



**LIETUVOS BANKO
PRIEŽIŪROS TARNYBOS
FINANSINIŲ PASLAUGŲ IR RINKŲ PRIEŽIŪROS DEPARTAMENTO DIREKTORIUS**

**SPRENDIMAS
DĖL K. B. IR UAB „SEB GYVYBĖS DRAUDIMAS“ GINČO NAGRINĖJIMO**

2016 m. spalio 5 d. Nr. 242-420

Vilnius

Lietuvos bankas gavo K. B. (toliau – pareiškėja) atstovo advokato J. P. (toliau – pareiškėjos atstovas) pateiktą kreipimąsi su prašymu išnagrinėti ginčą, kilusį tarp pareiškėjos ir UAB „SEB gyvybės draudimas“ (toliau – draudikas), dėl draudiko atsisakymo mokėti draudimo išmoką.

N u s t a t y t a:

2015 m. vasario 3 d. tarp AB SEB banko ir sutuoktinių – pareiškėjos ir D. B., buvo sudaryta kredito sutartis Nr. (*duomenys neskelbtini*) (toliau – Kredito sutartis), kuria kredito gavėjams suteiktas 36 648,60 Eur kreditas nekilnojamajam turtui įsigyti.

2015 m. vasario 4 d. pareiškėja ir jos sutuoktinis pateikė prašymą draudikui sudaryti draudimo sutartį pagal programą „Saugus kreditas“. Pareiškėjos sutuoktinis užpildė Draudžiamojo gyvybės ir draudimu nuo neįgalumo pagal programą „Saugus kreditas“ sveikatos klausimyną (toliau – Klausimynas), kuriame, be kita ko, nurodė, kad tuo metu arba per pastaruosius 10 metų nebuvo gydomas ar tiriamas dėl „bet kokių širdies ar kraujotakos sutrikimų (vidinių arterijų ligos, insulto, EKG pokyčių, krūtinės skausmo, širdies priepuolių ir t. t.)“ ir „bet kurios lėtinės ir / ar pasikartojančios ligos, dėl kurios būtina reguliariai lankytis pas gydytoją (pvz., inkstų, kepenų, kvėpavimo, epilepsijos, cukrinio diabeto, kasos, virškinimo sutrikimų, nervų ligų ar kt.)“. Tą pačią dieną tarp pareiškėjos, jos sutuoktinio ir draudiko gyvybės draudimo ir draudimo nuo neįgalumo taisyklių Nr. 20 (toliau – Taisyklės) pagrindu buvo sudaryta draudimo sutartis pagal programą „Saugus kreditas“ (toliau – Sutartis) ir išduotas Sutarties sudarymą patvirtinantis draudimo liudijimas Nr. (*duomenys neskelbtini*). Draudimo liudijime nurodytas draudėjas (apdraustasis) – pareiškėja, apdraustasis II – pareiškėjos sutuoktinis, naudos gavėjas – AB SEB bankas, draudimo apsauga – gyvybės draudimas, draudimas nuo visiško ir nuolatinio neįgalumo, draudimo išmoka – vienkartinė, išmokama visa draudimo suma, nustatyta draudžiamojo įvykio dieną.

2016 m. kovo 25 d. mirė apdraustasis D. B. Mirties priežastis, nurodoma mirties liudijime – I21.1, t. y. ūminis transmuralinis apatinės miokardo sienelės infarktas.

2016 m. gegužės 4 d. raštu Nr. (*duomenys neskelbtini*) AB SEB bankas informavo pareiškėją apie draudiko sprendimą laikyti apdraustojo D. B. mirtį nedraudžiamuoju įvykiu ir tuo pagrindu nemokėti draudimo išmokos dėl apdraustojo mirties. Savo sprendimą draudikas grindė tuo, kad apdraustasis D. B. nepateikė arba pateikė neteisingą informaciją apie savo sveikatos būklę draudikui prieš sudarant Sutartį, taip pažeisdamas pareigą, nustatytą Taisyklėse ir Lietuvos Respublikos civiliniame kodekse, nes draudikas, žinodamas apdraustojo neatskleistą informaciją, nebūtų sudaręs Sutarties.

