



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

**SPRENDIMAS  
DĖL D. T. IR UAB „SEB GYVYBĖS DRAUDIMAS“ GINČO NAGRINĖJIMO**

2016 m. lapkričio 9 d. Nr. 242-469

Vilnius

Lietuvos bankas gavo D. T. (toliau – pareiškėjas) kreipimąsi su prašymu išnagrinėti ginčą, kilusį tarp pareiškėjo ir UAB „SEB gyvybės draudimas“ (toliau – draudikas) dėl draudiko atsisakymo mokėti draudimo išmoką.

**N u s t a t y t a:**

2015 m. liepos 2 d. tarp draudiko ir pareiškėjo buvo sudaryta gyvybės draudimo sutartis (draudimo liudijimo ser. *duomenys neskelbiami*) (toliau – draudimo sutartis) pagal Investicinio gyvybės draudimo taisyklės Nr. 012 (toliau – Taisyklės). Draudimo liudijime nurodytas draudėjas (apdraustasis) – pareiškėjas, draudimo objektas – turtinis interesas, susijęs su draudžiamojo gyvenimo trukme ir kapitalo kaupimu bei sveikata. Pareiškėjas taip pat apsidraudė papildomu draudimu nuo mirties dėl nelaimingo atsitikimo, draudimu nuo kritinių ligų, draudimu nuo nelaimingo atsitikimo bei draudimu nuo traumų. Prieš sudarydamas draudimo sutartį pareiškėjas 2015 m. liepos 16 d. užpildė draudžiamojo asmens apklausos anketą (toliau – Anketa), kurioje, be kita ko, nurodė, kad tuo metu arba per pastaruosius 5 metus nebuvo gydomas ar tiriamas dėl „širdies ir kraujagyslių ligų ar širdies veiklos sutrikimų (pvz. aritmijų, širdies užesių, širdies vožtuvų susirgimų, lėtinio širdies nepakankamumo, miokardo infarkto, širdies vainikinių kraujagyslių ligų, hipertenzijos (padidėjusio kraujo spaudimo), portinės hipertenzijos, insulto, trombozių)“. Pareiškėjas anketoje taip pat nurodė, kad per pastaruosius 5 metus jį konsultavę gydytojai nebuvo nustatę aukšto kraujo spaudimo.

2016 m. vasario 23 d. apdraustajam buvo atlikta neplaninė širdies šuntavimo operacija. Pareiškėjas kreipėsi į draudiką, prašydamas išmokėti draudimo išmoką dėl susirgimo kritine liga.

2016 m. gegužės 25 d. raštu Nr. 01-15-1282 draudikas informavo pareiškėją apie sprendimą apdraustojo D. T. susirgimą kritine liga laikyti nedraudžiamuoju įvykiu ir tuo pagrindu nemokėti draudimo išmokos. Savo sprendimą draudikas grindė tuo, kad apdraustasis D. T. prieš sudarydamas draudimo sutartį draudikui pateikė melagingą informaciją apie savo sveikatos būklę, todėl pažeidė pareigą, nustatytą Taisyklėse ir Lietuvos Respublikos civiliniame kodekse, nes draudikas, žinodamas apdraustojo neatskleistą informaciją apie jo sveikatos būklę, nebūtų sudaręs draudimo sutarties. Draudikas, remdamasis Civilinio kodekso 6.993 straipsnio 4 dalies ir Sutarties 143.2 papunkčio nuostatomis, nusprendė Sutartį nutraukti.

Pareiškėjas nesutiko su tokiu draudiko sprendimu, todėl kreipėsi į Lietuvos banką. Kreipimesi Lietuvos bankui pareiškėjas nurodo, kad prieš sudarydamas sutartį turėjo atsakyti į klausimus, kurie susiję su jo sveikatos būkle per pastaruosius penkerius metus. Prieš pradėdamas pildyti Anketą jis nebuvo informuotas, kad turi prisiminti visas be išimties ligas, kuriomis yra sirgęs per paskutinius penkerius metus, visų ligų medicinos terminus ir priežastis. Pareiškėjas mano, kad draudiko pateiktą Anketą turėjo pildyti kartu su savo šeimos gydytoju, žiūrėdamas į medicinos kortelę, tam, kad galėtų smulkiai ir tiksliai aprašyti visą savo ligos istoriją. Pareiškėjas tvirtina negalėjęs žinoti ir vartodamas tikslūs medicinos terminus aprašyti visos savo ligos istorijos (kaip nurodyta jo medicinos kortelėje), nes medicinos paprastai kortelės pacientams nėra duodamos, o

