



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

**SPRENDIMAS  
DĖL X. X. IR ADB „GJENSIDIGE“ GINČO NAGRINĖJIMO**

2019 m. gruodžio 18 d. Nr. 242-508  
Vilnius

Lietuvos bankas gavo X. X. (toliau – pareiškėjas) kreipimąsi, kuriuo pareiškėjas prašė išnagrinėti tarp jo ir ADB „Gjensidige“ (toliau – draudikas) kilusį ginčą.

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

Tarp pareiškėjo ir draudiko buvo sudaryta Asmens draudimo sutartis (*duomenys neskelbtini*) (toliau – Draudimo sutartis), kurią, be kitų draudimo liudijime išvardytų draudimo rizikų, buvo apdrausta „sunkios ligos“ draudimo rizika, draudimo laikotarpis – nuo (*duomenys neskelbtini*). Draudimo sutartis buvo sudaryta Asmens draudimo taisyklių Nr. 009, galioja nuo 2016 m. kovo 1 d., (toliau – Taisyklės) pagrindu.

Pareiškėjas 2019 m. gegužės 29 d. draudikui pateikė prašymą išmokėti draudimo išmoką pagal Draudimo sutarties sąlygas „Sunki liga“. Pareiškėjo draudikui pateiktame (*duomenys neskelbtini*) Medicinos dokumentų išrašė (toliau – Išrašas) nurodytos šios diagnozės: (*duomenys neskelbtini*).

Draudikas pareiškėją informavo apie atsisakymą mokėti draudimo išmoką. Draudikas pareiškėjui nurodė, kad Taisyklių 33 punkte įtvirtinta, jog draudimo išmoka mokama už sunkias ligas, kurios pirmą kartą buvo nustatytos ne anksčiau kaip po keturių mėnesių nuo draudimo sutarties galiojimo pradžios. Draudikas teigė, kad pareiškėjo sveikatos sutrikimas (*duomenys neskelbtini*) buvo diagnozuotas (*duomenys neskelbtini*), o Draudimo sutartis įsigaliojo nuo (*duomenys neskelbtini*). Draudiko teigimu, kadangi pareiškėjui sunki liga diagnozuota anksčiau nei 4 mėnesiai nuo Draudimo sutarties įsigaliojimo, pareiškėjui draudimo išmoka negali būti mokama.

Pareiškėjas draudikui pateiktoje pretenzijoje pabrėžė, kad Taisyklių 33.1 papunktyje nurodytas draudžiamasis įvykis „Piktybinis navikas (vėžys)“ nustato dvi įvykio pripažinimo draudžiamuoju sąlygas – t. y. ląstelių piktybiškumo patvirtinimą histologiškai ir diagnozės patvirtinimą gydytojo onkologo. Pareiškėjas nurodė, kad, (*duomenys neskelbtini*) draudikui teikdamas prašymą išmokėti draudimo išmoką, dar neturėjo gydytojo onkologo diagnozės patvirtinimo, diagnozė pateikta (*duomenys neskelbtini*) Medicinos dokumentų išrašė (toliau – (*duomenys neskelbtini*) išrašas).

Pareiškėjas draudikui pateiktoje pretenzijoje taip pat nurodė, kad Draudimo sutartis buvo sudaryta (*duomenys neskelbtini*) draudiko darbuotojai Y. Y. pareiškėjui telefonu pateikus pasiūlymą sudaryti Draudimo sutartį. Pareiškėjas pabrėžė, kad Draudimo sutarties įsigaliojimo data (*duomenys neskelbtini*) buvo nurodyta, nes pareiškėjas paprašė „laiko įvertinti draudimo pasiūlymo sąlygas“. Remdamasis nurodytomis aplinkybėmis, pareiškėjas prašė draudiko pakartotinai apsvarstyti sprendimą atsisakyti mokėti draudimo išmoką.

Draudikas pateiktame atsakyme į pareiškėjo pretenziją nurodė, kad, remiantis draudikui pateiktais medicinos dokumentais, buvo nustatyta, kad pareiškėjui dar iki (*duomenys neskelbtini*) išrašo, kuriame gydytojas onkologas patvirtino vėžio diagnozę, pateikimo vėžio diagnozė buvo nustatyta. Atsižvelgdamas į tai, draudikas teigė, kad „tokiu atveju onkologo patvirtinimas nėra būtinas“. Draudikas taip pat nurodė: „Kadangi ligos pirmieji simptomai prasidėjo neužilgo po Draudimo sutarties sudarymo bei neabejotinai (*duomenys neskelbtini*) vėžys nustatytas iki 4 mėn. laikotarpyje nuo Jūsų Sutarties įsigaliojimo, tai remiantis sunkios ligos apibrėžimu Jūs susirgote anksčiau nei įsigaliojo Sunkių ligų draudimo apsauga.“ Remdamasis nurodytomis aplinkybėmis, draudikas teigė

neturintis pagrindo keisti priimto sprendimo.

