



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

**SPRENDIMAS
DĖL I. P. IR ERGO LIFE INSURANCE SE GINČO NAGRINĖJIMO**

2018 m. lapkričio 28 d. Nr. 242-517

Vilnius

Lietuvos bankas gavo I. P. (toliau – pareiškėja) kreipimąsi, kuriuo pareiškėja prašė išnagrinėti tarp jos ir *ERGO Life Insurance SE* (toliau – draudikas) kilusį ginčą.

N u s t a t y t a:

Tarp L. P. (toliau – draudėjas ir apdraustasis) ir draudiko buvo sudaryta Būsto paskolos gavėjo investicinio gyvybės draudimo sutartis (draudimo liudijimo Nr. (*duomenys neskelbtini*)) (toliau – Draudimo sutartis), draudimo laikotarpis nuo 2011 m. liepos 30 d. iki 2036 m. birželio 30 d. Draudimo liudijime nurodyta, kad apdraustasis yra draudėjas ir jis bus naudos gavėjas Draudimo sutarties termino pabaigoje. Draudimo liudijime nurodyta, kad mirus apdraustajam negražintos paskolos dalies neatšaukiamas naudos gavėjas yra *Luminor Bank AB* (buvęs AB DNB bankas) (toliau – Bankas) (išmokos dalis – 100 proc.), likusios išmokos dalies naudos gavėja – pareiškėja.

2017 m. gruodžio 12 d. pareiškėja draudikui pateikė pranešimą, kad apdraustasis 2017 m. lapkričio 20 d. mirė Danijos Karalystėje (toliau – Įvykis). Pranešime nurodyta, kad „mirties priežastis neįvardinta, tačiau paskambino iš įmonės ir pasakė, kad širdis.“ Iš draudiko surinktų medicinos dokumentų, nustatyta, kad apdraustojo mirties priežastis buvo ūmus širdies veiklos sutrikimas.

Draudikas iš Banko gavo informaciją, kad paskolos likutis Įvykio dieną buvo 11 602,35 Eur. Draudikas, vadovaudamasis Draudimo sutarčiai taikomų Būsto paskolos gavėjo investicinio gyvybės draudimo taisyklių Nr. 019 (galioja nuo 2011 m. sausio 3 d.) (toliau – Taisyklės) 6.6 papunkčiu, suteikiančiu draudikui teisę nemokėti draudimo išmokos arba ją sumažinti, jei draudėjas prieš draudimo sutarties sudarymą dėl neatsargumo neatskleidė draudimo rizikai įvertinti reikšmingos informacijos, naudos gavėjui Bankui išmokėjo sumažintą 3 971,57 Eur draudimo išmoką. Draudikas savo sprendimą grindė nustatytomis aplinkybėmis, kad draudėjas dar iki sudarant Draudimo sutartį buvo konsultuotas kardiologo ir jam buvo nustatytas padidėjęs kraujospūdis, draudėjui buvo atliktas kardiologinis tyrimas ir patvirtinta širdies bei kraujagyslių ligų diagnozė, tačiau apie suteiktas medikų konsultacijas, atliktus diagnostinius tyrimus ir skirtą medikamentinį gydymą draudėjas draudiko neinformavo – prieš sudarant Draudimo sutartį pildytoje Apdraustojo sveikatos anketoje (toliau – Anketa) minėtų duomenų nenurodė.

Pareiškėja, nesutikdama su draudiko išmokėtos draudimo išmokos dydžiu, kreipėsi dėl vartojimo ginčo nagrinėjimo nurodė, kad draudėjo „apsilankymas pas gydytojus dėl kardiologo konsultacijos buvo vienkartinis“ ir kad draudėjas 5 metus iki Draudimo sutarties sudarymo nebuvo vartojęs jokių vaistų ir jam pakartotinai nebuvo atliekami jokie medicinos tyrimai. Remdamasi nurodytomis aplinkybėmis, pareiškėja Lietuvos banko prašė pripažinti, kad draudiko sprendimas sumažinti draudimo išmoką yra nepagrįstas.

