



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

**SPRENDIMAS  
DĖL M. K. IR COMPENSA LIFE VIENNA INSURANCE GROUP SE GINČO  
NAGRINĖJIMO**

2017 m. kovo 15 d. Nr. 242-105  
Vilnius

Lietuvos bankas gavo M. K. (toliau – pareiškėjas) kreipimąsi, kuriuo pareiškėjas prašė išnagrinėti tarp jo ir *Compensa Life Vienna Insurance Group SE*, veikiančios Lietuvoje per įsteigtą filialą, (toliau – draudikas) kilusį ginčą.

N u s t a t y t a:

2012 m. gruodžio 13 d. tarp pareiškėjo ir draudiko buvo sudaryta garantuotų palūkanų gyvybės draudimo sutartis (*duomenys neskelbtini*), galiojanti nuo 2012 m. gruodžio 13 d. iki 2044 m. lapkričio 30 d. Pareiškėjas 2016 m. kovo 7 d. draudikui pateikė prašymą pakeisti draudimo sutarties sąlygas, susitariant dėl papildomo kritinių ligų draudimo. 2016 m. kovo 16 d. pareiškėjui buvo išduotas Garantuotų palūkanų gyvybės draudimo sutarties liudijimas, kuriame nurodyta, kad nuo 2016 m. balandžio 1 d. iki 2040 m. sausio 31 d. šalys susitarė draudimo sutarčiai taikyti Papildomo kritinių ligų draudimo apsaugą.

Pareiškėjas 2016 m. liepos 22 d. draudikui pateikė prašymą pagal Papildomo kritinių ligų draudimo sąlygas išmokėti draudimo išmoką dėl kritinės ligos – „kylančios storžarnės tumorą“. Draudikas atsisakė tenkinti pareiškėjo prašymą išmokėti draudimo išmoką, vadovaudamasis Specialiųjų sąlygų: Papildomas kritinių ligų draudimas Nr. 004 (toliau – Draudimo taisyklės) 4.2.1 papunkčiu, kuriame nustatyta, kad kritinė liga nelaikoma draudžiamuoju įvykiu, jeigu kritinė liga arba liga, sukėlusią kritinę ligą, diagnozuota praėjus mažiau nei 90 dienų nuo draudimo apsaugos įsigaliojimo dienos, kuri nurodyta draudimo liudijime.

Pareiškėjas, nesutikdamas su draudiko 2016 m. rugpjūčio 4 d. rašte pateiktu sprendimu nemokėti draudimo išmokos ir šiame rašte nurodytomis aplinkybėmis, kad kritinė liga pareiškėjui buvo diagnozuota 2016 m. birželio 22 d., kreipimesi į Lietuvos banką nurodė, kad 2016 m. birželio 22 d., pareiškėjui įtarus apendicitą, VšĮ Respublikinėje Panevėžio ligoninėje buvo atlikta skubi operacija. Jos metu, pašalinus apendicitą, žarnyne buvo pastebėtas auglys. Pareiškėjas pabrėžė, kad po operacijos atlikus daugybę tyrimų 2016 m. liepos 3 d. buvo surašyta VšĮ Respublikinės Panevėžio ligoninės epikrizė (toliau – Epikrizė), kurioje nurodyta galutinė diagnozė – „kylančios storžarnės tumoras pT2, N1, G2, III B stadija“. Pareiškėjas paaiškino, kad epikrizė (gr. epikrisis – sprendimas, baigtis) – baigiamoji ligos istorijos dalis, kurioje pagrindžiama diagnozė, apibūdinamas gydymas, ligonio būklė, ligos prognozė, tolesnis gydymas. Pareiškėjo teigimu, pats sprendimo pavadinimas suponuoja išvadą, kad tai yra galutinė diagnozė.

Pareiškėjas taip pat nurodė, kad draudikas, priimdamas sprendimą nemokėti draudimo išmokos, vadovavosi 2016 m. birželio 29 d. VšĮ Respublikinės Panevėžio ligoninės parengtu Patologijos tyrimų rezultatų aprašymu (toliau – Patologijos tyrimų rezultatų aprašymas), kuriame nurodyta klinikinė diagnozė – „TLK-10-AM C18.3 Kepenų linkis“. Pareiškėjo teigimu, Patologijos tyrimų rezultatų aprašyme nurodyta diagnozė nesutampa su Epikrizėje nurodyta pagrindine diagnoze ir klinicine diagnoze.