Pareiškėjas prašyme nagrinėti vartojimo ginčą, be draudikui pateiktoje pretenzijoje nurodytų aplinkybių, papildomai teigė, (*duomenys neskelbtini*) kreipėsi į šeimos gydytoją dėl (*duomenys neskelbtini*). Pareiškėjas nurodė: (*duomenys neskelbtini*). Pareiškėjas teigė, kad taikytas medikamentinis gydymas buvo neefektyvus ir jam (*duomenys neskelbtini*) buvo diagnozuotas (*duomenys neskelbtini*). (*duomenys neskelbtini*) pareiškėjui buvo atlikta operacija, po kurios „atlikus histologinį tyrimą buvo nustatyta diagnozė – (*duomenys neskelbtini*)“.

Pareiškėjas nurodė, kad draudikas, vadovaudamasis (*duomenys neskelbtini*) Patologijos tyrimų rezultatų aprašymo (*duomenys neskelbtini*) ir (*duomenys neskelbtini*) Išrašo datomis, padarė išvadą, kad piktybinis navikas buvo diagnozuotas nepraėjus 4 mėnesiams nuo Draudimo sutarties įsigaliojimo. Pareiškėjas pabrėžė, kad draudikas pateiktame atsakyme į pretenziją rėmėsi papildomu argumentu, kuris nebuvo nurodytas sprendime nemokėti draudimo išmokos. Pareiškėjas pabrėžė, kad draudikas atsakyme į pretenziją nurodė, kad „ne tik liga diagnozuota nepraėjus 4 mėnesiams nuo draudimo apsaugos įsigaliojimo, bet ir pirmieji simptomai taip pat atsirado nepraėjus 4 mėnesiams nuo draudimo apsaugos įsigaliojimo.“

Pareiškėjas nurodė, kad apdraustojų nuo draudimo sutarties įsigaliojimo patiriami simptomai nebūtinai gali būti susiję tik su vėžio susirgimu. Pareiškėjas pabrėžė, kad „vėžiniai susirgimai dažniausiai neišsivysto per 4 mėnesius, vystantis onkologiniam susirgimui įvairių simptomų galima rasti bet kuriuo metu, nors akivaizdžių negalavimų sergantysis dar ir nejaučia.“ Remdamasis nurodytomis aplinkybėmis, pareiškėjas draudikui kėlė reikalavimą pareiškėjui diagnozuotą susirgimą pripažinti draudžiamuoju įvykiu pagal Taisyklių 33.1 papunktyje įtvirtintas draudžiamąjį įvykių „Piktybinis navikas (vėžys)“ sąlygas.

Draudikas pateiktame atsiliepime į pareiškėjo kreipimąsi nurodė, kad pareiškėjo susirgimo „diagnozės nustatymo data sietina su (*duomenys neskelbtini*) atlikta operacija ir jos metu pašalintos medžiagos histologinio tyrimo išvada (gauta (*duomenys neskelbtini*))“. Be to, draudikas teigė, kad pareiškėjo onkologinio susirgimo diagnozė buvo įtarta dar po (*duomenys neskelbtini*) atlikto kompiuterinės tomografijos tyrimo. Draudikas pabrėžė, kad sprendimo nemokėti draudimo išmokos teisingumą patvirtina ir tai, kad pareiškėjas prašymą išmokėti draudimo išmoką draudikui pateikė iki gydytojo onkologo atliktos konsultacijos.

Draudikas pabrėžė, kad gydytojo onkologo (*duomenys neskelbtini*) parengtame išrašė yra tik pateiktas tyrimų rezultatų vertinimas ir apibendrinimas. Draudiko teigimu, gydytojo onkologo konsultacija yra reikalinga, siekiant patikslinti vėžio stadiją, nurodyti jos išplitimą, suteikti informaciją apie galimą gydymą, skirti tolimesnį gydymą, tyrimą ir t. t. Tačiau tai jokiais atvejais nekeičia vėžio diagnozės nustatymo ir susirgimo datos.