Atsiliepime į pareiškėjos kreipimąsi draudikas nurodė nustatęs, kad draudėjas prieš sudarydamas Draudimo sutartį draudikui neatskleidė draudimo rizikai įvertinti reikšmingų

aplinkybių apie diagnozuotus susirgimus (širdies ir kraujagyslių sistemos patologiją), kurie buvo draudėjo mirties priežastis. Draudikas pabrėžė, kad pareiškėjos kreipimesi nurodytos aplinkybės, kad draudėjas neatliko papildomų medicinos tyrimų ir draudėjui diagnozuotos ligos nebuvo gydomos, „nėra lengvinanti aplinkybė, kaip suponuojama kreipimesi, tačiau priešingai – vertintina kaip sąmoninga savo sveikatos būklės nepriežiūra.“ Atsižvelgdamas į tai, draudikas mano, kad pareiškėjos reikalavimas išmokėti nesumažintą draudimo išmoką yra nepagrįstas.

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. Nagrinėdamas ginčą Lietuvos bankas atlieka pateiktų įrodymų vertinimą ir jo pagrindu priimamas sprendimas.

Remiantis Lietuvos bankui ginčo šalių pateiktais dokumentais ir paaiškinimais, nustatyta, kad šalių ginčas kilo dėl draudiko sprendimo naudos gavėjui išmokėti 3 971,57 Eur dydžio draudimo išmoką.

Atsižvelgiant į ginčo šalių nurodytas aplinkybes dėl draudėjo pareigos draudikui suteikti draudimo rizikai įvertinti reikšmingą ikisutartinę informaciją vykdymo tinkamumo, pažymėtina, kad draudėjo pareiga atskleisti informaciją draudikui apie aplinkybes, galinčias turėti esminę įtaką draudžiamąjį įvykių atsitikimo tikimybei ir šio įvykių galimų nuostolių dydžiui, reglamentuojama Lietuvos Respublikos civilinio kodekso (toliau – CK) 6.993 straipsnyje. Šio straipsnio 1 dalyje nustatyta, kad, prieš sudarant draudimo sutartį, draudėjas privalo suteikti draudikui visą žinomą informaciją apie aplinkybes, galinčias turėti esminę įtaką draudžiamąjį įvykių atsitikimo tikimybei ir šio įvykių galimų nuostolių dydžiui (draudimo rizikai), jeigu tos aplinkybės nėra ir neturi būti žinomos draudikui. CK 6.993 straipsnio 2 dalyje esminėmis aplinkybėmis, apie kurias sudarydamas draudimo sutartį draudėjas privalo informuoti draudiką, pripažįstamos aplinkybės, nurodytos standartiniuose draudimo sutarties sąlygose (draudimo rūšies taisyklėse), taip pat aplinkybės, apie kurias draudikas raštu prašė draudėjo suteikti informaciją. Atskleidimo pareigos nevykdymo teisinės pasekmės draudimo išmokai ir draudimo sutarties galiojimui skirstomos atsižvelgiant į draudėjo kaltę: tyčią, neatsargumą ir informacijos neatskleidimą nesant draudėjo kaltės.

Jeigu informacija neatskleidžiama tyčia, turint tikslą sąmoningai suklaidinti draudiką, tai draudikas turi teisę reikalauti draudimo sutartį pripažinti negaliojančia nuo sudarymo dienos, išskyrus atvejus, kai neatskleistos aplinkybės išnyko iki draudžiamąjį įvykių arba jam atsirasti neturėjo įtakos (CK 6.993 straipsnio 4 dalis). Šio straipsnio prasme melagingos informacijos teikimas žinant, kad ji melaginga, reiškia tyčinį draudėjo veiksma, nes jis atskleidžia melagingą informaciją žinodamas, kad ji melaginga, arba tikrąją teisingą informaciją nuslepia, sudarydamas apgaulingą vaizdą draudikui apie draudimo riziką ir draudžiamąjį įvykių atsiradimo tikimybę. Jeigu draudėjas neatskleidžia informacijos neketindamas sąmoningai suklaidinti draudiko ar iš to gauti naudos, toks informacijos neatskleidimas prilygintinas neatsargiam informacijos neatskleidimui.

Remiantis CK 6.993 straipsnio 6 ir 7 dalimis, draudėjui dėl neatsargumo neatskleidus ikisutartinės informacijos, draudikas turi teisę įvykius draudžiamajam įvykiui sumažinti draudimo išmoką tokia santykinė dalimi, kuria draudimo įmoka būtų padidinta, jeigu draudikas būtų žinojęs dėl neatsargumo neatskleistas aplinkybes, arba atsisakyti ją išmokėti įrodęs, kad nė vienas draudikas, žinodamas aplinkybes, kurių draudėjas nenurodė dėl neatsargumo, nebūtų sudaręs draudimo sutarties.

