orgán dohľadu domnieva, že postupom poistiteľa a účastníka konania došlo k naplneniu skutkovej podstaty agresívnej obchodnej praktiky podľa bodu 4 druhej časti prílohy č. 1 k zákonu č. 250/2007 Z. z., keďže poistiteľ a účastník konania požadovali od spotrebiteľa, ktorý si chce uplatniť nárok z poistnej zmluvy, aby predložil dokumenty, ktoré nie je možné rozumne považovať za relevantné pri určení platnosti nároku na poistné plnenie.

Skutková a právna kvalifikácia skutku II.

Skutková a právna kvalifikácia k porušeniu ustanovenia § 4 ods. 2 písm. c) zákona č. 250/2007 Z. z. v spojení s § 7 ods. 1 a 2 zákona č. 250/2007 Z. z. (skutok II.)

53. Podľa ustanovenia § 2 písm. u) zákona č. 250/2007 Z. z.: *Na účely tohto zákona sa rozumie odbornou starostlivosťou úroveň osobitnej schopnosti a starostlivosti, ktorú možno rozumne očakávať od predávajúceho pri konaní vo vzťahu k spotrebiteľovi, zodpovedajúca čestnej obchodnej praxi alebo všeobecnej zásade dobrej viery uplatňovanej v jeho oblasti činnosti.*

Podľa ustanovenia § 4 ods. 2 písm. c) zákona č. 250/2007 Z. z.: *Predávajúci nesmie používať nekalé obchodné praktiky a neprijateľné podmienky v spotrebiteľských zmluvách.*

Podľa ustanovenia § 7 ods. 1 zákona č. 250/2007 Z. z.: *Nekalé obchodné praktiky sú zakázané, a to pred, počas aj po vykonaní obchodnej transakcie.*

Podľa ustanovenia § 7 ods. 2 zákona č. 250/2007 Z. z.: *Obchodná praktika sa považuje za nekalú, ak*

a) je v rozpore s požiadavkami odbornej starostlivosti,

b) podstatne narušuje alebo môže podstatne narušiť ekonomické správanie priemerného spotrebiteľa vo vzťahu k produktu, ku ktorému sa dostane alebo ktorému je adresovaná, alebo priemerného člena skupiny, ak je obchodná praktika orientovaná na určitú skupinu spotrebiteľov.

Podľa ustanovenia § 797 ods. 2 Občianskeho zákonníka: *Právo na plnenie vznikne, ak nastane skutočnosť, s ktorou je spojený vznik povinnosti poistiteľa plniť (poistná udalosť).*

Podľa ustanovenia § 797 ods. 3 Občianskeho zákonníka: *Plnenie je splatné do pätnástich dní, len čo poistiteľ skončil vyšetrenie potrebné na zistenie rozsahu povinnosti plniť. Vyšetrenie sa musí vykonať bez zbytočného odkladu; ak sa nemôže skončiť do jedného mesiaca po tom, keď sa poistiteľ o poistnej udalosti dozvedel, je poistiteľ povinný poskytnúť poistenému na požiadanie primeraný preddavok.*

Podľa ustanovenia § 797 ods. 4 Občianskeho zákonníka: *Ak poisťiteľ odmietol plniť čo i len z časti, je povinný uviesť dôvod neplnenia alebo zníženia plnenia, tento dôvod nie je možné dodatočne meniť.*

Podľa ustanovenia § 70 ods. 1 zákona č. 39/2015 Z. z.: *Poisťovňa a pobočka zahraničnej poisťovne sú povinné vykonávať svoju činnosť s odbornou starostlivosťou voči svojim klientom.*

Podľa ustanovenia § 5 písm. ah) zákona č. 39/2015 Z. z. sa klientom rozumie *osoba, s ktorou má poisťovňa, pobočka zahraničnej osoby alebo poisťovňa z iného členského štátu vykonávajúca poisťovaciu činnosť na území Slovenskej republiky v rámci vykonávania poisťovacej činnosti uzavretú poisťnú zmluvu alebo na ktorej majetok, život, zdravie alebo zodpovednosť za škody sa poistenie vzťahuje.*

54. Ako bolo uvedené vyššie v rámci vybavovania poisťnej udalosti č. 9900004623 poisťiteľ požadoval od poistených viaceré doklady, a to listom zo dňa 6. 3. 2020, 4. 6. 2020 a 9. 7. 2020. Poistená v priebehu šetrenia poisťnej udalosti poisťiteľovi predkladala priebežne doklady týkajúce sa jej zdravotného stavu. Napriek tomu, že poistená predložila rozsiahlu zdravotnú dokumentáciu, poisťiteľ uzatvoril poisťnú udalosť listom zo dňa 2. 10. 2020 *Uzavretie poisťnej udalosti bez nároku na poisťné plnenie ako bezdokladovú.*

55. V liste zo dňa 2. 10. 2020 uvádza poisťiteľ nasledovné: *Predmetná poisťná udalosť bola uzatvorená bez nároku na poisťné plnenie z nasledujúcich dôvodov: Nakoľko ste nám nedoložili doklady k likvidácii poisťnej udalosti, poisťnú udalosť uzatvárame ako bezdokladovú, pričom žiadne ďalšie odôvodnenie poisťiteľ v liste zo 2. 10. 2020 neuvádza.*

56. Z predmetného listu nevyplýva, na základe akých konkrétnych zákonných ustanovení prípadne ustanovení VPP PSU poisťiteľ postupoval. Spotrebiteľovi ani orgánu dohľadu nie je zrejmé, na základe akého dôvodu došlo k uzatvoreniu poisťnej udalosti bez poisťného plnenia, resp. ktoré konkrétne doklady chýbajú k vyšetreniu poisťnej udalosti a najmä z akého dôvodu sú pre vyšetrenie poisťnej udalosti vôbec podstatné. Z listu zo dňa 2. 10. 2021 a rovnako ani z inej korešpondencie žiadnym spôsobom nevyplýva aké skutočnosti považuje poisťiteľ za sporné a aké skutočnosti majú byť požadovanými dokladmi preukázané s ohľadom na konkrétne vymedzenie poisťnej udalosti vo VPP PSU.

57. Orgán dohľadu má za to, že poisťiteľ sa dopustil vyššie uvedeným konaním nekalej obchodnej praxe podľa ustanovenia § 7 ods. 1 v spojení s ods. 2 zákona č. 250/2007 Z. z. Podľa generálnej klauzuly obsiahnutej v ods. 2 uvedeného ustanovenia sa obchodná prax považuje za nekalú, ak

- a) *je v rozpore s požiadavkami odbornej starostlivosti,*
- b) *podstatne narušuje alebo môže podstatne narušiť ekonomické správanie priemerného spotrebiteľa vo vzťahu k produktu, ku ktorému sa dostane alebo ktorému je adresovaná, alebo priemerného člena skupiny, ak je obchodná prax orientovaná na určitú skupinu spotrebiteľov.*

58. Činnosť poisťiteľa, ktorej predmetom je prešetrovanie nároku spotrebiteľa na poisťné plnenie ako aj komunikácia s poistenou súvisiaca s vyšetrením poisťnej udalosti je obchodnou praxou podľa § 2 písm. p) zákona č. 250/2007 Z. z., keďže ide o obchodnú komunikáciu poisťiteľa, ktorá priamo súvisí s poskytnutím resp. neposkytnutím poisťného plnenia z poisťnej zmluvy.

a) k rozporu s požiadavkami odbornej starostlivosti

59. Odbornou starostlivosťou sa podľa § 2 písm. u) zákona č. 250/2007 Z. z. rozumie *úroveň osobitnej schopnosti a starostlivosti, ktorú možno rozumne očakávať od predávajúceho pri konaní vo vzťahu k spotrebiteľovi, zodpovedajúca čestnej obchodnej praxi alebo všeobecnej zásade dobrej viery uplatňovanej v jeho oblasti činnosti.*

60. Povinnosť poisťovateľa riadne odôvodniť podanie, ktorým poisťovateľ odmietol poskytnúť poistné plnenie, výslovne vyplýva z § 797 ods. 4 Občianskeho zákonníka, v zmysle ktorého *Ak poisťovateľ odmietol plniť čo i len z časti, je povinný uviesť dôvod neplnenia alebo zníženia plnenia, tento dôvod nie je možné dodatočne meniť.* Povinnosť poskytnúť riadne vysvetlenie dôvodov, pre ktoré poisťovateľ odmieta plniť, je tiež reflexiou práva spotrebiteľa na informácie podľa § 3 ods. 1 zákona č. 250/2007 Z. z.

61. Postup poisťovateľa, ktorý nie je v súlade s ustanovením § 797 ods. 4 Občianskeho zákonníka ako aj s § 3 ods. 1 zákona č. 250/2007 Z. z. považuje orgán dohľadu za konanie, ktoré je v rozpore s povinnosťou poisťovateľa vykonávať svoju činnosť s odbornou starostlivosťou voči klientom podľa § 70 ods. 1 písm. a) zákona č. 39/2015 Z. z.

62. Základnou povinnosťou poisťovateľa v súvislosti s vyšetrovaním poistnej udalosti je dostatočne odôvodniť rozhodnutie poisťovateľa, ktoré nevedlo k vyplateniu poistného plnenia. Uvedené potvrdzuje aj ustálená právna teória, v zmysle ktorej: *Medzi povinnosť poisťovne v súvislosti s likvidáciou poistnej udalosti patrí aj povinnosť odôvodniť závery likvidácie, ktorá nevedla k vyplateniu poistného plnenia v celom rozsahu, čo je povinnosť, ktorá implicitne vyplýva zo zákazu dodatočne meniť dôvod nevyplatenia alebo zníženia poistného plnenia. K nevyplateniu poistného plnenia môže dôjsť v dôsledku viacerých inštitútov, či už odstúpenia od poistnej zmluvy, odmietnutia poistného plnenia, zníženia poistného plnenia následkom porušenia povinností alebo vyhodnotenia poisťovne, že uplatnený nárok nemožno subsumovať pod dohodnuté poistné krytie. Spoločnou črtou všetkých menovaných úkonov je to, že aspoň časť uplatneného nároku nevyústila do poistného plnenia. Nemožnosť dodatočnej zmeny dôvodov zakladá povinnosť špecifikácie dôvodov, ktoré viedli k postoju poisťovne, jednak tak, aby spĺňali všeobecný parameter zrozumiteľnosti a určitosti, a potom tak, aby neboli zameniteľné s inými dôvodmi, čím bude preukázané, že poisťovňa splnila povinnosť odôvodniť svoje stanovisko. Zákaz dodatočnej zmeny dôvodu znamená, že poisťovňa môže oprávnenosť zamietnutia dôvodit iba závermi, ktoré sú uvedené v stanovisku poistného, resp. inej osobe s právom na poistné plnenie. Napriek tomu, že to nie je v predpise výslovne uvedené, jediným logickým adresátom odôvodnenia postoja je osoba, ktorá má právo na poistné plnenie a po oboznámení sa s dôvodmi poisťovne im môže kontrovať, čo by bez ich špecifikácie možné nebolo.*³⁾ Z citovanej právnej teórie vyplýva, že poisťovateľ je povinný dostatočne vyčerpávajúco odôvodniť svoje rozhodnutie, na základe ktorého odmietol poskytnúť poistné plnenie v konkrétnom prípade.

63. Podľa názoru orgánu dohľadu výsledkom likvidácie poistnej udalosti môžu byť v zásade dva závery, a to poskytnutie poistného plnenia alebo odmietnutie poistného plnenia (úplne alebo sčasti) s riadnym odôvodnením. Orgán dohľadu sa domnieva, že poisťovateľ si nesplnil základnú zákonnú povinnosť vysvetliť spotrebiteľovi konkrétne dôvody odmietnutia

³⁾ Števec, M. a kol. Občiansky zákonník II, § 451-880, 2.vydanie. Komentár. Praha: C.H.Beck, 2019, s. 3030-3031.

poistného plnenia vychádzajúce z reálnych výsledkov šetrenia poistnej udalosti. Poistovateľ sa obmedzil len na všeobecné konštatovanie o tom, že uzatvára poistnú udalosť ako bezdokladovú, pričom žiadnym spôsobom nešpecifikoval, ktoré doklady chýbajú k vyšetrovaniu poistnej udalosti resp. aké skutočnosti majú byť z požadovaných dokladov zistené a aký majú doklady súvis s posudzovaním konkrétnej poistnej udalosti, tak ako je definovaná vo VPP PSU (t. j. s ohľadom na pozitívne a negatívne vymedzenie poistnej udalosti vo VPP PSU vrátane časového ohraničenia).

64. Poistená z úsečného konštatovania o tom, že poistená údajne nepredložila doklady k poistnej udalosti a poistná udalosť má byť údajne „bezdokladová“, nevie posúdiť aké skutočnosti poistiteľ považuje za potrebné prešetriť a akú majú mať tieto skutočnosti súvislosť s konkrétnou poistnou udalosťou. Poistenej tak nie je zrejmé, čo chce poisťovňa v rámci šetrenia poistnej udalosti zistiť a akým spôsobom budú mať tieto skutočnosti vplyv na právne posúdenie veci. Orgán dohľadu má za to, že poistiteľ bol povinný špecifikovať, či sú požadované doklady potrebné pre posúdenie, či ide o poistnú udalosť (pozitívne vymedzenie poistnej udalosti v poistení pre prípad úplnej invalidity podľa článku 26 VPP PSU, negatívne vymedzenie poistnej udalosti podľa článku 25 VPP PSU), či je osoba prijateľná do poistenia k spotrebiteľskému úveru podľa čl. 5 a 6 VPP PSU, či sú naplnené podmienky pre niektorú z výluk podľa článku 15 ods. 1 a 3 VPP PSU, alebo podľa článku 31 VPP PSU, či sú naplnené podmienky pre zníženie poistného plnenia podľa čl. 28 ods. 2 prípadne 28 ods. 3 prvá veta VPP PSU, či sú naplnené podmienky pre odmietnutie poistného plnenia podľa čl. 28 ods. 3 druhá veta VPP PSU).

65. Strohé konštatovanie o tom, že poistná udalosť je bezdokladová, považuje orgán dohľadu za neakceptovateľné, keďže takéto všeobecné konštatovanie by mohlo byť použité pri odmietnutí každej poistnej udalosti bez toho, aby sa poistený ako spotrebiteľ dozvedel konkrétny dôvod, pre ktorý došlo k odmietnutiu poistného plnenia v konkrétnom prípade.

b) k podstatnému narušeniu alebo možnosti podstatného narušenia ekonomického správania priemerného spotrebiteľa

66. Podľa § 2 písm. r) zákona č. 250/2007 Z. z. sa podstatným narušením ekonomického správania spotrebiteľa rozumie využitie obchodnej praktiky na značné obmedzenie schopnosti spotrebiteľa urobiť rozhodnutie, ktoré by pri dostatku informácii inak neurobil.

67. Odmietnutie poskytnutia poistného plnenia bez uvedenia konkrétnych dôvodov značne obmedzuje schopnosť spotrebiteľa urobiť rozhodnutie o tom, či sa má ďalej domáhať svojich práv voči poistiteľovi (napríklad podaním sťažnosti adresovanej poistiteľovi) prípadne, či sa má so svojim nárokom obrátiť na súd.

68. Konanie poistiteľa môže spôsobiť podstatné narušenie ekonomického správania priemerného spotrebiteľa tým spôsobom, že postup poistiteľa odradí spotrebiteľa od ďalšieho uplatňovania svojho nároku na poistné plnenie či už priamo u poistiteľa prípadne prostredníctvom súdu.

69. V dôsledku absencie riadneho odôvodnenia podania, ktorým poistiteľ odmietol poistné plnenie, je obmedzenie schopnosti posúdiť oprávnenosť svojho nároku v prípadnom súdnom konaní. Uvedené závery vyplývajú o. i. aj z odôvodnenia rozhodnutia Bankovej rady Národnej

banky Slovenska sp. číslo: NBS1-000-029-748 zo dňa 23. 7. 2019⁴⁾, v zmysle ktorého: *v prípade, ak spotrebiteľovi odmietne poisťovňa (účastníčka konania) poskytnúť poistné plnenie bez riadneho odôvodnenia, tak dôsledkom absencie či zamlčania tohto odôvodnenia je zníženie či obmedzenie schopnosti posúdiť oprávnenosť svojich nárokov v prípadnom súdnom konaní. V prípade nízkeho poistného plnenia so zreteľom na náklady spojené s právnym zastúpením, môžu tieto skutočnosti viesť spotrebiteľa k rezignácii na domáhanie sa jeho práv na príslušnom súde.*

70. Z uvedeného vyplýva, že ak poisťiteľ nepodá riadne vysvetlenie dôvodov na základe, ktorých došlo k zamietnutiu poistného plnenia, spotrebiteľ nevie posúdiť, či môže byť v prípadnom súdnom konaní úspešný, a teda nevie spraviť informované rozhodnutie o tom, či uplatní svoj nárok na poistné plnenie na súde a vynaloží finančné prostriedky na prípadné právne zastúpenie ako aj ďalšie náklady spojené so súdnym konaním.

71. Poistená ako spotrebiteľ nevie vyhodnotiť na základe akých úvah dospel poisťiteľ k záverom uvedeným v liste zo dňa 2. 10. 2021, ktorým poisťiteľ uzatvoril poistnú udalosť bez nároku na poistné plnenie. Keďže poisťiteľ len stroho konštatuje, že poistná udalosť je údajne „bezdokladová“ bez uvedenia akéhokolvek bližšieho vysvetlenia, uzatvorenie poistnej udalosti nespĺňa základné požiadavky na zrozumiteľnosť. Poistená bez riadneho odôvodnenia nedokáže identifikovať v čom spočíva nedostatočnosť dokladov a nedokáže tiež vyhodnotiť ako a či sa má ďalej domáhať svojich práv voči poisťiteľovi (napríklad podaním sťažnosti voči poisťiteľovi) prípadne či sa má so svojim nárokom obrátiť na súd. Poistená nevie posúdiť, či sú požadované doklady vôbec relevantné pre posúdenie nároku na poistné plnenie prípadne, či je možné pochybnosti ohľadom skutkového stavu na strane poisťiteľa odstrániť predložením iných dokladov a podobne. Keďže poisťiteľ žiadnym spôsobom nešpecifikoval aké skutočnosti majú byť požadovanými dokladmi preukázané a čo vlastne poisťiteľ vyšetruje (napríklad či majú zistené skutočnosti smerovať k zníženiu poistného plnenia, odmietnutiu poistného plnenia prípadne, či poisťiteľ prešetruje podmienky prijateľnosti do poistenia v zmysle VPP PSU alebo naplnenie podmienok výluk z poistenia) poistená nevie ako má ďalej pri uplatňovaní svojich nárokov postupovať. Poistená bez riadneho odôvodnenia nie je schopná posúdiť, či poisťiteľ postupoval pri zamietnutí poistného plnenia v súlade so zákonom a dohodnutými zmluvnými podmienkami alebo ide len o svojvoľné rozhodnutie poisťiteľa vydané s úmyslom odradiť spotrebiteľa od ďalšieho uplatňovania svojich nárokov.