Pareiškėjas pabrėžė, kad prieš gaunant 2016 m. birželio 29 d. histologinio tyrimo

atsakymą buvo atlikta daug medicinos tyrimų, padėjusių nustatyti galutinę diagnozę. Pareiškėjo teigimu, iš draudiko pateikto kritinės ligos diagnozavimo datos sąlygų vertinimo matyti, kad draudikas galėjo pasirinkti bet kurią pareiškėjui atlikto medicinos tyrimo atlikimo datą. Pareiškėjas nurodė, kad draudikas 2016 m. birželio 22 d. ligos diagnozavimo datą „pasirinko neatsitiktinai, nes jam buvo reikalinga bet kokia kaina „pritempti“, paankstinti šią datą, kad ji būtų ankstesnė nei 90 dienų nuo draudimo apsaugos įsigaliojimo dienos.“

Pareiškėjas nurodė, kad, tik nustačius galutinę diagnozę, jis 2016 m. liepos 22 d. draudikui pateikė prašymą mokėti draudimo išmoką. Pareiškėjo teigimu, prašyme mokėti draudimo išmoką buvo pažymėta, kad įvykio data – 2016 m. birželio 22 d., nes tokią datą nurodė pažymėti draudimo sutartį administravusi draudiko darbuotoja, nes įvykio data yra laikytina pareiškėjui atliktos operacijos data.

Pareiškėjas taip pat pabrėžė, kad nors 2016 m. kovo 16 d. jam buvo išduotas Garantuotų palūkanų gyvybės draudimo sutarties liudijimas, Papildomo kritinių ligų draudimo apsauga įsigaliojo tik nuo 2016 m. balandžio 1 d. Pareiškėjo teigimu, draudikas, piktnaudžiaudamas stipresniosios draudimo sutarties šalies teisėmis, pareiškėją suklaidino, siekdamas kaip galima labiau atitolinti draudimo apsaugos įsigaliojimo laikotarpį, kad ateityje galėtų dėl kritinės ligos nemokėti draudimo išmokos.

Pareiškėjas taip pat remiasi Lietuvos Aukščiausiojo Teismo nutartyje, 2016 m. spalio 21 d. priimtoje civilinėje byloje Nr. 3K-3-424-701/2016, suformuota praktika, kad draudikas turi įrodyti, jog tinkamai įvykdė jam tenkančias ikisutartines pareigas, t. y. kad draudimo sutarties sąlyga, kuria remiasi draudikas, atsisakydamas pareiškėjui mokėti draudimo išmoką, buvo ne tik gramatiškai aiški, bet ir kad vartotojas turėjo galimybę priimti sprendimą dėl draudimo sutarties sudarymo, suprasdamas jam potencialiai reikšmingus draudimo sutartyje įtvirtintos garantijos padarinius.

Pareiškėjas nurodė, kad nėra jokių objektyvių duomenų, kad, pateikdamas prašymą taikyti papildomą kritinių ligų draudimo apsaugą, jis siekė tyčia nuslėpti draudimo rizikai įvertinti reikšmingas aplinkybes apie savo sveikatos būklę. Pareiškėjas pabrėžė, kad draudikui suteikė visą Lietuvos Respublikos civilinio kodekso (toliau – CK) 6. 993 straipsnio 1 dalyje nurodytą draudimo rizikai įvertinti reikšmingą ikisutartinę informaciją, apie kurią prieš sudarant draudimo sutartį buvo teirautasi. Be to, pareiškėjas nurodė, kad chirurginė operacija jam buvo atlikta netikėtai, įtarus apendicitą. Remdamasis nurodytomis aplinkybėmis, pareiškėjas Lietuvos banko prašė rekomenduoti draudikui pagal Papildomo kritinių ligų draudimo sąlygas pareiškėjui išmokėti draudimo išmoką dėl kritinės ligos – „kylančios storžarnės tumorą“.

Draudikas atsiliepiame dėl pareiškėjo kreipimesi nurodytų aplinkybių ir pateikto reikalavimo pagrįstumo nurodė, kad tarp pareiškėjo ir draudiko susiklosčiusius teisinius santykius reglamentuoja draudimo sutartis, kuri, remiantis CK 6.189 straipsniu, sutarties šalims turi įstatymo galią. Draudikas pabrėžė, kad Draudimo taisyklių 4.2.1 papunktyje įtvirtinta kritinės ligos pripažinimo draudžiamuoju įvykiu išimtį nustatanti draudimo sutarties sąlyga yra įprasta ir pagrįsta kritinių ligų draudimo sutarčių sąlyga, apsauganti draudikus nuo nesažiningų draudėjų, kurie, kilus įtarimų dėl sveikatos būklės, tikslingai siekia apsitrausti kritinių ligų draudimu. Atsižvelgiant į tai, kad, paprastai nuo pirmų ligos įtarimų iki paciento galutinio ištyrimo praeina nemažai laiko, draudimo rinkoje kritinės ligos pripažinimo draudžiamuoju įvykiu terminas nustatomas nuo 90 iki 180 draudimo sutarties galiojimo dienų. Draudiko teigimu, tarp pareiškėjo ir draudiko sudarytoje draudimo sutartyje nurodytas terminas, atsižvelgiant į draudimo rinkos praktiką, yra palankus pareiškėjui.

