



**LIETUVOS BANKO
TEISĖS IR LICENCIJAVIMO DEPARTAMENTO
DIREKTORIUS**

**SPRENDIMAS
DĖL X. X. IR AAS „BTA BALTIC INSURANCE COMPANY“
GINČO NAGRINĖJIMO**

2026-04-15 Nr. 429-116
Vilnius

Lietuvos bankas gavo X. X. (toliau – pareiškėja) kreipimąsi, kuriuo pareiškėja prašė išnagrinėti tarp jos ir AAS „BTA Baltic Insurance Company“, veikiančios Lietuvoje per įsteigtą filialą, (toliau – draudikas) kilusį ginčą.

N u s t a t y t a:

2024 m. lapkričio 10 d. – 2025 m. lapkričio 9 d. draudimo laikotarpiui tarp pareiškėjos ir draudiko buvo sudaryta Asmens draudimo sutartis (draudimo liudijimo Nr. (*duomenys neskelbtini*)) (toliau – 2024 m. lapkričio 10 d. draudimo sutartis). 2024 m. lapkričio 10 d. draudimo sutartyje apdraustąją nurodyta pareiškėja. Be kitų draudimo rizikų, minėta draudimo sutartimi 1 000 Eur suma buvo apdrausta kritinių ligų draudimo rizika.

Draudimo sutartis buvo pratęsta naujam draudimo laikotarpiui, 2025 m. lapkričio 10 d. – 2026 m. lapkričio 9 d. terminui sudaryta Asmens draudimo sutartis (draudimo liudijimo Nr. (*duomenys neskelbtini*)) (toliau – Draudimo sutartis), joje kritinių ligų draudimo rizikos draudimo suma buvo padidinta iki 5 000 Eur. Draudimo sutartis buvo sudaryta Asmens draudimo taisyklių Nr. 01.6¹ (toliau – Taisyklės) pagrindu.

Pareiškėja draudikui pateikė prašymą mokėti draudimo išmoką dėl jai diagnozuotos kritinės ligos „Vėžys“ (toliau – Įvykis). Draudikas dėl Įvykio pareiškėjai išmokėjo 1 000 Eur draudimo išmoką, apskaičiuotą nuo kritinių ligų draudimo rizikos sumos, nustatytos 2024 m. lapkričio 10 d. draudimo sutartyje. Draudikas rėmėsi Taisyklių Specialiosios dalies 26.2 papunkčio sąlyga, nustatančia, kad jeigu Taisyklėse nurodyta kritinė liga yra diagnozuojama per pirmus 3 mėnesius nuo draudimo sumos padidinimo dienos, yra mokama pagal iki draudimo sumos padidinimo galiojusias kritinių ligų draudimo sumos nustatymo sąlygas apskaičiuota draudimo išmoka.

Pareiškėja, nesutikdama su draudiko sprendimu, draudikui pateiktoje pretenzijoje nurodė, kad draudikas nepagrįstai taikė Taisyklių Specialiosios dalies 26.2 papunkčio sąlygą, nes Draudimo sutartis buvo pratęsta, pasibaigus 2024 m. lapkričio 10 d. draudimo sutarčiai. Pareiškėjos teigimu, kritinių ligų draudimo rizikos draudimo apsauga galiojo nepertraukiamai, todėl nėra pagrindo taikyti Taisyklių Specialiosios dalies 26.2 papunktyje nurodytą išimtį ir mažinti dėl Įvykio mokėtiną draudimo išmoką.

Draudikui nepakeitus sprendimo dėl draudimo išmokos dydžio, pareiškėja prašyme nagrinėti vartojimo ginčą nurodė, kad draudikas, taikydamas Taisyklių sąlygas, nepagrįstai sprendė, kad kritinė liga „Vėžys“ draudžiamuoju įvykiu pripažįstama nuo pirmųjų šios ligos simptomų pasireiškimo. Pareiškėja nurodė, kad draudikas netinkamai vertino medicinos dokumentuose nurodytą informaciją ir nepagrįstai sprendė, kad pirmieji pareiškėjai diagnozuotos kritinės ligos simptomai buvo nustatyti jau 2025 m. spalio 3 d. pagal (*duomenys neskelbtini*) atlikto tyrimo metu.