72. Vzhľadom na vyššie uvedené skutočnosti má orgán dohľadu za to, že poisťiteľ svojim konaním naplnil znaky skutkovej podstaty nekalej obchodnej praktiky podľa § 7 ods. 1 a 2 zákona č. 250/2007 Z. z., keď listom zo dňa 2. 10. 2020 uzatvoril poistnú udalosť č. 9900004623 ako bezdokladovú bez riadneho odôvodnenia.

⁴⁾ Rozhodnutie Bankovej rady Národnej banky Slovenska sp. číslo NBS1-000-029-748 zo dňa 23. 7. 2019, ktorým Banková Rada potvrdila prvostupňové rozhodnutie Národnej banky Slovenska sp. číslo NBS1-000-013-917, č. z. 100-000-096-474 zo dňa 3. 4. 2018 a ktorým zamietla rozklad spoločnosti KOOPERATIVA poisťovňa, a.s Vienna Insurance Group zo dňa 19. 4. 2018.

Skutková a právna kvalifikácia skutku III.

Skutková a právna kvalifikácia k porušeniu ustanovenia § 4 ods. 2 písm. c) zákona č. 250/2007 Z. z. v spojení s § 53 ods. 1 Občianskeho zákonníka (skutok III.)

73. Podľa ustanovenia § 4 ods. 2 písm. c) ZOS: *Predávajúci nesmie používať nekalé obchodné praktiky a neprijateľné podmienky v spotrebiteľských zmluvách.*

Podľa § 53 ods. 1 Občianskeho zákonníka: *Spotrebiteľské zmluvy nesmú obsahovať ustanovenia, ktoré spôsobujú značnú nerovnováhu v právach a povinnostiach zmluvných strán v neprospech spotrebiteľa (ďalej len „neprijateľná podmienka“). To neplatí, ak ide o zmluvné podmienky, ktoré sa týkajú hlavného predmetu plnenia a primeranosti ceny, ak tieto zmluvné podmienky sú vyjadrené určito, jasne a zrozumiteľne alebo ak boli neprijateľné podmienky individuálne dojednané.*

Podľa § 53 ods. 2 Občianskeho zákonníka: *Za individuálne dojednané zmluvné ustanovenia sa nepovažujú také, s ktorými mal spotrebiteľ možnosť oboznámiť sa pred podpisom zmluvy, ak nemohol ovplyvniť ich obsah.*

Podľa § 53 ods. 3 Občianskeho zákonníka: *Ak dodávateľ nepreukáže opak, zmluvné ustanovenia dohodnuté medzi dodávateľom a spotrebiteľom sa nepovažujú za individuálne dojednané.*

Podľa § 53 ods. 12 Občianskeho zákonníka: *Neprijateľnosť zmluvných podmienok sa hodnotí so zreteľom na povahu tovaru alebo služieb, na ktoré bola uzatvorená, a na všetky okolnosti súvisiace s uzatvorením zmluvy v dobe uzatvorenia zmluvy a na všetky ostatné podmienky zmluvy alebo na inú zmluvu, od ktorej závisí.*

Podľa článku 1 ods. 2 smernice Rady 93/13/EHS z 5. apríla 1993 o nekalých podmienkach v spotrebiteľských zmluvách (Ú. v. ES L 95, 21.4.1993, s. 29) zmenená a doplnená smernicou Európskeho parlamentu a Rady 2011/83/EÚ (Ú. v. EÚ L 304, 22.11.2011, s. 64) (ďalej len „smernica o NZP“): *Zmluvné podmienky, ktoré odrážajú záväzné zákonné alebo regulačné ustanovenia a ustanovenia alebo zásady medzinárodných dohovorov, ktorých sú členské štáty alebo spoločenstvo zmluvnou stranou, najmä v oblasti dopravy, nepodliehajú ustanoveniam tejto smernice.*

74. Ako je uvedené v bode 30 tohto rozhodnutia, orgánu dohľadu bola predložená zmluva a VPP PSU. Preskúmaním predmetných VPP PSU orgán dohľadu zistil, že tieto obsahujú v článku 7 bod 6 zmluvnú podmienku v nasledovnom znení: *V prípade pochybností o vzniku poistnej udalosti je povinnosťou poisteného a poistníka preukázať, že k poistnej udalosti došlo v deklarovanom rozsahu.* Táto zmluvná podmienka sa nachádzala aj vo VPP, a to konkrétne v článku 7 ods. 5 ich jednotlivých verzií. Je teda nesporné, že zmluva a v nej obsiahnutá poistná zmluva, ktorej neoddeliteľnou súčasťou boli VPP PSU, je spotrebiteľskou zmluvou formulárového charakteru, vytýkaná zmluvná podmienka nebola individuálne dojednaná a podľa jej obsahu sa netýka hlavného predmetu plnenia a ceny a neodráža ani zákonné a regulačné ustanovenia upravujúce likvidáciu poistných udalostí ako to vyplýva z bodu 76 a 77 tohto rozhodnutia.

75. Deliktom používania neprijateľnej zmluvnej podmienky v spotrebiteľských zmluvách podľa § 4 ods. 2 písm. c) zákona č. 250/2007 Z. z. je také konanie dodávateľa, kedy dodávateľ so spotrebiteľmi **jednak uzatvára zmluvy obsahujúce určitú neprijateľnú zmluvnú**

podmienku resp. sa vo vzťahu k spotrebiteľom správa tak, ako keby boli zmluvné strany touto podmienkou viazané. Zistenie, či je zmluvné ustanovenie neprijateľnou zmluvnou podmienkou je v zmysle § 53 ods. 1 Občianskeho zákonníka vo vzťahu k deliktu používania neprijateľnej zmluvnej podmienky predbežnou otázkou, ktorú orgán dohľadu posudzuje v rámci svojej právomoci podľa § 24 ods. 10 a 35e ods. 2 zákona č. 747/2004 Z. z. Orgán dohľadu v rámci posudzovania neprijateľnosti zmluvnej podmienky konštatuje, že citované znenie článku 7 bod 6 VPP PSU spôsobuje značnú nerovnováhu v právach a povinnostiach zmluvných strán v neprospech spotrebiteľa, pričom je neprijateľnou zmluvnou podmienkou podľa § 53 ods. 1 Občianskeho zákonníka z dôvodov uvedených v bodoch 76 až 95 tohto rozhodnutia.

76. Základné povinnosti poistiteľa pri likvidácii poistnej udalosti vyplývajú z § 797 ods. 2, 3 a 4 Občianskeho zákonníka. Označenie „likvidácia poistnej udalosti“ používa vo svojich ustanoveniach zákon č. 39/2015 Z. z., pričom pojmu „likvidácia poistnej udalosti“ zodpovedá v Občianskom zákonníku opisný pojem „vyšetrenie potrebné na zistenie rozsahu povinnosti poistiteľa plniť“. Zákon č. 39/2015 Z. z. síce výslovne pojem likvidácie poistnej udalosti v rámci vymedzenia základných pojmov nedefinuje, avšak ho na viacerých miestach používa, pričom je možné konštatovať, že likvidácia poistných a škodových udalostí je nepochybne jednou zo základných činností poisťovne, pri ktorej na rozdiel od ostatných činností, je v priamom kontakte s osobami s právom na poistné plnenie a jej výsledky spočívajúce v materializácii poistenia majú bezprostredný dopad na zmiernenie následkov poistnej udalosti.⁵⁾

Podľa § 797 ods. 2 Občianskeho zákonníka: *Právo na plnenie vznikne, ak nastane skutočnosť, s ktorou je spojený vznik povinnosti poistiteľa plniť (poistná udalosť).*

Podľa § 797 ods. 3 Občianskeho zákonníka: *Plnenie je splatné do 15 dní len čo poistiteľ skončil vyšetrenie potrebné na zistenie rozsahu povinnosti poistiteľa plniť. Vyšetrenie sa musí vykonať bez zbytočného odkladu; ak sa nemôže skončiť do jedného mesiaca po tom, keď sa poistiteľ o poistnej udalosti dozvedel, je poistiteľ povinný poskytnúť poistenému na požiadanie primeraný preddavok.*

Podľa § 797 ods. 4 Občianskeho zákonníka: *Ak poistiteľ odmietol plniť čo i len z časti, je povinný uviesť dôvod neplnenia alebo zníženia plnenia; tento dôvod nie je možné dodatočne meniť.*

V zmysle vyššie citovaných zákonných ustanovení je základnou povinnosťou poisťovateľa (poistiteľa a účastníka konania na účely tohto rozhodnutia) vyšetriť poistnú udalosť bezodkladne a vyplatiť poistné plnenie v lehote 15 dní po ukončení vyšetrenia poistnej udalosti. Vyšetrovaním poistnej udalosti sa rozumie posudzovanie konkrétnej oznámenej udalosti z dôvodu preverenia oprávnenosti výplaty poistného plnenia, a to so zreteľom na ustálenie, či ide o poistnú udalosť v zmysle poistných podmienok ako aj určenie výšky vyplateného poistného plnenia.

⁵⁾ Pre porovnanie zákon č. 277/2009 Sb. o pojišťovníctví pojem likvidácie poistnej udalosti definuje v § 3 ods. 1 písm. n) nasledovne: *Pro účely tohto zákona se rozumí likvidací pojistné události soubor činností počínajících šetřením směřujícím k určení povinnosti pojišťovny plnit z události vyvolané pojistným nebezpečím, stanovení výše tohoto plnění a končící jeho výplatou oprávněné osobě nebo poškozenému, anebo sdělením, že tato povinnost nevznikla.*

77. Naproti tomu povinnosti poisteného (resp. osoby oprávnenej na poistné plnenie) pri likvidácii poistnej udalosti sú upravené v § 799 ods. 2 Občianskeho zákonníka, v zmysle ktorého: *Kto má právo na plnenie je povinný, bez zbytočného odkladu poistiteľovi písomne oznámiť, že nastala poistná udalosť, dať pravdivé vysvetlenie o jej vzniku a rozsahu jej následkov a predložiť potrebné doklady, ktoré si poistiteľ vyžiada. Poistné podmienky mu môžu uložiť aj ďalšie povinnosti.*

78. Podľa právnej teórie Občiansky zákonník v § 799 ods. 2 rozlišuje tri druhy povinností, a to oznamovaciú, vysvetľovaciú a dokladovaciú povinnosť.⁶⁾ V zmysle § 799 ods. 2 Občianskeho zákonníka má poistený (resp. osoba s právom na plnenie) v prvom rade bezodkladne oznámiť, že došlo k škodovej udalosti a poskytnúť o škodovej udalosti všetky informácie, ktoré má k dispozícii. Poistený má povinnosť pravdivo a úplne popísať okolnosti, za ktorých došlo k vzniku poistnej udalosti (ako tieto skutočnosti vníma) a poskytnúť potrebnú súčinnosť nevyhnutnú pre zistenie verného obrazu o okolnostiach vzniku a rozsahu škodovej udalosti. Podľa českej právnej teórie⁷⁾ povinnosť poskytnúť súčinnosť sa týka najmä podania relevantného vysvetlenia, za akých okolností došlo k poistnej udalosti za účelom zistenia jej pravdepodobnej príčiny a ďalej popisu skutkových okolností a príčinného deja, rozsahu a povahy vzniknutých následkov. Vo všeobecnosti sa v tejto súvislosti dá hovoriť o povinnosti náležite popísať skutkový stav (podať vysvetlenie). Okrem oznamovacej a vysvetľovacej povinnosti (t. j. povinnosť tvrdiť) má poistený povinnosť predložiť potrebné doklady, ktoré si poistiteľ vyžiada (teda dokladovaciú povinnosť).

79. Iné povinnosti zákon poistenému (resp. osobe s právom na plnenie) neustanovuje a nie je dôvod na ich rozširovanie vzhľadom na skutočnosť, že poistený, ak je spotrebiteľ, nemusí mať dostatok odborných skúseností na to, aby vedel ako svoje tvrdenia kvalifikovane preukázať (resp. nemusí vedieť aké dôkazné prostriedky na preukázanie svojich tvrdení si má zaobstaráť, a ani to akým spôsobom ich má získať).

80. Práve naopak, poisťovateľ disponuje dostatočnými odbornými skúsenosťami, metodickými postupmi a know-how ako aj personálnym a materiálnym vybavením tak, aby vedel posúdiť, ktoré dôkazné prostriedky je potrebné zabezpečiť, aby došlo k riadnemu vyšetreniu poistnej udalosti a zároveň vyhodnotiť poskytnuté doklady a informácie z hľadiska konkrétnych podmienok poistenia. Na tomto mieste si orgán dohľadu dovoľuje poukázať na skutočnosť, že spotrebiteľ platí poistiteľovi poistné, pričom z poistného je následne financovaná činnosť poistiteľa vrátane nákladov, ktoré vzniknú v súvislosti so šetrením škodových resp. poistných udalostí.

81. Proces likvidácie škodovej resp. poistnej udalosti je osobitným procesom, kedy pri zhromažďovaní a hodnotení dôkazov neplatia automaticky procesné povinnosti, tak ako sú formulované v predpisoch civilného práva procesného. Právna úprava po rekodifikácii civilného práva procesného je založená na zásade kontradiktórnosti, na základe ktorej je procesná strana povinná tvrdiť rozhodujúce skutočnosti a zároveň označiť dôkazné prostriedky na preukázanie svojich tvrdení. V procese likvidácie to však automaticky neplatí

⁶⁾ Števček, M. a kol.: Občiansky zákonník II, § 451-880, 2.vydanie. Komentár. Praha: C.H.Beck, 2019, s. 3037-3038.

⁷⁾ Melzer, F. Tégel, P. a kol.: Občianský zákoník § 2716-2893. Velký komentář. 1. vydání. Praha: C. H. Beck, 2021, výklad k § 2796 (bod III ods. 1 písm. A výkladu).

vzhľadom na skutočnosť, že spotrebiteľ nie profesionálom a samotné zadefinovanie ako aj vyhľadávanie a získavanie dôkazov je v prvom rade úlohou poisťiteľa.

82. Tak, ako bolo uvedené, povinnosťou poisteného je oznámiť poisťiteľovi bez zbytočného odkladu, že nastala poisťná udalosť, dať pravdivé vysvetlenie o jej vzniku a predložiť doklady, ktoré poisťiteľ vyžiada (na tomto mieste orgán dohľadu upozorňuje, že poisťiteľ môže požadovať len doklady, ktoré sú relevantné pre posúdenie nároku na poisťné plnenie). Až po splnení týchto povinností zo strany poisteného a poisťníka, poisťiteľ vykonáva posúdenie o tom, či nastala a ako nastala poisťná udalosť (hodnotí dôkazy). Na základe tohto posúdenia poisťiteľa môžu výlučne na strane poisťiteľa vzniknúť pochybnosti o vzniku poisťnej udalosti. A práve možné aplikovanie predmetnej zmluvnej podmienky v tomto štádiu likvidácie je dôvodom vzniku nerovnováhy medzi poisteným a poisťiteľom. Poisťiteľ v tomto štádiu likvidácie „prenáša“ zmluvnou podmienkou svoju povinnosť pokračovať v likvidácii na poisteného/poisťníka, namiesto toho, aby konal a rozhodol. Poisťiteľ nie je „nezávislým súdom“, ktorému sú predkladané dôkazy, ktoré nakoniec nezávisle posúdi. Poisťiteľ je zmluvnou protistranou poisteného, ktorá má zákonnú a zmluvnú povinnosť vykonať likvidáciu poisťnej udalosti, preto nemôže byť v jej diskrecii právo preniesť túto povinnosť na poisteného. Ak má poisťiteľ pochybnosti o vzniku poisťnej udalosti, má povinnosť vykonať vlastné šetrenie a obstarávať dôkazy sám, prípadne požiadať poisteného o súčinnosť pri obstaraní konkrétneho, relevantného, poisťiteľom určeného dôkazu, s cieľom odstrániť pochybnosti ohľadom vzniku poisťnej udalosti. Cieľom je, aby poisťiteľ mal k dispozícii takú mieru dôkazov, aby vedel kvalifikovane rozhodnúť o tom, či prizná poisťné plnenie. Poisťiteľ je povinný všetky získané doklady posúdiť a prijať záver poisťovne o oprávnenosti nároku na poisťné plnenie resp. kvalifikovaným spôsobom uzatvoriť poisťnú udalosť, a to buď priznaním poisťného plnenia alebo uzatvorením poisťnej udalosti bez výplaty poisťného plnenia alebo výplaty len jeho časti s riadnym uvedením dôvodov, čo vyplýva z § 797 ods. 4 Občianskeho zákonníka.

83. Výsledkom likvidácie poisťnej udalosti môžu byť v zásade dva závery, a to poskytnutie poisťného plnenia alebo odmietnutie (neposkytnutie) poisťného plnenia (úplne alebo sčasti) s riadnym odôvodnením. Napadnuté zmluvné ustanovenie vytvára priestor na to, aby sa vytvoril ďalší „tretí záver“ likvidácie poisťnej udalosti, kedy poisťovňa vyhlási, že má pochybnosti ohľadom vzniku poisťnej udalosti bez ďalšieho náležitého šetrenia poisťnej udalosti alebo bez odmietnutia (neposkytnutia) poisťného plnenia s náležitým odôvodnením. Takýmto postupom zo strany poisťiteľa môže dôjsť k vyhýbaniu sa povinnosti poisťiteľa prijať rozhodnutie, na základe ktorého odmietne (neposkytne) poisťné plnenie, čím sa poisťiteľ zbavuje povinnosti vecne a dôveryhodne odôvodniť odmietnutie plniť, čím znižuje riziko prípadného budúceho súdneho sporu o nárokoch z poistenia.