Draudikas nurodė, kad Taisyklių sąlyga, kad draudimo rizikos „Sunki liga“ draudimo apsauga įsigalioja tik praėjus draudimo sutartyje nurodytam terminui nuo draudimo laikotarpio pradžios, yra įprasta sąlyga draudimo rinkoje. Šią nuostatą draudikai draudimo taisyklėse įtvirtina, siekdami „apsisaugoti nuo nesažiningų draudėjų, kurie, kilus įtarimui dėl sveikatos būklės, tikslingai siekia apsidrausti draudimu nuo tam tikrų ligų“. Todėl, remdamasis nurodytomis aplinkybėmis, draudikas teigė neturintis pagrindo tenkinti pareiškėjo reikalavimo išmokėti draudimo išmoką.

**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, ekonomiško ir bendradarbiavimo principų. Nagrinėdamas ginčą Lietuvos bankas atlieka pateiktų įrodymų vertinimą ir jo pagrindu priimamas sprendimas.

Atsižvelgiant į ginčo šalių nurodytas aplinkybes, darytina išvada, kad šalių ginčas kilo dėl Taisyklių 33 punkto ir 33.1 papunkčio nuostatų aiškinimo ir taikymo bei draudiko sprendimo nemokėti draudimo išmokos pagrįstumo.

*Dėl Taisyklių 33 punkto ir 33.1 papunkčio nuostatų aiškinimo ir taikymo*

Lietuvos bankui ginčo šalių pateikti paaiškinimai ir dokumentai patvirtina, kad pareiškėjas reikalavimą draudikui išmokėti draudimo išmoką grindžia Taisyklių 33.1 papunkčio, kuriame nustatytos draudžiamąjį įvykių „Piktybinis navikas (vėžys)“ sąlygos, nuostatomis. Pareiškėjo teigimu, draudikas, priimdamas sprendimą dėl draudimo išmokos

mokėjimo, privalėjo remtis ne tik duomenimis apie pareiškėjui taikytą chirurginį gydymą ir atliktą histologinį tyrimą, tačiau ir (*duomenys neskelbtini*) išrašė nurodytu gydytojo onkologo vėžio diagnozės patvirtinimu. Draudikas, nesutikdamas su pareiškėjo reikalavimu, remiasi ne Taisyklių 33.1 papunktyje nustatytomis draudžiamąjį įvykio „Piktybinis navikas (vėžys)“ sąlygomis, o Taisyklių 33 punktu, kuriame paaiškinta sąvoka „Sunki liga“ ir nustatytas draudimo apsaugos nuo draudimo rizikos „Sunki liga“ įsigaliojimo terminas.

Taisyklių 33 punkte nustatyta, kad „Sunki liga“ – tai gydytojo **diagnozuotas** ir atitinkamais dokumentais iš gydymo įstaigos patvirtintas apdraustojo susirgimas liga, nurodyta Sunkių ligų sąrašė, kurios pirmieji simptomai ir kuri pirmą kartą buvo nustatyta ne anksčiau kaip po keturių mėnesių nuo draudimo sutarties galiojimo pradžios (ši nuostata netaikoma, kai draudimo „Sunki liga“ varianto draudimo apsauga tęsiama atnaujintoje sutartyje). Taisyklių 33.1 papunktyje pateiktame Sunkių ligų sąrašė nurodyta, kad „Piktybinis navikas (vėžys)“ – tai nekontroliuojamas piktybinių ląstelių augimas, plitimas bei invazija į audinius ir organus. Piktybinio naviko terminas taip pat apima leukemiją ir limfinės sistemos piktybines ligas. Draudimo išmoka mokama tik esant nenuginčijamiems invazijos į audinius įrodymams ir kai auglio ląstelių piktybiškumas patvirtintas histologiškai. Diagnozė turi būti patvirtinta gydytojo onkologo arba onkohematologo (jei sergama leukemija ar limfinės sistemos augliu).

Atsižvelgiant į Lietuvos Respublikos civilinio kodekso (toliau – CK) 6.193 straipsnio 2 dalies nuostatas, kad visos sutarties sąlygos turi būti aiškinamos atsižvelgiant į jų tarpusavio ryšį, pažymėtina, kad Taisyklių 33 punkte ir 33.1 papunktyje įtvirtintos sąlygos turi būti aiškinamos sistemaiškai, o ne atsietai viena nuo kitos. Be to, kasacinio teismo praktikoje konstatuojama, kad aiškinant sutartį svarbu ir faktinės aplinkybės, susijusios su sutarties sudarymu, vykdymu, kitokiais šalių veiksmais, nes faktiniai šalių veiksmai reikšmingi siekiant nustatyti tikruosius šalių ketinimus (Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2018 m. vasario 7 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. e3K-3-9-695/2018; 2012 m. liepos 12 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-357/2012).