Pareiškėja nesutinka su tokiu draudiko sprendimu. Kreipimesi Lietuvos bankui pareiškėjos atstovas nurodo, kad apdraustasis D. B., prieš sudarydamas Sutartį, pateikė draudikui visą jo prašomą informaciją apie savo sveikatos būklę: pareiškėjos atstovo teigimu, nors apdraustasis buvo lankęsis sveikatos priežiūroje įstaigose dėl galimos pirminės arterinės hipertenzijos bei alkoholio vartojimo, tačiau klausimai ir reikalavimai apdraustajam pateikti tokią informaciją draudikui niekada nebuvo pareikšti. Pareiškėjos atstovas nurodo, kad Klausimyno 1.1 ir 1.4 papunkčiuose nebuvo aiškiai ir konkrečiai klausama, ar asmuo sirgo (serga) arterine hipertenzija ir (ar) turėjo (turi)

problemų dėl alkoholio, o suformuluotos abstrakčios ir nekonkrečios tezės, ar tuo metu arba pastaruosius 10 metų apdraustasis buvo gydomas arba tiriamas dėl bet kokių širdies arba kraujotakos sutrikimų (vainikinių arterijų ligos, insulto, EKG pokyčių, krūtinės skausmo, širdies priepuolių ir t. t.) ir dėl bet kurios lėtinės ir (ar) pasikartojančios ligos, dėl kurios būtina reguliariai lankytis pas gydytoją (pavyzdžiui, inkstų, kepenų, kvėpavimo, epilepsijos, cukrinio diabeto, kasos, virškinimo sutrikimų, nervų ligų ir kt.). Pareiškėjos atstovo manymu, net jeigu ir būtų konstatuota, kad apdraustasis nepateikė visos prašomos informacijos, tokie jo veiksmai galėtų būti kvalifikuojami nebent kaip neatsargūs ir nulemti jo asmeninių žinių ir medicininio išsilavinimo neturėjimo. Atsiliepime teigiama, kad apdraustasis nėra ir negali būti laikomas atsakingu už tokios informacijos neatskleidimą – būtent draudikas turi teisę ir pareigą rinkti visus Sutarčiai sudaryti reikšmingus ir faktinius duomenis apie apdraustąjį, draudikas galėjo pasiūlyti apdraustajam pasitikrinti sveikatą, paprašyti apdraustojo pateikti papildomus dokumentus ir informaciją, tačiau to nepadarė. Pareiškėjos atstovas teigia, kad aplinkybės, jog apdraustasis D. B. buvo lankęsis sveikatos priežiūros įstaigose dėl galimos pirminės arterinės hipertenzijos bei alkoholio vartojimo, nėra apdraustojo mirties priežastis, juo labiau tiesioginė, be to, pagal Taisyklių sąlygas piktnaudžiavimas alkoholiu nėra laikomas draudžiamuoju įvykiu. Pareiškėjos atstovas nurodo, kad draudikas niekada nereikalavo nutraukti Sutarties, taip pat neįrodė, kad žinodamas aplinkybes, kurių tinkamai neatskleidė pareiškėjos sutuoktinis, nebūtų sudariusi Sutarties. Be to, pareiškėjos atstovo nuomone, draudikas nesažiningai bendradarbiauja su juo susijusiu AB SEB banku, ir nepaisydami to, kad jų interesai yra priešingi, veikia kartu prieš pareiškėją, siekdami neteisėtai pasipelnyti pareiškėjos sąskaita. Kreipimesi pareiškėjos atstovas prašo patenkinti pareiškėjos reikalavimą pripažinti jos sutuoktinio D. B. mirtį draudžiamuoju įvykiu ir įpareigoti draudiką išmokėti AB SEB banko naudai draudimo išmoką, taip pat atlyginti pareiškėjai jos turėtas išlaidas, susijusias su šio ginčo nagrinėjimu, tarp jų ir išlaidas už advokato pagalbą.