84. Povinnosti uvedené v § 799 ods. 2 Občianskeho zákonníka je potrebné chápať ako povinnosť osoby s právom na plnenie poskytnúť potrebnú súčinnosť pri vyšetrowaní poisťnej udalosti, ktorú vykonáva sám poisťiteľ. Orgán dohľadu rozlišuje medzi povinnosťou poisteného resp. osoby s právom na plnenie poskytnúť pri vyšetrowaní poisťnej udalosti potrebnú súčinnosť a medzi povinnosťou poisťiteľa viesť vyšetrowanie poisťnej udalosti. Za súčasť vyšetrowania poisťnej udalosti sa považuje proces dokazovania toho, či sa udalosť odohrala tak ako je popísaná. Súčasťou dokazovania je proces overovania toho, či ten, kto tvrdí „ustál“ aj

povinnosť preukázať tvrdenie, t. j. predložil dôkazy, ktoré tvoria dôveryhodnú, logickú a vnútorne konzistentnú štruktúru svedčiacu o tom, že udalosť nastala tak, ako sa o nej tvrdí. Neoddeliteľnou súčasťou je preto schopnosť vyhodnotiť, či predložený dôkazný prostriedok niečo dokazuje (je relevantný vo vzťahu k tvrdeným, resp. podstatným skutočnostiam). Výber dôkazných prostriedkov a ich hodnotenie môže vyžadovať osobitnú kvalifikáciu a prax, ktorú nemožno u spotrebiteľa predpokladať. Osobitne, ak predmetom posúdenia je zdravotný stav a jeho príčiny.

85. Zakotvenie zmluvnej podmienky uvedenej v článku 7 bod 6 VPP PSU tak, ako ju formuloval poisťiteľ bez určenia štádia – časového úseku likvidácie mu umožňuje už v ranom štádiu vyšetrovania poistnej udalosti (v krajnom prípade už po obdržaní oznámenia o škodovej udalosti) vyhlásiť, že má pochybnosti ohľadom vzniku poistnej udalosti a následne presunúť na poisteného povinnosť preukázať, že došlo k poistnej udalosti v deklarovanom rozsahu, ktorá je súčasťou riadneho šetrenia poistnej udalosti.

86. Orgán dohľadu má za to, že poisťiteľ si je zjavne vedomý možnosti použitia neprijateľnej zmluvnej podmienky zakotvenej v článku 7 bod 6 VPP PSU, keďže túto zmluvnú podmienku použil na podporu svojich tvrdení vo vyjadrení poisťiteľa zo dňa 4. 6. 2021 (vyjadrenie poisťiteľa je evidované pod č. záznamu 100-000-295-497). Vo vyjadrení zo dňa 4. 6. 2021 poisťiteľ poukazuje na výluky podľa čl. 15 bod 1 VPP PSU a na čl.13 VPP PSU a zároveň sám výslovne poukazuje na článok 7 bod 5 VPP PSU (pôvodne označený ako článok 7 bod 6), v zmysle ktorého *V prípade pochybností o vzniku poistnej udalosti je povinnosťou poisteného a poisťníka preukázať, že k poistnej udalosti došlo v deklarovanom rozsahu.*

K značnej nerovnováhe v právach a povinnostiach zmluvných strán v neprospech spotrebiteľa

87. Orgán dohľadu považuje vytýkanú zmluvnú podmienku za neprijateľnú v zmysle generálnej klauzuly podľa § 53 ods. 1 Občianskeho zákonníka, nakoľko podmienka upravená v článku 7 bod 6 VPP PSU spôsobuje značnú nerovnováhu v právach a povinnostiach zmluvných strán v neprospech spotrebiteľa.

88. Značná nerovnováha v právach a povinnostiach zmluvných strán v neprospech spotrebiteľa, je daná tým, že táto podmienka sa neprimerane odchyľuje od právnej úpravy obsiahnutej v Občianskom zákonníku v neprospech spotrebiteľa.

89. Výkladové pravidlo pojmu „značná nerovnováha“ bolo objasnené v Rozsudku Súdneho dvora Európskej únie vo veci C-415/2011 Mohamed Aziz proti Caixa d'Estalvis de Catalunya, Tarragona i Manresa (Catalunyacaixa) z 14.3.2013.⁸⁾ Pri posudzovaní, či zmluvná podmienka

⁸⁾ V zmysle Rozsudku SDEU vo veci C415/11: Článok 3 ods. 1 smernice 93/13 sa má vykladať v tom zmysle, že: *pojem „značná nerovnováha“ k škode spotrebiteľa treba posúdiť na základe analýzy vnútroštátnych právnych predpisov uplatňovaných v prípade absencie dohody medzi zmluvnými stranami s cieľom posúdiť, či a prípadne v akej miere je právne postavenie spotrebiteľa vyplývajúce zo zmluvy nevýhodnejšie než právne postavenie zakotvené v platnom vnútroštátnom práve. Zároveň sa zdá, že na tieto účely je relevantné preskúmať právne postavenie uvedeného spotrebiteľa z hľadiska prostriedkov, ktoré má podľa vnútroštátnej právnej úpravy k dispozícii na zabránenie uplatňovaniu nekalých podmienok,*

„spôsobuje značnú nerovnováhu v právach a povinnostiach strán ku škode spotrebiteľa“ musí orgán dohľadu v prvom rade porovnať príslušnú zmluvnú podmienku so všetkými predpismi vnútroštátneho práva, ktoré by platili, ak by neplatila daná zmluvná podmienka. Orgán dohľadu porovnal predmetnú zmluvnú podmienku s právnymi predpismi vnútroštátneho práva v bodoch 76 až 95 tohto rozhodnutia a prijal záver, že pokiaľ by neexistovalo zmluvné ustanovenie článku 7 bod 6 VPP PSU platila by právna úprava výhodnejšia pre spotrebiteľa (t. j. právna úprava uvedená v § 797 ods. 3 a ods. 4 Občianskeho zákonníka), teda poisťiteľ by nebol oprávnený prenášať povinnosti, ktoré sú súčasťou, šetrenia poisťnej udalosti na poisteného.

90. Orgán dohľadu pri posudzovaní, či zmluvná podmienka spôsobuje značnú nerovnováhu, je povinný preveriť, či dodávateľ, ktorý zaobchádza so spotrebiteľom čestne a rovnocenne, mohol rozumne očakávať, že by spotrebiteľ súhlasil s touto podmienkou po individuálnom dojednaní. Posúdením tohto kritéria orgán dohľadu dospel k názoru, že spotrebiteľ by v prípade individuálneho dojednania nesúhlasil so zmluvnou podmienkou, keďže sa táto zmluvná podmienka odchyľuje od právnej úpravy tým, že prenáša povinnosť šetriť poisťnú udalosť na poisteného spôsobom ako je uvedené nižšie.

91. Okrem uvedeného orgán dohľadu pri posudzovaní neprijateľnosti zmluvnej podmienky posudzuje zrozumiteľnosť a transparentnosť zmluvnej podmienky. Orgán dohľadu poukazuje na skutočnosť, že zrozumiteľnosť a transparentnosť zmluvných podmienok je základnou požiadavkou pre ich prijateľnosť. Zmluvná podmienka musí umožňovať spotrebiteľovi, aby uskutočnil „informované“ rozhodnutie o zmluvnom vzťahu, pričom požiadavka zrozumiteľnosti zmluvnej podmienky nie je obmedzená len na jej zrozumiteľnosť z formálneho a gramatického hľadiska, ale je chápaná široko, čo vyplýva aj z ustálenej judikatúry Súdneho dvora Európskej Únie.⁹⁾ Posudzovaním kritéria zrozumiteľnosti a transparentnosti orgán dohľadu dospel k záveru, že predmetná zmluvná podmienka nie je formulovaná zrozumiteľne a určito, keďže zo zmluvného ustanovenia ani z iných ustanovení VPP nevyplýva, čo je možné rozumieť pod slovným spojením „v prípade pochybnosti o vzniku poisťnej udalosti“ a kedy a za akých okolností sa poisťiteľ môže do tejto situácie dostať. Zo znenia predmetného zmluvného ustanovenia ani z iných ustanovení VPP nie je zrejmé, v akom štádiu vyšetrovania sa môže poisťiteľ dostať „do pochybností“, teda či už v počiatočnom štádiu vyšetrovania poisťnej udalosti (v najkrajnejšom prípade už po obdržaní oznámenia škodovej udalosti) alebo až v neskoršom štádiu vyšetrovania. Vzhľadom na uvedené je možné zmluvné ustanovenie považovať za vágne a netransparentné, a tým za neprijateľné.

—na účely určenia, či dôjde k nerovnováhe „napriek požiadavke dôvery [dobrej viery – neoficiálny preklad]“, treba preveriť, či predajca alebo dodávateľ, ktorý zaobchádza so spotrebiteľom čestne a rovnocenne, mohol rozumne očakávať, že by tento spotrebiteľ súhlasil s dotknutou podmienkou po individuálnom dojednaní.

⁹⁾ V zmysle Rozsudku Súdneho dvora Európskej únie vo veci C-96/14 Jean-Claude Van Hove proti CNP Assurances SA zo dňa 23. 4. 2015 *podmienky týkajúce sa hlavného predmetu poisťnej zmluvy možno považovať za sformulované jasne a zrozumiteľne, ak sú pre spotrebiteľa zrozumiteľné nielen z gramatického hľadiska, ale zároveň transparentne opisujú konkrétne fungovanie poisťného mechanizmu s prihliadnutím na zmluvný rámec, do ktorého patria, aby spotrebiteľ bol schopný na základe jasných a zrozumiteľných kritérií posúdiť hospodárske dôsledky, ktoré z toho pre neho vyplývajú.*

Použitie neprijateľnej zmluvnej podmienky

92. Pre posudzovanie neprijateľných zmluvných podmienok nie je rozhodujúce, či dodávateľ neprijateľnú zmluvnú podmienku aj použil alebo nie. Rozhodujúce je, že neprijateľná zmluvná podmienka je súčasťou zmluvného dojednaní resp. bola do zmluvnej dokumentácie inkorporovaná. Pri posudzovaní neprijateľnosti zmluvnej podmienky je potrebné zohľadniť to, ako by daná zmluvná podmienka mohla byť potenciálne použitá dodávateľom na ujmu spotrebiteľa. Účel posudzovania neprijateľnosti zmluvných podmienok je ten, aby sa zmluvné podmienky nedali zneužívať na ujmu spotrebiteľa v budúcom trvaní zmluvného vzťahu.

93. Orgán dohľadu poukazuje na to, že pri prieskume neprijateľnosti zmluvných podmienok je potrebné vychádzať z najnepriaznivejšieho výkladu pre spotrebiteľa, ku ktorému sa dá aplikáciou štandardných výkladových metód rozumne prísť. Ak by sme pripustili používanie neprijateľného zmluvného ustanovenia mohlo by dôjsť k situácii, kedy by poisťiteľ mohol v akomkoľvek štádiu šetrenia s odvolaním sa na zmluvnú podmienku vyhlásiť, že má pochybnosti ohľadom vzniku poistnej udalosti a ukončiť šetrenie poistnej udalosti s odkazom na zmluvné ustanovenie článku 7 bod 6 VPP, resp. „prenášať“ na poisťníka a poisteného povinnosti, ktoré sú priamo zo zákona (Občianskeho zákonníka) povinnosťami poisťovne.

94. Nie je možné od spotrebiteľa spravodlivo požadovať, aby sám vyhodnocoval aké doklady a dôkazy je potrebné doložiť tak, aby odstránil pochybnosti poisťovne ohľadom vzniku poistnej udalosti. Spotrebiteľ na rozdiel od poisťiteľa nie je profesionálom a nevie akými dôkazmi má preukázať svoje tvrdenia, akým spôsobom tieto doklady získať a nemusí mať ani dostatočné finančné prostriedky a možnosti na to, aby si sám obstaral dôkazy (napríklad v prípade potreby obstarania znaleckých posudkov a podobne). Spotrebiteľ zároveň nemusí mať dostatočné znalosti a vedomosti, aby vedel po právnej stránke vyhodnotiť, ktoré doklady je potrebné doložiť, tak aby bolo možné ustáliť, či ide o poistnú udalosť s ohľadom na konkrétne pozitívne a negatívne vymedzenie poistnej udalosti vo VPP. Rovnako nie je možné od spotrebiteľa rozumne požadovať, aby na tieto účely využíval právne služby advokáta, čím by mu mohli vzniknúť dodatočné neprimerané náklady.

95. Vzhľadom na vyššie uvedené skutočnosti má orgán dohľadu za to, že zmluvná podmienka dojednaná v článku 7 bod 6 VPP PSU je neprijateľnou zmluvnou podmienkou v zmysle § 53 ods. 1 Občianskeho zákonníka a zároveň, že zo strany poisťiteľa a účastníka konania došlo k spáchaniu deliktu používania neprijateľnej zmluvnej podmienky v spotrebiteľských zmluvách, keďže poisťiteľ a účastník konania dojednával spotrebiteľské zmluvy obsahujúce neprijateľnú zmluvnú podmienku.

Vyjadrenia účastníka konania k skutku I. a právna argumentácia orgánu dohľadu k týmto vyjadreniam

96. Vo vyjadrení zo dňa 26. 11. 2021 účastník konania poukázal na oprávnenie poisťiteľa zisťovať a preskúmať dôležité skutočnosti týkajúce sa poistnej udalosti poisteného s odkazom na článok 13 VPP PSU. Účastník konania uviedol, že zdravotnú dokumentáciu bolo potrebné podľa lekárskeho posudku XXXXX XXXXXXXXXX ako aj právneho názoru poisťiteľa predložiť za dlhšie časové obdobie, nakoľko pretrvávanie chorôb, osobitne tak závažných ako onkologických ochorení je často aj viac ako 10 rokov a mohol byť dôvodný záver, že poistená trpela chorobou MDS/AML dlhšiu dobu pred vznikom poistnej udalosti. Podľa účastníka

konania XXXXX XXXXXXXXXX v lekárskom posudku požadoval doplniť lekárske správy z uvedených kontrolných vyšetrení od 06/2016 do 18. 10. 2018, aby mohol dospieť k definitívnemu záveru, či poistená trpela chorobou MDS/AML v období pred začiatkom poistenia. Zároveň však poisťiteľ sám uznal, že časť vyžiadanej dokumentácie (napr. kompletná prepúšťacia správa z hospitalizácie 7. 1. 2008 - 1. 2. 2008, informácia či poistenej bolo vykonané v r. 2008 celotelové ožiarenie) neboli relevantné pre posúdenie nároku.

97. Podľa vyjadrenia účastníka po hlbšom oboznámení sa s predmetným prípadom účastník prehodnotil svoj postup so záverom, že vzhľadom na nesprávne vyžadovanie časti zdravotnej dokumentácie, ktorá nebola relevantná pre posúdenie nároku na poistné plnenie ako aj vzhľadom na zdravotný stav poistenej a ľudský rozmer uvedenej škodovej udalosti, poskytol účastník konania poistné plnenie vyplývajúce z poistnej zmluvy vo výške 12.147,84 eur. Účastník konania poukázal na to, že implementuje nápravné opatrenia tak, aby sa v budúcnosti zabránilo individuálnym nesprávnym postupom vrátane povinnej kontroly zo strany nadriadeného zamestnanca v prípade sťažnosti poisteného. Účastník konania sa zaviazal prijať metodiku, v ktorej upresní dokumentáciu, ktorá je považovaná za relevantnú pre posúdenie nároku na poistné plnenie, špecifikuje a doplní proces zapojenia odborných útvarov (najmä Compliance, Legal a General Secretary) a upraví eskalačný mechanizmus pre informovanie senior managementu v odôvodnených prípadoch.

98. Účastník konania vo vyjadrení namieta, že sa nedopustil nekalej obchodnej praktiky vo forme agresívnej obchodnej praktiky, nakoľko vyžadovanie (časti) dokumentácie, ktorá nebola relevantná pre posúdenie nároku na poistné plnenie, vyplývalo z komplikovanosti prípadu a nesprávneho individuálneho postupu, ktorý vychádzal z lekárskeho posudku XXXXX XXXXXXXXXX a nevedlo k zámernému postupu poisťiteľa, ktorý by smeroval k porušeniu práv poistenej. V tejto súvislosti orgán dohľadu uvádza, že odborné závery - vyjadrenia lekára XXXXX XXXXXXXXXX vyplývajúce z lekárskeho posudku, ktorý posudzoval výlučne zdravotnú dokumentáciu poistenej, bolo potrebné zo strany poisťovateľa a účastníka konania aplikovať na relevantné ustanovenia VPP PSU (viď bližšie k relevantným ustanoveniam VPP PSU bod 31, 36 a 37 tohto rozhodnutia) a nie ich priamo aplikovať ako závery likvidácie poistnej udalosti, t. j. závery je možné aplikovať, iba ak sú v súlade s dohodnutými podmienkami poistenia. Uvedený názor orgánu dohľadu je v súlade so základným princípom komerčného zmluvného poistenia ako je definovaný v bode 28 tohto rozhodnutia.

99. Vo vzťahu k argumentácii účastníka konania orgán dohľadu poukazuje na to, že administratívno-právna zodpovednosť má v prípade spáchania správneho deliktu použitia agresívnej obchodnej praktiky povahu objektívnej zodpovednosti bez možnosti liberácie. Článok 11 smernice výslovne stanovuje, že uplatnenie opatrení prijatých členskými štátmi na účely boja proti nekalým obchodným praktikám je nezávislé od úmyslu či nedbanlivosti, ako aj od skutočnej škody na strane spotrebiteľa. Pri posudzovaní správneho deliktu nie je potrebné skúmať zavinenie poisťiteľa ani jeho úmysel, teda či poisťiteľ konal vo vzťahu k spotrebiteľke zámerne alebo nie. Z dôvodu, že administratívno-právna zodpovednosť je zodpovednosťou založenou na objektívnom princípe, nie je možné námietku účastníka konania akceptovať, a teda na uvedenú námietku prihliadať.