Draudikas nurodė, kad, nors pareiškėjas teigė, kad kritinės ligos diagnozavimo data laikytina 2016 m. liepos 3 d., t. y. Epikrizės surašymo data, tačiau nagrinėjamu atveju esminę reikšmę turi įrašo Epikrizėje turinys. Draudiko teigimu, Epikrizėje nurodyta, kad kritinės ligos diagnozavimo data yra 2016 m. birželio 22 d. Draudikas pabrėžė, kad Epikrizės surašymo data jokios teisinės reikšmės, nustatant įvykio, kuris gali būti pripažįstamas draudžiamuoju, datą, neturi, nes ji buvo surašyta 2016 m. liepos 1 d., prieš išleidžiant pareiškėją iš gydymo įstaigos.

Draudikas teigė, kad 2016 m. birželio 22 d. VšĮ Respublikinės Panevėžio liginės

parengtame Chirurginės operacijos protokole (toliau – Operacijos protokolas) įrašytas pagrindinis ligos kodas C18.2 patvirtina, kad jau operacijos dieną buvo atlikti pirminiai histologiniai tyrimai ir nustatyta ligos diagnozė. Draudiko manymu, Operacijos protokole nėra jokių įrašų, kurie patvirtintų pareiškėjo teiginius, kad jis buvo paguldytas į ligoninę dėl apendicito priepuolio ar operacijos. Operacijos protokole nurodyta indikacija – žarnų nepraeinamumas.

Draudikas nurodė, kad į Draudimo taisyklių 4.2.1 papunktyje nustatytą terminą taip pat nepatenka 2016 m. birželio 29 d., t. y. histologinio tyrimo atsakymo pateikimo data. Be to, draudikas, nesutikdamas su pareiškėjo kreipimesi nurodytomis aplinkybėmis, kad Patologijos tyrimų rezultatų aprašyme įrašyta diagnozė nesutampa su Epikrizėje nurodyta pagrindine diagnoze ir klinicine diagnoze, teigė, kad Patologijos tyrimų rezultatų aprašyme pateikiama klinikinė diagnozė pagal TLK-10-AM „C18.3 kepenų linkis“ yra nurodyta tik prie pirminio objekto aprašymo, o ne prie galutinių išvadų, kuriomis pareiškėjui diagnozuojama „storžarnės adenokarcinoma pT3 N1, G2“, priskirtina prie C18 kategorijos pagal tarptautinį ligų klasifikavimą. Draudikas nurodė, kad analogiška diagnozė, t. y. „C18.2 kylančioji gaubtinė žarna“, konstatuota ir Epikrizėje. Draudikas pabrėžė, kad pagal tarptautinį ligų klasifikavimą kodas C18 reiškia storosios (gaubtinės) žarnos naviką, o C18.2 yra papildomas kodas naviko vietai nurodyti – „kylanti gaubtinė žarna“. Draudiko teigimu, klinikinėje diagnozėje nurodyto auglio dydžio (pT2) skirtumas nuo patologiniame tyrime aprašyto dydžio (pT3) neturi jokios reikšmės kritinės ligos diagnozavimui.

Atsikirtimuose į pareiškėjo nurodytas aplinkybes dėl papildomo kritinių ligų draudimo apsaugos įsigaliojimo datos (2016 m. balandžio 1 d.) draudikas nurodė, kad draudėjas apie pageidaujamą draudimo sutarties sąlygų pakeitimą turi raštu informuoti draudiką ne vėliau kaip prieš 30 dienų iki pageidaujamo pakeitimo įsigaliojimo datos. Draudikas pabrėžė, kad draudimo sutarties pakeitimas buvo atliktas gerokai anksčiau, nei draudimo sutartyje numatytas 30 dienų terminas, nes pareiškėjo prašymas pakeisti draudimo sutartį draudikui buvo pateiktas 2016 m. kovo 7 d., o draudimo sutarties pakeitimai įsigaliojo 2016 m. balandžio 1 d. Draudiko teigimu, informacija apie draudimo sutarties pakeitimų įsigaliojimo datą buvo aiškiai nurodyta pareiškėjo pildytame prašyme pakeisti draudimo sutartį, taigi 2016 m. balandžio 1 d., t. y. papildomo kritinių ligų draudimo apsaugos įsigaliojimo data, buvo pažymėta individualiai draudimo sutarties šalių sutartose ir draudimo liudijime nurodytose draudimo sutarties sąlygose.

Draudikas teigia tinkamai vykdęs pareiškėjo nurodytoje Lietuvos Aukščiausiojo Teismo nutartyje, 2016 m. spalio 21 d. priimtoje civilinėje byloje Nr. 3K-3-424-701/2016, įtvirtintas pareigas, nes pareiškėjas žodžiu ir du kartus raštu buvo tinkamai, aiškiai ir suprantamai informuotas apie draudimo sutarties pakeitimo įsigaliojimų tvarką, todėl turėjo galimybę atsisakyti patvirtinti draudimo sutarties pakeitimų sąlygas, t. y. draudimo liudijime nurodytų duomenų teisingumo nepatvirtinti savo parašu, tačiau sąmoningai priėmė sprendimą dėl papildomo kritinių ligų draudimo sąlygų draudimo sutarčiai taikymo.