Pagal CK 6.990 straipsnio 1 dalį, draudimo sutartis sudaroma draudikui akceptuojant draudėjo pasiūlymą (prašymą), pateiktą draudikui, arba draudėjui akceptuojant draudiko pasiūlymą sudaryti sutartį. Draudimo taisyklėse nustatytais atvejais draudėjo prašymas turi būti rašytinis, o rašytinio prašymo formą ir turinį tokiu atveju nustato draudikas. Tokiais atvejais, kai

draudimo sutartis sudaroma esant rašytiniam draudėjo prašymui, kurį akceptuoja draudikas, draudėjo atsakomybė už prašyme pateiktų duomenų teisingumą įtvirtinta taip pat ir CK 6.990 straipsnio 2 dalyje, pagal kurią draudėjas atsako už pasiūlyme (prašyme) pateiktų duomenų teisingumą, o sudarius draudimo sutartį, rašytinis draudėjo prašymas tampa sudėtine draudimo sutarties dalimi.

Remiantis Lietuvos bankui pateiktais faktiniais duomenimis, nustatyta, kad Draudimo sutartis buvo sudaryta draudikui akceptuojant 2011 m. liepos 29 d. draudėjo užpildytą Prašymą sudaryti draudimo sutartį. Kartu su šiuo prašymu buvo pildoma Anketa, kurioje draudėjui buvo pateikti draudiko suformuluoti draudimo rizikai įvertinti reikšmingi klausimai. Anketoje draudėjo buvo teirautasi: „Ar per paskutinius 5 metus buvote gydytas arba tirtas dėl kokios nors ligos? Ar esate gydomas dabar? Ar per paskutinius 5 metus Jums buvo reikalingas ilgesnis nei 4 savaitių gydymas arba buvo atliekami pakartotiniai tyrimai. Ar per paskutinius 5 metus nuolat vartojote arba dabar vartojate vaistus? Jeigu TAIP, prašome nurodyti vaistų pavadinimą, ligą, dėl kurios buvo skirtas gydymas, kaip ilgai ir kaip dažnai reikalingas gydymas, gydytojo, paskyrusio gydymą, pavardę ir gydymo įstaigą. Ar per paskutinius 5 metus buvo atliktas rentgenologinis tyrimas, elektrokardiograma, kompiuterinė tomograma, magnetinio rezonanso, kraujo, šlapimo ar kiti diagnostiniai tyrimai, kurių rezultatai rodė pakitimus (nukrypimus nuo normos).“ Draudėjas į šiuos klausimus atsakė neigiamai.

Iš surinktų medicinos dokumentų draudikas nustatė, kad draudėjas 2010 m. gegužės 17–18 d. buvo konsultuotas kardiologo, jam buvo nustatytas iki 180/100 mmHG padidėjęs kraujospūdis. Draudėjui buvo atliktas išsamus kardiologinis tyrimas, ultragarsinio širdies tyrimo metu nustatyta „sutrikusi kairiojo skilvelio diastolinė funkcija, II laipsnio mitralinio vožtuvo nesandarumas“. Draudėjui atliktų tyrimų pagrindu buvo patvirtinta diagnozė – „antro laipsnio pirminė arterinė hipertenzija su hipertenzine kardiopatija“ ir skirtas medikamentinis gydymas. Darytina išvada, kad draudėjas žinojo arba turėjo galimybę žinoti ir galėjo suprasti, kad serga širdies ligomis, nes kreipėsi į gydytojus ir skundėsi dėl negalavimų, susijusių su širdies ligomis. Taigi informaciją apie atliktus tyrimus ir skirtą gydymą pareiškėjas turėjo nurodyti pildydamas Anketą. Remiantis nurodytomis aplinkybėmis, darytina išvada, kad atsakydamas į Anketos klausimus pareiškėjas turėjo draudiką informuoti apie atliktus medicinos tyrimus ir reikalingą širdies ligų gydymą, tačiau to aplaidžiai nepadarė.