100. Účastník konania vo vzťahu k skutku I. neuvádza žiadne nové skutočnosti ani dôkazy, ktoré by mali vplyv na zmenu právneho posúdenia vo veci, prípadne by mohli mať za následok

zastavenie konania. Práve naopak, účastník konania spolu s vyjadrením zo dňa 26. 11. 2021 zaslal na CD označenom ako *NBS1-000-062-171 príloha-podklady* internú mailovú komunikáciu poisťovateľa zo dňa 3. 6. 2021, ktorá potvrdzuje existenciu nesprávnych interných postupov pri likvidácii poisťovnej udalosti. V rámci internej mailovej komunikácie žiada pracovníčka právneho oddelenia pracovníčku oceňovania rizík o vysvetlenia k postupom pri likvidácii poisťovnej udalosti č. 9900004623, pričom upozorňuje na hrozbu začatia sankčného konania zo strany orgánu dohľadu ako aj na hrozbu súdneho konania, pričom vyjadruje svoje presvedčenie, že ak by sa sťažovateľka obrátila so svojim nárokom na súd poisťovateľ by nebol v konaní úspešný. Podľa názoru orgánu dohľadu uvedené skutočnosti nasvedčujú tomu, že poisťovateľ nemal v čase vybavovania poisťovnej udalosti resp. v čase vybavovania sťažnosti poisťovnej dostatočne implementované interné postupy, ktoré by mohli zabrániť uplatňovaniu nesprávnych postupov pri likvidácii poisťovných udalostí a následnom vybavovaní sťažností.

101. V rámci internej komunikácie pracovníčka oceňovania rizík ďalej uvádza, že nemôže zmeniť jej stanovisko na základe tvrdenia sťažovateľky, že netrpela danými ochoreniami. Podľa vyjadrenia pracovníčky oceňovania rizík: *potrebujeme, aby nám predložila dôkaz, že netrpela danými ochoreniami.*

102. Uvedená interná komunikácia potvrdzuje skutočnosť, že v rámci likvidácie poisťovateľ požadoval od poisťovnej dôkazy o neexistujúcich skutočnostiach, pričom podľa pracovníčky oddelenia oceňovania rizík by mala poisťovňa sama predložiť „dôkazy o neexistencii choroby AML“, čo orgán dohľadu považuje v rámci postupov pri likvidácii poisťovnej udalosti za neprípustné. Podľa názoru orgánu dohľadu nie je možné v rámci postupov pri likvidácii poisťovnej udalosti požadovať dôkazy, ktoré majú preukázať neexistenciu určitej choroby. Od poisťovnej nie je možné spravodlivo požadovať, aby predložila „dôkazy o neexistencii choroby“, keďže podľa predložených dôkazov jej táto choroba bola diagnostikovaná až v období 10/2018. Orgán dohľadu má za to, že účastníkom konania predložená interná komunikácia nasvedčuje nesprávnemu postupu pri likvidácii poisťovných udalostí, teda sa nedá vylúčiť, že ide o chybné nastavenie interných procesov v oblasti likvidácie poisťovných udalostí na strane poisťovateľa. Orgán dohľadu pre úplnosť uvádza, že postupy poisťovateľa opísané v bode 100 a 101 indikujú možný rozpor s požiadavkami systému správy a riadenia poisťovní v zmysle príslušných ustanovení zákona č. 39/2015 Z. z.¹⁰⁾

103. Orgán dohľadu zaslal účastníkovi konania list *Informácia o rozšírení dôvodov začatého konania, výzva na vyjadrenie a výzva na poskytnutie podkladov a informácii* zo dňa 13. 4. 2022 (evidovaný pod č. záznamu 100-000-342-213). Listom zo dňa 13. 4. 2022 orgán dohľadu informoval účastníka konania o rozšírení skutku I. z dôvodu, že z predložených dokladov počas konania bolo zistené, že poisťovateľ listom zo dňa 8. 6. 2021 a účastník konania listom zo dňa 17. 9. 2021 adresovaným poisťovnej zotrvával na požadovaní dokladov, ktoré nie je možné rozumne považovať za relevantné pri určení nároku na poisťové plnenie. Z uvedeného dôvodu bol výrok skutku I. doplnený o list zo dňa 8. 6. 2021 a list zo dňa 17. 9. 2021. Účastník konania odpovedal listom *Vyjadrenie k informácii o rozšírení dôvodov konania, výzve na vyjadrenie a k výzve na poskytnutie dokladov a informácii* zo dňa 5. 5. 2022 (evidovaný pod č. záznamu 100-000-346-016). V uvedenom vyjadrení účastník konania uvádza, že poisťovateľ a účastník konania

¹⁰⁾ § 23 ods. 2 a 3 písm. b) a § 32 ods. 2 zákona č. 39/2015 Z. z.

sa nedopustil ani v komunikácii na základe listu zo dňa 8. 6. 2021 a listu zo dňa 17. 9. 2021 nekalej obchodnej praktiky vo forme agresívnej obchodnej praktiky, nakoľko vyžadovanie časti dokumentácie, ktorá sa pri opakovanom posúdení prípadu ukázala, že nemusela byť relevantná pre posúdenie nároku na poistné plnenie, vyplývalo z komplikovanosti prípadu a nesprávneho individuálneho postupu, ktorý vychádzal z lekárskeho postupu XXXXX XXXXXXXXXX a nešlo o zámerný postup poistiteľa, ktorý by smeroval k porušeniu práv spotrebiteľky. Orgán dohľadu konštatuje, že k vyššie uvedenej argumentácii sa už vyjadril v bode 99. Účastník konania vo vyjadrení zo dňa 5. 5. 2022 neuvádza k skutku I. žiadne nové skutočnosti.

Vyjadrenia účastníka konania k skutku II. a právna argumentácia orgánu dohľadu k týmto vyjadreniam

104. Účastník konania vo vyjadrení k skutku II. uvádza, že nakoľko nedošlo z právneho hľadiska k odmietnutiu poistného plnenia, nedošlo zo strany poistiteľa k porušeniu § 797 ods. 4 Občianskeho zákonníka ani k naplneniu skutkovej podstaty nekalej obchodnej praktiky podľa § 7 ods. 1 a 2 zákona č. 250/2007 Z. z. Účastník konania poukázal na list adresovaný poistenej zo dňa 17. 9. 2021 v ktorom uviedol, že poistná udalosť je otvorená a nárok na poistné plnenie je možné definitívne vyhodnotiť po doložení požadovaných dokladov.

105. Vo vzťahu k vyššie uvedenej argumentácii účastníka konania si dovoľujeme uviesť, že túto argumentáciu orgán dohľadu nepovažuje za opodstatnenú, keďže zaslaním listu *Uzavretie poistnej udalosti bez nároku na poistné plnenie* zo dňa 2. 10. 2020 už došlo k naplneniu znakov skutkovej podstaty nekalej obchodnej praktiky podľa § 7 ods. 1 a ods. 2 zákona č. 250/2007 Z. z., resp. k spáchaniu uvedeného správneho deliktu.

106. Listom zo dňa 2. 10. 2020 poistiteľ výslovne informoval spotrebiteľku o tom, že došlo k ukončeniu šetrenia poistnej udalosti a o tom, že uzatvoril poistnú udalosť bez nároku na poistné plnenie. Z obsahového znenia listu, tak ako bol samotným poistiteľom formulovaný vyplýva, že poistiteľ odmietol poskytnúť spotrebiteľke poistné plnenie. Orgán dohľadu pri posudzovaní nekalých obchodných praktík posudzuje, akým spôsobom poistiteľ komunikuje vo vzťahu k spotrebiteľom, pričom poistiteľ sa v liste jasne vyjadril, že spotrebiteľke neposkytne poistné plnenie a že poistná udalosť č. 9900004623 je uzatvorená, teda tvrdenia účastníka o tom, že „po právnej stránke“ nedošlo k odmietnutiu poistného plnenia, tu nemôžu obstať. Ak bola č. 9900004623 otvorená, potom orgánu dohľadu nie je zrejmé, z akého dôvodu v liste zo dňa 2. 10. 2020 informoval spotrebiteľku o pravom opaku, teda že ukončil šetrenie poistnej udalosti a zároveň, že uzavrel poistnú udalosť bez nároku na poistné plnenie. Na tomto mieste poukazujeme na to, že list zo dňa 17. 9. 2021 zaslal účastník konania spotrebiteľke po uplynutí takmer jedného roka odo dňa uzatvorenia poistnej udalosti bez nároku na poistné plnenie v štádiu, kedy orgán dohľadu opakovane upozorňoval na pochybenia zo strany poistiteľa.

107. List zo dňa 17. 9. 2021 vyhotovený účastníkom konania považuje navyiac orgán dohľadu za značne zmätočný, keďže na jednej strane informuje poistenú o tom, že predmetná poistná udalosť je v priamej príčinnej súvislosti s vážnym ochorením, jeho liečbou a následkami tejto liečby, na ktorú trpela poistená pred uzatvorením poistenia. Vylúčenie ochorení alebo následkov úrazu, ktoré nastali z dôvodov, ktoré vznikli pred poistením je potrebné v poistení

zahrnúť do výluk, inak je takáto argumentácia poisťiteľa bezpredmetná. Pre úplnosť orgán dohľadu uvádza, že poistenie podľa VPP PSU a VPP takúto výluk neobsahuje. Na druhej strane účastník konania uvádza, že poistné plnenie je možné definitívne vyhodnotiť až po výsledku spätného ocenenia a tento je možné stanoviť po doložení požadovaných dokladov uvedených v korešpondencii zo dňa 8. 6. 2021. Orgán dohľad považuje komunikáciu vo vzťahu poistenej za nejednoznačnú, teda predložený list zo dňa 17. 9. 2021 len potvrdzuje existenciu nedostatkov v oblasti komunikácie voči poistenej, najmä z dôvodu, že spätné ocenenie – posudzovanie zdravotného stavu na základe zdravotnej dokumentácie je možné realizovať len v súlade VPP PSU, a to v danom prípade konkrétne s článkom 15 bod 1 VPP PSU ako je definovaný v bode 36 tohto rozhodnutia

108. Zasláním listu zo dňa 2. 10. 2020 bez riadneho vysvetlenia dôvodov na základe, ktorých došlo k neposkytnutiu poistného plnenia, došlo k naplneniu znakov skutkovej podstaty nekalej obchodnej praktiky resp. k dokonaniu správneho deliktu nekalej obchodnej praktiky podľa § 7 ods. 1 a 2 zákona č. 250/2007 Z. z. tak, ako je definovaná v skutku II. Akúkoľvek argumentáciu účastníka konania o tom, že *z právneho hľadiska nedošlo k odmietnutiu poistného plnenia* považujeme za účelovú obranu, keďže list zo dňa 2. 10. 2020 informuje spotrebiteľku o tom, že poistná udalosť je uzatvorená a šetrenie poistnej udalosti bolo ukončené. Z vyššie uvedených dôvodov nie je možné námietku účastníka konania akceptovať.

Vyjadrenia účastníka konania k skutku III. a právna argumentácia orgánu dohľadu k týmto vyjadreniam

109. Účastník konania sa nestotožňuje s názorom orgánu dohľadu, že ustanovenie článku 7 bod 6 VPP PSU v znení: *V prípade pochybností o vzniku poistnej udalosti je povinnosťou poisteného a poisťníka preukázať, že k poistnej udalosti došlo v deklarovanom rozsahu* je neprijateľnou zmluvnou podmienkou.

110. Podľa názoru účastníka konania je osoba, ktorá si uplatňuje právo na poistné plnenie povinná preukázať poisťiteľovi, že nastala poistná udalosť, s ktorou je spojený vznik práva na poistné plnenie. Účastník konania opiera svoj názor o rozhodnutie NS ČR sp. zn. 32 Odo 1260/2004, ktoré upravuje problematiku unesenia dôkazného bremena sporovou stranou v súdnom konaní. Rozhodnutie NS ČR sp. zn. 32 Odo 1260/2004 podľa názoru orgánu dohľadu nemá vplyv na právne posúdenie skutku III., keďže uvedené rozhodnutie sa netýka oblasti likvidácie poistných udalostí (resp. práv a povinností poisteného a poisťiteľa v procese likvidácie poistnej udalosti), ale znášania dôkazného bremena v sporovom konaní. V sporovom konaní vo všeobecnosti platí, že dôkazné bremeno ohľadom určitých skutočností leží na tom účastníkovi súdneho konania, ktorý z existencie týchto skutočností vyvodzuje pre seba priaznivé dôsledky resp. ide o toho účastníka, ktorý existenciu týchto skutočností tvrdí. Orgán dohľadu má za to, že zadefinovanie skutku III. žiadnym spôsobom nezasahuje do procesného postavenia účastníkov sporového konania ani do oblasti problematiky prenosu dôkazného bremena.

111. Podľa účastníka konania sa orgán dohľadu údajne snaží o extenzívny výklad právnych predpisov v záujme obrátiť dôkazné bremeno pri uplatnení práva na poistné plnenie z poistných zmlúv prostredníctvom neprijateľných zmluvných podmienok. K uvedenej námietke účastníka konania orgán dohľadu uvádza, že v oznámení o začatí konania (a ani na

inom mieste) sa orgán dohľadu nevyjadruje k dôkaznému bremenu poisteného a žiadnym spôsobom „neobracia dôkazné bremeno“, tak ako vo svojom vyjadrení uvádza účastník konania.

112. Pojem dôkazného bremena ako aj prenášanie resp. unesenie dôkazného bremena považuje orgán dohľadu za pojmy právno-teoretické. Inštitút dôkazného bremena a rovnako povinnosť sporových strán vyhľadávať, obstarávať a predkladať dôkazy ohľadom svojich tvrdení je typická predovšetkým pre civilné sporové konanie. Orgán dohľadu považuje proces likvidácie poistnej udalosti za proces „sui generis“, ktorého rámec určujú výlučne ustanovenia Občianskeho zákonníka (najmä § 799 ods. 2 Občianskeho zákonníka) a nie predpisy civilného práva procesného. Proces likvidácie poistnej udalosti je tak osobitným procesom, kedy pri zhromažďovaní a hodnotení dôkazov neplatia automaticky procesné povinnosti tak, ako sú formulované v predpisoch civilného práva procesného. Proces likvidácie poistnej udalosti nie je možné považovať za civilný spor a poisteného za sporovú stranu, teda povinnosti poisteného v procese likvidácie nekopírujú princípy civilného práva procesného. Rovnako poisťiteľ resp. likvidátor nie je ani procesnou stranou a ani nevystupuje v postavení nezávislého a nestranného sudcu, ktorý má rozhodnúť spor dvoch strán. Tak ako už bolo uvedené civilné procesné právo je založené na zásade kontradiktórnosti, na základe ktorej je procesná strana povinná tvrdiť rozhodujúce skutočnosti a zároveň označiť dôkazné prostriedky na preukázanie svojich tvrdení, čo v procese likvidácie neplatí automaticky, nakoľko samotné zadefinovanie dôkazných prostriedkov je povinnosťou poisťiteľa.

113. Podľa názoru orgánu dohľadu nie je možné pri stanovení povinností poisteného a poisťiteľa vychádzať z predpisov civilného práva procesného, teda orgán dohľadu nemôže akceptovať odkazy účastníka konania na ustanovenia CSP vo vyjadrení zo dňa 26. 11. 2021 (č. z.: 100-000-318-297). Orgán dohľadu opätovne zdôrazňuje, že zákonným rámcom, ktorý upravuje povinnosti poisteného v procese likvidácie nie sú predpisy civilného práva procesného, ale ustanovenie § 799 ods. 2 Občianskeho zákonníka, ktorý upravuje výlučne tri druhy povinností poisteného – oznamovaciu, vysvetľovaciu a dokladovaciu poisteného (t. j. povinnosť predložiť potrebné doklady, ktoré si poisťiteľ vyžiada, ktoré sú v dispozičnej sfére poisteného).

114. Orgán dohľadu zároveň berie na vedomie, že v zmysle § 799 ods. 2 druhej vety Občianskeho zákonníka môžu poistné podmienky poistenému uložiť aj iné povinnosti. Účelom takto dohodnutej povinnosti má byť výlučne zefektívnenie prešetrovania poistnej udalosti (môže ísť napr. o povinnosť podrobiť sa lekárskemu vyšetreniu, povinnosť doložiť konkrétny vopred stanovený úradný doklad napr. rozhodnutie Sociálnej poisťovne o priznaní invalidity a pod.). Oznamovacia, vysvetľovacia a dokladovacia povinnosť upravená v § 799 ods. 2 prvá veta týmto však v žiadnom prípade nesmie byť nedôvodne rozširovaná v neprospech spotrebiteľa.

115. Keďže sa orgán dohľadu žiadnym spôsobom nevyjadruje k dôkaznému bremenu poisteného a ani svojím výkladom „neobracia“ dôkazné bremeno a rovnako nezasahuje do povinností sporových strán v civilnom konaní, s námietkami účastníka konania ohľadom údajného prenášania dôkazného bremena na poisťiteľa nemožno súhlasiť. Z vyššie uvedených dôvodov orgán dohľadu námietky ohľadom prenosu dôkazného bremena na poisťiteľa neakceptuje.

116. Účastník konania ďalej vo vyjadrení tvrdí, že znenie článku 7 bod 6 VPP PSU nemôže byť neprijateľnou zmluvnou podmienkou, lebo svojim obsahom zodpovedá zmyslu ustanovenia § 797 ods. 2 a 799 ods. 2 Občianskeho zákonníka, dokonca predstavuje odchýlku v prospech spotrebiteľa, pretože žiada len v „prípade pochybností o vzniku poistnej udalosti“ preukázať jej existenciu a rozsah.

117. Orgán dohľadu sa s vyššie uvedeným tvrdením účastníka konania nestotožňuje. Znenie článku 7 bod 6 VPP PSU nezodpovedá zneniu, zmyslu ani obsahu uvedených ustanovení, nakoľko 799 ods. 2 Občianskeho zákonníka definuje povinnosti poisteného v procese likvidácie poistnej udalosti ako povinnosť oznamovaciú, vysvetľovaciú a dokladovaciú. Iné povinnosti Občiansky zákonník poistenému nestanovuje. Orgán dohľadu nevidí dôvody na ich rozširovanie spôsobom upraveným v predmetnej zmluvnej podmienke, keďže poistený nemusí mať ako spotrebiteľ dostatok odborných skúseností a znalostí na to, aby vedel ako svoje tvrdenie kvalifikovane preukázať. Spotrebiteľ má povinnosť tvrdenia určitých skutočností, avšak nemusí vedieť aké dôkazné prostriedky si má zaobstarat' na preukázanie svojich tvrdení a ani to akým spôsobom má tieto prostriedky získať. Orgán dohľadu má za to, že ak chcel poistiteľ informovať poistených vo VPP PSU o povinnosti poskytovať poistiteľovi pri šetrení poistnej udalosti súčinnosť mal tak spraviť v intenciách § 799 ods. 2 Občianskeho zákonníka. Znenie článku 7 bod 6 VPP PSU tak, ako bol poistiteľom formulovaný, tomu však obsahovo nezodpovedá, práve naopak znenie článku 7 bod 6 VPP PSU výrazne modifikuje obsah ako aj význam § 799 ods. 2 Občianskeho zákonníka v neprospech spotrebiteľa.