Draudikas atsisako tenkinti pareiškėjos keliamus reikalavimus ir atsiliepime Lietuvos bankui nurodo, kad draudimo sutartis pagal Taisykles gali būti sudaryta tik tuo atveju, jeigu ji atitinka draudiko iš anksto nustatytus kriterijus: vienas iš tokių yra sveikatos kriterijus, reiškiantis, kad draudžiamas asmuo turi būti draudikui priimtinos sveikatos būklės ir pateikti informaciją apie savo sveikatos būklę pagal Klausimyne pateiktus draudiko klausimus, kurie padėtų draudikui įvertinti prisiimamą draudimo riziką. Draudikas pažymi, kad, kaip rodo kartu su atsiliepimu pridedami dokumentai, apdraustajam D. B. dar iki Sutarties sudarymo buvo diagnozuotas lėtinis alkoholizmas, arterinė hipertenzija ir paskirtas medikamentinis gydymas, nors savo sprendimu gydytojų paskirtų medikamentų nevartojo ir savo ligas neigė. Vadinasi, draudiko teigimu, apdraustasis žinojo informaciją apie ligas, kuriomis sirgo, todėl sudarydamas Sutartį į klausimą dėl širdies ir kraujagyslių ligų, taip pat ir lėtinių ligų turėjo atsakyti pateikdamas informaciją apie tokias ligas, tačiau to aplaidžiai nepadarė. Draudikas atkreipia dėmesį, kad Taisyklių 35 punkte yra įtvirtinta draudiko teisė, o ne pareiga, atsižvelgiant į draudžiamą sveikatos klausimyne pateiktą informaciją, pateikti draudžiamajam papildomų klausimų apie sveikatos būklę arba pasiūlyti papildomai pasitikrinti sveikatą. Tačiau, kadangi šiuo atveju pats apdraustasis nedeklaravo širdies ligų ir taip pažeidė ikisutartinę pareigą atskleisti visą žinomą informaciją, susijusią su draudimo rizika, draudikas prieš sudarant Sutartį nepasinaudojo ir neturėjo objektyvaus pagrindo naudotis Taisyklių 35 punkte įtvirtinta teise. Draudiko teigimu, žinodamas visą informaciją apie apdraustojo D.B. sveikatą, jis apskritai nebūtų Sudarties sudaręs. Draudikas taip pat atkreipė dėmesį, kad apie pareiškėjos sutuoktinio sveikatos būklę ir iki Sutarties sudarymo jam diagnozuotas ligas sužinojo tik po šio apdraustojo mirties pradėjęs draudžiamą įvykių tyrimą. Be to, draudikas teigia, kad remdamiesi pirmiau minėto tyrimo metu surinkta informacija jo ekspertai įvertino, kad apdraustojo D. B. mirtį galėjo lemti ir jam prieš Sutarties sudarymą diagnozuotos ligos – lėtinis alkoholizmas ir arterinė hipertenzija. Draudikas taip pat pažymi, kad vien tai, kad draudikas ir AB SEB bankas yra susiję juridiniai asmenys, negali būti priežastis nevertinti draudimo išmokos mokėjimo sąlygų ir apdraustojo galimo nesažiningumo arba aplaidumo atskleidžiant esminę informaciją apie jo sveikatos būklę. Draudiko teigimu, AB SEB bankas apskritai negali ir neturėtų daryti įtakos draudiko priimamiems sprendimams šioje situacijoje, be to, nei draudikas, nei AB SEB bankas nėra

suinteresuoti nesąžiningai bendradarbiauti ir veikti prieš pareiškėją, todėl tokie pareiškėjos atstovo nurodomi teiginiai yra nepagrįsti. Atsiliepime draudikas prašo atmesti pareiškėjos reikalavimus kaip nepagrįstus.

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

Vadovaujantis Vartotojų ir finansų rinkos dalyvių ginčų neteisminio sprendimo procedūros Lietuvos banke taisyklių, patvirtintų Lietuvos banko valdybos 2012 m. sausio 26 d. nutarimu Nr. 03-23, 45 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 pateiktų įrodymų vertinimą, kurio pagrindu priimamas sprendimas.

Įvertinus šalių pateiktų dokumentų turinį ir paaiškinimus, darytina išvada, kad ginčas tarp šalių kilo dėl draudiko sprendimo atsisakyti mokėti draudimo išmoką, apdraustajam neatskleidus informacijos, galėjusios turėti esminės reikšmės Sutarčiai sudaryti.