Pareiškėja pabrėžė, kad nors minėto tyrimo metu buvo atsitiktinai rasti pakitimai, kurie buvo užfiksuoti ir 2025 m. spalio 17 d. ir 24 d. pareiškėjai atliktuose radiologiniuose tyrimuose, tačiau pareiškėja iki šių tyrimų nebuvo jautusi jokių kritinės ligos simptomų. Pareiškėja taip pat pabrėžė, kad (*duomenys neskelbtini*).

¹ Draudimo taisyklės galioja nuo 2024 m. vasario 27 d.

Pareiškėjos teigimu, draudikas pareiškėjai atliktos profilaktinės patikros ir radiologinių tyrimų duomenis prilygino Taisyklėse nurodytiems pirmiesiems kritinės ligos simptomams ir nepagrįstai sumažino draudimo išmoką, netaikydamas Draudimo sutartyje nustatytos kritinių ligų draudimo rizikos draudimo sumos nustatymo sąlygų².

Remdamasi nurodytomis aplinkybėmis, pareiškėja Lietuvos banko prašė įvertinti draudiko pateikto Taisyklių sąlygų aiškinimo bei taikymo pagrįstumą ir draudikui kėlė reikalavimą išmokėti papildomą 4 000 Eur draudimo išmoką dėl jai diagnozuotos kritinės ligos.

Draudikas pateiktame atsiliepime dėl kilusio ginčo, kaip ir pareiškėjai pateiktame atsakyme į jos pretenziją, nurodė, kad tinkamai pritaikė Taisyklių sąlygas ir pagrįstai sprendė dėl įvykio požymių atitikties Taisyklių Specialiosios dalies 26.2 papunkčio sąlygoms. Draudikas nurodė, kad pareiškėjai „Vėžio“ diagnozė buvo patvirtinta 2025 m. gruodžio 9 d. ir diagnozės patvirtinimo data pagrindžia, kad galutinė minėtos kritinės ligos diagnozė pareiškėjai buvo nustatyta nepraėjus Taisyklių Specialiosios dalies 26.2 papunktyje nurodytam 3 mėnesių terminui.

Draudikas pabrėžė, kad neturi pagrindo tenkinti pareiškėjos reikalavimo dėl pagal Draudimo sutartyje nurodytą kritinių ligų draudimo sumą apskaičiuotos papildomos draudimo išmokos mokėjimo.

K o n s t a t u o j a m a:

Vadovaujantis Lietuvos banko valdybos 2012 m. sausio 26 d. nutarimu Nr. 03-23 patvirtintų Vartotojų ir finansų rinkos dalyvių ginčų neteisminio sprendimo procedūros Lietuvos banke taisyklių 44 punktu, vartojimo ginčai Lietuvos banke nagrinėjami laikantis rungimosi, ginčų nagrinėjimo operatyvumo, koncentracijos, ekonomiškumo ir bendradarbiavimo principų. Vartotojas ir finansų rinkos dalyvis privalo įrodyti tas aplinkybes, kuriomis remiasi kaip savo reikalavimų arba atsikirtimų pagrindu, išskyrus atvejus, kai remiamasi aplinkybėmis, kurių nereikia įrodinėti. Nagrinėdamas ginčą Lietuvos bankas atlieka ginčo šalių pateiktų įrodymų vertinimą ir jo pagrindu priima sprendimą.

Atsižvelgiant į ginčo šalių nurodytas aplinkybes ir pateiktus įrodymus, darytina išvada, kad šalių ginčas kilo dėl draudiko sprendimo dėl pareiškėjai diagnozuotos kritinės ligos išmokėti 1 000 Eur draudimo išmoką pagrįstumo.

Siekiant išnagrinėti tarp pareiškėjos ir draudiko kilusį ginčą, būtina įvertinti, ar draudikas tinkamai pritaikė Draudimo sutarties sąlygas ir ar priėmė pagrįstą sprendimą išmokėti 1 000 Eur draudimo išmoką.