118. Účastník konania ďalej vo vyjadrení vyslovil svoj názor, že znenie článku 7 bod 6 VPP PSU je v súlade so všeobecnými záväznými predpismi, keďže povinnosť preukázať vznik poistnej udalosti upravujú všeobecné poistné podmienky všetkých najväčších poisťovní na slovenskom trhu. Účastník konania poukázal na poistné podmienky poisťovne Allianz - Slovenská poisťovňa, a.s. (poistné podmienky pre program Môj život napr. čl. 10 ods. 4), poisťovne Generali poisťovňa, a.s. (Všeobecné poistné podmienky pre poistenie osôb čl. 9 ods. 9.3) a poisťovne Kooperativa poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group (Všeobecné poistné podmienky pre poistenie Život napr. článok 10 ods. 3). Účastník konania vo vyjadrení neuvádza konkrétne verzie poistných podmienok.

119. Orgán dohľadu pri posudzovaní námietok účastníka konania vychádzal z týchto poistných podmienok:

- z čl. 10 ods. 4 poistných podmienok poisťovne Allianz – Slovenská poisťovňa, a.s. (Poistné podmienky pre program Môj život – schválené 10. 5. 2021) v zmysle ktorého: *Poistený alebo ten, komu vzniklo právo na plnenie, je povinný, akonáhle je to objektívne možné, bez zbytočného odkladu poisťovateľovi písomne, telefonicky alebo cez webové sídlo poisťovateľa oznámiť, že k poistnej udalosti došlo, preukázať jej vznik a na žiadosť poisťovateľa bez zbytočného odkladu predložiť resp. zabezpečiť predloženie alebo umožniť poisťovateľovi získať všetky ďalšie doklady a informácie, potrebné pre stanovenie rozsahu poistného plnenia.*
- z čl. 9 ods. 9.3 poistných podmienok poisťovne Generali (Všeobecné poistné podmienky pre poistenie osôb VPP 2018.1 účinné od 15. 11. 2018) v zmysle ktorého: *Poistník, poistený, resp. osoba oprávnená k prevzatiu poistného plnenia je povinná bez zbytočného odkladu poisťovateľovi písomne oznámiť a preukázať, že nastala poistná udalosť, dať*

pravdivé a úplné vysvetlenie o jej vzniku a rozsahu jej následkov a predložiť potrebné doklady, ktoré si poisťovateľ vyžiada, a/alebo ktoré majú vplyv na poistné plnenie. Ak bude poistná udalosť oznámená predbežne ústnou formou alebo prostredníctvom alternatívnych komunikačných prostriedkov (telefón, e-mail, sms, fax), je poisťník, poistený, resp. osoba oprávnená k prevzatiu poistného plnenia povinná urobiť bez zbytočného odkladu následné písomné oznámenie. Ak nebude podmienka písomného oznámenia splnená, má sa za to, že oznámenie nebolo uskutočnené, ak sa zmluvné strany nedohodli inak. Náklady spojené s vyššie uvedenými ustanoveniami tohto odseku hradí ten, kto si uplatňuje nárok voči poisťovateľovi. Poisťovateľ môže sám vykonať zisťovanie. Zisťovanie a dôkazné konanie, ktoré poisťovateľ vykonal, hradí poisťovateľ.

- z článku 10 ods. 3 Všeobecných poistných podmienok pre poistenie Život poisťovne Kooperativa poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group (Všeobecné poistné podmienky pre poistenie „Život“ platné a účinné od 1. 1. 2020), v zmysle ktorého: *„Osoba, ktorej vzniklo právo na poistné plnenie, je bez zbytočného odkladu Poistiteľovi povinná predložiť originály alebo overené kópie dokladov potrebných pre výplatu poistnej sumy alebo dôchodku, a to najmä:*

..... V prípade poistnej udalosti trvalé následky, závažné ochorenia alebo zlomenina následkom úrazu poisteného:

- a) vyplnené tlačivo - oznámenie poistnej udalosti,*
- b) zdravotná dokumentácia obsahujúca skutočnosti potrebné na preukázanie vzniku poistnej udalosti,*
- c) správu o výsledku vyšetrenia príslušného orgánu - ak sa vykonáva vyšetrenie okolností úrazu poisteného,*
- d) iné doklady - podľa toho, aké doklady Poistiteľ v konkrétnom prípade požaduje.*

.....

120. Orgán dohľadu k argumentácii účastníka konania uvádza, že znenia ustanovení vyššie uvedených poistných podmienok poisťovne Allianz-Slovenská poisťovňa, a.s. a Generali poisťovňa, a.s. nie sú totožné so znením článku 7 bod 6 VPP PSU a znenie poistných podmienok poisťovne Kooperativa poisťovňa, a.s. nie je ani obdobné. Orgán dohľadu na tomto mieste konštatuje, že ak by aj predložené poistné podmienky boli totožné so znením článku 7 bod 6 VPP PSU nie je možné z tejto skutočnosti vyvodiť záver, že znenie 7 bod 6 VPP PSU je v súlade s právnymi predpismi. Orgán dohľadu trvá na svojom právnom názore ohľadom neprijateľnosti zmluvnej podmienky, pričom predloženie iných poistných podmienok nemá na právny názor orgánu dohľadu žiaden vplyv.

121. V závere vyjadrenia účastník konania vyjadruje svoje presvedčenie, že ustanovenie článku 7 bod 6 VPP PSU je dostatočne určité a zrozumiteľné, pričom z jeho gramatického a logického výkladu vyplýva, že pochybnosti o vzniku poistnej udalosti môžu vzniknúť od momentu oznámenia vzniku škodovej (poistnej udalosti) a jej rozsahu až do predloženia dokumentov preukazujúcich vznik a rozsah poistnej udalosti.

122. Účastník pre podporu svojich tvrdení porovnáva znenie článku 7 bod 6 VPP PSU so znením § 54 ods. 2 Občianskeho zákonníka, v zmysle ktorého: *V pochybnostiach o obsahu spotrebiteľských zmlúv platí výklad, ktorý je pre spotrebiteľa výhodnejší.* Účastník konania poukazuje na to, že text zákonného ustanovenia bližšie neuvádza, čo sú to pochybnosti

o obsahu spotrebiteľskej zmluvy“ a kedy môžu vzniknúť, ani ako treba rozumieť formulácii „pre spotrebiteľa výhodnejší výklad“. Zároveň dodáva, že v prípade textu všeobecne záväzného právneho predpisu má tento spĺňať najvyššie požiadavky na jeho jasnosť a zrozumiteľnosť a voči dohliadaným subjektom nemôže mať Národná banka Slovenska prísnejšie kritériá ako sú požiadavky na zákonnú právnu úpravu.

123. K argumentácii účastníka konania orgán dohľadu uvádza, že podľa názoru orgánu dohľadu znenie ustanovenia § 54 ods. 2 Občianskeho zákonníka žiadnym spôsobom nesúvisí s posudzovaním skutku III. Znenie § 54 ods. 2 Občianskeho zákonníka upravuje všeobecné výkladové pravidlo týkajúce sa výkladu zmluvných podmienok v spotrebiteľských zmluvách, zatiaľ čo článok 7 bod 6 VPP PSU sa dotýka povinností poisteného v procese likvidácie poistnej udalosti. Orgán dohľadu opakovane zdôrazňuje, že povinnosti poistiteľa ako aj poisteného sú v Občianskom zákonníku zakotvené (Ôsma časť, Pätnásta hlava, prvý až deviaty oddiel). Zatiaľ čo poistiteľ má povinnosť riadne šetriť poistnú udalosť (t. j. vykonať vyšetrenie potrebné na zistenie rozsahu povinnosti poistiteľa plniť), tak poistený má povinnosť poskytovať pri šetrení poistnej udalosti potrebnú súčinnosť, čo stanovuje § 799 ods. 2 Občianskeho zákonníka. Aj keď obidve ustanovenia obsahujú slovo „pochybnosti“ nevidíme žiaden súvis medzi znením § 54 ods. 2 Občianskeho zákonníka a znením článku 7 bod 6 VPP PSU z obsahovej stránky a účelu sledovaného predmetnými ustanoveniami Občianskeho zákonníka a VPP¹¹⁾.

Odôvodnenie uložených sankcií – všeobecná časť

124. Orgán dohľadu konštatuje, že vykonaním agresívnej obchodnej praktiky (skutok I.), nekalej obchodnej praktiky (skutok II.) a používaním neprijateľnej zmluvnej podmienky (skutok III.) došlo k porušeniu zákazu použitia nekalých obchodných praktík a neprijateľných podmienok v spotrebiteľských zmluvách podľa § 4 ods. 2 písm. c) zákona č. 250/2007 Z. z.

125. Podľa § 20 ods. 1 prvej vety zákona č. 250/2007 Z. z. dozor nad dodržiavaním povinností ustanovených týmto zákonom vykonávajú orgány dozoru. Podľa § 24 ods. 1 v spojení s § 24 ods. 10 zákona č. 250/2007 Z. z. Národná banka Slovenska pri ukladaní sankcií za porušenie povinností podľa tohto zákona postupuje podľa osobitného predpisu, ktorým je zákon č. 747/2004 Z. z.

126. Cieľom dohľadu nad finančným trhom je podľa ustanovenia § 1 ods. 1 zákona č. 747/2004 Z. z.: *prispievať k stabilite finančného trhu ako celku, ako aj k bezpečnému a zdravému fungovaniu finančného trhu v záujme udržiavania dôveryhodnosti finančného trhu, ochrany finančných spotrebiteľov a iných klientov na finančnom trhu a rešpektovania pravidiel hospodárskej súťaže*. Ochrana finančných spotrebiteľov a iných klientov je spolu s bezpečným a zdravým fungovaním finančného trhu jedným z hlavným cieľom výkonu dohľadu. Dohliadané subjekty sú povinné v záujme plnenia týchto cieľov dodržiavať zákonom ustanovené povinnosti, pravidlá a požiadavky, a to po celú dobu ich činnosti.

¹¹⁾ Pre úplnosť uvádzame, že § 54 ods. 2 Občianskeho zákonníka zakotvuje výkladové pravidlo, ktoré sa uplatní ...ak dôjde pri výklade o obsahu spotrebiteľskej zmluvy k pochybnostiam vzhľadom na ich nejednoznačné alebo nejasné vyjadrenie (Števček, M., Dulak, A., Bajánková, J., Fečík, M., Sedlačko, F., Tomašovič, M., a kol.: Občiansky zákonník I, § 1-450, 2. vydanie. Komentár. Praha: C.H.Beck, 2015, 1616 s. (str. 671). Článok 7 bod 6 VPP PSU je zmluvným dojednaním spotrebiteľskej zmluvy, ktoré obsahuje postup poisťovateľa pri likvidácii poistnej udalosti, ktorá musí byť jasná, zrozumiteľná a určitá a nesmie spôsob značnú nerovnováhu v neprospech spotrebiteľa.

127. Podľa ustanovenia § 35f ods. 1 zákona č. 747/2004 Z. z.: *Tomu, kto porušil práva finančného spotrebiteľa alebo porušil povinnosti v oblasti ochrany finančných spotrebiteľov podľa tohto zákona alebo osobitných predpisov, Národná banka Slovenska je podľa závažnosti, rozsahu, dĺžky trvania, následkov a povahy zisteného nedostatku príslušná*

- a) uložiť pokutu do výšky 1 000 000 eur, ak v odseku 2 nie je ustanovené inak,*
- b) uložiť opatrenie na odstránenie a nápravu zistených nedostatkov,*
- c) zakázať používať nekalú obchodnú praktiku alebo zakázať podľa § 35e ods. 1 písm. b) používať neprijateľnú podmienku,*
- d) zakázať poskytovať finančnú službu alebo zakázať sprostredkovať finančnú službu, na ktorú sa vzťahuje zistený nedostatok, až do odstránenia tohto nedostatku,*
- e) uložiť povinnosť uverejniť opravu neúplnej, nesprávnej alebo nepravdivej informácie,*
- f) odobrať za podmienok ustanovených v § 35g ods. 1 povolenie alebo iné udelené oprávnenie na vykonávanie činnosti v oblasti finančného trhu alebo rozhodnúť za podmienok ustanovených v § 35g ods. 1 o zrušení registrácie na vykonávanie činnosti v oblasti finančného trhu a o výmaze z príslušného registra osôb oprávnených vykonávať činnosť v oblasti finančného trhu,*
- g) uložiť inú sankciu ustanovenú osobitným predpisom¹⁾ v oblasti finančného trhu s cieľom ochrany finančných spotrebiteľov.*

128. Podľa ustanovenia § 35e ods. 1 písm. a) a b) zákona č. 747/2004 Z. z.: *Národná banka Slovenska rozhodnutím zakáže dohliadanému subjektu*

- a) nekalú obchodnú praktiku,^{42d)} aj keď ešte nebola vykonaná, ale jej vykonanie bezprostredne hrozí, a to aj bez ohľadu na jej príčiny a bez ohľadu na vznik škody alebo spôsobenie iného následku finančným spotrebiteľom,*
- b) používať neprijateľnú podmienku v neprospech finančného spotrebiteľa (ďalej len "neprijateľná podmienka") v zmluve o poskytnutí finančnej služby ani dojednávať zmluvy s finančnými spotrebiteľmi obsahujúce neprijateľnú podmienku.*

129. Podľa ustanovenia § 35h ods. 1 zákona č. 747/2004 Z. z.: *Sankcie podľa tohto zákona a osobitných predpisov¹⁾ za nedostatky v oblasti ochrany finančných spotrebiteľov možno ukladať samostatne alebo súbežne a za trvajúci nedostatok aj opakovane. Sankcie podľa tohto zákona za nedostatky v oblasti ochrany finančných spotrebiteľov možno uložiť do troch rokov od zistenia nedostatku, najneskôr však do desiatich rokov od jeho vzniku. Premlčacie lehoty podľa druhej vety sa prerušujú, keď nastala skutočnosť zakladajúca prerušenie lehoty podľa § 19 ods. 4, pričom od každého prerušenia premlčania začína plynúť nová premlčacia lehota. Nedostatky uvedené v protokole o vykonanom dohľade na mieste sa považujú za zistené odo dňa skončenia príslušného dohľadu na mieste podľa § 10 ods. 5 a 6.*

130. Podľa ustanovenia § 35h ods. 3 zákona č. 747/2004 Z. z.: *Ak Národná banka Slovenska v jednom konaní koná a rozhoduje o uložení sankcie jednej osobe za dva alebo viaceré nedostatky v oblasti ochrany finančných spotrebiteľov podľa tohto zákona alebo osobitných predpisov,¹⁾ ktoré boli zistené za obdobie najviac dvanásť po sebe nasledujúcich mesiacov, Národná banka Slovenska za všetky postihované nedostatky uloží úhrnnú pokutu podľa ustanovenia, ktoré sa vzťahuje na nedostatok s najvyššou hornou hranicou sadzby pokuty vrátane zvýšenia sadzby podľa § 35f ods. 2 alebo osobitných predpisov;¹⁾ ak za viaceré nedostatky sú rovnaké najvyššie horné hranice sadzieb pokút vrátane ich zvýšenia podľa § 35f ods. 2 alebo osobitných predpisov,¹⁾ úhrnná*

pokuta sa uloží podľa ustanovenia, ktoré sa vzťahuje na jeden z nich. Ak za postihované nedostatky sú dolné hranice sadzieb pokuty rôzne, dolnou hranicou sadzby úhrnnej pokuty je najvyššia z týchto sadzieb vrátane jej zvýšenia podľa § 35f ods. 2 alebo osobitných predpisov.1) Národná banka Slovenska pri určení výšky úhrnnej pokuty zohľadní skutočnosti uvedené v § 35f ods. 1 vo vzťahu ku všetkým nedostatkom, ktoré sú postihované rozhodnutím o uložení sankcie, a aj počet týchto nedostatkov.

131. Podľa ustanovenia § 35h ods. 4 zákona č. 747/2004 Z. z.: *Ak Národná banka Slovenska rozhoduje o uložení ďalšej pokuty za nedostatok v oblasti ochrany finančných spotrebiteľov podľa tohto zákona alebo osobitných predpisov,1) ktorého sa dohliadaný subjekt dopustil skôr, ako bolo vydané iné rozhodnutie, ktorým už Národná banka Slovenska uložila dohliadanému subjektu pokutu za iný nedostatok v oblasti ochrany finančných spotrebiteľov podľa tohto zákona alebo osobitných predpisov,1) nesmie ďalšia ukladaná pokuta spolu s dovtedy uloženou pokutou prevyšovať najvyššie prípustnú sadzbu pokuty podľa toho ustanovenia, ktoré sa vzťahuje na zbiehajúci sa nedostatok s najvyššou hornou hranicou sadzby pokuty vrátane jej zvýšenia podľa § 35f ods. 2 alebo osobitných predpisov;1) týmto nie je dotknuté opakované ukladanie pokuty za trvajúci nedostatok a tiež nie sú dotknuté ustanovenia odsekov 1, 2 a 5, § 35c ods. 2 ani osobitných predpisov.1).*

132. Podľa ustanovenia § 35h ods. 5 zákona č. 747/2004 Z. z.: *Súbežne s úhrnnou pokutou podľa odseku 3 alebo s ďalšou pokutou podľa odseku 4 možno uložiť aj iné druhy sankcií podľa § 35f alebo podľa osobitných predpisov,1) ktorých uloženie je možné za niektorý zo sankcionovaných nedostatkov.*

133. Podľa ustanovenia § 24 ods. 11 zákona č. 747/2004 Z. z.: *Národná banka Slovenska pri rozhodovaní hodnotí dôkazy podľa voľnej úvahy, a to každý dôkaz jednotlivo a všetky dôkazy v ich vzájomnej súvislosti; pritom starostlivo prihliada na všetko, čo vyšlo v konaní najavo. Národná banka Slovenska dbá na to, aby v rozhodovaní o skutkovo a právne zhodných prípadoch nevznikali neodôvodnené rozdiely. Pre rozhodnutie je rozhodujúci skutkový a právny stav v čase jeho vydania, ak tento zákon neustanovuje inak.*

134. Na základe dôkazov vyplývajúcich zo spisu k sankčnému konaniu č. NBS1-000-062-171 má orgán dohľadu za preukázané, že poisťiteľ a účastník konania sa dopustili pokračovacieho správneho deliktu agresívnej obchodnej praxe (skutok I.), poisťiteľ sa dopustil správneho deliktu nekalej obchodnej praxe spáchaného jedným skutkom (skutok II.) a poisťiteľ a účastník konania sa dopustili trvajúceho správneho deliktu použitia neprijateľnej zmluvnej podmienky (skutok III.).

