



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

**SPRENDIMAS
DĖL D. R., E. S. IR COMPENSA LIFE VIENNA INSURANCE GROUP SE GINČO
NAGRINĖJIMO**

2019 m. rugpjūčio 28 d. Nr. 242-340
Vilnius

Lietuvos bankas gavo J. R. (pradinė pareiškėja, toliau – pirmoji pareiškėja) atstovo advokato A. K. (toliau – atstovas, advokatas) kreipimąsi, kuriuo prašoma išnagrinėti tarp pirmosios pareiškėjos 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:

Pirmoji pareiškėja ir draudikas sudarė Garantuotų palūkanų gyvybės draudimo sutartį bei susitarimą dėl papildomo kritinių ligų draudimo (draudimo liudijimas Nr. (*duomenys neskelbiami*)) (toliau bendrai – Sutartis), apdraustoji – pirmoji pareiškėja, draudimo laikotarpis - nuo 2017 m. gegužės 25 d. iki 2039 m. gruodžio 31 d., papildomo kritinių ligų draudimo laikotarpis – nuo 2017 m. gegužės 25 d. iki 2035 m. sausio 31 d. Papildomo kritinių ligų draudimo suma – 24 000 Eur.

2018 m. vasario 1 d. pirmoji pareiškėja draudikui pateikė prašymą išmokėti draudimo išmoką dėl pirmajai pareiškėjai nustatytos kritinės ligos - išplitusio piktybinio kairės krūties naviko. 2018 m. liepos 19 d. draudikas atsisakė išmokėti draudimo išmoką pirmajai pareiškėjai ir pateikė pasiūlymą pakeisti Sutarties sąlygas. 2018 m. rugsėjo 11 d. atstovas draudiko paprašė pateikti visą turimą informaciją, susijusią su Sutarties sudarymu, įskaitant draudimo liudijimą ir pirmosios pareiškėjos prašymą sudaryti Sutartį, bei pratęsti terminą pateikti atsakymą dėl Sutarties sąlygų pakeitimo iki 2018 m. spalio 19 d. 2018 m. rugsėjo 12 d. draudikas atstovą informavo, kad jo pateikti atstovavimo dokumentai nėra tinkami, nurodė, kad prašoma informacija bus pateikta, jei advokatas pateiks pačios pirmosios pareiškėjos arba tinkamai jos įgalioto asmens pasirašytą teisinių paslaugų sutartį, kuria advokatui yra suteikiama teisė atstovauti pirmajai pareiškėjai santykiuose su draudimo bendrovėmis pirmosios pareiškėjos sudarytų draudimo sutarčių vykdymo klausimais, susipažinti su informacija apie pirmąją pareiškėją, įskaitant jautrius asmens duomenis apie sveikatos būklę. Draudikas atsisakė pratęsti teisės aktuose nustatytą dviejų mėnesių terminą pirmosios pareiškėjos atsakymui dėl Sutarties sąlygų pakeitimo pateikti.

2018 m. rugsėjo 13 d. atstovas pakartotinai paprašė draudiko pateikti visą turimą informaciją, susijusią su Sutarties sudarymu, bei iki 2018 m. spalio 19 d. pratęsti terminą atsakymui dėl Sutarties sąlygų pakeitimo pateikti ir pateikė su pirmąja pareiškėja sudarytos teisinių paslaugų sutarties išrašą. 2018 m. rugsėjo 18 d. draudikas atstovą informavo, kad pateiktuose atstovavimo dokumentuose neįtvirtinta advokato teisė atstovauti pirmajai pareiškėjai santykiuose su draudikais bei susipažinti su jos sudarytomis draudimo sutartimis ir informacija, taip pat ir jautriais asmens duomenimis. Draudikas nurodė, kad dar sudarant Sutartį pirmoji pareiškėja gavo visus atstovo prašytus dokumentus, šių dokumentų kopijas draudikas nedelsdamas galės pateikti advokatui, kai tik gaus tinkamus atstovavimo dokumentus. Draudikas pakartotinai atsisakė pratęsti dviejų mėnesių terminą pirmosios pareiškėjos atsakymui dėl Sutarties sąlygų pakeitimo pateikti. Per nustatytą terminą pirmajai pareiškėjai nepateikus sutikimo pakeisti Sutarties sąlygas, draudikas 2018 m. spalio 3 d. pirmąją pareiškėją informavo apie Sutarties nutraukimą.

2018 m. spalio 19 d. atstovas draudiko paprašė pateikti turimą informaciją apie pirmąją pareiškėją, pripažinti Sutarties nutraukimą neteisėtu ir išmokėti pirmajai pareiškėjai

draudimo išmoką už nustatytą vėžinį susirgimą. 2018 m. lapkričio 12 d. atstovas draudikui pateikė patikslinto atstovavimo dokumento išrašą, o draudikas pateikė advokatui atsiliepiamą į kreipimąsi, kuriuo atsisakė tenkinti pirmosios pareiškėjos reikalavimus, išskyrus reikalavimą pateikti informaciją. Kadangi pirmoji pareiškėja nesutiko su draudiko sprendimu, atstovas kreipėsi į Lietuvos banką.

Atstovas nurodė, kad 2017 m. gegužės 16 d. užpildytose Apdraustojų anketoje ir Kliento poreikių anketoje (toliau kartu – Anketos) pirmoji pareiškėja nenurodė jokių sveikatos sutrikimų, nors pildant Anketas pirmajai pareiškėjai buvo 47 metai, pirmoji pareiškėja nurodė aktyviai nesportuojanti. Savo srities profesionalui draudikui turėjo kilti abejonių dėl tokios pirmosios pareiškėjos pateiktos informacijos teisingumo ir pareiga patikrinti pirmosios pareiškėjos medicinos istoriją. Tačiau, nors pirmoji pareiškėja sutiko, kad iš medicinos įstaigų būtų gaunama informacija apie jos sveikatą, draudikas minėta teise pasinaudojo tik po to, kai pirmoji pareiškėja kreipėsi dėl draudimo išmokos. Atstovo teigimu, pirmoji pareiškėja draudikui pateikė visą informaciją, kurią pajėgė prisiminti, o draudikas remiasi nusiskundimais ir ligomis, kurios pirmajai pareiškėjai nustatytos seniai, paskutinis pirmosios pareiškėjos apsilankymas pas gydytoją – prieš ketverius metus (2013 m. lapkričio 15 d.). Minėto apsilankymo metu pirmajai pareiškėjai diagnozuotas gimdos kaklelio uždegimas ir mastopatija iš kairės. Pirmajai pareiškėjai buvo išrašytas siuntimas atlikti echoskopijos tyrimą ir gauti mamologo konsultaciją, tačiau pas mamologą pirmoji pareiškėja nenuvyko. Pirmosios pareiškėjos atstovas nurodė, kad mastopatija nėra vėžinis susirgimas, tai hormonų balanso sutrikimo sukeltas procesas krūties liaukoje. Taigi, 2017 m. gegužės 16 d., kai pildė Anketas, reikalingas Sutarčiai sudaryti, pirmoji pareiškėja nežinojo, kad serga vėžiniu susirgimu: tik 2017 m. gruodžio 14 d., atlikus ultragarso tyrimus, aptikti piktybiniai navikai krūtyje, kaklo limfmazgiuose ir kituose audiniuose. Sudarydama Sutartį, pirmoji pareiškėja objektyviai negalėjo draudiko informuoti apie vėžinį susirgimą, o reikalavimas pateikti informaciją apie apsilankymus pas gydytojus 20 metų laikotarpiu laikytinas neįgyvendinamu.