Dėl aplinkybių, galėjusių turėti esminės reikšmės Sutarčiai sudaryti, neatskleidimo.

Vertinant pareiškėjos draudiko atžvilgiu keliamo reikalavimo pagrįstumą, visų pirma atkreiptinas dėmesys į tai, kad draudimo apsauga draudimo sutartyje nėra absoliuti. Galiojantys teisės aktai leidžia draudikui nustatyti prisiimamos draudimo rizikos ir teikiamos draudimo apsaugos ribas – atvejus, kada mokama draudimo išmoka, ir atvejus, kada draudikas yra atleidžiamas nuo pareigos mokėti draudimo išmoką. Sudarydamas draudimo sutartį draudikas pasiūlo sąlygas, kurios apibrėžia jo prisiimamos rizikos ribas, ir pagal tai apskaičiuoja draudimo įmokos dydį.

Vadovaujantis Lietuvos Respublikos draudimo įstatymo 2 straipsnio 10 dalimi „Draudimo apsauga – draudiko įsipareigojimas mokėti draudimo išmoką įvykus draudžiamajam įvykiui.“ Civilinio kodekso 6.987 straipsnio 1 dalyje nustatyta, kad draudimo 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.

Taigi draudimo sutartis yra rizikos sutartis, pagal kurią draudikui tenka civilinė atsakomybė – įvykus draudžiamajam įvykiui jis atlygina nuostolius. Palyginti su kitomis sutartimis, draudimo sutartis yra specifinė – fiduciarinė (lot. *fiducia* – pasitikėjimas), taigi tokia sutartis, kurios šalis sieja tarpusavio pasitikėjimu grindžiami santykiai. Skiriamasis draudimo sutarties bruožas yra sutarties šalių santykiams taikomas šalių tarpusavio didžiausio pasitikėjimo principas. Todėl draudimo sutarties šalys privalo būti viena kitai absoliučiai atviros ir abipusiškai atskleisti visą informaciją, galinčią turėti įtakos tokios sutarties sudarymui ir jos sąlygų nustatymui. Draudėjo pareiga suteikti draudikui visą nurodytai sutarčiai reikšmingą informaciją gali lemti tiek šio apsisprendimą prisiimti draudimo riziką, tiek draudimo sutarties sąlygas, tarp jų ir draudimo įmokų (premijų) bei draudimo išmokų dydžius¹.

Civilinio kodekso 6.993 straipsnio 1 dalyje nurodyta, kad, prieš sudarant draudimo sutartį, draudėjas privalo suteikti draudikui visą žinomą informaciją apie aplinkybes, galinčias turėti esminės įtakos draudžiamąjį įvykių atsitikimo tikimybei ir šio įvykių galimų nuostolių dydžiui (draudimo rizikai), jeigu tos aplinkybės nėra ir neturi būti žinomos draudikui. Vadovaujantis Civilinio kodekso 6.993 straipsnio 2 dalimi, esminėmis aplinkybėmis, apie kurias draudėjas privalo informuoti draudiką, pripažįstamos aplinkybės, nurodytos standartinėse draudimo sutarties sąlygose, taip pat aplinkybės, apie kurias draudikas raštu prašė draudėjo suteikti informaciją.

Sutartį sudarančių Taisyklių 30.3 papunktyje nurodyta, kad draudžiamas asmuo turi būti draudikui priimtinos sveikatos būklės ir pateikti informaciją apie savo sveikatos būklę pagal

¹ Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2005 m. gruodžio 14 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-3-675; 2006 m. lapkričio 27 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-3-600/2006; 2008 m. lapkričio 17 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-3-518/2008.

Klausimyne draudiko pateiktus klausimus, kad draudikas galėtų įvertinti prisiimamą draudimo riziką. Draudžiamajam pateikus tokius atsakymus, kurie rodo, kad draudikui rizika yra nepriimtina, draudimo sutartis negali būti sudaryta, automatiškai pratęsta arba atnaujinama.