Paaiškinimuose dėl pareiškėjo nurodytos aplinkybės, kad prieš sudarydamas draudimo sutartį jis nesuteikė draudikui žinomai melagingos informacijos apie savo sveikatos būklę, draudikas teigė neginčijantis šių aplinkybių. Tačiau draudikas atkreipė dėmesį į tai, kad surinkti medicinos dokumentai patvirtina, jog pareiškėjas dėl sveikatos būklės 2016 m. vasario 25 d. buvo kreipęsis į medikus ir jam buvo atlikti kraujo ir ezofagogastroduodenoskopijos tyrimai. Remdamasis atsiliepime į pareiškėjo kreipimąsi nurodytomis aplinkybėmis, draudikas pabrėžė, kad priėmė pagrįstą sprendimą pagal draudimo sutarties sąlygas kritinės ligos „kylančios storžarnės tumoro“ nepripažinti draudžiamuoju įvykiu.

**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

nerieikia įrodinėti. Nagrinėdamas ginčą Lietuvos bankas atlieka pateiktų įrodymų vertinimą, kurio pagrindu priimamas sprendimas.

Atsižvelgiant į ginčo šalių nurodytas aplinkybes, darytina išvada, kad šalių ginčas kyla dėl garantuotų palūkanų draudimo sutarties pakeitimų, papildomai nustatant kritinių ligų draudimo sąlygas, įsigaliojimo ir privalomumo pareiškėjui, draudimo sutarties sąlygų, įtvirtinančių kritinės ligos diagnozavimo datos nustatymo nuostatas, taikymo ir draudiko įsipareigojimo pagal Papildomo kritinių ligų draudimo sąlygas išmokėti pareiškėjui draudimo išmoką dėl kritinės ligos „kylančios storžarnės tumoro“.

*Dėl Papildomo kritinių ligų draudimo sąlygų įsigaliojimo ir taikymo*

Vertinant pareiškėjo nurodytas aplinkybes dėl draudimo sutarties pakeitimo ir atsižvelgiant į jo teiginius, kad Draudimo taisyklių 4.2.1 papunkčio sąlyga, įtvirtinanti kirtinės ligos pripažinimo draudžiamuoju išimtį, nebuvo tinkamai atskleista, pažymėtina, kad standartinės sutarties sąlygos yra kitai šaliai privalomos, jeigu buvo sudaryta tinkama galimybė su tomis sąlygomis susipažinti (CK 6.185 straipsnio 2 dalis, 6.992 straipsnio 1 dalis). CK 6.992 straipsnio 2 dalis įpareigoja draudiką sudaryti sąlygas suinteresuotiems asmenims viešai susipažinti su draudimo rūšies taisyklėmis, o prieš sudarant draudimo sutartį – įteikti jų kopijas draudėjui. Lietuvos Respublikos draudimo įstatymo (toliau – Draudimo įstatymas) 92 straipsnio 2 dalyje įtvirtintas reikalavimas draudimo taisykles paskelbti draudimo įmonės interneto svetainėje.

Svarbu pažymėti, kad Garantuotų palūkanų gyvybės draudimo sutarties liudijime yra nurodyta, kad draudėjas, pasirašydamas draudimo liudijimą, patvirtina, kad jis turėjo pakankamai laiko išsamiai susipažinti su pateikta esmine informacija, susijusia su gyvybės draudimo sutarties sudarymu, vykdymu ir nutraukimu bei taikytinomis draudimo taisyklėmis, taip pat kad draudėjas su pirmiau nurodyta informacija ir su kitomis draudimo sutarties sąlygomis atsakingai ir išsamiai susipažino, jas suprato ir su jomis sutinka, jam buvo pateikti draudimo liudijimo priedai – t. y. Draudimo taisyklės.

Remiantis CK 6.156 straipsnyje įtvirtintu sutarties laisvės principu ir sutarties, kaip šalių susitarimo, samprata, sutarties šaliai gali būti privalomos tik tos sutarties sąlygos, su kuriomis ji sutiko, t. y. dėl kurių ji išreiškė savo valią. Pareiškėjas, pasirašydamas draudimo sutartį, išreiškė valią dėl Draudimo taisyklių sąlygų taikymo ir privalomumo ir sutiko su visomis standartinių draudimo sutarties sąlygų nuostatomis, tarp jų ir nuostatomis dėl kirtinės ligos pripažinimo draudžiamuoju įvykiu išimties. Atsižvelgiant į tai ir įvertinus aplinkybę, kad pareiškėjas draudimo sutarties sąlygų pagrindu siekia, kad jo reikalavimas būtų patenkintas, nėra pagrindo teigti, kad Draudimo taisyklių sąlygos pareiškėjui nėra privalomos ir neturi būti taikomos.