Atstovas nurodė, kad Apdraustojų anketoje pirmoji pareiškėja, patarta draudiko darbuotojos, nurodė darbovietę, kurioje tuo metu jau nebedirbo, tačiau minėta aplinkybė neturėjo esminės reikšmės, draudikui vertinant draudimo riziką. Atstovas pažymėjo, kad draudikas, remdamasis Lietuvos Respublikos civilinio kodekso (toliau – CK) 6.993 straipsnio 7 dalimi, atsisakyti mokėti draudimo išmoką galėjo tik įrodęs, kad nėra vienas draudikas, žinodamas aplinkybes, kurių pirmoji pareiškėja nenurodė dėl neatsargumo, nebūtų sudaręs Sutarties. Draudiko paklausimas kitoms draudimo bendrovėms buvo ydingas, nes jame nurodoma, kad besikreipiantis draudikas siekia nemokėti draudimo išmokos, o tuo yra suinteresuotos ir kitos draudimo bendrovės. Be to, draudikas kitoms draudimo bendrovėms atskleidė aplinkybę, kad pirmoji pareiškėja susirgo vėžiu, o šios aplinkybės nurodymas nulėmė draudimo bendrovių atsakymus (draudimo bendrovėms turėjo būti pateikta tik informacija, kad pirmoji pareiškėja 2013 m. buvo siūsta konsultuotis pas mamologą, tačiau į konsultaciją nenuvyko). Atstovo teigimu, dalis draudimo bendrovių nenurodė, kad nebūtų sudariusios draudimo sutarčių su pirmąja pareiškėja, o tik informavo, kad prašytų atlikti papildomus mamologų skirtus tyrimus. UAB „PZU Lietuva gyvybės draudimas“ informavo, kad, vadovaujantis atsakymo pateikimo dieną galiojančiomis rizikos vertinimo taisyklėmis, su pirmąja pareiškėja draudimo sutartis, kuria būtų draudžiama krūties vėžio ir mirties nuo vėžio rizika, nebūtų buvusi sudaryta. Be to, minėta draudimo bendrovė nenurodė, kad, vadovaudamasi sudarant Sutartį galiojusiomis metodikomis, nebūtų sudariusi draudimo sutarties. Atstovo teigimu, draudikas kreipėsi ne į visas Lietuvoje veikiančias draudimo bendroves: paklausimas nepateiktas *MetLife Towarzystwo Ubezpieczen Na Zycie i Reasekuracji Spolka Akcyjna* filialui.

Atstovas teigė, kad draudikas neteisėtai nutraukė Sutartį su pirmąja pareiškėja, nes nebuvo CK 6.993 straipsnio 5 dalyje numatytų sąlygų – pirmoji pareiškėja neatsisakė pakeisti Sutarties ir į draudiko pasiūlymą atsakė prašymu suteikti papildomo laiko sprendimui priimti ir pateikti visus su Sutartimi susijusius dokumentus. Draudikas į minėtą prašymą neatsižvelgė ir nutraukė Sutartį. Pirmoji pareiškėja negalėjo priimti sprendimo dėl draudiko pasiūlymo, nes draudikas nepateikė prašytos informacijos, nebendradarbiavo su pirmąja pareiškėja. Atstovas nurodė, kad pripažinus, jog draudikas teisėtai nutraukė Sutartį ir atsisakė mokėti draudimo išmoką, draudikui kiltų pareiga grąžinti pirmajai pareiškėjai visas sumokėtas draudimo įmokas, nes draudikas nutraukė Sutartį, nesuteikęs jokių paslaugų, jų suteikti ir neketino, o vėliau pats panaikino draudimo įmokų gavimo teisinį pagrindą – Sutartį. Atstovas prašė rekomenduoti draudikui pripažinti, kad Sutartis nutraukta neteisėtai, rekomenduoti išmokėti

draudimo išmoką, o minėtų reikalavimų netenkinus – rekomenduoti draudikui gražinti pirmajai pareiškėjai jos sumokėtas draudimo įmokas.

Draudikas Lietuvos bankui pateiktame atsiliepime į atstovo kreipimąsi prašė pareikštus reikalavimus atmesti. Draudikas pažymėjo, kad pirminis ikisutartinės informacijos šaltinis yra draudėjo (apdraustojų) pateikta informacija – būtent ją įvertinęs draudikas gali spręsti, ar pateiktos informacijos pakanka draudimo rizikai nustatyti, ir pagal ją suteikti draudimo apsaugą, taip pat nuspręsti, ar yra poreikis pasinaudoti įstatyme nustatyta teise pareikalauti papildomų duomenų. Bendradarbiavimo ir didžiausio tarpusavio pasitikėjimo principai nulemia tai, kad draudikas pasitiki apdraustųjų deklaruojama ikisutartine informacija. Jeigu apdraustieji nenurodo jokių sveikatos sutrikimų ir (arba) abejonių dėl savo sveikatos būklės, draudikas neprivalo papildomai tikrinti kiekvieno apdraustojų atskleistų duomenų. Draudikas nurodė neturėjęs pagrindo abejoti pirmosios pareiškėjos deklaruotais duomenimis vien todėl, kad būdama 47 metų pirmoji pareiškėja Apdraustojų anketoje nepažymėjo jokių sveikatos sutrikimų. Apdraustojų anketoje teirujamasi apie penkių metų laikotarpį iki anketos pildymo dienos (20–23 klausimai) suteiktas gydytojų konsultacijas ir atliktus tyrimus. Neigiami atsakymai į šiuos Apdraustojų anketos klausimus savaime nereiškia patvirtinimo, kad pirmajai pareiškėjai niekada gyvenime neteko lankytis gydymo įstaigose. Visi kiti Apdraustojų anketos klausimai yra susiję su ligomis, negalavimais ir sveikatos sutrikimais, kurie yra aprašyti vartotojui suprantamu būdu ir kurių diagnozavimą ar bent jau negalavimo pobūdį vidutiniškai atidus asmuo turėtų atsiminti. Pirmoji pareiškėja užpildė Apdraustojų anketą ir savo parašu patvirtino, kad visa anketoje pateikta informacija yra teisinga ir išsami. Apdraustojų anketoje paryškintu šriftu aiškiai pateikta jos pildymo instrukcija, pagal kurią apdraustojų prašoma atskleisti visą, išsamią ir teisingą informaciją apie esamus ir buvusius susirgimus ar sveikatos sutrikimus, taip pat paaiškinama, kad atsakant į kiekvieną klausimą privaloma atskleisti visas esmines aplinkybes ir faktus, susijusius su apdraustojų sveikata, nesvarbu, ar konkretus klausimas siejamas su tam tikru laikotarpiu, ar ne, o abejojant, ar aplinkybės bei faktai yra esminiai, – juos atskleisti būtina. Be to, pateikiama pastaba, kad jei sunku aprašyti ligą, turi būti pildomas papildomas klausimynas apie ligą. Pirmoji pareiškėja neturėjo jokio pagrindo ir teisės elgtis priešingai, nei raštu nurodyta anketos pildymo instrukcijoje.

Pildydama Apdraustojų anketą pirmoji pareiškėja į visus klausimus apie apdraustojų sveikatą (įskaitant 12 klausimą apie medžiagų apytakos, endokrininės ir kraujo sistemos ligas, skydliaukės sutrikimus, 18 klausimą apie ginekologines ar krūtų ligas, 22 klausimą apie turėtas ar numatomas gydytojų konsultacijas, tyrimus, gydymą, operacijas bei 26 klausimą apie bet kokius sveikatos anketoje nepaminėtus susirgimus, sveikatos sutrikimus) atsakė neigiamai, t.y. patvirtino, kad jokių ligų, sveikatos sutrikimų ir (arba) nusiskundimų neturi ir neturėjo praeityje, dėl jų nėra ir nebuvo skirtos gydytojų konsultacijos, tyrimai ir pan. Jei pirmoji pareiškėja Apdraustojų anketoje būtų atskleidusi, kad nežino, neatsimena arba negali tiksliai aprašyti savo ligų ir kad yra turėjusi nusiskundimų dėl kairiosios krūties skausmų, dėl to gydytojas ginekologas išdavė jai siuntimą pas gydytoją mamologą ir rekomendavo atlikti echoskopijos tyrimą, draudikas prieš sudarydamas Sutartį būtų kreipęsis į atitinkamas gydymo įstaigas, kad patikrintų informaciją apie pirmosios pareiškėjos sveikatą, ir reikalavęs atitinkamų tyrimų rezultatų. Pirmajai pareiškėjai nepažymėjus jokių susirgimų ir neišreiškus jokių abejonių dėl savo sveikatos, draudikas neturėjo pagrindo savo iniciatyva kreiptis į gydymo įstaigas ir taip visų kitų draudėjų sąskaita didinti draudimo sutarčių sudarymo sąnaudas. Draudikas paneigė atstovo nurodytą aplinkybę, kad draudikas iki sudarant Sutartį tariamai telefonu informavo pirmąją pareiškėją apie ketinimą savo iniciatyva kreiptis į sveikatos priežiūros įstaigas. Vadovaujantis asmens duomenų apsaugos reikalavimais, apdraustųjų sutikimai dėl duomenų apie jų sveikatą gavimo iš trečiųjų asmenų, t. y. gydymo įstaigų, yra teikiami raštu, o ne telefonu, todėl toks telefoninis pokalbis net negalėjo įvykti.