Svarbu pažymėti, kad Anketoje draudėjo nurodytų duomenų teisingumas buvo patvirtintas paties draudėjo parašu. Asmuo, pasirašantis tam tikrą dokumentą, prisiima atsakomybę už jam pateiktą informaciją ar prisiimamus įsipareigojimus. Kiekvienas apdairus, atidus ir rūpestingas žmogus turėtų, prieš pasirašydamas bet kokį dokumentą, turi susipažinti su pasirašomo dokumento turiniu. To nepadaręs, asmuo veikia savo rizika. Nagrinėjamu atveju draudėjo elgesys (neinformavo draudiko apie atliktus medicinos tyrimus ir reikalingą širdies ligų gydymą) vertintinas kaip neatsargus.

Lietuvos bankui įvertinus pateiktus dokumentus ir paaiškinimus, darytina išvada, kad pateikti įrodymai patvirtina, jog draudėjas prieš sudarydamas draudimo sutartį dėl neatsargumo nesuteikė draudikui visos žinomos informacijos apie esmines aplinkybes, apie kurias raštu buvo teirautasi, ir minėta sutartis buvo sudaryta, draudikui tinkamai neįvertinus draudimo sutartimi prisiimamos rizikos (aplinkybių, galinčių turėti esminės įtakos draudžiamąjį įvykio atsitikimo tikimybei ir šio įvykio galimų nuostolių dydžiui). Atsižvelgiant į tai ir įvertinus aplinkybę, kad draudžiamąjį įvykio – draudėjo mirties – priežastis buvo širdies liga, apie kuriai nustatyti atliktus tyrimus, šios ligos diagnozavimą ir skirtą gydymą draudėjas draudikui nesuteikė ikisutartinės informacijos, darytina išvada, kad draudikas, remdamasis Taisyklių 6.6 papunktyje įtvirtinta draudiko teisės dėl neatskleistos draudimo rizikai įvertinti reikšmingos informacijos sumažinti draudimo išmoką sąlyga, turėjo pagrindą sumažinti naudos gavėjui mokėtiną draudimo išmoką.

Vertinant draudimo išmokos sumažinimo pagrįstumą, svarbi CK 6.993 straipsnio 6 dalis: jeigu draudėjas dėl neatsargumo nepateikė draudimo rizikai įvertinti reikšmingos ikisutartinės informacijos, įvykus draudžiamajam įvykiui draudikas privalo išmokėti draudimo išmokos, kuri

būtų mokama draudėjui įvykdžius ikisutartinės informacijos atskleidimo pareigą, dalį, proporcingą sutartos draudimo įmokos ir draudimo įmokos, kuri būtų nustatyta draudėjui, jeigu jis būtų įvykęs ikisutartinės informacijos atskleidimo pareigą, santykiui.

Draudimo išmokos, mokamos apdraustajam mirus, nustatymo ir mokėjimo sąlygos pateiktos Taisyklėse. Taisyklių 16.10 papunktyje nustatyta, kad apdraustojo mirties atveju mokėtinos draudimo išmokos suma yra lygi faktinei negrąžintos apdraustos paskolos sumai, tenkančiai apdraustajam pranešimo apie apdraustojo mirtį pateikimo draudikui dieną. Jeigu sukaupto kapitalo suma yra didesnė už faktiškai negrąžintos būsto paskolos sumą, taikomą skaičiuojant draudimo išmoką, likusioji draudimo išmokos dalis vienkartinė išmoka išmokama naudos gavėjui, nurodytam draudimo liudijime.

Remiantis Lietuvos bankui pateiktais dokumentais, nustatyta, kad 2017 m. gruodžio 12 d., t. y. pranešimo apie apdraustojo mirtį dieną, faktinė negrąžintos apdraustos paskolos suma buvo 11 559,60 Eur. 2017 m. gruodžio 12 d. pagal Draudimo sutartį sukauptas investicinių vienetų kapitalas buvo 1 208,37 Eur.