Remiantis Lietuvos Respublikos civilinio kodekso (toliau – CK) 6.987 straipsnio 1 dalyje įtvirtinta draudimo sutarties samprata, minėta sutartimi draudikas įsipareigoja už sutartyje nustatytą draudimo įmoką sumokėti draudėjui arba trečiajam asmeniui, kurio naudai sudaryta sutartis, įstatyme ar draudimo sutartyje nustatytą draudimo išmoką, apskaičiuotą įstatyme ar draudimo sutartyje nustatyta tvarka, jeigu įvyksta įstatyme ar draudimo sutartyje nustatytas draudžiamasis įvykis. Draudimo sutartimi draudimo objektui (draudėjo ar naudos gavėjo turtingiems interesams) suteikiama apsauga – įsipareigojimas mokėti draudimo išmoką įvykus draudžiamajam įvykiui³.

Taisyklių Specialiųjų sąlygų 1 punkte kritinė liga apibrėžiama kaip Taisyklių Specialiųjų sąlygų 24.2 papunktyje nurodyta liga, kurios pirmieji simptomai nustatyti ir ligos diagnozė patvirtinta draudimo sutarties galiojimo laikotarpiu. Ligos data laikoma kreipimosi į sveikatos priežiūros įstaigą diena, kai buvo užfiksuoti pirmieji ligos simptomai, dėl kurių atlikus tyrimus ne vėliau kaip per 1 mėnesį nuo pirminio kreipimosi patvirtinta kritinės ligos diagnozė (galutinė diagnozė).

Taisyklių Specialiųjų 24.1 papunktyje nurodyta, kad draudžiamuoju įvykiu kritinė liga laikomas draudėjo susirgimas kritine liga draudimo sutarties galiojimo laikotarpiu, išskyrus pirmas 90 dienų nuo draudimo sutarties laikotarpio pradžios (jei tai pradinė sutartis).

Taisyklių Specialiųjų sąlygų 24.2.9 papunktyje „Vėžys (C00–C96)“ apibrėžiamas kaip nekontroliuojamas pakitusių ląstelių dauginimasis ir šių ląstelių sugebėjimas naikinti aplinkinius audinius bei išplisti į kitas kūno vietas (metastazės). Ši diagnozė turi būti patvirtinta gydytojo

² T. y. netaikydamas 5 000 Eur kritinės ligos draudimo sumos nustatymo sąlygų.

³ Lietuvos Respublikos draudimo įstatymo 2 straipsnio 2 dalies 10 punktas.

onkologo, o atliktas histologinis tyrimas turi patvirtinti piktybinį procesą. Histologinio tyrimo gavimo dieną nustatyta diagnozė laikoma galutinai patvirtinta.

Taisyklių Specialiųjų sąlygų 25.1.1 papunktyje nustatyta, kad nedraudžiamuoju įvykiu laikoma ir draudimo išmoka nemokama dėl kritinės ligos, kurios pirmieji simptomai atsirado ir (arba) galutinė ligos diagnozė buvo patvirtinta per pirmas 90 dienų nuo draudimo sutarties laikotarpio pradžios. Ši nuostata negalioja, kai kritinių ligų draudimo apsauga tęsiama atnaujintoje sutartyje.

Taisyklių Specialiųjų sąlygų 26.2 papunktyje nustatyta, kad jeigu kritinių ligų rizikos draudimo suma buvo padidinta, tai, apdraustajam diagnozavus kritinę ligą per pirmus 3 mėnesius nuo draudimo sumos padidinimo dienos, draudimo išmoka dėl kritinių ligų rizikos yra mokama pagal kritinių ligų rizikos draudimo sumą, galiojusią prieš draudimo sumos padidinimą, išskyrus atvejus, kai didinant draudimo sumą buvo pildomas prašymas sudaryti draudimo sutartį.

CK 6.193–6.195 straipsniai įtvirtina, kad sutartis turi būti aiškinama nustatant tikruosius sutarties šalių ketinimus, atsižvelgiant į sutarties sąlygų tarpusavio ryšį, sutarties esmę, tikslą, jos sudarymo aplinkybes, šalių derybas dėl sutarties sudarymo, šalių elgesį po sutarties sudarymo ir kitas reikšmingas aplinkybes. Jeigu abejojama dėl sąvokų, kurios gali turėti kelias reikšmes, šioms sąvokoms priskiriama priimtinausia, atsižvelgiant į tos sutarties prigimtį, esmę bei jos dalyką, reikšmę. Kai abejojama dėl sutarties sąlygų, jos aiškinamos tas sąlygas pasiūliusios šalies nenaudai ir jas priėmusios šalies naudai. Visais atvejais sutarties sąlygos turi būti aiškinamos vartotojų naudai ir sutartį prisijungimo būdu sudariusios šalies naudai.