Apdraustasis D. B., prieš Sutarties sudarymą pildydamas draudiko pateiktą Klausimą, į 1.1 ir 1.4 papunkčio klausimus, ar tuo metu arba per pastaruosius 10 metų buvo gydomas arba tiriamas dėl „bet kokių širdies ar kraujotakos sutrikimų (vidinių arterijų ligos, insulto, EKG pokyčių, krūtinės skausmo, širdies priepuolių ir t.t.)“ ir „bet kurios lėtinės ir/ar pasikartojančios ligos, dėl kurios būtina reguliariai lankytis pas gydytoją (pvz., inkstų, kepenų, kvėpavimo, epilepsijos, cukrinio diabeto, kasos, virškinimo sutrikimų, nervų ligų ar kt.)“, atsakė neigiamai, nors, remiantis ginčo nagrinėjimo medžiagoje esančiais duomenimis, minėtam apdraustajam dar iki Sutarties sudarymo buvo diagnozuotas lėtinis alkoholizmas ir arterinė hipertenzija.

Lietuvos bankui įvertinus pateiktus dokumentus ir paaiškinimus, darytina išvada, kad apdraustasis D. B., prieš sudarydamas Sutartį, nesuteikė draudikui visos žinomos informacijos apie jam atliktus tyrimus ir diagnozuotas ligas, ir Sutartis buvo sudaryta draudikui tinkamai neįvertinus Sutartimi prisiimamos rizikos (aplinkybių, galinčių turėti esminės įtakos draudžiamąjį įvykio atsitikimo tikimybei ir galimiams dėl šio įvykio nuostoliams). Pareiškėjos atstovo teiginys, kad Klausimyno 1.1 ir 1.4 papunkčiuose nebuvo aiškiai ir konkrečiai klausiama, ar asmuo sirgo (serga) arterine hipertenzija ir (ar) turėjo (turi) problemų dėl alkoholio, o suformuluotos abstrakčios ir nekonkrečios tezės, todėl teigtina, kad apdraustasis pateikė draudikui visą jo prašomą informaciją, vertintinas kritiškai: nepaisant, ar draudiko iki draudimo sutarties sudarymo prašoma pateikti informacija ir nurodyti klausimai yra suformuluoti abstrakčiai ar detaliam, apdraustasis, kaip buvo nurodyta pirmiau, turi atskleisti draudikui visą informaciją, reikšmingą draudimo sutarčiai sudaryti arba šios sutarties sąlygoms nustatyti, juo labiau informaciją apie asmeniui, ketinančiam sudaryti gyvybės ar sveikatos draudimo sutartį, diagnozuotas ligas ir sveikatos sutrikimus.

Vis dėlto, nagrinėjamų aplinkybių kontekste pažymėtina ir tai, kad draudimo sutartiniuose santykiuose draudimo apsauga paprastai neapima draudėjo tyčios, todėl draudikas, siekdamas pagrįsti draudėjo tyčią, privalo įrodyti, kad draudėjas sąmoningai pažeidė sutarties sąlygas ketindamas suklaidinti draudiką apie žalos dydį, apsunkinti jo pareigą nustatyti draudžiamąjį įvykio aplinkybes, sudaryti kliūtis imtis priemonių žalai sumažinti ir pasipelnyti draudiko sąskaita. Atsižvelgiant į Klausimyne nurodytų klausimų abstraktų pobūdį, paties apdraustąjo D. B. asmenybę (t. y. kad šis apdraustasis neturėjo medicininio arba su medicina susijusio išsilavinimo, ginčo nagrinėjimo medžiagoje taip pat nėra duomenų apie jo asmeninę patirtį ir žinias, kurios bylotų, kad apdraustasis negalėjo neteisingai įvertinti arba suklysti atsakydamas į Klausimyne nurodytus klausimus), teigtina, kad apdraustasis D. B. nepateikė visos informacijos, galinčios turėti reikšmės Sutarčiai sudaryti, dėl savo neatsargumo. Atkreiptinas dėmesys, kad draudikas nepateikė jokių objektyvių įrodymų, kurie patvirtintų, kad apdraustasis sąmoningai (tyčia) nuslėpė Sutarčiai sudaryti reikšmingą informaciją. Be to, atsiliepime pats draudikas pripažįsta, kad apdraustasis visos informacijos apie savo sveikatos būklę neatskleidė dėl savo aplaidumo.