Draudikui atliekant tyrimą dėl galimo draudžiamąjį įvykio, paaiškėjo, kad pirmoji pareiškėja iki sudarant Sutartį turėjo įvairių sveikatos sutrikimų, tačiau jų draudikui neatskleidė. 2013 m. lapkričio 15 d. pirmoji pareiškėja kreipėsi į gydytojus dėl kairės krūties skausmų. Ginekologas per konsultaciją užfiksavo, kad pirmoji pareiškėja skundžiasi kairės krūties skausmais jau keletą savaičių, nustatyta diagnozė – gimdos kaklelio uždegimas, mastopatija iš kairės. Pirmajai pareiškėjai buvo rekomenduota atlikti echoskopinį tyrimą ir kreiptis į mamologą, tačiau ji į mamologo konsultaciją neatvyko. Draudikas pažymėjo, kad pirmoji pareiškėja po Sutarties sudarymo praėjus vos pusei metų į gydytojus kreipėsi dėl būtent kairėje krūtyje atsivėrusio išopėjusio darinio (žaiždos) – itin pažengusios (ketvirtos)

stadijos krūties vėžio. Ši faktinė aplinkybė leidžia daryti prielaidą, kad gydytojo ginekologo nurodymų nepaisymas galimai turėjo įtakos, kad liga buvo nustatyta pavėluotai, taip pat kelia pagrįstų abejonių dėl pirmosios pareiškėjos faktinės sveikatos būklės, kai buvo sudaroma Sutartis. Draudikas negalėjo prisiimti rizikos, susijusios su pirmosios pareiškėjos sveikata, nes prieš sudarant Sutartį jam nebuvo atskleista išsami informacija apie pirmosios pareiškėjos nusiskundimus ir nebuvo objektyviai nustatytos jos negalavimų priežastys. Kadangi pirmoji pareiškėja neinformavo draudiko apie gydytojo ginekologo konsultaciją bei siuntimą tolimesniam krūtų tyrimui, ji prisiėmė visą su nutylėtais negalavimais ir nevisiškai ištirta sveikatos būkle susijusią riziką.

Draudikas nurodė, kad, pildydama Anketas, pirmoji pareiškėja pateikė klaidingus duomenis apie savo darbovietę ir pajamas: nurodė, kad dirba kasininke (*duomenys neskelbiami*), jos pagrindinis pajamų šaltinis yra darbo užmokestis, nors faktiškai teikdama duomenis pirmoji pareiškėja darbo apskritai neturėjo. Iš Apdraustojų anketos klausimo formuluotės akivaizdu, jog prašoma aktualios informacijos apie esamą profesinę veiklą, darbovietę, tačiau pirmoji pareiškėja anketoje nepažymėjo, kad yra bedarbė ir nurodo informaciją apie buvusią darbovietę. Draudikas, spręsdamas, ar sudaryti draudimo sutartį, vertina ne tik sveikatos būklės riziką, bet ir kliento draudimo apsaugos poreikį bei jos dydį, atsižvelgdamas į kliento darbo pobūdį, gaunamas pajamas, esamus finansinius įsipareigojimus, šeimos padėtį ir pan. Tai, kad pirmoji pareiškėja sąmoningai pateikė tikrovės neatitinkančius duomenis apie savo darbovietę, pajamų dydį ir jų šaltinį, kelia pagrįstų abejonių dėl jos sąžiningumo sudarant Sutartį. Draudiko teigimu, visos gyvybės draudimo bendrovės nurodė, kad, žinodamos pirmosios pareiškėjos dėl neatsargumo neatskleistas aplinkybes, nebūtų su ja sudariusios draudimo sutarties tokiomis pat sąlygomis, kuriomis Sutartį sudarė draudikas, t. y. nebūtų prisiėmusios pirmosios pareiškėjos kritinių ligų rizikos dėl vėžio ir krūties vėžio, dėl kurios draudėja nagrinėjamu atveju prašo išmokėti draudimo išmoką. Draudikas nesutiko su atstovo teiginiais, kad draudikas pateikė ne visų Lietuvos Respublikoje teikiančių gyvybės draudimo paslaugas draudimo bendrovių atsakymus. Atstovo nurodytas *MetLife Towarzystwo Ubezpieczen Na Zycie i Reasekuracji Spolka Akcyjna* filialas nuo 2015 m. nutraukė draudimo produktų platinimo veiklą Lietuvos Respublikoje ir 2016 metais buvo išregistruotas iš Lietuvos Respublikos juridinių asmenų registro. Minėta bendrovė nebesudarinėja naujų gyvybės draudimo sutarčių Lietuvos Respublikoje ir administruoja tik pirmiau sudarytas galiojančias sutartis. Draudikas nurodė, kad pirmosios pareiškėjos atžvilgiu taikyti CK 6.993 straipsnio 6 dalies nuostatos dėl draudimo išmokos sumažinimo nebuvo pagrindo, nes ji taikytina tik tada, jei draudikas negali įrodyti aplinkybės, kad nė viena gyvybės draudimo bendrovė, žinodama neatskleistą ikisutartinę informaciją, nebūtų sudariusi draudimo sutarties su pirmąja pareiškėja tokiomis pat sąlygomis, kuriomis Sutartį sudarė draudikas.

Draudikas nurodė, kad, jeigu visa išsami ir teisinga informacija, susijusi su pirmosios pareiškėjos sveikata, jam būtų buvusi pateikta prieš sudarant Sutartį, draudikas būtų ją sudaręs kitokiomis sąlygomis, t. y. atvejai, mirtis dėl piktybinio krūties naviko ar (ir) dėl jo išplitimo į kitus audinius, organus ar (ir) šių organų funkcijų sutrikimo, taip pat mirtis dėl piktybinio krūties naviko gydymo pasekmių arba komplikacijų, būtų buvę nurodyti nedraudžiamaisiais įvykiais pagal draudimo sutartį, taip pat nebūtų buvusi suteikta papildoma kritinių ligų draudimo apsauga. Tolimesnis Sutarties, kurios sąlygos neatitinka realios draudimo rizikos, galiojimas ir vykdymas sąlygotų tolimesnį draudiko teisių pažeidimą, todėl draudikas, įvykdydamas CK 6.993 straipsnio 5 dalyje numatytas sąlygas, pasinaudojo teise nutraukti Sutartį.