135. Konanie špecifikované ako skutok I. orgán dohľadu posúdil ako pokračovací správny delikt. Požiadanie zdravotnej dokumentácie v listoch zo dňa 6. 3. 2020, 4. 6. 2020, 9. 7. 2020, 8. 6. 2021 a 17.9. 2021 orgán dohľadu považuje za pokračovací správny delikt, nakoľko skutková podstata všetkých útokov (požiadanie zdravotnej dokumentácie, ktorá nie je relevantná pre posúdenie nároku na poistné plnenie v týchto listoch) je rovnaká, útoky spája objektívna súvislosť v čase ich spáchania ako aj jednotiaci zámer poisťiteľa a účastníka konania.

136. Konanie špecifikované ako skutok II., pre ktoré bolo začaté predmetné konanie o uložení sankcie, orgán dohľadu posúdil ako správny delikt spáchaný jedným skutkom. Správny delikt

bol spáchaný zaslaním listu *Uzavretie poisťnej udalosti bez nároku na poisťné plnenie* zo dňa 2. 10. 2020 poisťenej.

137. Konanie špecifikované ako skutok III., pre ktoré bolo začaté predmetné konanie o uložení sankcie, orgán dohľadu posúdil ako trvajúci správny delikt, pri ktorom poisťiteľ založil protiprávny stav dňom, kedy začal neprijateľnú zmluvnú podmienku obsiahnutú v článku 7 bod 6 VPP PSU používať. Orgán dohľadu má za preukázané, že poisťiteľ začal používať vyššie uvedenú zmluvnú podmienku najneskôr dňa 1. 1. 2010, kedy nadobudli účinnosť VPP PSU. Na účely správneho trestania je však možné postihovať skutok/konanie až okamihom keď sa stane protiprávnym v zmysle princípu trestného práva „*nullum crimen sine lege, nulla poena sine lege.*“, ktorý *Je jedným ze špeciálnych projevů zásady zákonnosti*¹²⁾ a je obsiahnutý v článku 2 ods. 2 Ústavy Slovenskej republiky. Zákaz používania neprijateľných zmluvných podmienok bol do zákona č. 250/2007 Z. z. doplnený s účinnosťou od **1. 5. 2014** jeho novelou, konkrétne zákonom č. 102/2014 Z. z. o ochrane spotrebiteľa pri predaji tovaru alebo poskytovaní služieb na základe zmluvy uzavretej na diaľku alebo zmluvy uzavretej mimo prevádzkových priestorov predávajúceho a o zmene a doplnení niektorých zákonov (článok VIII bod 7). Z tohto dôvodu hoci poisťiteľ začal používať neprijateľnú zmluvnú podmienku s účinnosťou VPP PSU, t. j. od 1. 1. 2010, je postihovaný za jej používanie až od 1. 5. 2014.

138. Pri trvajúcich správnych deliktoch sa analogicky k úprave v trestnom práve doručením oznámenia o začatí konania z procesného hľadiska páchanie trvajúceho deliktu ukončuje.

139. Pri určení druhu a výšky sankcií orgán dohľadu v súlade s ustanovením § 35f ods. 1 zákona č. 747/2004 Z. z. prihliadol na nižšie konkretizované zákonné kritériá, a to závažnosť, rozsah, dĺžku trvania, následky a povahu zistených nedostatkov. Vzhľadom na tieto zákonom ustanovené kritériá vyhodnotil orgán dohľadu zistené nedostatky v činnosti poisťiteľa vo vzťahu k porušeným ustanoveniam v jednotlivých prípadoch nasledovne:

Skutok I.

Závažnosť nedostatku

140. Orgán dohľadu na základe vykonaného dokazovania posúdil konanie poisťiteľa a účastníka konania ako vysoko závažné porušenie predpisov na ochranu finančného spotrebiteľa. Pri posudzovaní závažnosti deliktu orgán dohľadu vzal do úvahy aj konanie poisťiteľa a účastníka konania pred a po začatí sankčného konania. Pri posúdení závažnosti orgán dohľadu posúdil existenciu okolností odôvodňujúcich zvýšenie sankcie (tzv. priťažujúcich okolností) ako aj existenciu okolností odôvodňujúcich zníženie sankcie (tzv. poľahčujúcich okolností). Orgán dohľadu po posúdení jednotlivých kritérií a po posúdení okolností odôvodňujúcich zvýšenie a zníženie sankcie dospel k názoru, že ide o nedostatok, ktorého ďalšie posudzované kritériá (dĺžka trvania, následky a povaha nedostatku, história – recidíva poisťiteľa a účastníka konania) dosahujú intenzitu odôvodňujúcu posúdenie nedostatku ako vysoko závažného.

141. V rámci kritéria závažnosti nedostatku orgán dohľadu posúdil ako okolnosť odôvodňujúcu zvýšenie sankcie povahu nekalej obchodnej praktiky, ktorú poisťiteľ a účastník konania použil vo forme agresívnej obchodnej praktiky podľa ustanovenia § 2 písm. q) v spojení s bodom 4

¹²⁾ Prášková, H.: Základy odpovednosti za správny delikt, 1. vydání Praha: C.H. Beck, 2013, 446 s (str. 31).

druhej časti Prílohy č. 1 k zákonu č. 250/2007 Z. z. a podľa článku 5 ods. 5 smernice. Ide o obchodnú praktiku z tzv. čierneho zoznamu nekalých obchodných praktických, ktorá má obzvlášť agresívny charakter a za každých okolností sa považuje za nekalú, a to v celoeurópskom meradle. Použitie tejto nekalej obchodnej praktiky je v príkrom rozpore s podstatou poistenia a z neho vyplývajúcich legitímnych očakávaní osôb s právom na poistné plnenie, ktoré spočívajú v tom, že ak nastane náhodná udalosť bližšie špecifikovaná v poistnej zmluve, poisťovňa poskytne dohodnuté poistné plnenie v súlade so zákonom (§ 797 ods. 2 a 3 Občianskeho zákonníka). Tým, že poisťiteľ a účastník konania neposkytol poistné plnenie v súlade so zákonom z dôvodu použitia nekalej obchodnej praktiky, hrubo porušoval základnú povinnosť poisťovne a zamedzil tak naplneniu účelu poistenia, ktoré spočíva v poskytnutí včasnej náhrady v prípade vzniku neočakávaných a najmä ťažkých situácií v oblasti zdravia, života alebo majetkových pomerov poistených.

142. Dokonca v danom prípade išlo o zvlášť závažnú nekalú obchodnú praktiku s ohľadom na okolnosti za akých bola použitá, a to konkrétne, že poisťiteľ a účastník konania vyžadovali doklady v rozpore s VPP PSU od osoby – spotrebiteľky vo vážnom zdravotnom stave, v procese chemoterapie, t. j. v prípadoch, kde je možné predpokladať, že dotknutá osoba nebude venovať úsilie komunikácii s poisťovňou alebo „zháňaniu“ dokladov (bod 7, 8), doklady požadovali opakovane bez toho, aby mali relevanciu k poistnej - škodovej udalosti (bod 47, 48) a dokonca niektoré doklady mali preukazovať skutočnosti, ktoré nie je možné preukázať (bod 101 a 102).

143. V rámci kritéria závažnosti nedostatku orgán dohľadu posúdil ako ďalšiu okolnosť odôvodňujúcu zvýšenie sankcie skutočnosť, že na nedostatky bol poisťiteľ opakovane upozornený zo strany orgánu dohľadu v rámci výkonu dohľadu na diaľku - vybavovania podania poistenej. Orgán dohľadu zaslal poisťiteľovi spolu 4 vytýkacie listy (vytýkací list č. 1 zo dňa 4. 1. 2021 evidovaný pod č. záznamu 100-000-295-480, vytýkací list č. 2 zo dňa 11. 1. 2021 evidovaný pod č. záznamu 100-000-295-485, vytýkací list č. 3 zo dňa 23. 3. 2021 evidovaný pod č. záznamu 100-000-295-488, vytýkací list č. 4 zo dňa 13. 4. 2021 evidovaný pod č. záznamu 100-000-295-489) ako aj ďalšiu mnohopočetnú mailovú komunikáciu, v rámci ktorej bol poisťiteľ opakovane upozorňovaný na porušenie predpisov na ochranu finančného spotrebiteľa. Napriek viacerým upozorneniam nedošlo zo strany poisťiteľa a následne ani účastníka konania k vykonaniu dobrovoľnej nápravy pred začatím sankčného konania. Účastník konania pred začatím konania zaslal poistenej list *Odpoveď na sťažnosť (114/2021) k poistnej udalosti XXXXXXXXXXXX* zo dňa 17. 9. 2021, z ktorého vyplynulo, že postoj účastníka konania k výplate poistného plnenia sa nezmenil a poistné plnenie poistenej nevyplatil.

144. Ako okolnosť odôvodňujúcu zvýšenie sankcie orgán dohľadu posúdil históriu - recidívu poisťiteľa a účastníka konania podľa bodu 156 tohto rozhodnutia .

145. Ako okolnosť odôvodňujúcu zníženie sankcie posúdil orgán dohľadu skutočnosť, že účastník konania počas sankčného konania s orgánom dohľadu aktívne komunikoval a poskytoval orgánu dohľadu potrebnú súčinnosť. Účastník konania po doručení oznámenia o začatí konania sám inicioval online stretnutie zástupcov účastníka konania a orgánu dohľadu za účelom bližšieho objasnenia situácie a dôvodov začatého konania, pričom na stretnutí prisľúbil, že vo vzťahu k poistenej bude vykonaná náprava a bude jej poskytnuté poistné plnenie. Účastník konania sa následne v predĺženej lehote písomne vyjadril k dôvodom začatého konania a zároveň zaslal orgánu dohľadu na výzvu požadované doklady a informácie.

Orgán dohľadu konštatuje, že účastník konania v priebehu sankčného konania žiadnym spôsobom nesťažoval priebeh konania, ale poskytoval orgánu dohľadu v stanovených lehotách požadované doklady a všetku potrebnú súčinnosť

146. Ako ďalšiu okolnosť odôvodňujúcu zníženie uloženej sankcie posúdil orgán dohľadu vykonanie nápravy zo strany účastníka konania po začatí sankčného konania. Účastník konania vo vyjadrení zo dňa 26. 11. 2021 uviedol, že po hlbšom oboznámení sa s predmetným prípadom prehodnotil svoj postup so záverom, že vzhľadom na nesprávne vyžadovanie časti zdravotnej dokumentácie, ktorá nebola relevantná pre posúdenie nároku na poistné plnenie ako aj vzhľadom na zdravotný stav poistenej a ľudský rozmer uvedenej škodovej udalosti, poskytol poistenej poistné plnenie vo výške vyplývajúce z poistnej zmluvy 12.147,84 eur. Účastník konania ďalej poukázal na to, že implementuje nápravné opatrenia tak, aby sa v budúcnosti zabránilo individuálnym nesprávnym postupom vrátane povinnej kontroly zo strany nadriadeného zamestnanca v prípade sťažnosti poisteného. Účastník konania sa zaviazal prijať metodiku, v ktorej upresní dokumentáciu, ktorá je považovaná za relevantnú pre posúdenie nároku na poistné plnenie, špecifikuje a doplní proces zapojenia odborných útvarov (najmä Compliance, Legal a General Secretary) a upraví eskalačný mechanizmus pre informovanie senior managementu v odôvodnených prípadoch.

147. Ako dôkaz preukazujúci vykonanie nápravy účastník konania predložil orgánu dohľadu list *Likvidácia poistnej udalosti z poistenia spotrebiteľského úveru* zo dňa 25. 11. 2021 adresovaný poistenej (príloha listu doplnenie podkladov zo dňa 20. 1. 2022 je evidovaný v spise pod č. záznamu 100-000-327-995). Z predloženého listu *Likvidácia poistnej udalosti z poistenia spotrebiteľského úveru* zo dňa 25. 11. 2021 vyplýva, že nárok bol účastníkom konania vyhodnotený ako dôvodný a poistenej bolo poskytnuté poistné plnenie vo výške 12.147,84 eur.

148. Účastník konania sa v liste poistenej ospravedlnil za komplikácie spojené s posúdením vzneseného nároku a za oneskorenú úhradu poistného plnenia, pričom uvádza nasledovné: *Vážená pani XXXXXXXX, vzniknutá situácia nás mrzí, prijmite prosím týmto listom naše ospravedlnenie a dovoľte mi popriať Vám v tomto pre Vás neľahkom období všetko dobré.* List zo dňa 25. 11. 2021 je podpísaný členom predstavenstva účastníka konania p. Rastislavom Havranom.

149. Za účelom preukázania implementácie nápravných opatrení účastník konania zaslal orgánu dohľadu spolu s listom *Vyjadrenie k informácii o rozšírení dôvodov konania, výzve na vyjadrenie a k výzve na poskytnutie podkladov a informácií* zo dňa 5. 5. 2022 (list evidovaný pod č. záznamu 100-000-346-016) dokument ADONIS NP (QM Report), ktorý upravuje proces pri vybavovaní sťažností. Podľa vyjadrenia zo dňa 5. 5. 2022 účastník konania implementoval nápravné opatrenia tak, aby sa v budúcnosti zabránilo individuálnym nesprávnym postupom vrátane povinnej kontroly nadriadeného alebo koordinátora sťažností v prípade sťažnosti poisteného a zároveň podrobne popísal postup pri vybavovaní sťažností. Podľa vyjadrenia účastníka konania sťažnosti vybavuje koordinátor sťažností, ktorý vyrieši sťažnosť v spolupráci s likvidátorom poistnej udalosti a v prípade zložitých prípadov iniciuje zvolanie expertnej skupiny (on-line stretnutia zainteresovaných oddelení predovšetkým oddelenia likvidácie poistných udalostí a ďalších oddelení: Právne oddelenie, Compliance, General Secretary, Komunikácia a ďalšie) s cieľom nájsť a dohodnúť sa na riešeníach v rámci celej spoločnosti. Ďalej podľa vyjadrenia účastníka konania zároveň upravil postup pri riešení

sťažností, ktoré sú poisťiteľovi doručené prostredníctvom NBS alebo SLASPO (poisťovací ombudsman). Sťažnosť je postúpená na koordinátora sťažností. Do riešenia sťažnosti je zapojené právne oddelenie a Compliance, pokiaľ ide o riešenie právnej otázky alebo sa týka opakovanej sťažnosti, ktorá môže mať dopad na riziko poškodenia dobrého mena účastníka konania alebo riziko konania zo strany NBS, či riziko súdneho sporu. V prípade, ak Compliance vyhodnotí, že je potrebné informovať predstavenstvo, informuje ho prostredníctvom útvaru General Secretary. Ak predstavenstvo vyhodnotí, že sa bude daným prípadom zaoberať, zapojí sa do prípravy odpovede. Do prípravy vyjadrenia sú zapojené všetky dotknuté oddelenia predovšetkým Oddelenie likvidácie poistných udalostí a tímu sťažností, Právne oddelenie a Compliance. Okrem uvedeného účastník konania upresnil dokumentáciu, ktorú považuje za nevyhnutnú pre posúdenie nároku na poistné plnenie v prípade poistenia osôb.

150. Orgán dohľadu konštatuje, že vyššie popísaný postup pri vybavovaní sťažností obsahuje kontrolné mechanizmy, teda účastníkom konania popísaný postup pri vybavovaní sťažností považuje za postup súladný s dobrou praxou. Na tomto mieste orgán dohľadu zdôrazňuje, že v rámci konania vedeného pod č. sp.: NBS1-000-062-171 neposudzuje prudenciálne podmienky na vykonávanie poisťovacej činnosti, ale postupy pri vybavovaní sťažností vyhodnocuje len pre účely zhodnotenia vykonaných nápravných opatrení.

151. Z vykonaného dokazovania má orgán dohľadu za preukázané, že v správaní účastníka konania došlo po začatí konania k upusteniu od protiprávneho konania a vykonaniu nápravy zistených nedostatkov. Z postupu účastníka konania je zrejmé, že účastník konania sa poistenej adekvátne ospravedlnil a preukázal odstránenie protiprávneho stavu do vydania rozhodnutia v sankčnom konaní. Uvedené okolnosti orgán dohľadu vyhodnotil ako okolnosti odôvodňujúce zníženie sankcie.

Rozsah nedostatku

152. Pri posúdení rozsahu nedostatku vychádzal orgán dohľadu zo skutočnosti, že poisťiteľ sa predmetného nedostatku dopustil v jednotlivom prípade (t. j. poistná udalosť vedená pod č. 9900004623).

Dĺžka trvania nedostatku

153. Konanie špecifikované ako skutok I. orgán dohľadu posúdil ako pokračovací správny delikt. Požadovanie zdravotnej dokumentácie v listoch zo dňa 6. 3. 2020, 4. 6. 2020, 9. 7. 2020, 8. 6. 2021, a 17. 9. 2021 orgán dohľadu považuje za pokračovací správny delikt, nakoľko skutková podstata všetkých útokov (požadovanie zdravotnej dokumentácie, ktorá nie je relevantná pre posúdenie nároku na poistné plnenie v týchto listoch) je rovnaká, útoky spája objektívna súvislosť v čase ich spáchania ako aj jednotiaci zámer poisťiteľa a účastníka konania. Pri pokračovacích správnych deliktach sa analogicky k úprave v trestnom práve za čas spáchania nepovažuje doba dokonania jednotlivých čiastkových útokov, ale doba ukončenia deliktnej činnosti. Deliktnej činnosti je ukončená posledným čiastkovým útokom pokračujúceho deliktu. (Nález Ústavného súdu SR zo dňa 10.9.2014, PL. ÚS 9/2013-89). Z uvedeného dôvodu dňa 17. 09. 2021 došlo k ukončeniu deliktnej činnosti.