Pažymėtina, kad informacijos, kuri lemia draudimo rizikos padidėjimą, neatskleidimas dėl neatsargumo yra įstatyme nustatyta sąlyga, suteikianti teisę draudikui reikalauti iš draudėjo pakeisti draudimo sutarties sąlygas arba proporcingai pagal padidėjusią riziką mažinti draudimo išmoką (Civilinio kodekso 6.993 straipsnio 5 ir 6 dalys), o tam tikrais atvejais – atsisakyti sudaryti draudimo sutartį, jeigu ji sudaryta, reikalauti sutartį nutraukti (Civilinio kodekso 6.993 straipsnio 7 dalis). Vis dėlto, Civilinio kodekso 6.993 straipsnio 7 dalyta numatyta, kad draudikas, įvykus draudžiamajam įvykiui, turi teisę atsisakyti išmokėti draudimo išmoką tik įrodęs, kad nė vienas draudikas, žinodamas aplinkybes, kurių draudėjas nenurodė dėl neatsargumo, nebūtų sudaręs draudimo sutarties. Svarbu pažymėti, kad draudikas Lietuvos bankui nepateikė įrodymų, galinčių patvirtinti, jog kitos draudimo įmonės vertino apdraustąjį ikisutartinės informacijos neatskleidimo dėl neatsargumo aplinkybes ir šių aplinkybių įtaką draudimo įmonių sprendimui dėl draudimo apsaugos, apdraudžiant Sutartyje nurodytas draudimo rizikas, suteikimo bei draudimo sutarčių minėtomis draudimo sutarties sąlygomis sudarymo. Todėl nagrinėjamu atveju, nesant įrodymų, patvirtinančių, kad nei vienas draudikas, žinodamas dėl neatsargumo pareiškėjos situotinio neatskleistas

aplinkybes, nebūtų sudaręs Sutarties Taisyklių sąlygomis, draudiko atsisakymas mokėti draudimo išmoką šiuo pagrindu, įvykus 2016 m. kovo 25 d. draudžiamajam įvykiui (t. y. mirus apdraustajam), laikytinas teisiškai nepagrįstu.

Civilinio kodekso 6.993 straipsnio 6 dalyje numatyta, kad tuo atveju, jeigu draudėjas dėl neatsargumo nepateikė draudimo rizikos įvertinimui reikšmingos informacijos, tai įvykus draudžiamajam įvykiui draudikas privalo išmokėti draudimo išmokos, kuri būtų išmokama draudėjui įvykdžius draudimo rizikos įvertinimui reikšmingos informacijos atskleidimo pareigą, dalį, proporcingą sutartos draudimo įmokos ir draudimo įmokos, kuri būtų nustatyta draudėjui, jeigu jis būtų įvykdęs minėtą pareigą, santykiui. Todėl, vadovaujantis nurodytomis teisės aktų nuostatomis ir Lietuvos bankui įvertinus ginčo šalių paaiškinimus ir pateiktus įrodymus, darytina išvada, kad draudikas dėl 2016 m. kovo 25 d. draudžiamąjį įvykių privalo išmokėti draudimo išmoką, apskaičiuotą Civilinio kodekso 6.993 straipsnio 6 dalyje nustatyta tvarka – t. y. pagal Taisyklių sąlygas apskaičiuotą draudimo išmoką, sumažinant tokia santykiu, kuria draudimo įmoka būtų padidinta, jeigu draudikas būtų žinojęs dėl neatsargumo neatskleistas aplinkybes.

Dėl priežastinio ryšio tarp neatskleistų aplinkybių ir draudžiamąjį įvykių.

Įvertinus draudiko atsiliepime pateiktus paaiškinimus, matyti, kad draudikas sprendimą atsisakyti mokėti draudimo išmoką grindžia ir tuo, kad, draudiko vertinimu, pareiškėjos sutuoktiniui diagnozuotos ir jo draudikui iki Sutarties sudarymo nenurodytos ligos (sveikatos sutrikimai) galėjo lemti šio apdraustojo mirtį.