Draudiko teigimu, CK 6.993 straipsnio 5 dalies normos tikslas yra atkurti draudiko pažeistas teises vienu iš nurodytų būdų: pakeičiant draudimo sutartį taip, kad jos sąlygos atitiktų realią draudimo riziką, kuri prieš sudarant draudimo sutartį nebuvo atskleista draudikui, arba, jei draudėjas atsisako pagal draudiko pasiūlymą pakeisti Sutarties sąlygas ir (ar) per nustatytą dviejų mėnesių terminą nepateikia atsakymo į pasiūlymą, – nutraukiant tokią sutartį. Šiuo atveju draudikas per dviejų mėnesių terminą nesulaukė konkretaus pirmosios pareiškėjos atsakymo dėl pasiūlymo pakeisti Sutarties sąlygas, todėl įgijo įstatyme ir Sutartyje įtvirtintą teisę nutraukti Sutartį. Atsižvelgdamas į tai, draudikas 2018 m. spalio 3 d. išsiuntė pirmajai pareiškėjai rašytinį pranešimą apie Sutarties nutraukimą. CK 6.993 straipsnio 5 dalyje nustatytu dviejų mėnesių terminu draudėjo atsakymui į draudiko pasiūlymą pateikti siekiama apriboti sandorio, sudaryto remiantis klaidinga informacija, galiojimo trukmę ir apsaugoti draudiką nuo galimo piktnaudžiavimo, nepagrįstai atidėliojant

Sutarties, kuria draudikui nepagrįstai užkraunama didesnė draudimo rizika, nei jis sutiktų priimti, pakeitimą arba nutraukimą. Draudikas nėra įpareigotas pratęsti minėto termino pagal pirmosios pareiškėjos ar jos atstovo reikalavimą, nes tai apribotų draudiko teisę efektyviai pasinaudoti minėtoje normoje įtvirtintu jo pažeistų teisių gynimo instrumentu.

Draudikas nesutiko, kad be teisinio pagrindo atsisakė suteikti atstovui jo prašomą informaciją apie Sutartį. Atstovas tiek su 2018 m. rugsėjo 11 d., tiek su 2018 m. rugsėjo 14 d. prašymais nepateikė draudikui tinkamo atstovavimo dokumento, kuriame aiškiai ir nedviprasmiškai būtų nurodyta advokato teisė atstovauti pirmajai pareiškėjai santykiuose su draudiku ir gauti iš draudiko duomenis apie pirmosios pareiškėjos sveikatos būklę. Visus minėtuose raštuose reikalaujamus pateikti dokumentus pirmoji pareiškėja, kaip Sutarties šalis, yra gavusi sudarant Sutartį ir šių dokumentų gavimą patvirtinusi savo parašu. Be to, iki Sutarties nutraukimo atstovas nei 2018 m. rugsėjo 11 d., nei 2018 m. rugsėjo 14 d. prašymais nereikalavo pateikti kitų kreipimesi nurodytų duomenų, t. y. užklausų sveikatos priežiūros įstaigoms, atsakymų į jas bei rašto kitiems draudikams kopijų, nors tai, kad jie nebuvo pateikti, nurodo kreipimesi į Lietuvos banką, įrodinėdamas neva neteisėtą Sutarties nutraukimą.

Draudiko teigimu, Sutartyje nustatyta, kad, nutraukus Sutartį draudiko reikalavimu, draudėjui pažeidus Sutarties sąlygas, draudėjui išmokama išperkamoji suma, o ne sumokėtos draudimo įmokos (Sutarčiai taikomų Bendrųjų draudimo sąlygų (toliau – Bendrosios sąlygos) 15.3.3 p.). Išperkamosios sumos apskaičiavimo principai yra apibrėžti Sutarčiai taikytinų Specialiųjų sąlygų „Garantuotų palūkanų gyvybės draudimas“ Nr. 011 (toliau – Specialiosios sąlygos) 7 punkte: išperkamosios sumos dydžiai procentais nuo sukauptos sumos bei apytikriai dydžiai konkrečia valiuta (nagrinėjamu atveju eurais) yra nurodomi draudimo liudijimo priede „Sukauptos sumos ir išperkamųjų sumų pagal draudimo sutartį lentelė“ (toliau – Sukauptos sumos lentelė). Sutartis nutraukta nepraėjus dvejiems metams nuo jos įsigaliojimo, todėl, vadovaujantis Sukauptos sumos lentele, draudėjai Sutarties nutraukimo atveju mokėtina išperkamoji suma yra lygi 0 % sukauptos sumos, atitinkamai – 0,00 Eur. Sutartis galiojo visą laikotarpį nuo jos sudarymo (2017 m. gegužės 25 d.) iki nutraukimo dėl pirmosios pareiškėjos kaltės (2018 m. spalio 3 d.). Draudėjo pareiga Sutartyje nustatyta tvarka mokėti draudimo įmokas įtvirtinta Bendrųjų sąlygų 12.4.1.2 papunktyje. Draudikas tinkamai vykdė Sutartį, visu jos galiojimo laikotarpiu teikė pirmajai pareiškėjai draudimo apsaugą, administravo pagal Sutartį kaupiamas lėšas, vykdė kitus Sutartyje nustatytus įsipareigojimus ir patyrė su tuo susijusių išlaidų. Remiantis tuo, kas buvo išdėstyta, pirmosios pareiškėjos sumokėtos draudimo įmokos nėra laikytinos be teisinio pagrindo draudiko įgytu turtu ir nėra gražintinos draudėjai.

2019 m. kovo 22 d. Lietuvos bankui pateiktas atstovo pranešimas, kuriuo informuojama, kad 2019 m. vasario 17 d. pirmoji pareiškėja mirė. Lietuvos bankui gavus 2019 m. gegužės 27 d. paveldėjimo teisės pagal įstatymą liudijimą, sustabdytas ginčo nagrinėjimas buvo atnaujintas, naujomis pareiškėjomis laikant pirmosios pareiškėjos įpėdinės D. R. (toliau – antroji pareiškėja) ir E. S. (toliau – trečioji pareiškėja, kartu su antrąja pareiškėja - pareiškėjos).

Taip pat Lietuvos bankui buvo pateiktas prašymas rekomenduoti draudikui atlyginti patirtas 500 Eur teisinių paslaugų išlaidas.

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.

Įvertinus nurodytas aplinkybes, darytina išvada, kad ginčas kilo dėl atsisakymo mokėti draudimo išmoką, draudimo sutarties nutraukimo teisėtumo, draudimo įmokų gražinimo ir teisinių paslaugų išlaidų atlyginimo.

Dėl atsisakymo mokėti draudimo išmoką

Vadovaujantis CK 6.993 straipsnio 1 dalimi, prieš sudarant draudimo sutartį, draudėjas privalo suteikti draudikui visą žinomą informaciją apie aplinkybes, galinčias turėti esminės įtakos draudžiamojai įvykio atsitikimo tikimybei ir šio įvykio galimų nuostolių dydžiui

(draudimo rizikai), jeigu tos aplinkybės nėra ir neturi būti žinomos draudikui. Esminėmis aplinkybėmis, apie kurias draudėjas privalo informuoti draudiką, pripažįstamos aplinkybės, nurodytos standartinėse draudimo sutarties sąlygose (draudimo rūšies taisyklėse), taip pat aplinkybės, apie kurias draudikas raštu prašė draudėjo suteikti informaciją (CK 6.993 straipsnio 2 dalis). 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 padidėjusiai rizikai mažinti draudimo išmoką, o tam tikrais atvejais – atsisakyti sudaryti draudimo sutartį, jei ji sudaryta, reikalauti sutartį nutraukti, o įvykus draudžiamajam įvykiui, atsisakyti išmokėti draudimo išmoką (CK 6.993 straipsnio 5–7 dalys).

Draudikas ginčijamą sprendimą grindė CK 6.993 straipsnio 7 dalimi, kurioje nurodyta, kad, jeigu draudikas, žinodamas aplinkybes, apie kurias draudėjas neinformavo dėl neatsargumo, nebūtų sudaręs draudimo sutarties, tai jis per du mėnesius nuo sužinojimo, kad draudėjas nepateikė šio straipsnio 1 dalyje nustatytos informacijos dėl neatsargumo, turi teisę reikalauti nutraukti draudimo sutartį. Įvykus draudžiamajam įvykiui, draudikas turi teisę atsisakyti mokėti draudimo išmoką tik įrodęs, kad nė vienas draudikas, žinodamas aplinkybes, kurių draudėjas nenurodė dėl neatsargumo, nebūtų sudaręs draudimo sutarties. Iš esmės analogiška nuostata įtvirtinta Bendrųjų sąlygų 12.3.5 papunktyje.