gydytojai su pacientais apie ligas dažniausiai kalba šnekamąja kalba. Pareiškėjas teigė, kad draudiko atsisakyme mokėti draudimo išmoką vartojami medicinos terminai jam nėra žinomi. Pareiškėjas pabrėžė, kad be gydytojo neturėjo galimybės draudiko pateiktoje Anketoje vartodamas tikslus medicinos terminus aprašyti savo ligos istorijos. Pareiškėjas tvirtina, kad draudikas, atsisakydamas mokėti draudimo išmoką, remiasi ir tomis ligomis (Hodžkino limfoma), kuriomis pareiškėjas sirgo prieš 35 metus, nors draudiko pateiktoje Anketoje prašoma pateikti duomenis tik apie pastaruosius penkerius metus buvusią sveikatos būklę. Be to, pareiškėjas nurodė, kad pildydamas anketą draudiko konsultantei užsiminė apie ligas, kuriomis sirgo prieš 35 metus, tačiau draudimo konsultantė paaiškino, kad ši informacija nėra aktuali, nes svarbus tik paskutinių penkerių metų laikotarpis.

Kreipimesi pareiškėjas prašo patenkinti reikalavimą pripažinti jo kritinę ligą draudžiamuoju įvykiu ir išmokėti draudimo išmoką.

Draudikas atsisako tenkinti pareiškėjo keliamus reikalavimus ir atsiliepime Lietuvos bankui nurodo, kad draudimo sutartis pagal Taisyklės 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 pagal Anketoje užduotus draudiko klausimus turi pateikti informaciją apie savo sveikatos būklę, kad draudikas galėtų įvertinti prisiimamą draudimo riziką. Draudikas pažymi, kad, kaip rodo kartu su atsiliepimu pridedami dokumentai, apdraustasis D. T. dar iki sudarant draudimo sutartį 2014 m. gydėsi ir tyrėsi dėl skausmų širdies plote, padidėjusio kraujo spaudimo ligos (buvo nustatyta pirminė arterinė hipertenzija, II laipsnio arterinio kraujo spaudimo padidėjimas, hipertenzinė kardiomiopatija). Tačiau pareiškėjas į draudiko Anketoje užduotus klausimus atitinkamai atsakė neigiamai. Draudikas pažymėjo, kad tokios informacijos nutylėjimas, pildant Anketą, nors klientas tikrai žinojo ar turėjo žinoti savo nusiskundimus bei ligas, laikytinas paties kliento aplaidumu, ir tai lėmė, kad kita sutarties šalis buvo suklaidinta dėl sutarties sudarymo sąlygų. Draudikas atkreipė dėmesį turįs teisę, o ne pareigą, atsižvelgdamas į draudžiamą sveikatos anketoje pateiktą informaciją, užduoti draudžiamajam papildomų klausimų apie sveikatos būklę arba pasiūlyti papildomai patikrinti sveikatą. Jeigu pareiškėjas būtų atskleidęs informaciją, kad buvo tirtas ir (arba) gydytas dėl pasidėjusio kraujo spaudimo ar širdies ligų, draudiko vadybininkas arba riziką vertinęs ekspertas būtų prašęs pareiškėjo užpildyti išsamesnes anketas. Kadangi pareiškėjas į Anketoje užduotus klausimus apie aukštą kraujo spaudimą bei gydymą ar tyrimus dėl širdies ir kraujagyslių ligų atsakė neigiamai, papildomos informacijos iš pareiškėjo draudikas neturėjo pagrindo prašyti. Tačiau, kaip paaiškėjo atlikto tyrimo metu, būtent ši informacija, kurios neatskleidė pareiškėjas, galėjo būti kritinė, t. y. draudikas, turėdamas tokią informaciją apie draudėjo sveikatos būklę, nebūtų su juo sudaręs draudimo sutarties.