Atsižvelgdamas į tai Lietuvos bankas atkreipia dėmesį, kad Draudimo įstatymo 98 straipsnio 7 dalis įpareigoja draudiką įrodyti aplinkybes, atleidžiančias jį nuo draudimo išmokos mokėjimo ar suteikiančias teisę sumažinti draudimo išmoką, t. y. draudikas privalo imtis aktyvių veiksmų ir motyvuotai pagrįsti sprendimą atsisakyti mokėti draudimo išmoką ar ją sumažinti. Ginčo šalių pateikti įrodymai vertintini atsižvelgiant į įrodymams keliamus objektyvumo, išsamumo bei visapusiškumo reikalavimus, todėl tyrimo metu gautos išvados, paaiškinimai bei juos patvirtinantys dokumentai turi būti vienareikšmiški, neabejotini ir pagrįsti.

Vertinant šalių pateiktus įrodymus, visų pirma pažymėtina tai, kad ligos diagnozė, jos pobūdis, rūšies, padarinių, galimų rizikos veiksnių įvertinimas yra ekspertinių žinių (šiuo atveju – atitinkamos srities medicinos žinių) reikalaujantis procesas, todėl draudiko teiginį, kad pareiškėjos sutuoktinio – apdraustojo D. B., mirtį galėjo lemti jo turėti ir iki Sutarties sudarymo jam diagnozuoti susirgimai (lėtinis alkoholizmas ir arterinė hipertenzija) galėtų patvirtinti arba paneigti tik medicinos srities eksperto išvada. Draudikas atsiliepime teigia, kad apdraustajam diagnozuotų susirgimų ir jo mirties priežastinį ryšį, t. y. aplinkybę, kad apdraustojo mirtį galėjo lemti jam iki Sutarties sudarymo diagnozuoti susirgimai, jis nustatė atsižvelgdamas į draudiko ekspertų vertinimą. Tačiau atkreiptinas dėmesys, kad draudikas, nei atsakydamas į pareiškėjos jam teiktą pretenziją, nei kartu su atsiliepimu Lietuvos bankui nepateikė jokios medicininę išsilavinimą turinčio eksperto išvados, kuri padėtų objektyviai įvertinti, ar iš tiesų pirmiau minėti apdraustojo susirgimai galėjo būti jo mirties priežastis. Manytina, kad atsiliepime nurodytas teiginys, kad, draudiko ekspertų vertinimu, apdraustojo D. B. mirtį galėjo sukelti ligos, kurios jam buvo diagnozuotos, negali būti laikomas įrodymu (juo labiau, pakankamu ir objektyviu), galinčiu patvirtinti ginčijamas aplinkybes. Vadinas, draudikas, vadovaudamasis Draudimo įstatymo 98 straipsnio 7 dalyje įtvirtinta įrodinėjimo naštos draudikui paskirstymo taisykle ir siekdamas objektyviais įrodymais pagrįsti apdraustojo sveikatos sutrikimų, apie kuriuos dėl neatsargumo nebuvo suteikta ikisutartinės informacijos, priežastinį ryšį su jo mirtimi, privalėjo surinkti neginčijamus ir objektyvius įrodymus, patvirtinančius nurodytų faktinių aplinkybių buvimą (pvz., kompetentingų institucijų, turinčių teisę vertinti medikų nurodytų duomenų teisingumą, išvadą ar kt.). Nagrinėjamu atveju, kaip jau buvo konstatuota pirmiau, nesant Civilinio kodekso 6.993 straipsnio 7 dalyje įtvirtinto atsisakymo mokėti draudimo išmoką teisinio pagrindo ir draudikui nepateikus objektyvių įrodymų, pagrindžiančių priežastinio ryšio tarp šiam apdraustajam diagnozuotų ligų ir jo mirties egzistavimą, draudiko sprendimas atsisakyti mokėti draudimo išmoką dėl apdraustojo D. B. mirties pripažintinas nepagrįstu.

Dėl kitų pareiškėjos atstovo nurodytų aplinkybių.