Následky nedostatku

154. V dôsledku vyžadovania dokladov, ktoré nie je možné považovať za relevantné pri určení nároku na poistné nedošlo k včasnej výplате poistného plnenia poistenej (poistenej bolo poistné plnenie vyplatené viac ako po 20 mesiacoch od uplatnenia nároku na poistné plnenie), teda konanie poistiteľa mohlo mať negatívne ekonomické dôsledky pre poistenú. Následok správneho deliktu t. j. neposkytnutie poistného plnenia poistenej je možné považovať za následok dočasný vzhľadom na skutočnosť, že účastník konania po začatí sankčného konania poistenej poistné plnenie poskytol.

Povaha nedostatku

155. Vo vzťahu k povahe zistených nedostatkov orgán dohľadu prihliadol na skutočnosť, že poistiteľ vyžadoval opakovane doklady, ktoré nie je možné rozumne považovať za relevantné pri určení nároku na poistné plnenie od poistenej, ktorá sa nachádza v ťažkej životnej situácii v dôsledku nepriaznivého zdravotného stavu. Napriek svojmu nepriaznivému zdravotnému stavu poistená poskytovala súčinnosť pri šetrení poistnej udalosti, pričom dokonca požiadala svoju ambulatnú onkologičku, aby vyžiadala zdravotnú dokumentáciu z lekárskeho archívu. Poistená osobne poistiteľovi zanesla podklady a s poistiteľom riadne komunikovala. Postupy poistiteľa a spôsob komunikácie voči poisteným môžu mať za následok odradenie poistenej osoby od uplatnenia svojich práv, čo v konečnom dôsledku v podaní zo dňa 28. 9. 2020 konštatovala aj sama poistená.

História poistiteľa a účastníka konania - recidíva

156. Orgán dohľadu bral do úvahy aj históriu poistiteľa a účastníka konania. Orgán dohľadu vydal dňa 28. 2. 2020 rozhodnutie č. NBS1-000-037-869, ktoré nadobudlo právoplatnosť dňa 20. 3. 2020 a ktorým poistiteľovi uložil pokutu za iný nedostatok v oblasti ochrany finančných spotrebiteľov vo výške 90.000,- eur (ďalej len „rozhodnutie 1“). Dňa 4. 1. 2021 orgán dohľadu vydal rozhodnutie č. NBS1-000-044-795, ktoré v spojení s druhostupňovým rozhodnutím Bankovej rady č. NBS1-000-058-204 zo dňa 12. 10. 2021 nadobudlo právoplatnosť dňa 26. 10. 2021 a ktorým poistiteľovi uložil pokutu za iný nedostatok v oblasti ochrany finančných spotrebiteľov vo výške 25.000,- eur (ďalej len „rozhodnutie 2“). Poistiteľ a jeho právny nástupca - účastník konania sa skutkom I. dopustil recidívy vo vzťahu k rozhodnutiu 1 a rozhodnutiu 2, a to:

- a) prvý čiastkový útok v rámci skutku I. zo dňa 6. 3. 2020 predstavuje nepravú recidívu vo vzťahu k rozhodnutiu 1 a jeho ostatné čiastkové útoky skutku I. (4. 6. 2020, 9. 7. 2020, 8. 6. 2021 a 17. 9. 2021) predstavujú pravú recidívu vo vzťahu k rozhodnutiu 1;
- b) čiastkový útok z 8. 6. 2021 a 17. 9. 2021 skutku I. predstavujú nepravú recidívu vo vzťahu k rozhodnutiu 2.

Zhrnutie úvah o výške peňažnej sankcie

157. Vzhľadom na čas spáchania deliktu, ktorým je deň 17. 9. 2021 (viď bod 153) orgán dohľadu vychádzal z maximálnej výšky pokuty podľa § 35f ods. 1 písm. a) zákona č. 747/2004 Z. z. platného v danom čase, ktorá predstavuje 1.000.000 eur.

158. Orgán dohľadu pri stanovení výšky pokuty vzal do úvahy charakter nekalej obchodnej praktiky (bod 141), zdravotný stav spotrebiteľky (bod 142), že poisťiteľ ani účastník konania nevykonali pred začatím sankčného konania nápravu, a to napriek opakovaným upozorneniam zo strany orgánu dohľadu v rámci vybavovania podania finančného spotrebiteľa (bod 10 a 143), históriu poisťiteľa a účastníka konania – recidívu (bod 156) , účastník konania počas sankčného konania poskytoval orgánu dohľadu potrebnú súčinnosť a nesťažoval priebeh konania (bod 145), účastník konania po začatí sankčného konania vykonal nápravu a poskytol poisťenej poisťné plnenie (bod 146 a 147) a zároveň sa poisťenej náležite ospravedlnil (bod 148), účastník konania implementoval nápravné opatrenia (bod 149), konanie poisťiteľa a účastníka konania malo negatívne ekonomické následky pre poistenú (bod 8 a 154), pričom poisťiteľ ako aj účastník konania požadovali doklady, ktoré nie je možné rozumne považovať za relevantné pri určení nároku na poisťné plnenie od poisťenej, ktorá sa nachádza v ťažkej životnej situácii (bod 7 a 155).

Skutok II.

Závažnosť nedostatku

159. Orgán dohľadu na základe vykonaného dokazovania posúdil konanie poisťiteľa ako stredne závažné porušenie predpisov na ochranu finančného spotrebiteľa. Pri posudzovaní závažnosti deliktu orgán dohľadu vzal do úvahy aj konanie účastníka konania. Rovnako ako pri skutku I. pri posúdení závažnosti orgán dohľadu posúdil existenciu okolností odôvodňujúcich zvýšenie a zníženie sankcie.

160. Ako okolnosť odôvodňujúcu zvýšenie sankcie orgán dohľadu považuje skutočnosť, že poisťiteľ ani účastník konania pred začatím sankčného konania nevykonali nápravu zistených nedostatkov (bod 54 a 55).

161. Ako okolnosť odôvodňujúcu zvýšenie sankcie orgán dohľadu vzal do úvahy históriu – recidívu poisťiteľa a účastníka konania (bod 168).

162. Ako okolnosti odôvodňujúce zníženie sankcie orgán dohľadu posúdil skutočnosť, že účastník konania počas sankčného konania s orgánom dohľadu aktívne komunikoval a poskytoval orgánu dohľadu potrebnú súčinnosť (bod 145), poskytol poisťenej poisťné plnenie (bod 146 a 147) a zároveň napriek odlišnému právnomu názoru na právnu kvalifikáciu skutku II. vo vyjadrení zo dňa 26. 11. 2021 uviedol, že má záujem zlepšovať svoje procesy komunikácie voči poisteným. Účastník konania vo vyjadrení uviedol, že v budúcnosti bude v prípade chýbajúcich relevantných podkladov v každej komunikácii voči poistenému tieto bližšie konkretizovať.

163. Z vykonaného dokazovania má orgán dohľadu za preukázané, že v správaní účastníka konania došlo po začatí konania k vykonaniu nápravy zistených nedostatkov. Spáchaný správny delikt účastník konania po právnej stránke rozporuje, avšak počas konania uviedol, že má snahu zlepšovať spôsob komunikácie voči poisteným.

Rozsah nedostatku

164. Pri posúdení rozsahu nedostatku vychádzal orgán dohľadu zo skutočnosti, že poisťiteľ sa predmetného nedostatku dopustil v jednotlivom prípade (t. j. poisťná udalosť vedená pod č. 9900004623).

Dĺžka trvania nedostatku

165. Konanie špecifikované ako skutok II., pre ktoré bolo začaté predmetné konanie o uložení sankcie, orgán dohľadu posúdil ako správny delikt spáchaný jedným skutkom. Správny delikt bol spáchaný zaslaním listu *Uzavretie poisťnej udalosti bez nároku na poisťné plnenie* zo dňa 2. 10. 2020 poisťenej.

Následky nedostatku

166. Z hľadiska následku uplatnenia nekalej obchodnej praxe má orgán dohľadu za to, že zistené porušenie je v zjavnom rozpore so záujmami spotrebiteľa uskutočniť informované rozhodnutie o uplatňovaní svojich nárokov. Uzatvorením poisťnej udalosti ako bezdokladovej bez riadneho odôvodnenia poisťiteľ sťažoval uplatnenie nárokov poisťenej a zároveň ju odrádzal od ďalšieho uplatňovania nároku na poisťné plnenie. Zjavná škodlivosť spočíva v negatívnom ekonomickom dopade na poistenú, ktorá nedostala ani poisťné plnenie a ani relevantné dôvody, ktoré by jej pomohli urobiť informované rozhodnutie o tom, či sa bude svojich nárokov ďalej domáhať súdnou cestou alebo iným spôsobom.

Povaha nedostatku

167. Vo vzťahu k povahe zistených nedostatkov orgán dohľadu prihliadol na skutočnosť, že spotrebiteľ má voči poisťovniam legitímne očakávanie, že ak má nárok na poisťné plnenie, bude poisťiteľ poisťné plnenie plniť alebo v prípade jeho odmietnutia svoje rozhodnutie riadne odôvodní. Uzatvorenie poisťnej udalosti bez nároku na poisťné plnenie môže na poistenú pôsobiť autoritatívne a bez riadneho odôvodnenia môže byť ovplyvnené nielen ekonomické správanie poisťenej ako spotrebiteľa, ale tiež dôvera vo vzťahu k subjektom finančného trhu pôsobiacim v príslušnom odvetví.

História poisťiteľa a účastníka konania - recidíva

168. Skutok II. bol spáchaný jedným útokom dňa 2. 10. 2021 a tento skutok predstavuje vo vzťahu k rozhodnutiu 1 pravú recidívu a vo vzťahu k rozhodnutiu 2 nepravú recidívu.

Zhrnutie úvah o výške peňažnej sankcie

169. Pri stanovení výšky peňažnej sankcie orgán dohľadu vychádzal z presvedčenia, že sankcia podľa § 35 f ods. 1 písm. c) zákona č. 747/2004 Z. z. (t. j. zákaz používať nekalú obchodnú prax), ktorú súbežne uložil v prípade skutku II. nie je vzhľadom na okolnosti spáchania postačujúca z hľadiska primeranosti trestu, individuálnej ani generálnej prevencie. Vzhľadom na čas spáchania deliktu, ktorým je deň 2. 10. 2020 (viď bod 54), orgán dohľadu ukladá pokutu podľa zákona § 35f ods. 1 písm. a) zákona č. 747/2004 Z. z. účinného v tomto čase, ktorej maximálna výška predstavuje 1.000.000 eur.

170. Orgán dohľadu pri stanovení výšky pokuty vzal do úvahy, že poisťiteľ ani účastník konania nevykonali pred začatím sankčného konania nápravu (bod 54 a 55), históriu – recidívu poisťiteľa a účastníka konania (bod 156 a bod 168), skutočnosť, že účastník konania počas sankčného konania poskytoval orgánu dohľadu potrebnú súčinnosť a nesťažoval priebeh konania (bod 158), účastník konania po začatí sankčného konania poskytol poistenej poistné plnenie (bod 146 a 147), účastník konania napriek odlišnému právnomu názoru uviedol, že má záujem na zlepšení komunikácie voči klientom (bod 162 a 163), ide o jednotlivý prípad (bod 164), konanie poisťiteľa malo negatívne ekonomické následky pre poistenú, ktorá nedostala ani poistné plnenie a ani relevantné dôvody, ktoré by jej pomohli urobiť informované rozhodnutie o tom, či sa bude svojich nárokov ďalej domáhať súdnou cestou alebo iným spôsobom (bod 166).

Zákaz používania nekalej obchodnej praktiky

171. Podľa § 35f ods. 1 písm. c) zákona č. 747/2004 Z. z. tomu, kto porušil práva finančného spotrebiteľa alebo porušil povinnosti v oblasti ochrany finančných spotrebiteľov podľa tohto zákona alebo osobitných predpisov, Národná banka Slovenska je príslušná zakázať používať nekalú obchodnú praktiku. Orgán dohľadu preto v časti II. výroku tohto rozhodnutia zakázal účastníkovi konania budúce konanie vykazujúce znaky zistenej nekalej obchodnej praktiky v časti I. bode 2 výroku rozhodnutia. Orgán dohľadu ukladá zákaz používania nekalej obchodnej praktiky z dôvodu opakovaného porušovania povinností v oblasti ochrany finančných spotrebiteľov zo strany poisťiteľa a účastníka konania ako sú opísané v bode 168, nakoľko takéto opakované deliktuálne správanie zakladá dôvodnú hrozbu použitia nekalej obchodnej praktiky v budúcnosti.

Skutok III.

Závažnosť nedostatku

172. Orgán dohľadu na základe vykonaného dokazovania posúdil konanie poisťiteľa a účastníka konania ako vysoko závažné porušenie predpisov na ochranu finančného spotrebiteľa. Pri posudzovaní závažnosti deliktu orgán dohľadu vzal do úvahy aj konanie účastníka konania. Pri posúdení závažnosti orgán dohľadu posúdil existenciu okolností odôvodňujúcich zvýšenie a zníženie sankcie. Orgán dohľadu po posúdení okolností odôvodňujúcich zvýšenie a zníženie sankcie dospel k názoru, že okolnosti odôvodňujúce zvýšenie sankcie značne prevažujú a zároveň ide o nedostatok, ktorého ďalšie posudzované kritériá (rozsah, dĺžka trvania, následky, povaha) dosahujú vyššiu než priemernú intenzitu tzn. intenzitu odôvodňujúcu posúdenie nedostatku ako vysoko závažného.

173. Ako okolnosť odôvodňujúcu zvýšenie sankcie orgán dohľadu vyhodnotil skutočnosť, že poisťiteľ ani účastník konania nevykonali pred začatím ani po začatí sankčného konania nápravu zistených nedostatkov a vytýkanú neprijateľnú zmluvnú podmienku zo zmluvných podmienok neodstránili. Účastník konania neuznal spáchanie skutku III. a neprestal neprijateľnú zmluvnú podmienku používať. Rovnako nevyjadril žiadnu snahu o nápravu ani o odstránenie protiprávneho stavu do budúcnosti. Dôkazom pokračovania deliktuálneho správania účastníka konania po začatí konania sú poistné podmienky *PSU TB - Všeobecné poistné podmienky 2021 Ž_262_21_2 - od 2021-11-23 (Všeobecné poistné podmienky pre poistenie k spotrebiteľskému úveru – 2021 (VPP PSÚ) účinné od 23. novembra 2021)* a *PSU TB*

- *Všeobecné poisťné podmienky 2021 Ž_262_21_1 - od 2021-11-16 do 2021-11-22 (Všeobecné poisťné podmienky pre poisťenie k spotrebiteľskému úveru – 2021 (VPP PSÚ) účinné od 16. novembra 2021) (ďalej len „následné VPP“)*, predložené listom účastníka konania *Doplnenie podkladov a informácií poisťiteľa zo dňa 20. 1. 2022*, ktoré obsahujú neprijateľnú zmluvnú podmienku opísanú v skutku III., a to konkrétne v článku 7 ods. 5.

174. Ďalšími skutočnosťami odôvodňujúcimi zvýšenie sankcie je rozsah použitia neprijateľnej zmluvnej podmienky definovaný v bode 177 a dĺžka trvania skutku III. podľa bodu 178, ktoré prehlbujú jeho závažnosť.

175. Ako okolnosť odôvodňujúcu zníženie sankcie orgán dohľadu vyhodnotil skutočnosť, že účastník konania počas sankčného konania s orgánom dohľadu aktívne komunikoval a poskytoval orgánu dohľadu potrebnú súčinnosť. Ako bolo uvedené vyššie účastník konania po doručení oznámenia o začatí konania sám inicioval online stretnutie zástupcov účastníka konania a orgánu dohľadu za účelom bližšieho objasnenia situácie a dôvodov začatého konania. Na uvedenom stretnutí prezentoval účastník konania svoj právny názor k skutku III., pričom sa následne písomne vyjadril k dôvodom začatého konania a zároveň zaslal orgánu dohľadu na výzvu požadované doklady a informácie. Orgán dohľadu konštatuje, že účastník konania v priebehu sankčného konania žiadnym spôsobom nesťažoval priebeh konania, ale poskytoval orgánu dohľadu v stanovených lehotách požadované doklady a všetku potrebnú súčinnosť, teda je potrebné posúdiť správanie účastníka konania počas vedeného sankčného konania ako okolnosť odôvodňujúcu zníženie sankcie.

176. Z vykonaného dokazovania má orgán dohľadu za preukázané, že v správaní poisťiteľa ani účastníka konania nedošlo k dobrovoľnému upusteniu od protiprávneho správania, resp. k uskutočneniu nápravy vo forme odstránenia neprijateľnej zmluvnej podmienky zo zmluvnej dokumentácie. Účastník konania predložil spolu s listom *Doplnenie podkladov a informácií poisťiteľa zo dňa 20. 1. 2022 VPP a doplňujúce VPP*, ktoré predstavujú časové verzie VPP PSU, z ktorých bolo zistené, že všetky obsahujú predmetnú neprijateľnú zmluvnú podmienku, a to konkrétne v článku 7 ods. 5 (v prípade VPP PSU článok 7.6). Z vykonaného dokazovania teda vyplynulo, že účastník konania neprijateľnú zmluvnú podmienku neprestal používať a používal ju aj po začatí sankčného konania. Napriek existencii okolnosti odôvodňujúcej zníženie sankcie, ktorou je spolupráca účastníka konania v sankčnom konaní (bod 158) nie je možné konanie poisťiteľa a účastníka konania označiť inak ako vysoko závažné porušenie predpisov, a to najmä s ohľadom na absenciu vykonania nápravy (bod 173), rozsah nedostatku (bod 177) a dĺžku trvania skutku III (bod 178).