Draudikas taip pat pažymėjo, kad klientas sudarydamas draudimo sutartį savo parašu patvirtino, kad su Taisyklėmis susipažino, kad Taisyklės jam buvo išaiškintos ir aiškios ir kad jis gavo visų dokumentų priedus. Draudikas, nesutikdamas su pareiškėjos argumentais, kad sveikatos anketą reikia pildyti su šeimos gydytoju, nurodė, kad klausimai yra suformuluoti taip, kad asmuo galėtų į juos atsakyti neturėdamas medicinos išsilavinimo, t. y. kad vidutinių gebėjimų vartotojui būtų įmanoma teisingai užpildyti klausimyną. Draudikas paaiškino, kad, gavęs pirminę informaciją apie draudėjo sveikatos būklę per pastaruosius 5 metus, esant poreikiui turi teisę savarankiškai kreiptis į sveikatos priežiūros įstaigą dėl detalesnės informacijos apie draudėjo sveikatą. Šiuo atveju draudikas, gavęs iš pareiškėjo užpildytą Anketą, tokia teise nepasinaudojo, nes iš pateiktų atsakymų į klausimus nemanė, kad to reikia. Tačiau vėlesnio tyrimo metu paaiškėjo, kad draudėjas turėjo rimtų problemų dėl aukšto kraujospūdžio, jam buvo atlikti tyrimai dėl galimų širdies ligų, tačiau pareiškėjas Anketoje nurodė tik tyrimus ir gydymą, susijusius su 2015 m. atlikta alkūnės operacija. Draudiko teigimu, pareiškėjas nuslėpė svarbią informaciją apie savo sveikatos būklę.

Atsiliepime draudikas prašo atmesti pareiškėjo 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 pateiktus dokumentus 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 pareiškėjo 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 dydžius<sup>1</sup>.

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 įvykio 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 140.3 papunktyje nurodyta, kad draudėjas privalo suteikti draudikui teisingą draudiko nustatytą informaciją, susijusią su draudimo sutartimi.

Apdraustasis D. T., prieš Sutarties sudarymą pildydamas draudiko pateiktą Anketą, į klausimus, ar „*šiuo metu draudžiamasis vartoja arba per paskutinius 5 metus vartotojo kokius nors*

<sup>1</sup> 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.

gydytojo rekomenduotus vaistus ilgiau nei dvi savaites“; „ar per pastaruosius 5 metus draudžiamajam gydytojų konsultacijos metu buvo nustatytas aukštas kraujo spaudimas“, „ar per pastaruosius 5 metus pareiškėjas nebuvo gydomas ar tiriamas dėl širdies ir kraujagyslių ligų ar širdies veiklos sutrikimų (pvz.: aritmijų, širdies ūžesių, širdies vožtuvų susirgimų, lėtinio širdies nepakankamumo, miokardo infarkto, širdies vainikinių kraujagyslių ligų, hipertenzijos (padidėjusio kraujo spaudimo), portinės hipertenzijos, insulto, trombozių)“; „ar per ar per pastaruosius 5 metus draudžiamajam atliekamų diagnostinių tyrimų metu buvo nustatyti normų neatitinkantys elektrokardiogramos, tyrimo rentgeno spinduliais, ultragarso tyrimo rezultatai“, atsakė neigiamai, nors, remiantis ginčo nagrinėjimo medžiagoje esančiais duomenimis, minėtam apdraustajam dar iki sudarant sutartį buvo diagnozuota padidėjusio kraujo spaudimo liga, pareiškėjas buvo gydomas dėl skausmų širdies plote, vartojo vaistus nuo padidėjusio kraujospūdžio.