Pirmosios pareiškėjos pasirašytos 2017 m. gegužės 16 d. Apdraustojo anketos 2 dalyje „Duomenys apie apdraustojo sveikatą“ nurodyta: „Ar Jūs sirgote, sergate ar turite sveikatos sutrikimų? SVARBU: prašome pateikti visą, išsamią ir teisingą informaciją į kiekvieną klausimą, kadangi tai turi tiesioginę įtaką draudimo sutarties sąlygoms ir galimam draudimo išmokos mokėjimui arba nemokėjimui. Atsakydami į kiekvieną klausimą privalote atskleisti visas esmines aplinkybes ir faktus, susijusius su Jūsų sveikata, nepriklausomai nuo to, ar konkretus klausimas yra apribotas tam tikru laikotarpiu, ar ne. Pastaba. Esminėmis aplinkybėmis bei faktais laikomos tos aplinkybės bei faktai, kurie gali turėti įtakos vertinant ir prisiimant draudimo riziką. Jei abejojate, ar aplinkybės bei faktai yra esminiai, būtina juos atskleisti. Pastaba. Jeigu nors į vieną žemiau pateiktą klausimą (-us) atsakysite TAIP, 1 lentelėje prašome nurodyti, kada ir kokia liga sirgote ar sergate, ligos detales, dabartinę sveikatos būklę. Jeigu sunku aprašyti ligą, prašome užpildyti papildomą klausimyną apie ligą.“ Apdraustojo anketoje pateikiami klausimai, į kuriuos atsakoma taip arba ne. 18 klausime nurodoma: „Tik moterims: Ginekologinės ar krūtų ligos (pvz., gimdos mioma, kiaušidės cista, krūties fibroadenoma ar kt. ligos).“ 22 klausime teiraujasi: „Ar per paskutinius 5 metus dėl sveikatos sutrikimų Jūs buvote konsultuotas, tirtas, gydytas, operuotas? Ar numatomi tyrimai, gydymas ar operacija?“ 26 klausime nurodoma: „Kiti aukščiau nepaminėti Jūsų sveikatos sutrikimai, patirtos traumos, operacijos ar ligos.“

Pirmosios pareiškėjos pasirašyta Apdraustojo anketa patvirtina, kad pirmoji pareiškėja, atsakydama į visus anketos 2 dalies klausimus apie savo sveikatą, atsakė neigiamai. Draudiko teigimu, kai atlikdamas pirmosios pareiškėjos nurodyto įvykio tyrimą kreipėsi į sveikatos priežiūros įstaigas, paaiškėjo, kad nuo 1990 m. iki 2013 m. pirmoji pareiškėja ne kartą kreipėsi į gydytojus, jai diagnozuoti įvairūs susirgimai, atlikti tyrimai, pirmoji pareiškėja gulėjo ligoninėje, tačiau ji to, pildydama Apdraustojo anketa, nenurodė. 2013 m. lapkričio 15 d. pirmoji pareiškėja kreipėsi į gydytojus dėl krūties skausmų, nustatyta diagnozė – gimdos kaklelio uždegimas, mastopatija iš kairės. Pirmajai pareiškėjai buvo rekomenduota atlikti echoskopinį tyrimą ir kreiptis į mamologą, tačiau ji pas mamologą nenuvyko. Kaip minėta, nors Apdraustojo anketoje buvo klausimas dėl ginekologinių ar krūtų ligų (18 klausimas), taip pat klausimas apie apsilankymus pas gydytojus, paskirtus tyrimus, konsultacijas (22 klausimas), pirmoji pareiškėja draudikui apie nustatytą diagnozę (mastopatiją iš kairės) ir siuntimą pas mamologą informacijos nepateikė. Kaip minėta, Sutartis įsigaliojo 2017 m. gegužės 25 d., o 2017 m. gruodžio mėnesį pirmoji pareiškėja kreipėsi dėl būtent kairėje krūtyje atsivėrusio išopėjusio darinio (žaiždos). Nacionalinio vėžio instituto išduotuose medicinos dokumentuose nurodoma, kad, atlikus tyrimus, pirmajai pareiškėjai diagnozuota ketvirta krūties vėžio stadija.

Įvertinus pateiktus duomenis, darytina išvada, kad pirmoji pareiškėja žinojo apie jai diagnozuotą mastopatiją, taip pat apie siuntimą pas šios srities specialistą – mamologą, tačiau ji šių aplinkybių draudikui nenurodė, nors buvo raštu paprašyta draudiko tai padaryti. Klausimai dėl ginekologinių ir krūtų ligų, apsilankymų pas gydytoją, paskirtų tyrimų ir konsultacijų buvo nurodyti Apdraustojo anketoje, taigi, šią informaciją draudikas traktavo kaip esminę, vertindamas pirmosios pareiškėjos interesus draudimo riziką. Draudikas prašė

pateikti informaciją apie apsilankymus pas gydytojus apibrėžtu laikotarpiu, per paskutinius penkerius metus – toks terminas laikytinas protingu ir įgyvendinamu vidutinių gebėjimų asmeniui. Todėl nėra pagrindo sutikti su pirmosios pareiškėjos atstovu, kad ji negalėjo prisiminti prieš ketverius metus buvusio apsilankymo pas gydytoją, nustatytos diagnozės ir skirtos specialisto konsultacijos. Apdraustojo anketoje paaiškinta teikiamos informacijos reikšmė, taip pat nurodoma pateikti informaciją, jeigu abejojama dėl jos svarbos. Pažymėtina, kad, jeigu asmeniui sunku tiksliai aprašyti savo sveikatos sutrikimą, jis gali užpildyti papildomą klausimyną apie ligą. Sutiktina su draudiku, kad Apdraustojo anketos klausimai suformuluoti pakankamai aiškiai, pirmoji pareiškėja parašu patvirtino pateiktos informacijos teisingumą. Vis dėlto pirmoji pareiškėja draudikui pateikė klaidingą informaciją apie savo sveikatos būklę.

Kaip minėta, pirmoji pareiškėja nepažymėjo jokių duomenų apie ligas ar apsilankymus pas gydytojus, tyrimus, konsultacijas. Nėra pagrindo sutikti su atstovu, kad vien dėl pirmosios pareiškėjos amžiaus (47 metai), jai nenurodžius jokių ligų ir apsilankymų pas gydytojus per pastaruosius penkerius metus, draudikui kilo pareiga patikrinti pirmosios pareiškėjos pateiktą informaciją, pačiam kreiptis į sveikatos priežiūros įstaigas. Tiek CK, tiek Sutartyje (Bendrųjų sąlygų 4.2 papunktis) nustatyta apdraustojo pareiga pateikti draudikui teisingą ir išsamią jo prašomą informaciją. Visos draudikui teikiamos informacijos tikrinimas kiekvienu atveju prieš sudarant draudimo sutartį neatitiktų draudimo santykiams reikšmingo šalių tarpusavio pasitikėjimo, bendradarbiavimo, sąžiningumo ir protingumo principų. Todėl darytina išvada, kad draudikas, pirmajai pareiškėjai nenurodžius jokių duomenų apie sveikatos sutrikimus, neturėjo pareigos savarankiškai tikrinti duomenų apie jos sveikatos būklę.

Kaip minėta, pirmoji pareiškėja į draudiką kreipėsi dėl kritinės ligos – krūties vėžio – pripažinimo draudžiamuoju įvykiu. Susitarimui dėl papildomos kritinių ligų draudimo apsaugos taikomų Specialiųjų sąlygų: Papildomas kritinių ligų draudimas Nr. 004 priede Nr. 1 „Pagrindinis kritinių ligų sąrašas“ 3 punkte vėžys nurodomas kaip kritinė liga. Atstovas teigia, kad mastopatija nėra vėžinis susirgimas, o kairės krūties vėžys pirmajai pareiškėjai diagnozuotas jau po Sutarties sudarymo. Vis dėlto, atsižvelgiant į aplinkybes, kad draudikas raštu pirmosios pareiškėjos teiravosi dėl krūties ligų, apsilankymų pas gydytojus ir paskirtų tyrimų bei konsultacijų (šią informaciją laikė esmine), o pirmajai pareiškėjai būtent per minėtą penkerių metų laikotarpį buvo nustatyta mastopatija, išrašytas siuntimas tolimesniems krūtų tyrimams, nėra pagrindo teigti, kad pirmosios pareiškėjos draudikui neatskleistos aplinkybės nebuvo reikšmingos, vertinant draudimo riziką.