Rozsah nedostatku

177. Orgán dohľadu vyžiadal v oznámení o začatí konania zo dňa 15. 10. 2021 od účastníka konania viaceré informácie a podklady vrátane predloženia všetkých verzií poisťných podmienok, ktoré poisťiteľ a následne účastník konania ako právny nástupca používal v období posledných desať rokov od doručenia oznámenia o začatí konania (od účinnosti VPP PSU) (ďalej na účely tohto bodu „predmetné obdobie“) s označením časového intervalu, v ktorom bola/je daná verzia používaná, ktoré obsahujú neprijateľnú podmienku v nasledovnom alebo obdobnom znení: *V prípade pochybností o vzniku poisťnej udalosti je povinnosťou poisťiteľa a poisťníka preukázať, že k poisťnej udalosti došlo v deklarovanom rozsahu*. Uvedené obdobie

bolo určené z dôvodu nadobudnutia účinnosti VPP PSU. Okrem uvedeného orgán dohľadu vyžiadal informáciu o počte uzatvorených poistných zmlúv, ktorých neoddeliteľnou súčasťou boli dotknuté poistné podmienky v predmetnom období. Na výzvu orgánu dohľadu účastník konania predložil spolu s listom *Doplnenie podkladov a informácii poistiteľa* zo dňa 20. 1. 2022 všetky verzie poistných podmienok, ktoré poistiteľ a účastník konania používal v období posledných desať rokov od doručenia oznámenia o začatí konania, ktoré obsahujú neprijateľnú zmluvnú podmienku vo vyššie uvedenom znení. Zároveň účastník konania informoval orgán dohľadu, že v predmetnom období uzatvoril poistiteľ a účastník konania 382.982 poistných zmlúv, ktorých neoddeliteľnou prílohou boli VPP. Hoci obdobie vymedzenia času páchania skutku je v zmysle argumentácie v bode 137 kratšie ako predmetné obdobie, čo má automaticky za následok menší počet uzatvorených poistných zmlúv, je počet poistných zmlúv veľký s ohľadom na čas používania neprijateľnej zmluvnej podmienky a z tohto dôvodu je nevýznamné, ustáľovať presný počet poistných zmlúv za predmetné obdobie. Z vykonaného dokazovania vyplynulo, že s ohľadom na vysoký počet dotknutých poistných zmlúv, je potrebné rozsah nedostatku posúdiť ako vysoký.

Dĺžka trvania nedostatku

178. Pri trvajúcich správnych deliktoch sa analogicky k úprave v trestnom práve doručením oznámenia o začatí konania z procesného hľadiska páchanie trvajúcего správneho deliktu ukončuje. Z uvedeného dôvodu je dátum doručenia oznámenia o začatí konania (t. j. 21. 10. 2021) dátumom vymedzujúcim obdobie páchania tohto správneho deliktu. Pri tejto kvalifikácii orgán dohľadu vzal do úvahy všeobecný právny predpoklad, že spoločenská škodlivosť trvajúcего správneho deliktu jeho dokonaním neklesá, ale trvá.¹³⁾

Následky nedostatku

179. Častým (nie je však nevyhnutným) prejavom následku je jeho materiálna podoba vo forme vzniku nemateriálnej prípadne materiálnej ujmy, resp. škody. Orgán dohľadu uvádza, že v prípade používania neprijateľnej zmluvnej podmienky nie je možné konkretizovať nemateriálnu ani materiálnu škodu vzhľadom na povahu tohto nedostatku.

Povaha nedostatku

180. Orgán dohľadu konštatuje, že používanie neprijateľných zmluvných podmienok je výsledkom vedomej a riadenej činnosti poistiteľa a účastníka konania pri tvorbe a následnom používaní zmluvnej dokumentácie. Používanie neprijateľných zmluvných podmienok je prejavom vnútorných procesov na strane poistiteľa ako aj účastníka konania, na ktorých sa podieľa viacero organizačných útvarov. Na tomto mieste si orgán dohľadu dovoľuje zdôrazniť, že online stretnutia zástupcov orgánu dohľadu a účastníka konania zo dňa 18. 11. 2021 sa zúčastnili osoby v riadiacich a klúčových funkciách vrátane dvoch členov predstavenstva účastníka konania, ktorým bol zo strany orgánu dohľadu objasnený postoj ako aj právny názor orgánu dohľadu vo vzťahu k skutku III. Orgán dohľadu musí konštatovať, že napriek písomnému ako aj osobnému objasneniu dôvodov začatého konania na stretnutí dňa 18. 11. 2021 nedošlo zo strany účastníka konania k odstráneniu protiprávneho stavu.

¹³⁾ Prášková, H.: Základy zodpovednosti za správny delikty, 1. vydání Praha: C.H. Beck, 2013, 446 s (str. 211).

Zhrnutie úvah o výške peňažnej sankcie

181. Pri stanovení výšky peňažnej sankcie orgán dohľadu vychádzal z presvedčenia, že sankcia podľa § 35f ods. 1 písm. c) zákona č. 747/2004 Z. z. (t. j. zákaz používať neprijateľnú zmluvnú podmienku), ktorú súbežne uložil v prípade skutku III. nie je vzhľadom na okolnosti spáchania postačujúca z hľadiska primeranosti trestu, individuálnej ani generálnej prevencie.

182. Orgán dohľadu vychádzal z maximálnej výšky pokuty podľa § 35f ods. 1 písm. a) zákona č. 747/2004 Z. z., ktorá predstavuje 1.000.000 eur. Táto výška bola stanovená novelou zákonom č. 279/2017 Z. z. s účinnosťou od 15. 12. 2017. Pred týmto dátumom bola maximálna výška pokuty 700.000 eur. Časť deliktu bola spáchaná za účinnosti právnej úpravy priaznivejšej pre účastníka konania z hľadiska maximálnej výšky trestu. Ak je však trvajúci správny delikt spáchaný až za účinnosti nového zákona, kvalifikuje sa čin podľa tohto nového zákona aj keď bol protiprávny stav započatý a časť doby pokračoval za účinnosti predchádzajúceho zákona.

183. Orgán dohľadu pri stanovení výšky pokuty vzal do úvahy, že poisťiteľ ani účastník konania nevykonali pred začatím sankčného konania nápravu (bod 173), skutočnosť, že účastník konania počas sankčného konania poskytoval orgánu dohľadu súčinnosť a nesťažoval priebeh konania (bod 175), účastník konania po začatí konania neprijateľnú zmluvnú podmienku zo zmluvnej dokumentácie neodstránil a naďalej ju v zmluvnej dokumentácii používa (bod 176), rozsah nedostatku je veľký (bod 177), dĺžku trvania nedostatku (bod 178), deliktne správanie poisťiteľa aj účastníka konania je prejavom vnútorných procesov a riadenia na úrovni riadiacich funkcií (bod 180).

Zákaz používania neprijateľnej zmluvnej podmienky

184. Podľa § 35f ods. 1 písm. c) zákona č. 747/2004 Z. z. tomu, kto porušil práva finančného spotrebiteľa alebo porušil povinnosti v oblasti ochrany finančných spotrebiteľov podľa tohto zákona alebo osobitných predpisov, Národná banka Slovenska je príslušná zakázať používať neprijateľnú zmluvnú podmienku. Orgán dohľadu preto v časti III. výroku tohto rozhodnutia zakázal účastníkovi konania používať neprijateľnú zmluvnú podmienku bližšie popísanú v časti I. bode 3 výroku ako aj zmluvné podmienky s rovnakým obsahovým významom, používanie ktorých bolo v tomto konaní zistené ako aj s ohľadom na vyjadrenia účastníka konania zhrnuté v bode 173.

Osobitná časť - Uloženie úhrnnej pokuty

185. Potreba individualizácie sankcie je vyjadrená v Náleze Ústavného súdu SR zo dňa 28. 11. 2012 sp. zn. PL.ÚS 106/2011 *V rámci požiadavky primeranosti trestu zohráva významnú úlohu sudcovská individualizácia trestu, ktorá fakticky umožňuje naplnenie tejto požiadavky v konkrétnych prípadoch. Individualizácia trestu je prostriedkom dosiahnutia primeranosti trestu. Druh a výmera trestu musia byť súdom v každom konkrétnom prípade stanovené tak, aby zodpovedali všetkým zvláštnostiam daného prípadu. Medzi skutočnosťami, na ktoré by v záujme individualizácie trestu mal súd pri určovaní druhu trestu a jeho výmery prihliadať, patria napr. spôsob spáchania činu a jeho následok, miera zavinenia, pohnútky, pritažujúce okolnosti, poľahčujúce okolnosti, osoba páchatel'a, pomery páchatel'a (majetkové, osobné, rodinné pomery, zdravotný stav páchatel'a a jeho rodiny) či možnosť jeho nápravy. Tak ako pri rozhodovaní o vine i pri rozhodovaní o treste sa vnútorné presvedčenie súdu vytvára na základe logického úsudku, na*

zodpovednom a starostlivom zhodnotení každej z jednotlivých okolností prípadu individuálne i v ich vzájomných súvislostiach a v súhrne. Len dôsledné a dôkladné poznanie veci a všetkých okolností prípadu umožňuje, aby súd v zmysle zásad voľného uváženia, objektívnosti a diferencovanosti rozhodol o spravodlivej výmere konkrétneho trestu. Pri hodnotení jednotlivých okolností prípadu individuálne i v ich vzájomnej súvislosti sa uplatňujú predovšetkým analytické a syntetické metódy poznávania, indukcia i dedukcia, ako aj metódy formálnej i dialektickej logiky, ale aj ďalšie bežné metódy poznávania, aby ich výsledkom mohlo byť spravodlivé, jasné, zrozumiteľné a presvedčivé rozhodnutie. Požiadavka primeranosti trestu a jeho individualizácie tak núti súd prihliadať na okolnosti konkrétneho prípadu, na jeho zvláštnosti, a teda bráni mechanickému postupu súdu pri rozhodovaní o treste.

186. Podľa bodu 156 a bodu 168 sa poisťiteľ a účastník konania dopustil recidívy. Recidíva je vždy závažným spoločenským javom, pretože z ďalšieho páchania protiprávneho konania možno usúdiť, že predchádzajúci postih nesplnil svoj účel. Okrem toho, že sú znova ohrozené alebo poškodené hodnoty chránené zákonom, dochádza aj k negatívnym dopadom na právne vedomie ďalších subjektov. Z tohto dôvodu dáva zákon možnosť dôraznejšieho postihu recidivistov. **Princíp recidívy je možné prejaviteľ ako fakultatívnu prítiažujúcu okolnosť, na ktorú správny orgán môže prihliadnúť v rámci individualizácii sankcie.**

187. Pri posudzovaní recidívy sa tak uplatňujú pravidlá trestného trestania metódou *analogia legis*. Ak sa účastník konania dopustí totožného alebo druhovo rovnakého porušenia v období medzi okamihom doručenia neprávoplatného rozhodnutia za skorší správny delikt a okamihom nadobudnutia právoplatnosti tohto rozhodnutia v takom prípade hovoríme o nepravej recidíve. Ak sa účastník konania dopustí totožného alebo druhovo rovnakého porušenia v období po nadobudnutí právoplatnosti rozhodnutia za skorší správny delikt, hovoríme o pravej recidíve.

188. Na posúdenie recidívneho konania účastníka konania je tak dôležitý moment vydanie rozhodnutia, ktoré jasne označuje sporné konanie účastníka konania za protiprávne. Doručenie vydaného rozhodnutia tak predstavuje varovanie účastníka konania, že sa dopustil správneho deliktu a sankcia, ktorú obdržal má tak reflektovať represiu na ďalšie možné protiprávne konanie.

189. Pri zohľadnení všetkých zákonných kritérií vo vzťahu k jednotlivým deliktom v bodoch 140 až 180 a po zohľadnení recidívy poisťiteľa ako prítiažujúcej okolnosti podľa bodu 156 a bodu 168 orgán dohľadu rozhodol v súlade s § 35h ods. 3 zákona č. 747/2004 Z. z. v znení účinnom od 15. 12. 2017 o uložení úhrnnej pokuty vo výške 200.000,- eur (slovom: dvestotisíc eur) za skutky popísané v časti I. výroku tohto rozhodnutia, čo je 20 % z maximálnej výšky pokuty pričom orgán dohľadu hodnotí skutok v časti I. bod 1 výroku rozhodnutia za najzávažnejší. Doteraz najvyššie uložená pokuta pre oblasť poisťovníctva zo strany orgánu dohľadu bola vo výške (17,5) z maximálnej sadzby 1 milióna eur (rozhodnutie orgánu dohľadu č. NBS1-000-027-223 zo dňa 28. januára 2019 vo veci NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poist'ovňa a.s., ktoré v spojení s rozhodnutím Bankovej rady č. NBS1-000-036-210 zo dňa 1. októbra 2010 nadobudlo právoplatnosť dňa 10. októbra 2019).

190. Dôvodom, prečo orgán dohľadu ukladá takúto pokutu je, že nekalá obchodná praktika, ktorá je predmetom skutku I. je obzvlášť agresívna, za každých okolností nekalá a v príkrom rozpore s podstatou poistenia (bod 141). Zároveň bola spáchaná za okolností, ktoré je možné objektívne označiť za zvlášť závažné a spoločensky neprijateľné (bod 142). U nekalých obchodných praktík nie je rozhodujúca ich početnosť v súlade bodmi 42-46 a výrokom I. rozsudku Súdneho dvora zo 16. apríla 2015, UPC Magyarország Kft, C-388/13, EU:C:2015:225 a z tohto dôvodu je pre orgán dohľadu rozhodujúci charakter použitej nekalej obchodnej praktiky a nie početnosť jej použitia. Ďalším faktorom, na ktorý orgán dohľadu prihliadol pri ukladaní sankcie je rozsah (bod 177) a dĺžka trvania (bod 178) skutku III. Rovnako orgán dohľadu prihliadol aj na správanie poistiteľa po upozornení na nezákonné správanie pri vybavovaní podania poistenej pri skutku I. (bod 10 a 143) ako aj správanie účastníka konania pri skutku III (bod 173) a recidívu deliktneho konania poistiteľa, resp. účastníka konania podľa bodu 156 a 168, ktorú **ako princíp trestného práva per analogiam, je možné použiť v rámci kritérií pri posudzovaní výšky sankcie**. Recidívu orgán dohľadu považuje za zlyhanie individuálnej preventívnej úlohy sankcií voči účastníkovi konania uložených rozhodnutím 1 a rozhodnutím 2.

191. Orgán dohľadu pri určovaní výšky pokuty prihliadol na recidívu, nakoľko porušenia v oblasti ochrany finančných spotrebiteľov v rozhodnutí 1 (použitie nekalej obchodnej praktiky vo forme klamlivého konania v období od 18. októbra 2018 do 1. apríla 2019 v rozsahu 79.887 poistných zmlúv) boli vyhodnotené ako závažné a v rozhodnutí 2 ako stredne závažné (použitie nekalej obchodnej praktiky vo forme klamlivého konania v období od 31. októbra 2018 do 29. júla 2019 vo vzťahu 912 spotrebiteľom s vedomím vedenia poistiteľa). Skutok I a skutok III boli orgánom dohľadu vyhodnotené ako vysoko závažné, čím poistiteľ a účastník konania stupňoval spoločenskú nebezpečnosť svojho protiprávneho konania v krátkom časovom období po vydaní rozhodnutia 1 a rozhodnutia 2. Ani v jednom z doterajších administratívnych konaní v oblasti ochrany finančných spotrebiteľov neboli ukladané sankcie za agresívnu obchodnú praktiku so zohľadnením recidívy dohliadaných subjektov. Z tohto dôvodu orgán dohľadu konštatuje, že v sektore poisťovníctva nemá relevantnú vzorku právoplatných rozhodnutí v podobných prípadoch.

192. Orgán dohľadu vykonal kontrolu súladu výšky udelenej pokuty s § 35h ods. 4 zákona č. 747/2004 Z. z. z dôvodu, že trváci skutok III. bol z časti spáchaný pred vydaním rozhodnutia 1 a rozhodnutia 2 a konštatuje, že uložená pokuta vo výške 200.000,- eur spolu s doteraz uloženými pokutami v celkovej výške 115. 000,- eur neprevyšujú hranicu 1.000.000 eur.

193. Pri rozhodovaní o výške pokuty orgán dohľadu zisťoval aj to, či s ohľadom na hospodárenie účastníka konania nebude uložená pokuta pre účastníka konania likvidačná. Za týmto účelom posudzoval hospodársku situáciu účastníka konania, pričom sa oboznámil s dokumentom *Výročná správa spoločnosti UNIQA pojišťovna, a.s. za rok 2020* zverejneným na webovom sídle Ministerstva spravodlivosti ČR *Veřejný rejstřík a sbírka listin* (evidovaný v spise pod č. záznamu 100-000-341-902), dokumentom *UNIQA pojišťovna, a.s. – Zpráva o solventnosti a finanční situaci 2021* zverejneným na webovom sídle účastníka konania (evidovaný v spise pod č. záznamu 100-000-342-426), dokumentom *Výkaz vybraných údajov z individuálnej účtovnej závierky – UNIQA pobočka IČO: 53812948* (evidovaný v spise pod č. záznamu 100-000-342-429).

194. Z dokumentu *UNIQA pojišťovna, a.s. – zpráva o solventnosti a finanční situaci 2021* je okrem iného zrejme, že:

- čistá hodnota zaslúženého poistného v roku 2021 predstavuje 8.761.272 Kč (príloha S.05.02.01),
- zisk z investičných aktív predstavuje 2.830,6 mil. Kč (tabuľka č. 4: Přehled zisku a ztrát 2021/2020 str. 10).

195. Z dokumentu *Výkaz vybraných údajov z individuálnej účtovnej závierky – UNIQA pobočka IČO: 53812948* je okrem iného zrejme, že:

- hospodárky výsledok po zdanení predstavuje sumu XXXXXXXXX EUR (riadok č. 56 výkazu ziskov a strát),
- hospodárky výsledok bežného obdobia predstavuje XXXXXXXXX EUR (riadok č. 75 súvahy).

196. Na základe posúdenia vyššie uvedených údajov konania dospel orgán dohľadu k záveru, že hospodárska situácia účastníka konania nezakladá dôvod na neuloženie pokuty a ani na jej zníženie. Ukazovatele činnosti účastníka konania nevykazujú zlú hospodársku situáciu účastníka konania. Svojou výškou uložená pokuta nemôže ani nijako ohroziť hospodárenie účastníka konania. Zo všetkých vyššie špecifikovaných dôvodov orgán dohľadu považuje sankciu za primeranú k zisteným porušeniam, spôsobilú odstrániť a napraviť protiprávny stav, pôsobiť represívne, ale aj preventívne, s cieľom odradiť od nezákonného postupu účastníka konania, ako aj ďalšie dohliadané subjekty pôsobiace na finančnom trhu s rovnakými zákonnými povinnosťami (generálne pôsobenie).