Vertinant pareiškėjo teiginius, kad draudikas nusprendė, kad draudimo sutarties pakeitimas, papildomai susitariant dėl kritinių ligų draudimo apsaugos, įsigaliojo būtent 2016 m. balandžio 1 d., siekdamas kaip galima labiau atitolinti kritinės ligos pripažinimo draudžiamuoju įvykiu datą, svarbu pažymėti, kad garantuotų palūkanų gyvybės draudimo sutarties pakeitimų tvarką reglamentuoja šiai sutarčiai taikomų Bendrųjų draudimo sąlygų (galioja nuo 2012 m. gruodžio 21 d.) (toliau – Bendrosios draudimo sąlygos) 13 punkto nuostatos. Bendrųjų draudimo sąlygų 13.1.1 papunktyje nustatyta, kad sutarties sąlygos gali būti pakeistos arba papildytos tik atskiru rašytiniu draudėjo ir draudiko susitarimu, jeigu kituose sutarties punktuose ar taikytinoje teisėje nenumatyta kitaip. Bendrųjų draudimo sąlygų 13.1.3 papunktyje įtvirtinta, kad apie pageidaujamą sutarties sąlygų pakeitimą draudėjas turi raštu informuoti draudiką ne vėliau kaip prieš 30 (trisdešimt) dienų iki norimo pakeitimo įsigaliojimo dienos, jeigu kitaip nenumatyta sutartyje, taikytinoje teisėje arba pagal pobūdį toks pranešimas įsigalioja nuo jo gavimo dienos, kito mėnesio pirmos dienos arba šalys susitaria kitaip.

Lietuvos bankui pateikti dokumentai patvirtina, kad pareiškėjas Prašymą pakeisti draudimo sutarties sąlygas (toliau – Prašymas) pateikė 2016 m. kovo 7 d. Prašymo pastabose buvo pažymėta, kad draudimo apsaugos dydžio, papildomo draudimo ir draudimo įmokų dydžio pakeitimai įsigalios nuo kito mėnesio 1 dienos. Pažymėtina, kad šių duomenų teisingumą pareiškėjas patvirtino savo parašu. Pareiškėjas, pasirašydamas draudimo liudijime, taip pat patvirtino sutikimą su draudimo apsaugos įsigaliojimo terminą nuo 2016 m. balandžio

1 d. nustatančiomis individualiomis draudimo sutarties sąlygomis. Svarbu pažymėti, kad draudimo sutartyje šalys nebuvo susitarusios dėl kitų, nei Bendrųjų draudimo sąlygų 13.1.3 papunktyje nustatytų, sąlygų. Atsižvelgiant į tai, kad garantuotų palūkanų gyvybės draudimo sutarties sąlygų pakeitimai buvo atlikti, nepraleidus Bendrųjų draudimo sąlygų 13.1.3 papunktyje nustatyto termino, nėra pagrindo teigti, kad draudikas, atlikdamas draudimo sutarties sąlygų pakeitimą, nesilakė draudimo sutarties šalių sutartų draudimo sutarties sąlygų.

Šiame kontekste papildomai pažymėtina, kad 2016 m. kovo 7 d. pareiškėjui pateikiant Prašymą ir 2016 m. kovo 16 d. išduodant draudimo liudijimą, pačiam pareiškėjui nebuvo žinoma, kad bus diagnozuota kritinė liga. Atsižvelgiant į tai, nėra pagrindo laikyti pagrįstais pareiškėjo teiginius, kad draudikas piktnaudžiavo savo teisėmis ir norėjo suklaidinti pareiškėją, nes nusprenė, kad draudimo sutarties pakeitimai įsigaliojo būtent 2016 m. balandžio 1 d.

*Dėl draudimo sutarties sąlygų, įtvirtinančių kritinės ligos diagnozavimo datos nustatymo nuostatas, taikymo ir kritinės ligos nepripažinimo draudžiamuoju įvykiu pagrįstumo*

Vertinant ginčo šalių argumentus nesutariant dėl draudiko sprendimo nemokėti draudimo išmokos dėl kritinės ligos „kylančios storžarnės tumoro“, pažymėtina, kad draudikas teigia, jog kritinės ligos diagnozavimo data yra laikytina 2016 m. birželio 22 d., t. y. pareiškėjui atliktos chirurginės operacijos data. Draudikas nuomone, Operacijos protokolo duomenys patvirtina, kad 2016 m. birželio 22 d. buvo atlikti pirminiai histologiniai tyrimai ir nustatyta kritinės ligos diagnozė. Draudikas pabrėžė, kad 2016 m. birželio 22 d., t. y. kritinės ligos diagnozavimo data, yra nurodyta Epikrizėje, be to, pats pareiškėjas prašyme išmokėti draudimo išmoką nurodė, kad kritinė liga buvo diagnozuota 2016 m. birželio 22 d. Pareiškėjas nesutinka su draudiko argumentais ir teigia, kad galutinė kritinės ligos diagnozė „kylančios storžarnės tumoras“ buvo nurodyta tik 2016 m. liepos 3 d. surašytoje Epikrizėje.