Įvertinus nurodytas aplinkybes, darytina išvada, kad draudikas pagrįstai teigia, kad pirmoji pareiškėja dėl neatsargumo pažeidė Sutartį, nes nenurodė informacijos apie aplinkybes, galinčias turėti esminės įtakos draudžiamojo įvykio atsitikimo tikimybei.

Kaip minėta, atsižvelgdamas į informacijos neatskleidimą, draudikas CK 6.993 straipsnio 7 dalies pagrindu atsisakė mokėti draudimo išmoką. Pagal minėtą normą, norėdamas atsisakyti mokėti draudimo išmoką, draudikas turėjo įrodyti, kad nė vienas draudikas, žinodamas dėl neatsargumo neatskleistas ikisutartines aplinkybes, nebūtų sudaręs atitinkamos draudimo sutarties su pirmąja pareiškėja.

Draudikas Lietuvos bankui pateikė duomenis, kad kreipėsi į kitas Lietuvos Respublikoje veikiančias gyvybės draudimo bendroves su prašymu pateikti informaciją, ar jos, žinodamos aplinkybes, kurių pirmoji pareiškėja dėl neatsargumo nenurodė draudikui prieš sudarant Sutartį, būtų su ja sudariusios gyvybės bei kritinių ligų draudimo sutartį. Draudiko paklausime kitoms gyvybės draudimo bendrovėms nurodyta pirmosios pareiškėjos neatskleista ikisutartinė informacija (2013 m. lapkričio 15 d. apsilankymas pas gydytoją, jo metu nustatyta diagnozė ir išrašyti siuntimai), jos neatskleidimo aplinkybės (tarp jų tai, kad pirmoji pareiškėja, pildydama Apdraustojo anketą, į visus klausimus, įskaitant klausimus apie krūtų bei ginekologines ligas, gydytojų konsultacijas, atliktus tyrimus, gydymą, atsakė neigiamai ir savo parašu patvirtino, kad visa pateikta informacija yra teisinga ir išsami). Paklausime taip pat nurodyta, kad pirmoji pareiškėja kreipėsi į draudiką dėl kritinės ligos – vėžio.

Nėra pagrindo sutikti su atstovo argumentu, kad draudiko kreipimasis ydingas, nes jame nurodoma, kad draudikas siekia nemokėti išmokos, o kiti draudikai patys tuo suinteresuoti. Kreipimasis į kitus draudikus, siekiant pagrįsti draudimo išmokos nemokėjimą CK 6.993 straipsnio 7 dalies pagrindu, numatytas įstatyme. Draudikas nurodė, koku teisiniu pagrindu prašo pateikti kitų draudikų aprašytos situacijos vertinimą, toks kreipimasis savaime

nesuponuoja draudikų teikiamos informacijos klaidingumo.

Atstovas nurodė, kad draudikas nesikreipė į *MetLife Towarzystwo Ubezpieczen Na Zycie i Reasekuracji Spolka Akcyjna* filialą. Minėtos įmonės interneto tinklalapyje pateikta informacija, kad nuo 2015 m. kovo 1 d. sudarytų draudimo sutarčių portfelis bus administruojamas iš Lenkijos ir bus pradėtas savanoriškas Lietuvoje esančio filialo likvidavimo procesas. Ten pat nurodyta, kad aptarnavimo portfelio perkėlimas į Lenkiją neturės jokios įtakos draudimo išmokų mokėjimui pagal jau sudarytas sutartis. Prašymus išmokėti draudimo išmokas ar atlikti sutarties pakeitimus nurodoma siųsti į adresu korespondencijai nurodytą skenavimo centrą. 2016 metais, t. y. dar iki sudarant Sutartį, *MetLife Towarzystwo Ubezpieczen Na Zycie i Reasekuracji Spolka Akcyjna* filialas buvo išregistruotas iš Lietuvos Respublikos Juridinių asmenų registro. Įvertinus pateiktą informaciją, nėra pagrindo daryti išvadą, kad draudikas nepagrįstai nesikreipė į bendrovę *MetLife Towarzystwo Ubezpieczen Na Zycie i Reasekuracji Spolka Akcyjna*.

UAGDPB „Aviva Lietuva“, atsakydama į draudiko paklausimą, nurodė, kad, žinant pirmosios pareiškėjos neatskleistą ikisutartinę informaciją, universali gyvybės draudimo ir kritinių ligų draudimo sutartis nebūtų buvusi sudaryta. UAGDPB „Aviva Lietuva“ pirmajai pareiškėjai galėtų pasiūlyti tik investicinio pobūdžio draudimą, kai į sveikatos rizikos faktorius nėra atsižvelgiama, t. y. draudimą, susijusį išimtinai vien su kapitalo kaupimu.

Gyvybės draudimo UAB „Bonum Publicum“ nurodė, kad būtų susilaikiusi nuo draudimo sutarties sudarymo ir paprašiusi kreiptis dėl sutarties sudarymo po galutinio mamologinio tyrimo ir pateikti visų tyrimų išvadas.

Ergo Life Insurance SE nurodė, kad, žinodama draudikui prieš sudarant draudimo sutartį nepateiktą informaciją, draudimo sutarties dėl mirties ir kritinių ligų rizikos nurodytomis sąlygomis nebūtų sudarėsi.

UAB „SEB gyvybės draudimas“ nurodė, kad, žinant pirmosios pareiškėjos neatskleistas aplinkybes, draudimo sutarties sudarymas būtų atidėtas, kol pirmoji pareiškėja apsilankytų pas gydytoją, būtų atlikta mamograma ir kiti reikalingi tyrimai.

Swedbank Life Insurance SE Lietuvos filialas nurodė, kad, žinant pirmosios pareiškėjos neatskleistas aplinkybes, nebūtų sudaryta gyvybės draudimo sutartis be mamologo konsultacijos ir tyrimo bei galutinės diagnozės. *Swedbank Life Insurance SE* Lietuvos filialo teigimu, jų įmonė kritinių ligų draudimo paslaugos neteikia.

Mandatum Life Insurance Baltic SE Lietuvos filialas atsakė, kad galutinio sprendimo dėl pirmosios pareiškėjos gyvybės ir kritinių ligų draudimo priėmimas būtų atidėtas, kol bus pateikta mamologo išvada.

UAB „PZU Lietuva gyvybės draudimas“ nurodė: „vadovaujantis šiandieninėmis mūsų kompanijos rizikos vertinimo metodikomis bei perdraudikų rekomendacijomis, gyvybės draudimo sutartį būtume sudarę su išlyga, kad mirtis dėl vėžio ir krūties vėžio yra nedraudžiamieji įvykiai. Papildoma sąlyga galioja ir kritinių ligų draudimui.“

Įvertinus gyvybės draudikų pateiktus atsakymus, matyti, kad tik du draudikai nurodė, kad, žinodami pirmosios pareiškėjos draudikui neatskleistas aplinkybes, neabejotinai nebūtų sudarę su pirmąja pareiškėja draudimo sutarties. Kiti draudikai kategoriškai nenurodė, kad nesudarytų draudimo sutarties su pirmąja pareiškėja, šį sprendimą priimtų tik gavę papildomų tyrimų duomenis. Taigi, nustatyta krūties mastopatija ir išrašytas siuntimas pas mamologą nėra aplinkybės, savaime lemiančios draudikų atsisakymą sudaryti gyvybės ir kritinių ligų draudimo sutartį, t. y. minėtos rizikos galėtų būti draudžiamos, atlikus papildomus veiksmus – gavus tam tikrą papildomą informaciją. Teismų praktikoje teigiama, kad CK 6.993 straipsnio 7 dalies norma apsaugo draudiką nuo pareigos mokėti draudimo išmoką, kai buvo sudaryta draudimo sutartis ne dėl tikėtino draudžiamąjo įvykio, bet dėl objektyviai neišvengiamo draudžiamąjo įvykio, todėl, atsižvelgiant į draudimo teisinių santykių esmę, iš viso negali būti draudžiamuoju įvykiu¹. Šiuo atveju nėra duomenų, kad pareiškėjos neatskleistos aplinkybės būtų lėmę neišvengiamą kritinės ligos – vėžio – rizikos kilimą ir ši rizika jokiais atvejais nebūtų draudžiama.