Sistemiškai aiškinant nurodytas Taisyklių sąlygas, darytina išvada, kad kritinė liga „Vėžys“ draudžiamuoju įvykiu pripažįstama, kai per 1 mėnesį nuo pirmųjų ligos simptomų pasireiškimo apdraustajam yra patvirtinama galutinė vėžio diagnozė. Galutinė kritinės ligos „Vėžys“ diagnozė yra nustatoma, kai apdraustajam histologinis tyrimas patvirtina piktybinį procesą, kurio duomenų pagrindu gydytojas onkologas nustato „Vėžio“ diagnozę. Remiantis minėtais duomenimis⁴ patvirtinus kritinės ligos „Vėžys“ diagnozę per pirmas 90 dienų nuo draudimo sutarties sudarymo, jei tai yra pirminė draudimo sutartis, draudimo išmoka dėl minėtos kritinės ligos nėra mokama.

Taisyklių Specialiųjų sąlygų 25.1.1 papunktis nustato, kad kai draudimo sutartis yra pratęsiama naujam draudimo laikotarpiui, nėra taikomos kritinės ligos „Vėžys“ diagnozavimo per pirmas 90 dienų nuo pratęstos draudimo sutarties sudarymo, kaip draudimo išmokos nemokėjimo, nuostatos. Tačiau jei draudimo sutarties pratęsimo metu ar pirminės draudimo sutarties galiojimo metu apdraustojo pateikto prašymo pagrindu buvo padidinta kritinių ligų draudimo rizikos draudimo suma, tokiu atveju, kritinę ligą diagnozavus per pirmus 3 mėnesius nuo draudimo sumos padidinimo, draudimo išmoka apskaičiuojama pagal kritinių ligų draudimo sumos, nustatytos iki šios draudimo sumos padidinimo, sąlygas.

Svarbu pažymėti, kad Taisyklių Specialiųjų sąlygų 26.2 papunktyje yra aiškiai nustatyta, kad 3 mėnesių nuo kritinių ligų draudimo sumos padidinimo termino skaičiavimui yra reikšmingos kritinės ligos diagnozės patvirtinimo sąlygos. Kaip minėta, Taisyklių sąlygų sisteminis aiškinimas patvirtina, kad galutinei kritinės ligos „Vėžys“ diagnozei patvirtinti yra reikšmingas histologinio tyrimo duomenų apie apdraustajam nustatytą piktybinį procesą pagrindu gydytojo onkologo vėžio diagnozės patvirtinimas.

Vertinant Lietuvos bankui pateiktų medicinos dokumentų duomenis, pažymėtina, kad Lietuvos bankui pateiktame (*duomenys neskelbtini*) VŠĮ Grigiškių sveikatos priežiūros centro E025 formos Ambulatorinio apsilankymo aprašyme nurodyta, kad pareiškėjai buvo „(*duomenys neskelbtini*)“.

(*duomenys neskelbtini*) UAB „SK Impeks medicinos diagnostikos centras“ E027 formos Medicinos dokumentų išrašo / siuntimo duomenys patvirtina, kad pareiškėjai išrašyto siuntimo pas (*duomenys neskelbtini*) gydytoją pagrindu buvo atliktas radiologinis tyrimas. Minėtame medicinos dokumente nurodyta siuntimo diagnozė – „(*duomenys neskelbtini*)“.

VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų filialas Nacionalinis vėžio centras (toliau – Nacionalinis vėžio centras) (*duomenys neskelbtini*) parengtame E025 formos Ambulatorinio apsilankymo aprašyme (toliau – Aprašymas) nurodyta, kad pareiškėja

⁴ Histologinio tyrimo duomenų pagrindu gydytojui onkologui patvirtinus kritinės ligos „Vėžys“ diagnozę.

konsultacijai „atvyko pagal siuntimą: (*duomenys neskelbtini*)“. Aprašyme pateiktoje anamnezės informacijoje nurodyta – „pacientė atvyko konsultacijai dėl (*duomenys neskelbtini*)“.