Paaškinimuose dėl pagal Draudimo sutarties sąlygas apskaičiuotos draudimo išmokos, mokamos apdraustojo mirties atveju, sumažinimo draudikas nurodė, kad „vertinant gyvybės draudimo riziką – bazinė (normali) rizika yra 100 proc. Vadovaujantis perdraudimo kompanijos *Munich Re* rizikų vertinimo sistema apdraustajam pagal nurodytus ūgio, svorio, arterinio kraujospūdžio bei širdies ligų rodiklius draudimo rizika kyla 275 proc. ir sudaro 375 proc., t. y. draudimo rizika konkrečiam gyvybės rizikos produktui padidėja 3,75 karto (=3,7461), lyginant su to paties amžiaus, lyties asmeniu neturintiu aukščiau minėtų sveikatos problemų.“ Atsižvelgdamas į tai ir vadovaudamasis CK 6.993 straipsnio 6 dalyje įtvirtinta proporcingosios draudimo išmokos taisykle, draudikas nurodė, kad faktinei negrąžintos apdraustos paskolos sumai (11 559,60 Eur) prilyginta draudimo išmoka apdraustojo mirties atveju yra mažintina 3,75 karto. Remdamasis nurodytomis aplinkybėmis, draudikas pabrėžė, kad 3,75 karto sumažinta pagal Taisyklių 16.10 papunktį apskaičiuota 11 559,60 Eur draudimo išmoka yra 3 085,77 Eur ir ši draudimo išmokos suma dėl įvykio turėjo būti išmokėta naudos gavėjui – Bankui. Tačiau draudikas, įvertinęs „ilgalaikę draudimo sutartį ir apdraustojo turto paveldėtojams liekančią finansinę našta draudimo bendrovėje“, priėmė sprendimą išmokėti ir dalį sukaupto investicinių vienetų kapitalo sumos. Atsižvelgiant į tai, Bankui išmokėta draudimo išmoka sudarė 3 971,57 Eur.

Kadangi sukaupto kapitalo suma nebuvo didesnė už faktiškai negrąžintos būsto paskolos sumą, taikomą apskaičiuojant draudimo išmoką, mokamą apdraustojo mirties atveju, pagal Taisyklių 16.10 papunkčio nuostatas turėjo būti išmokėta faktinei negrąžintos apdraustos paskolos sumai, tenkančiai apdraustajam pranešimo apie apdraustojo mirtį pateikimo draudikui dieną (kuri sudarė 11 559,60 Eur), prilyginta draudimo išmoka dėl apdraustojo mirties. Kadangi Lietuvos bankui ginčo šalių pateikti dokumentai ir paaiškinimai patvirtina, kad draudikas, remdamasis Taisyklių 6.6 papunkčiu ir CK 6.993 straipsnio 6 dalimi, turėjo pagrindą sumažinti draudimo išmoką, taip pat atsižvelgiant į tai, kad draudikas pagrindė neatskleistos ikisutartinės informacijos įtaką draudimo įmokos, mokamos už Draudimo sutartimi teikiamą gyvybės draudimo riziką, dydžiui, darytina išvada, kad draudikas pagrįstai 11 559,60 Eur draudimo išmoką sumažino 3,75 karto. Svarbu pažymėti, kad nurodytas draudimo išmokos dydžio sumažinimas neprieštarauja CK 6.993 straipsnio 6 dalyje įtvirtintoms proporcingosios draudimo išmokos mokėjimo nuostatomis. Atsižvelgiant į tai, kad draudikas naudos gavėjui išmokėjo ne tik sumažintą draudimo išmoką, pagal Draudimo sutarties sąlygas mokamą apdraustojo mirties atveju, tačiau taip pat išmokėjo ir didžiąją dalį pagal Draudimo sutartį sukaupto investicinių vienetų kapitalo sumos, darytina išvada, kad draudikui nekyla pareiga pareiškėjai mokėti papildomą draudimo išmoką dėl įvykio. Įvertinus turimą informaciją, galima konstatuoti, kad draudiko sprendimas dėl draudimo išmokos dydžio sumažinimo yra pagrįstas Draudimo sutarties ir teisės aktų nuostatomis, o pareiškėjos reikalavimas dėl papildomos draudimo išmokos mokėjimo yra atmestinas.

Remdamasis tuo, kas išdėstyta, ir vadovaudamasis Lietuvos Respublikos 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 I. P. reikalavimą.

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.

Reguliuojamos rinkos priežiūros skyriaus
viršininkas, pavaduojantis Finansinių paslaugų
ir rinkų priežiūros departamento direktorių

Vaidas Cibas