Atkreiptinas dėmesys, kad UAB „PZU Lietuva gyvybės draudimas“ nurodė, kad, vadovaudamasi pateikiant atsakymą galiojančiomis rizikos vertinimo metodikomis bei perdraudikų rekomendacijomis, gyvybės draudimo sutartį būtų sudarėsi su išlyga, kad mirtis dėl vėžio ir krūties vėžio yra nedraudžiamieji įvykiai, tokia papildoma sąlyga galėtų ir kritinių ligų draudimui. Sutiktina su atstovu, kad pateiktame atsakyme UAB „PZU Lietuva gyvybės

¹ 2015 m. lapkričio 12 d. Vilniaus apygardos teismo nutartis civilinėje byloje Nr. 2A-2119-560/2015.

draudimas" nenurodė, kaip elgtųsi, vadovaudamasi sudarant Sutartį galiojusiomis metodikomis ir rekomendacijomis, t. y. nenurodė, kad Sutarties sudarymo metu nebūtų sudariusi su pirmąja pareiškėja tokios draudimo sutarties, kokią sudarė draudikas.

Įvertinus pateiktus draudikų atsakymus, nėra pagrindo daryti išvadą, kad visi gyvybės draudimo paslaugas teikiantys draudikai su pirmąja pareiškėja nebūtų sudarę Sutarties analogiškos draudimo sutarties, t. y. draudikas neįrodė CK 6.993 straipsnio 7 dalyje numatytų sąlygų buvimo. Atsižvelgiant į nurodytas aplinkybes, draudiko sprendimas nemokėti draudimo išmokos pirmajai pareiškėjai CK 6.993 straipsnio 7 dalies pagrindu nėra pagrįstas.

CK 6.993 straipsnio 6 dalies norma numato, kad jeigu draudėjas dėl neatsargumo nepateikė šio straipsnio 1 dalyje nustatytos informacijos, tai įvykus draudžiamajam įvykiui draudikas privalo išmokėti draudimo išmokos, kuri būtų išmokama draudėjui įvykdžius šio straipsnio 1 dalyje numatytą pareigą, dalį, proporcingą sutartos draudimo įmokos ir draudimo įmokos, kuri būtų nustatyta draudėjui, jeigu jis būtų įvykdęs šio straipsnio 1 dalyje numatytą pareigą, santykiui. Kaip minėta, šiuo atveju pirmoji pareiškėja dėl neatsargumo nepateikė CK 6.993 straipsnio 1 dalyje numatytos informacijos, tačiau draudikas teigia, kad, žinodamas pirmosios pareiškėjos neatskleistą informaciją, Sutarties nebūtų sudaręs. CK 1.8 straipsnio 1 dalyje nurodyta, kad civilinės teisės normų nesureglamentuotiems civiliniams santykiams taikomi panašius santykius reglamentuojantys civiliniai įstatymai (įstatymo analogija). Atsižvelgiant į ginčo situaciją ir esamą teisinį reglamentavimą, darytina išvada, kad, pirmajai pareiškėjai mokėtina draudimo išmoka turėtų būti apskaičiuota CK 6.993 straipsnio 6 dalyje numatytu būdu, minėtą normą taikant pagal analogiją: draudimo išmoką mažinant tokia santykine dalimi, kuria draudimo įmoka būtų padidinta, jeigu draudikas būtų sudaręs draudimo sutartį, žinodamas dėl pirmosios pareiškėjos neatsargumo neatskleistas aplinkybes.

Dėl draudimo sutarties nutraukimo

Draudikas nutraukė Sutartį CK 6.993 straipsnio 5 dalyje nurodytu pagrindu. CK 6.993 straipsnio 5 dalyje nustatyta, kad jeigu po draudimo sutarties sudarymo nustatoma, kad draudėjas dėl neatsargumo nepateikė šio straipsnio 1 dalyje nustatytos informacijos, tai draudikas privalo ne vėliau kaip per du mėnesius nuo šių aplinkybių sužinojimo pasiūlyti draudėjui pakeisti draudimo sutartį. Jeigu draudėjas atsisako tai padaryti ir per vieną mėnesį (o gyvybės draudimo atveju – per du mėnesius) neatsako į pateiktą pasiūlymą, draudikas turi teisę reikalauti nutraukti draudimo sutartį.

Atstovo teigimu, draudikas neteisėtai nutraukė Sutartį su pirmąja pareiškėja, nes nebuvo CK 6.993 straipsnio 5 dalyje nurodytų sąlygų: pirmoji pareiškėja neatsisakė pakeisti Sutarties, o atsakė į draudiko pasiūlymą – paprašė suteikti papildomo laiko sprendimui priimti ir visiems su Sutartimi susijusiems dokumentams pateikti. Draudikas į minėtą prašymą neatsižvelgė ir nutraukė Sutartį. Pirmoji pareiškėja negalėjo priimti sprendimo dėl draudiko pasiūlymo, nes draudikas nepateikė prašytos informacijos, nebendradarbiavo su pirmąja pareiškėja.

Kaip minėta, 2018 m. liepos 19 d. draudikas pateikė pirmajai pareiškėjai pasiūlymą pakeisti Sutarties sąlygas ir paprašė atsakyti į pateiktą pasiūlymą iki 2018 m. rugsėjo 25 d. Kartu su pasiūlymu pateiktame draudimo liudijimo projekte nurodyta: „Sutartyje numatytu laikotarpiu Apdraustosios (*duomenys neskelbiami*) mirtis dėl piktybinio krūties naviko ar / ir dėl jo išplitimo į kitus audinius, organus ar / ir šių organų funkcijos sutrikimo; o taip pat mirtis dėl piktybinio krūties naviko gydymo pasekmių / komplikacijų yra šios Sutarties nedraudžiamieji įvykiai.“ Taip pat pateiktame draudimo liudijimo projekte nėra numatyto papildomo kritinių ligų draudimo.

2018 m. rugsėjo 11 d. rašte atstovas nurodė, kad pirmoji pareiškėja 2018 m. liepos 19 d. gavo draudiko pasiūlymą. Atstovas draudiko paprašė pateikti visą turimą informaciją, susijusią su Sutarties sudarymu, įskaitant draudimo liudijimą ir pirmosios pareiškėjos prašymą sudaryti Sutartį, bei pratęsti terminą atsakymui dėl Sutarties sąlygų pakeitimo pateikti iki 2018 m. spalio 19 d. 2018 m. rugsėjo 12 d. draudikas atstovą informavo, kad jo pateikti atstovavimo dokumentai nėra tinkami, paprašė juos patikslinti ir atsisakė pratęsti teisės aktuose nustatytą dviejų mėnesių terminą pirmosios pareiškėjos atsakymui dėl Sutarties sąlygų pakeitimo pateikti. 2018 m. rugsėjo 14 d. atstovas kreipėsi pakartotinai, tačiau 2018 m. rugsėjo 18 d. draudikas dar kartą paprašė patikslinti atstovavimo dokumentus ir atsisakė pratęsti terminą pirmosios pareiškėjos atsakymui dėl Sutarties sąlygų pakeitimo pateikti. Per nustatytą terminą pirmajai pareiškėjai nepateikus sutikimo pakeisti Sutarties sąlygas, draudikas 2018 m. spalio 3 d. pirmąją pareiškėją informavo apie Sutarties

nutraukimą.