Pažymėtina, kad Taisyklių 33 punkte nėra aiškiai nurodyta, ar draudimo apsaugos nuo draudimo rizikos „Sunki liga“ taikymo terminas (keturi mėnesiai nuo draudimo sutarties įsigaliojimo pradžios) yra skaičiuojamas nuo susirgimo sunkia liga, ar nuo sunkios ligos diagnozės patvirtinimo. Taisyklėse taip pat nėra paaiškintos „pirmųjų sunkios ligos simptomų“ sąvokos: kokius požymius draudikas pripažįsta pirmaisiais ligos simptomais ir pagal kokius požymius yra vertinamas Taisyklių 33 punkte nurodytų pirmųjų ligos simptomų nustatymas. Be to, Taisyklėse nėra paaiškintų „susirgimo sunkia liga“ ir „susirgimo datos“ terminų, kurių pagrindu būtų galima nustatyti, ar susirgimas „Sunkia liga“ yra sietinas su apdraustojo kreipimusi į sveikatos priežiūros įstaigą, pasireiškus pirmiesiems sunkios ligos simptomams, ar vien tik su simptomų, kurie gali būti susiję su galutine sunkios ligos diagnoze, apdraustajam pasireiškimu.

Svarbu pažymėti, kad Taisyklių 33.1 papunktyje, apibrėžiančiame konkrečių sunkių ligų, dėl kurių gali būti mokama draudimo išmoka, pripažinimo draudžiamaisiais įvykiais sąlygas, nurodytos ir ūmios ligos (pvz., miokardo infarktas, smegenų insultas), kurių susirgimo data (reikšminga vertinant Taisyklių 33 punkte nurodytos rizikos „Sunkios ligos“ draudimo apsaugos įsigaliojimo terminą) yra sietina su staiga ir netikėtai įvykusi įvykiu. Tačiau, Taisyklėse nenustačius konkrečių „pirmųjų „Sunkios ligos“ simptomų“ nustatymo kriterijų, draudimo sutartimi teikiama „Sunkių ligų“ draudimo apsauga galėtų būti pernelyg susiaurinama, nes draudikas net ir prieš keletą metų iki apdraustojo kreipimosi į sveikatos priežiūros įstaigą dėl ūmios ligos simptomų, dėl kurių buvo patvirtinta sunkios ligos diagnozė, ir pačios ūmios ligos diagnozės nustatymo pasireiškusius galimus ligos požymius galėtų priskirti prie Taisyklių 33 punkte nurodytų ir Taisyklėse nekonkretizuotų bei aiškiai neapibrėžtų „pirmųjų „Sunkios ligos“ simptomų“.

Be to, atkreiptinas dėmesys, kad Taisyklių 33 punkto sąlygoje yra įtvirtinti iš esmės prieštaraujantys duomenys, nustatantys, kad susirgimas „Sunkia liga“ turi būti pagrįstas medicinos dokumentuose nurodyta susirgimo diagnoze, tačiau toje pačioje Taisyklių sąlygoje kartu yra nurodoma, kad, nustatant draudimo apsaugos dėl „Sunkių ligų“ draudimo rizikos įsigaliojimo terminą, yra vertinamas ir šios ligos pirmųjų simptomų nustatymas. Be to, iš Taisyklių 33 punkto sąlygos formuluotės nėra aišku, ar, draudikui nustačius, kad pirmieji sunkios ligos simptomai apdraustajam pasireiškė anksčiau nei 4 mėnesiai nuo draudimo sutarties įsigaliojimo, tačiau medicinos dokumentuose sunkios ligos diagnozė būtų patvirtinta po nurodyto termino, draudikas turėtų teisę nemokėti draudimo išmokos.

Atsiliepime į pareiškėjo prašymą nagrinėti vartojimo ginčą, draudikas nurodė, kad Taisyklių 33 punkto reikalavimams įgyvendinti būtinos abi sąlygos, t. y. 1) tiek pirmųjų sunkios ligos simptomų nustatymas, 2) tiek pačios sunkios ligos nustatymas (kuris pagal Taisyklių 33 punkto sąlygą yra sietinas su medicinos dokumentuose užfiksuotos diagnozės patvirtinimu). Kadangi „Sunkios ligos“ diagnozė gali būti patvirtinta daug vėliau, nei pasireiškia pirmieji sunkios ligos simptomai, todėl, Taisyklėse nenustačius aiškių draudimo apsaugos įsigaliojimo dėl „Sunkios ligos“ draudimo rizikos kriterijų, Taisyklių 33 punkto nuostatos suteikia draudikui teisę jas aiškinti plačiau ir sau palankia linkme.