Nacionalinio vėžio centro (*duomenys neskelbtini*) parengtame E025 formos Ambulatorinio apsilankymo aprašyme nurodyta, kad pareiškėja yra „sekama onkologų (*duomenys neskelbtini*)“.

Nagrinėjamu atveju šalių ginčo nėra, kad pagal minėtas Taisyklių sąlygas pareiškėjai kritinės ligos „Vėžys“ diagnozė buvo nustatyta 2025 m. gruodžio 9 d. Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad draudikas, priimdamas sprendimą įvykiui taikyti Taisyklių Specialiųjų sąlygų 26.2 papunkčio sąlygas, būtent ir rėmėsi duomenimis apie 2025 m. gruodžio 9 d. medicinos dokumentuose pareiškėjai patvirtintą „Vėžio“ diagnozę.

Pareiškėjos nurodytos aplinkybės, kad draudikas rėmėsi pirmųjų ligos simptomų nustatymu, vertindamas, kad Taisyklių Specialiųjų sąlygų 26.2 papunktyje nurodytas 3 mėnesių kritinės ligos diagnozės patvirtinimo terminas turi būti skaičiuojamas nuo 2025 m. spalio 3 d. pareiškėjai atlikto profilaktinio tyrimo metu ar 2025 m. spalio 17 d. ir 2025 m. spalio 24 d. atliktų radiologinių tyrimų metu užfiksuotų pakitimų, yra nepagrįstos ir teisiškai nereikšmingos, vertinant draudiko sprendimo įvykiui taikyti Taisyklių Specialiųjų sąlygų 26.2 papunkčio sąlygas pagrįstumą.

Šalių ginčas kyla dėl draudiko sprendimo, kad per 3 pirmus mėnesius nuo tada, kai Draudimo sutartimi buvo padidinta kritinių ligų draudimo rizikos draudimo suma⁵, pareiškėjai diagnozavus (*duomenys neskelbtini*) vėžį, draudimo išmoka, remiantis Taisyklių Specialiųjų sąlygų 26.2 papunktyje sąlygomis, turi būti apskaičiuota pagal Draudimo sutartyje, o ne pagal 2024 m. lapkričio 10 d. draudimo sutartyje įtvirtintas kritinių ligų draudimo rizikos draudimo sumos nustatymo sąlygas, pagrįstumo.

Kaip minėta, Taisyklių Specialiųjų sąlygų 26.2 papunktis aiškiai nustato, kad jei apdraustajam per pirmus 3 mėnesius nuo draudimo sumos padidinimo dienos yra diagnozuojama Taisyklėse nurodyta kritinė liga, draudimo išmoka yra mokama pagal kritinių ligų draudimo rizikos draudimo sumą, galiojusią prieš draudimo sumos padidinimą.

Draudimo sutartis, kuria kritinių ligų draudimo rizikos draudimo suma buvo padidinta iki 5 000 Eur, buvo sudaryta nuo 2025 m. lapkričio 10 d. Draudikas, pateikdamas paaiškinimus apie Draudimo sutarties sudarymą, nurodė, kad Draudimo sutartis naujam draudimo laikotarpiui⁶ buvo sudaryta abiem Draudimo sutarties šalims fiziškai dalyvaujant. Dėl Draudimo sutartimi, kuria nuo 2025 m. lapkričio 10 d. buvo pratęstas 2024 m. lapkričio 10 d. draudimo sutarties galiojimo laikotarpis, sąlygų, kurių pagrindu buvo padidintos draudimo rizikų draudimo sumos (įskaitant ir kritinių ligų draudimo rizikos draudimo sumos padidinimą), buvo tariamasi pareiškėjai 2025 m. spalio 3 d. atvykus į draudimo įmonės būstinę. Draudikas nurodė, kad prieš Draudimo sutarties sudarymą Taisyklių Specialiųjų sąlygų 26.2 papunktyje nurodytas prašymas sudaryti draudimo sutartį nebuvo pildomas.