Atsižvelgiant į ginčo šalių paaiškinimus, pažymėtina, kad draudimo sutarties šalių santykius reglamentuoja draudimo sutartis, kuri, remiantis CK 6.189 straipsnio 1 dalies nuostatomis, jos šalims turi įstatymo galią. Taigi, sutarties šalių ginčo dėl sudarytos sutarties įsipareigojimų vykdymo atveju svarbu vadovautis šalių sutartomis sąlygomis ir įsipareigojimais, įtvirtintais sutartyje.

Draudimo taisyklių 7.3 papunktyje nustatyta, kad kritinės ligos faktą ir jos diagnozavimo datą nustato draudiko gydytojas ekspertas kompleksiskai įvertinęs visas aplinkybes, susijusias su įvykiu ir asmens sveikatos būkle, ir remdamasis Kritinių ligų sąrašo sąlygomis ir reikalavimais. Kritinių ligų sąrašo sąlygose nustatyta, kad kritine liga vėžiu laikytinas nekontroliuojamas piktybinių ląstelių augimas, plitimas ir invazija (įsiskverbimas) į audinius. Draudimo išmoka dėl šios kritinės ligos mokama tik esant nenuginčijamiems invazijos į audinius įrodymams ir kai ląstelių piktybiškumas patvirtintas histologiškai. Diagnozė turi būti patvirtinta onkologo. Draudimo taisyklių 4.2.1 papunktyje nurodyta, kad kritinė liga nelaikoma draudžiamuoju įvykiu, jei kritinė liga ar liga, sukėlusio kritinę ligą, diagnozuota praėjus mažiau nei 90 dienų nuo draudimo apsaugos įsigaliojimo dienos, kuri nurodyta draudimo liudijime. Remiantis Draudimo taisyklėms taikomų (Draudimo taisyklių 1.2 papunktis) Bendrųjų draudimo sąlygų (galioja nuo 2015 m. kovo 1 d.) 1.1.10 papunkčiu, pažymėtina, kad draudimo apsaugos galiojimo terminu laikytinas draudimo sutartyje nustatytas draudimo laikotarpis.

Sistemiškai aiškinant nurodytas draudimo sutarties sąlygas, darytina išvada, kad draudiko gydytojas ekspertas kritinės ligos vėžio diagnozavimo datą privalo nustatyti remdamasis medicinos dokumentuose įtvirtintais duomenimis apie ląstelių piktybiškumo patvirtinimą histologiškai ir gydytojo onkologo patvirtinimu, kad diagnozuotas vėžys. Jeigu, remiantis draudimo sutartyje įtvirtintomis kritinės ligos vėžio diagnozės patvirtinimo sąlygomis, šios kritinės ligos diagnozė nustatoma praėjus mažiau nei 90 dienų nuo draudimo sutartyje nurodyto draudimo laikotarpio pradžios, kritinė liga vėžys pripažįstama nedraudžiamuoju įvykiu.

Iš Lietuvos bankui pateiktų dokumentų nustatyta, kad 2016 m. birželio 22 d. pareiškėjas buvo paguldytas į VšĮ Respublikinės Panevėžio ligoninės Bendrosios ir abdominalinės chirurgijos skyrių ir jam buvo atlikta chirurginė operacija. Svarbu tai, kad Lietuvos bankui pateiktuose medicinos dokumentuose nebuvo nurodyta, kad pareiškėjui atliktos 2016 m. birželio

22 d. chirurginės operacijos priežastis buvo storosios (gaubtinės) žarnos piktybinio naviko pašalinimas. Epikrizėje ir Operacijos protokole nurodoma, kad indikacijos operacijai buvo žarnų nepraeinamumas ir pilvo skausmas.