Įvertinęs pateiktus dokumentus ir paaiškinimus, Lietuvos bankas daro išvadą, kad apdraustasis D. T., prieš sudarydamas Sutartį, nesuteikė draudikui visos žinomos informacijos apie jam atliktus tyrimus ir diagnozuotas ligas, taigi sutartis buvo sudaryta draudikui tinkamai neįvertinus sutartimi prisiimamos rizikos (aplinkybių, galinčių turėti esminės įtakos draudžiamąjį įvykio atsitikimo tikimybei ir galimiems dėl šio įvykio nuostoliams). Pareiškėjo teiginys, kad jis negalėjo žinoti ir draudikui vartodamas medicinos terminus išdėstyti visos savo 5 metų ligos istorijos (kaip nurodyta jo medicinos kortelėje), nes neturėjo medicinos kortelės ir be šeimos gydytojo nebūtų sugebėjęs tinkamai atsakyti į Anketos klausimus, vertintinas kritiškai: apdraustasis 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.

Atkreiptinas dėmesys į tai, kad netinkamo informacijos atskleidimo prieš sudarant sutartį pasekmės yra reglamentuojamos Civilinio kodekso 6.993 straipsnio 4, 6 ir 7 dalyse ir priklauso nuo to, ar draudėjas informacijos draudikui neatskleidė tyčia ar dėl neatsargumo. Atitinkamai ir šiame ginče pareiškėjo reikalavimo pagrindumas turi būti vertinamas atsižvelgiant į pareiškėjo kaltę.

Civilinio kodekso 6.993 straipsnio 4 dalyje nustatyta, kad „jeigu po draudimo sutarties sudarymo nustatoma, kad draudėjas suteikė draudikui žinomai melagingą informaciją apie aplinkybes, numatytas šio straipsnio 1 dalyje, tai draudikas turi teisę reikalauti pripažinti draudimo sutartį negaliojančia, išskyrus atvejus, kai aplinkybės, kurias draudėjas nuslėpė, išnyko iki draudiminio įvykio ar neturėjo įtakos draudimui įvykiui“. Teismų praktikoje pažymima, kad „Civilinio kodekso 6.993 straipsnio 4 dalies formuluotė „žinomai melaginga informacija“ turėtų būti aiškinama kaip draudėjo siekis sąmoningai suklaidinti draudiką, siekiant sudaryti draudimo sutartį, tai yra tuo pačiu ir gauti naudos, nes draudimo sutartys ir yra sudaromos, siekiant sumažinti savo civilinės atsakomybės riziką. Be to, Civilinio kodekso 6.993 straipsnio 4 dalyje yra nurodyta išimtis, jog ji netaikoma, kai aplinkybės, kurias draudėjas nuslėpė, išnyko iki draudiminio įvykio ar neturėjo įtakos draudimui įvykiui. Šių sąlygų nurodymas leidžia daryti išvadą, kad sąmoningas esminės informacijos nutylėjimas yra siejamas būtent su siekiu neteisėtai gauti draudimo išmoką, tai yra gauti naudos. Kaip jau buvo minėta aukščiau, draudėjui informacijos neatskleidus dėl neatsargumo, tai yra nesant jo veiksmuose tyčios ir sąmoningo siekio neteisėtai gauti draudimo išmoką, tas pats CK 6.993 straipsnis numato kitokią draudiko interesų apsaugą“ (2016 m. spalio 26 d. *Vilniaus apygardos teismo nutartis civilinė byla Nr. e2A-1268-431/2016*).