Kaip minėta, medicinos dokumentai patvirtina, kad pareiškėjai kritinė liga buvo diagnozuota 2025 m. gruodžio 9 d., todėl Lietuvos bankui pateikti įrodymai pagrindžia, kad pareiškėjai kritinė liga buvo diagnozuota, nepraėjus 3 mėnesių laikotarpiui nuo 2025 m. lapkričio 10 d. įsigaliojusių kritinių ligų draudimo rizikos draudimo sumos padidinimo sąlygų.

Atsižvelgiant į tai, darytina išvada, kad Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, jog draudikas pagrįstai pritaikė Taisyklių Specialiųjų sąlygų 26.2 papunkčio sąlygas ir pagrįstai pareiškėjai dėl įvykio išmokėjo 1 000 Eur draudimo išmoką, vadovaudamasis 2024 m. lapkričio 10 d. draudimo sutartyje nurodytomis 1 000 Eur kritinių ligų draudimo rizikos draudimo sumos nustatymo sąlygomis.

Be to, jau 2025 m. spalio 3 d.⁷ pareiškėjai atlikto profilaktinio tyrimo metu buvo nustatyti pakitimai, įtariant galimą pareiškėjos onkologinį susirgimą ir pareiškėją siunčiant tolimesniam galimo susirgimo tyrimui. 2025 m. spalio 24 d. Nacionalinis vėžio centro parengtame medicinos dokumente jau buvo nurodyta diagnozė – „(*duomenys neskelbtini*)“. Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad, pareiškėjai kreipusis į draudiką dėl kritinių ligų draudimo rizikos draudimo sumos padidinimo ir Draudimo sutartimi įsigaliojus 5 000 Eur kritinių ligų draudimo rizikos draudimo sumos nustatymo sąlygoms, pareiškėjai jau buvo žinoma apie galimą susirgimą

⁵ T. y. nustatant 5 000 Eur kritinių ligų draudimo sumą, nors 2024 m. lapkričio 10 d. draudimo sutartyje buvo nustatyta 1 000 Eur kritinių ligų draudimo suma.

⁶ T. y. pratęsiant 2024 m. lapkričio 10 d. draudimo sutarties galiojimą.

⁷ T. y. tą pačią dieną, kai pareiškėja, atvykusi į draudimo įmonės būstinę, išreiškė pageidavimą dėl kritinių ligų draudimo rizikos draudimo sumos nuo naujam draudimo laikotarpiui pratęsiamoje Draudimo sutartyje nurodytos draudimo laikotarpio pradžios padidinimo.

kritinė liga, todėl yra pagrindas spręsti, kad minėta draudimo suma galėjo būti padidinta, siekiant pagal Draudimo sutarties sąlygas gauti didesnę draudimo išmoką dėl pareiškėjai diagnozuotos kritinės ligos.

CK 6.996 straipsnio 3 dalis nustato, jog draudimas taikomas visiems draudžiamiesiems įvykiams, įvykusiems po draudimo sutarties įsigaliojimo, jeigu draudimo sutartyje nenustatyta ko kita. Jeigu draudimo sutartyje nustatyta taikyti draudimą ir draudžiamiesiems įvykiams, įvykusiems iki draudimo sutarties įsigaliojimo, tai tokia sąlyga galioja, jeigu draudimo sutarties šalys apie draudžiamąjį įvykį, kuris įvyko iki draudimo sutarties įsigaliojimo, nežinojo.

Kai draudėjas draudimo sutarties sudarymo metu žino apie galintį įvykti draudžiamąjį įvykį, vadovaujantis CK 6.996 straipsnio 3 dalimi, tokiam įvykiui draudimo apsauga nėra teikiama, nes draudimo išmokos dėl prieš draudimo sutarties sudarymą žinomo galimo draudžiamojo įvykio mokėjimas neatitiktų draudimo sutarties, kaip rizikos sutarties, esmės⁸.

Nagrinėjamu atveju draudikas pagrįstai sprendė, kad dėl įvykio, apie kurį pareiškėja prieš Draudimo sutarties sudarymą⁹ galėjo žinoti, draudimo apsauga pagal Draudimo sutartyje nustatytas kritinių ligų draudimo rizikos draudimo apsaugos sąlygas negali būti teikiama. Vis dėlto, atsižvelgiant į tai, kad pareiškėja buvo sudariusi 2024 m. lapkričio 10 d. draudimo sutartį, pagrįstai buvo vertinama, kad draudimo išmoka turi būti mokama pagal 2024 m. lapkričio 10 d. draudimo sutarties sąlygas.