Šiame kontekste svarbu pažymėti, kad draudikas nepagrįstai teigia, jog 2016 m. birželio 22 d. operacijos metu buvo atlikti histologiniai tyrimai, nes Patologijos tyrimų rezultatų aprašymo duomenys patvirtina, kad medžiaga histologiniam tyrimui atlikti buvo pateikta tik 2016 m. birželio 23 d. 2016 m. birželio 29 d. Patologijos tyrimų rezultatų aprašyme nurodyta, kad 2016 m. birželio 23 d. histologiniam tyrimui atlikti buvo pateikta „apie 26 cm ilgio plonžarnės dalis, akloji žarna su ~ 5,5 cm ilgio apendiksu ir apie 25 cm ilgio kylančios storžarnės dalis. Storžarnėje per 10 cm nuo rezekcijos galo apie 3 cm ilgio segmente cirkuliacinis iki 1 cm storio navikas, siaurinant spindį ir įtraukęs žarnos sienelę, inflituojantis visą raumeninį sluoksnį, pasaitų, serozos neperauga.“

Pažymėtina tai, kad, nors pareiškėjui atliktos chirurginės operacijos metu buvo pastebėtas ir histologiniam tyrimui pateiktas storžarnės navikas, tačiau draudimo sutarties sąlygose nėra numatyta, kad kritinei ligai vėžiui pripažinti draudžiamuoju įvykiu pakanka vien naviko nustatymo sąlygos. Kaip minėta, kritinės ligos vėžio diagnozė turi būti nustatyta ląstelių piktybiškumą patvirtinus histologiškai ir kai vėžio diagnozę patvirtinta gydytojas onkologas. Lietuvos bankui pateikti įrodymai paneigia draudiko nurodytas aplinkybes, kad 2016 m. birželio 22 d. pareiškėjui atliktos operacijos metu pareiškėjui įtartos ligos diagnozė buvo patvirtinta histologiškai. Be to, Lietuvos bankui pateikti įrodymai negali pagrįsti, kad 2016 m. birželio 22 d. operacijos metu pareiškėjo diagnozė buvo patvirtinta gydytojo onkologo. Atsižvelgiant į tai, darytina išvada, kad draudiko argumentai, kad pareiškėjo kritinės ligos diagnozavimo data laikytina 2016 m. birželio 22 d., t. y. pareiškėjui atliktos operacijos data, prieštarauja draudimo sutarties šalių nustatytiems draudimo sutarties sąlygoms.

Vadovaujantis CK 6.59 straipsniu, šaliai draudžiama vienašališkai atsisakyti vykdyti prievolę ar vienašališkai pakeisti jos vykdymo sąlygas, todėl sutarties sąlygų išaiškinimas tokia linkme, kai pakeičiami draudimo įmonės išankstiniai, sutartyje numatyti įsipareigojimai, reiškia principinio šalių susitarimo bei sąžiningo sutarčių vykdymo principo (CK 6.158 straipsnis) nesilaikymą. Remiantis nurodytomis aplinkybėmis, darytina išvada, kad draudiko sprendimas kritinės ligos diagnozavimo data pripažinti 2016 m. birželio 22 d., t. y. storžarnės naviko nustatymo datą, ląstelių piktybiškumo nepatvirtinus histologiškai ir gydytojui onkologui nepateikus galutinės išvados dėl kritinės ligos vėžio diagnozės, yra nepagrįstas.

Atsižvelgiant į Lietuvos bankui pateikto Patologijos tyrimų rezultatų aprašymo duomenis, pažymėtina, kad šiame dokumente histologinio tyrimo atsakymo data nurodyta 2016 m. birželio 29 d. Patologijos tyrimų rezultatų aprašyme po atlikto histologinio tyrimo nurodyta klinikinė diagnozė „storžarnės hepatinio linkio ca, TLK-10-AM C18.3 Kepenų linkis. Išvada/ diagnozė – storžarnės adenokarcinoma pT3 N1, G2. Pašalinimas radikalus“. Svarbu pažymėti, kad Patologijos tyrimų rezultatų aprašyme atlikto histologinio tyrimo duomenys yra patvirtinti gydytojo patologo K. Š. parašu.

Kadangi, pagal draudimo sutarties šalių sutartas draudimo sutarties sąlygas, ląstelių piktybiškumo patvirtinimas histologiškai yra tik viena iš kritinės ligos vėžio diagnozavimo sąlygų, o kita būtina sąlyga – gydytojo onkologo patvirtinimas, 2016 m. birželio 29 d. gydytojo patologo histologinio tyrimo atsakymo pagrindu parengta išvada nepripažintina kritinės ligos vėžio diagnozavimu pagal draudimo sutarties šalių nustatytas šios ligos diagnozavimo sąlygas. Atsižvelgiant į tai, darytina išvada, kad pareiškėjo kritinės ligos diagnozavimo data taip pat nelaikytina 2016 m. birželio 29 d., t. y. histologinio tyrimo atsakymo gavimo data.

Atsižvelgiant į pareiškėjo teiginius, kad galutinė jam nustatytos kritinės ligos diagnozė buvo nurodyta tik 2017 m. liepos 3 d. surašytoje Epikrizėje, pažymėtina, kad Epikrizėje nurodoma pagrindinė diagnozė „C18 kylančioji gaubtinė žarna“ ir klinikinė diagnozė „kylančiosios storžarnės tumoras pT2, N1, G2, III B stadija“. Epikrizės duomenys pagrindžia, kad, be histologinio tyrimo, pareiškėjui buvo atlikti ir kiti medicinos tyrimai: 2016 m. birželio 22 d. atlikti laboratoriniai kraujo ir šlapimo tyrimai, 2016 m. birželio 28 d. – krūtinės ląstos

rentgenologinis tyrimas ir kt.