Įvertinus nurodytas aplinkybes, darytina išvada, kad draudikas pirmajai pareiškėjai suteikė įstatyme numatytą dviejų mėnesių laiką nuspręsti dėl Sutarties pakeitimo. Nėra ginčo, kad pirmajai pareiškėjai apie pateiktą siūlymą buvo žinoma. Nors atstovas prašė pratęsti terminą sprendimui priimti, sutiktina su draudiku, kad CK 6.993 straipsnio 5 dalyje nėra numatytos dviejų mėnesių termino pratęsimo galimybės. Atkreiptinas dėmesys ir į tai, kad nors pirmoji pareiškėja apie pateiktą pasiūlymą sužinojo 2018 m. liepos 19 d., atstovas į draudiką kreipėsi tik 2018 m. rugsėjo 11 d., t. y. praėjus daugiau negu pusantro mėnesio nuo pasiūlymo gavimo, baigiantis numatytam terminui. Pažymėtina ir aplinkybė, kad pirmoji pareiškėja buvo atstovaujama teisės profesionalo – advokato. Nėra ginčo, kad, atstovui 2018 m. lapkričio 12 d. pateikus draudiko prašytus atstovavimo dokumentus su draudiko nurodytais konkrečiais įgaliojimais, leidžiančiais susipažinti su jautria informacija apie asmens sveikatos būklę, atstovui jo prašoma informacija 2018 m. lapkričio 12 d. buvo pateikta.

Taip pat nėra paneigti draudiko argumentai, kad pirmoji pareiškėja buvo gavusi atstovo prašytus pateikti dokumentus – Sutartį ir prašymą sudaryti Sutartį (Sutarties dokumentų gavimas patvirtintas pirmosios pareiškėjos parašu draudimo liudijime, pirmosios pareiškėjos pildytos formos buvo ant besikopijuojančių lapų). Taigi, iš esmės pirmoji pareiškėja turėjo atstovo vėliau prašytus dokumentus, kuriais remdamasi ketino vertinti draudiko pateikto pasiūlymo priimtinumą. Atstovas nenurodė konkrečių duomenų, kurių pirmajai pareiškėjai trūko, priimant sprendimą dėl Sutarties pakeitimo. Įvertinus CK 6.993 straipsnio 5 dalies normą, neatsakymas į pasiūlymą traktuotinas kaip atsisakymas pakeisti draudimo sutartį, suteikiantis teisę draudikui sutartį nutraukti. Pirmoji pareiškėja iki 2018 m. rugsėjo 25 d. nepateikė atsakymo dėl pasiūlymo nutraukti Sutartį esmės, todėl draudikas pagrįstai laikė, kad pirmoji pareiškėja su pasiūlymu nesutiko, todėl draudikas įgijo teisę Sutartį nutraukti.

Atstovas nurodė, kad, pripažinus, jog draudikas teisėtai nutraukė Sutartį ir atsisakė mokėti draudimo išmoką, draudikui kiltų pareiga gražinti pirmajai pareiškėjai visas sumokėtas draudimo įmokas. Kaip minėta, draudikui rekomenduotina pareiškėjoms išmokėti draudimo išmoką, apskaičiuotą pagal analogiją taikant CK 6.993 straipsnio 6 dalį, todėl dėl šio alternatyvaus atstovo reikalavimo papildomai nepasisakytina.

Dėl teisinių 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.

Lietuvos bankui pateikti įrodymai (2019 m. vasario 4 d. sąskaita faktūra, *(duomenys neskelbiami)*), jos priedas – atliktų darbų ir patirtų išlaidų išklotinė, 2019 m. vasario 4 d. mokėjimo nurodymas Nr. *(duomenys neskelbiami)*) patvirtina, kad už pirmajai pareiškėjai suteiktas teisinės paslaugas (prašymo Lietuvos bankui parengimą) patirta 500 Eur išlaidų.

Išlaidų, susijusių su advokato ar advokato padėjėjo pagalba, mokėjimo pagrindus, tvarką ir dydžio nustatymo kriterijus reglamentuoja Lietuvos Respublikos civilinio proceso kodekso (toliau – CPK) 88 ir 98 straipsniai. CPK 98 straipsnio 2 dalis nustato, jog šalies išlaidos, susijusios su advokato ar advokato padėjėjo pagalba, atsižvelgiant į konkrečios bylos sudėtingumą ir advokato ar advokato padėjėjo darbo ir laiko sąnaudas, yra priteisiamos ne didesnės, kaip yra nustatyta teisingumo ministro kartu su Lietuvos advokatų tarybos pirmininku patvirtintose rekomendacijose dėl užmokesčio dydžio. Toks dydis nustatytas Lietuvos advokatų tarybos 2004 m. kovo 26 d. nutarimu ir Lietuvos Respublikos teisingumo ministro 2004 m. balandžio 2 d. įsakymu Nr. 1R-85 patvirtintose Rekomendacijose dėl civilinėse bylose priteistino užmokesčio už advokato ar advokato padėjėjo teikiamą teisinę pagalbą (paslaugas) maksimalaus dydžio (toliau – Rekomendacijos).

Pateiktoje sąskaitoje už teisinės paslaugas nurodyta, kad suteiktų teisinių paslaugų trukmė – 5 valandos. Remiantis Rekomendacijomis, atsižvelgiant į paslaugos suteikimo datą, paslaugų trukmę, aplinkybę, kad paslaugą suteikė advokato padėjėja, atlygintina suma yra 370,68 Eur.

Atsižvelgiant į ginčo sudėtingumą, specialių žinių reikalingumą, sprendžiamų teisinių klausimų naujumą, aplinkybę, kad ta pati advokatų profesinė bendrija (jos advokatas) atstovavo pirmajai pareiškėjai ginče su draudiku iki kreipiantis į Lietuvos banką, nėra pagrindo rekomenduoti draudikui atlyginti pareiškėjoms didesnę, negu rekomenduojama, teisinių išlaidų sumą. Todėl laikytina, kad pagrįsta teisinių išlaidų už suteiktas paslaugas suma yra 370 Eur.

Kartu pažymėtina, kad, pagal minėtus teisės aktus, teisinių paslaugų išlaidos atlyginamos proporcingai patenkintų vartotojo reikalavimų daliai. Pareiškėjų reikalavimas tenkintinas iš dalies, pagal Sutarties sąlygas apskaičiuotą draudimo išmoką sumažinant tokia santykyne dalimi, kuria draudimo įmoka būtų padidinta, jeigu draudikas būtų sudaręs draudimo sutartį, žinodamas dėl pirmosios pareiškėjos neatsargumo neatskleistas aplinkybes. Pareiškėjoms išmokėtina analogiška draudiko nustatyta santykyne dalimi sumažinta teisinių paslaugų išlaidų suma (370 Eur).

Remdamasis tuo, kas išdėstyta, ir vadovaudamasis Vartotojų teisių apsaugos įstatymo 27 straipsnio 1 dalies 2 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 59.2 papunkčiu, n u s p r e n d ž i u:

1. Iš dalies tenkinti J. R. įpėdinių pareiškėjų D. R. ir E. S. reikalavimą ir rekomenduoti draudikui *Compensa Life Vienna Insurance Group SE* išmokėti D. R. ir E. S.:

1.1. pagal draudimo sutarties sąlygas apskaičiuotą draudimo išmoką, ją sumažinant tokia santykyne dalimi, kuria draudimo įmoka būtų padidinta, jeigu draudikas būtų sudaręs draudimo sutartį, žinodamas dėl J. R. neatsargumo neatskleistas aplinkybes;

1.2. teisinių išlaidų sumą (370 Eur), sumažintą tokia santykyne dalimi, kuria mažinama pareiškėjoms pagal šio sprendimo rezoliucinės dalies 1.1 papunktį apskaičiuota draudimo išmoka.

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

Lietuvos banko sprendimas dėl ginčo esmės yra rekomendacinio pobūdžio ir teismui neskundžiamas. Vartotojas ir finansų rinkos dalyvis turi teisę 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