Įvertinus Anketoje nurodytų klausimų pobūdį ir paties apdraustojo asmenybę (t. y. kad šis apdraustasis neturėjo medicinos arba su medicina susijusio išsilavinimo, ginčo nagrinėjimo medžiagoje taip pat nėra duomenų apie jo asmeninę patirtį ir žinias, kurios liudytų, kad apdraustasis galėjo neteisėtai įvertinti Anketoje nurodytus klausimus arba suklysti į juos atsakydamas), galima teigti, kad pareiškėjas dėl neatsargumo nepateikė visos informacijos, galinčios turėti reikšmės sutarčiai sudaryti, todėl šiuo atveju taikytina Civilinio kodekso 6.993 straipsnio 7 dalis. Atkreiptinas dėmesys, kad draudikas nepateikė jokių objektyvių įrodymų, kurie patvirtintų, kad apdraustasis sąmoningai (tyčia) nuslėpė sutarčiai sudaryti reikšmingą informaciją, todėl nėra pagrindo taikyti Civilinio kodekso 6.993 straipsnio 4 dalyje nustatytų teisinių pasekmių. 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 dalyje 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 apdraustojo ikisutartinės informacijos neatskleidimo dėl neatsargumo aplinkybes ir šių aplinkybių įtaką draudimo įmonių sprendimui suteikti draudimo apsaugą, apdraudžiant sutartyje nurodytas draudimo rizikas, ir sudaryti draudimo sutartis pagal minėtas draudimo sutarties sąlygas. Taigi, nesant įrodymų, patvirtinančių, kad nei vienas draudikas, žinodamas dėl neatsargumo pareiškėjo neatskleistas aplinkybes, nebūtų sudaręs sutarties pagal Taisyklių sąlygas, draudiko atsisakymas mokėti draudimo išmoką šiuo pagrindu, įvykus draudžiamajam įvykiui (t. y. apdraustajam susirgus kritine liga), laikytinas teisiškai nepagrįstu.

Civilinio kodekso 6.993 straipsnio 6 dalyje numatyta, kad tuo atveju, jeigu draudėjas dėl neatsargumo nepateikė draudimo rizikai įvertinti reikšmingos informacijos, įvykus draudžiamajam įvykiui draudikas privalo išmokėti draudimo išmokos, kuri būtų mokama, jei draudėjas būtų įvykdęs pareigą – atskleidęs draudimo rizikai įvertinti reikšmingą informaciją, dalį, proporcingą sutartos draudimo įmokos ir draudimo įmokos, kuri būtų nustatyta draudėjui, jeigu jis būtų įvykdęs minėtą pareigą, santykiui. ir Lietuvos bankui įvertinus ginčo šalių paaiškinimus ir pateiktus įrodymus, vadovaujantis nurodytomis teisės aktų nuostatomis, darytina išvada, kad draudikas dėl 2016 m. vasario 23 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, sumažintą tokia santykine dalimi, 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, pareiškėjui diagnozuotos ir draudikui iki sutarties sudarymo nenurodytos ligos (sveikatos sutrikimai) galėjo lemti šio apdraustojo kritinę ligą.

Atsižvelgdamas į tai, Lietuvos bankas atkreipia dėmesį, kad Draudimo įstatymo 98 straipsnio 7 dalis įpareigoja draudiką įrodyti aplinkybes, atleidžiančias jį nuo draudimo išmokos mokėjimo arba 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 pareiškėjo kritinę ligą galėjo lemti jo turėti ir iki sudarant sutartį diagnozuoti susirgimai (padidėjusio kraujo spaudimo liga, podagra, gydymas dėl skausmų širdies plote), galėtų patvirtinti arba paneigti tik medicinos srities eksperto išvada. Draudikas atsiliepime teigia, kad apdraustajam diagnozuotų susirgimų ir atliktos širdies operacijos priežastinį ryšį, t. y. aplinkybę, kad apdraustojo kritinę ligą galėjo lemti j iki sudarant sutartį diagnozuoti susirgimai, nustatė atsižvelgdamas į draudiko ekspertų vertinimą. Tačiau atkreiptinas dėmesys, kad draudikas kartu su atsiliepimu Lietuvos bankui nepateikė jokios medicinos išsilavinimą turinčio eksperto išvados, kuri padėtų objektyviai įvertinti,

ar iš tiesų pirmiau minėti apdraustojo susirgimai galėjo būti jo kritinės ligos priežastis. 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 kritine liga, 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 kritinės ligos egzistavimą, draudiko sprendimas atsisakyti mokėti draudimo išmoką dėl apdraustojo D. T. kritinės ligos pripažintinas nepagrįstu.

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 pareiškėjo D. T. reikalavimą – rekomenduoti UAB „SEB gyvybės draudimas“ išmokėti 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.

2. Įpareigoti UAB „SEB gyvybės draudimas“ per mėnesį nuo sprendimo priėmimo dienos raštu informuoti Lietuvos banką apie sprendimo rezoliucinės dalies 1 punkte 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.

Direktorius

Mindaugas Šalčius