Pareiškėjos atstovas kreipimesi Lietuvos bankui, be kita ko, teigia, kad draudikas nesąžiningai bendradarbiauja su juo susijusiu AB SEB banku, ir nepaisydami to, kad jų interesai yra priešingi, veikia kartu prieš pareiškėją, siekdami neteisėtai pasipelnyti pareiškėjos sąskaita. Kreipimesi nurodoma, kad tokie draudiko ir AB SEB banko veiksmai ir pozicija ne tik pažeidžia pareiškėjos teises ir interesus, tačiau yra vertintini ir kaip neetiški, neteisėti, nesąžiningi ir nepagrįsti. Vis dėlto atkreiptinas dėmesys, kad pareiškėjos atstovas nepateikė pirmiau minėtus teiginius pagrindžiančių duomenų – t. y. įrodymų, kad AB SEB bankas ir draudikas būtų nesąžiningai bendradarbiavę ir taip pažeidę pareiškėjos teises ir interesus, todėl šie pareiškėjos atstovo teiginiai atmestini kaip nepagrįsti.

Dėl atstovavimo išlaidų atlyginimo.

Neteisminio vartojimo ginčų tvarką reglamentuojančio Lietuvos Respublikos vartotojų teisių apsaugos įstatymo 27 straipsnio 4 dalyje numatyta, kad priimant sprendimą dėl ginčo esmės turi būti sprendžiama dėl vartotojo patirtų išlaidų, susijusių su vartojimo ginčų neteisminio sprendimo procedūra (įskaitant būtinas ekspertizės arba laboratorinių tyrimų išlaidas, išlaidas advokato ar advokato padėjėjo pagalbai apmokėti ir vertimo išlaidas), atlyginimo proporcingai patenkintų vartotojo reikalavimų daliai. Pažymėtina, kad analogiškos nuostatos yra įtvirtintos ir Vartotojų ir finansų rinkos dalyvių ginčų neteisminio sprendimo procedūros Lietuvos banke taisyklių 62 punkte.

Kadangi nagrinėjamo ginčo atveju, kaip nurodyta pirmiau, pareiškėjos draudiko atžvilgiu keliamas reikalavimas tenkintinas iš dalies, pareiškėjos patirtos jos atstovavimo išlaidos atlygintinos proporcingai patenkinto reikalavimo daliai, t. y. atlyginant tokią santykinę atstovavimo išlaidų dalį, kokia draudimo išmokos dalis bus išmokėta AB SEB bankui.

Remdamasis tuo, kas išdėstyta, ir vadovaudamasis Vartotojų teisių apsaugos įstatymo 27 straipsnio 1 dalies 1 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 bei šiuo nutarimu patvirtintų Vartotojų ir finansų rinkos dalyvių ginčų neteisminio sprendimo procedūros Lietuvos banke taisyklių 59.2 papunkčiu, n u s p r e n d ž i u:

1. Iš dalies patenkinti pareiškėjos K. B. reikalavimą – rekomenduoti UAB „SEB gyvybės draudimas“ išmokėti AB SEB banko naudai pagal draudimo sutarties sąlygas apskaičiuotą draudimo išmoką, ją sumažinant tokia santykinė dalimi, kuria draudimo įmoka būtų padidinta, jeigu draudikas būtų žinojęs dėl neatsargumo neatskleistas aplinkybes, ir proporcingai patenkinto reikalavimo daliai atlyginti pareiškėjai jos atstovavimo išlaidas.

2. Įpareigoti UAB „SEB gyvybės draudimas“ per mėnesį nuo sprendimo priėmimo dienos raštu informuoti Lietuvos banką apie sprendimo rezoliucinės dalies 1 pastraipoje nurodytos rekomendacijos įgyvendinimą (neįgyvendinimą). UAB „SEB gyvybės draudimas“ neįvykdžius minėtos rekomendacijos, apie tai bus paskelbta Lietuvos Respublikos teisės aktų nustatyta tvarka.

Lietuvos banko sprendimas dėl ginčo esmės yra rekomendacinio pobūdžio ir teismui neskundžiamas. Vartotojui ir finansų rinkos dalyviui išlieka teisė dėl ginčo sprendimo kreiptis į teismą arba kitą ginčų nagrinėjimo instituciją įstatymų nustatyta tvarka. Kreipimasis į teismą po Lietuvos banko sprendimo dėl ginčo esmės priėmimo nelaikomas šio sprendimo apskundimu.