Pažymėtina, kad draudiko sprendimas įvykiui taikyti 2024 m. lapkričio 10 d. draudimo sutartį nebuvo grindžiamas vertinimu, kad pareiškėjai kritinės ligos „Vėžys“ pirmieji simptomai pasireiškė ar šios ligos diagnozė buvo nustatyta minėtos draudimo sutarties galiojimo metu. Draudiko sprendimas yra grindžiamas Taisyklių Specialiųjų sąlygų 26.2 papunkčio sąlygomis, kurios aiškiai nustato, kad, per 3 mėnesius nuo kritinių ligų draudimo sumos padidinimo diagnozavus minėtą kritinę ligą, yra taikomos iki kritinių ligų draudimo sumos padidinimo galiojusios draudimo sumos nustatymo sąlygos.

Kaip minėta, Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad draudikas tinkamai pritaikė Draudimo sutarties sąlygas. Be to, draudiko sprendimas įvykiui taikyti 2024 m. lapkričio 10 d. draudimo sutartimi teikiamos draudimo apsaugos sąlygas taip pat atitinka teisinį reglamentavimą.

Apibendrinant Lietuvos banko nustatytas aplinkybes ir remiantis Lietuvos bankui pateiktų įrodymų visumos vertinimu, darytina išvada, kad pareiškėjos draudikui keliamas reikalavimas išmokėti papildomą 4 000 Eur draudimo išmoką, apskaičiuotą pagal Draudimo sutartyje įtvirtintas kritinių ligų draudimo apsaugos sąlygas, yra atmestinas kaip nepagrįstas.

Remdamasis tuo, kas išdėstyta, ir vadovaudamasis Vartotojų teisių apsaugos įstatymo 27 straipsnio 1 dalies 3 punktu, Lietuvos banko valdybos 2012 m. sausio 26 d. nutarimo Nr. 03-23 „Dėl Vartotojų ir finansų rinkos dalyvių ginčų neteisminio sprendimo procedūros Lietuvos banke taisyklių patvirtinimo“ 2 punktu ir šiuo nutarimu patvirtintų Vartotojų ir finansų rinkos dalyvių ginčų neteisminio sprendimo procedūros Lietuvos banke taisyklių 59.3 papunkčiu, n u s p r e n d ž i u:

Atmesti pareiškėjos X. X. reikalavimą.

Lietuvos banko sprendimas dėl ginčo esmės yra rekomendacinio pobūdžio ir teismui neskundžiamas. Vartotojui ir finansų rinkos dalyviui išlieka teisė dėl tapataus ginčo dalyko kreiptis į teismą įstatymų nustatyta tvarka. Kreipimasis į teismą po Lietuvos banko sprendimo dėl ginčo esmės priėmimo nelaikomas šio sprendimo apskundimu. Ginčo šalys turi pareigą pranešti Lietuvos bankui, jeigu viena iš ginčo šalių pareiškia ieškinį bendrosios kompetencijos teismui prašydama nagrinėti tapatų ginčą iš esmės.

⁸ Draudimo sutarties esmė yra ta, kad draudėjas perleidžia draudikui už atlygį – draudimo įmoką – įvykio, kuriam šalys suteikia draudžiamojo įvykio statusą, atsiradimo (draudimo) riziką (CK 6.987 straipsnis). Lietuvos Respublikos draudimo įstatymo 2 straipsnio 26 dalyje nurodyta, kad draudimo rizika – tikėtinas pavojus, gresiantis draudimo objektui. Jeigu įvykis, kuriam šalys suteikia draudžiamojo įvykio statusą, sutarties įsigaliojimo momentu jau yra įvykęs ir tokia aplinkybė yra žinoma draudėjui, draudimo rizika neegzistuoja. Neegzistuojančiai draudimo rizikai draudimo apsauga negali būti teikiama.

⁹ T. y. draudimo sutarties pratęsimą naujam draudimo laikotarpiui.

Direktorius

Arūnas Raišutis