Nors Draudimo įstatymo 98 straipsnio 7 dalis įpareigoja draudiką įrodyti aplinkybes, atleidžiančias jį nuo draudimo išmokos mokėjimo, tačiau draudikas nepateikė jokių atsikirtimų dėl pareiškėjo kreipimesi nurodytų aplinkybių, kad, be histologinio tyrimo, jam buvo atlikti ir kiti papildomi tyrimai, kurie buvo reikšmingi galutinei, Epikrizėje nurodytai diagnozei nustatyti. Civilinėje teisėje faktų įrodomumo problema sprendžiama remiantis tikimybių pusiausvyros principu, t. y. faktas gali būti pripažintas įrodytu, jei šalies, kuri juo remiasi, pateikti įrodymai leidžia daryti labiau tikėtiną išvadą, kad jis yra, nei kad jo nėra (Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2008 m. rugpjūčio 25 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-304/2008; 2008 m. kovo 26 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-187/2008; 2004 m. spalio 4 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-513/2004). Lietuvos bankui pateikti įrodymai suteikia pagrindą konstatuoti, kad 2016 m. liepos 3 d. Epikrizėje gydytojų A. B. ir V. M. nurodyta galutinė diagnozė, kurioje pažymėta naviko lokalizacija pagal TLK – 10–AM ir pateikiami galutiniai duomenys pagal klinikinę tarptautinę navikų klasifikaciją, buvo nustatyta, kai buvo atlikti ir įvertinti visi gaubtinės žarnos piktybinio naviko galutinei diagnozei nustatyti reikalingi medicinos tyrimai ir praėjus ne mažiau kaip 90 dienų nuo papildomo kritinių ligų draudimo apsaugos įsigaliojimo, nes vien tik patologinio tyrimo rezultatai buvo gauti 2016 m. birželio 29 d., t. y. 90-tą draudimo sutarties galiojimo dieną.

Atsižvelgiant į CK 6. 993 straipsnio 1 dalyje nurodytą draudėjo pareigą prieš draudimo sutarties sudarymą draudikui suteikti visą žinomą informaciją apie draudimo rizikos įvertinimui reikšmingas aplinkybes, pažymėtina, kad draudikas sprendimą nemokėti draudimo išmokos priėmė vadovaudamasis Draudimo taisyklių 4.2.1 papunktyje įtvirtintomis įvykio pripažinimo nedraudžiamuoju sąlygomis, o ne, remdamasis ikisutartinės informacijos neatskleidimo aplinkybėmis, todėl jos nagrinėjamo ginčo atveju nėra teisiškai reikšmingos ir Lietuvos bankas dėl jų plačiau nepasisako.

Apibendrinant Lietuvos banko nustatytas aplinkybes, darytina išvada, kad draudikas nepagrįstai Draudimo taisyklių 4.2.1 papunkčio pagrindu atsisakė pareiškėjui mokėti draudimo išmoką dėl kritinės ligos vėžio. Kadangi nėra šalių ginčo dėl to, kad pareiškėjui diagnozuota kritinė liga „kylančios storžarnos tumoras“ priskirtina prie Draudimo taisyklėse nurodytų draudimo išmokos mokėjimo išimčių, darytina išvada, kad draudikui pagal Papildomo kritinių ligų draudimo sąlygas kyla pareiga išmokėti pareiškėjui draudimo išmoką dėl draudžiamąjo įvykio – kritinės ligos vėžio.

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 ir šiuo nutarimu patvirtintų Vartotojų ir finansų rinkos dalyvių ginčų neteisminio sprendimo procedūros Lietuvos banke taisyklių 59.1 papunkčiu, n u s p r e n d ž i u:

1. Patenkinti pareiškėjo M. K. reikalavimą ir rekomenduoti draudikui pagal Papildomo kritinių ligų draudimo sąlygas išmokėti pareiškėjui draudimo išmoką dėl kritinės ligos vėžio.

2. Įpareigoti draudiką per mėnesį nuo šio sprendimo priėmimo dienos raštu informuoti Lietuvos banką apie šio sprendimo rezoliucinės dalies 1-ame punkte nurodytos rekomendacijos įgyvendinimą (neįgyvendinimą). Draudikui neįvykdžius minėtos rekomendacijos, apie tai bus paskelbta Lietuvos Respublikos teisės aktų nustatyta tvarka.

Šis sprendimas, vadovaujantis Vartotojų teisių apsaugos įstatymo 29 straipsnio 3 dalimi, per 7 dienas nuo sprendimo įteikimo dienos gali būti skundžiamas bendrosios kompetencijos teismui teisės aktų nustatyta tvarka.

Direktorius

Mindaugas Šalčius