Kaip minėta, aiškinant sutarties sąlygas, svarbu ir faktinės aplinkybės, susijusios su sutarties vykdymu. Draudikas rašte, kuriuo pareiškėjas buvo informuotas apie sprendimą nemokėti draudimo išmokos, iš esmės nurodė, kad draudimo apsaugos draudimo rizikos „Sunki liga“ atveju įsigaliojimo terminas yra sietinas su sunkios ligos *nustatymu* (jos diagnozavimu) ne anksčiau kaip po 4 mėnesių nuo Draudimo sutarties įsigaliojimo. Draudikas pareiškėjui pateikė paaiškinimus apie atsisakymo mokėti draudimo išmoką priežastis ir nurodė, kad draudiko sprendimas buvo priimtas, atsižvelgiant į tai, kad Draudimo sutartis įsigaliojo (*duomenys neskelbtini*), o pareiškėjui onkologinis susirgimas buvo **diagnozuotas**, nepraėjus 4 mėnesiams nuo Draudimo sutarties įsigaliojimo. Aplinkybėmis apie onkologinio susirgimo pirmųjų simptomų ne anksčiau nei po 4 mėnesių po Draudimo sutarties įsigaliojimo nustatymą, kaip būtinąją draudimo išmokos mokėjimo sąlygą, draudikas pradėjo remtis tik gavęs pareiškėjo pretenziją dėl priimto sprendimo.

Remiantis 33 punkto ir 33.1 papunkčio sąlygų sisteminiu aiškinimu, pažymėtina, kad Taisyklių 33 punkte yra tik pateikiamas bendras „Sunkios ligos“ apibrėžimas, tačiau konkrečios sunkių ligų nustatymo ir diagnozavimo sąlygos yra įtvirtintos Taisyklių 33.1 papunktyje. Taisyklių 33.1 papunktyje nustatyti šiame papunktyje išvardytų ligų, dėl kurių gali būti mokama draudimo išmoka, diagnozės patvirtinimo požymiai (šiose papunktyje išvardijami specialistai, kurių diagnozės patvirtinimas yra būtinoji įvykio pripažinimo draudžiamuoju sąlyga; nurodomi privalomi tyrimai, ligų diagnostikos kriterijai ir kt.).

Vertinant vartojimo ginčui aktualias Taisyklių 33.1 papunkčio nuostatas, įtvirtinančias būtinąsias sąlygas, kad įvykis „Piktybinis navikas (vėžys)“ būtų pripažintas draudžiamuoju, pažymėtina, kad šiose sąlygose nėra nurodyta, kad įvykiui pripažinti draudžiamuoju pakanka tik pirmųjų šios ligos simptomų nustatymo ar apdraustojų kreipimosi į sveikatos priežiūros įstaigą dėl pasireiškusių simptomų, kurie yra susiję su galutine „Piktybinio naviko (vėžio)“ diagnoze. Priešingai, Taisyklių 33.1 papunktyje yra aiškiai nurodyta, kad būtinosios sąlygos, kad „Piktybinis navikas (vėžys)“ būtų pripažintas draudžiamuoju įvykiu, yra dvi: 1) auglio ląstelių piktybiškumas turi būti patvirtintas histologiškai ir 2) diagnozė turi būti patvirtinta gydytojo onkologo.

Atsiliepime į pareiškėjo kreipimąsi draudikas paaiškino Taisyklių 33.1 papunkčio nuostatų turinį ir prasmę ir teigė, kad onkologinei diagnozei patvirtinti svarbiausias ir pagrindinis dokumentas yra gydytojo patologo išvada. Draudiko teigimu, gydytojo onkologo diagnozės patvirtinimas yra reikšmingas tik vėžio stadijai ir jo išplitimui bei apdraustajam taikytinam gydymui nustatyti.

Atsižvelgiant į draudiko paaiškinimus, pažymėtina, kad jie prieštarauja Taisyklių 33.1 papunktyje nustatytoms „Piktybinio naviko (vėžio)“ pripažinimo draudžiamuoju būtinosioms sąlygoms, nes minėtoje Taisyklių nuostatoje yra aiškiai nurodyta, kad vien tik ląstelių piktybiškumo patvirtinimo histologiškai nepakanka, kad minėta „Sunki liga“ būtų pripažinta draudžiamuoju įvykiu. Remiantis draudžiamuoju įvykiu „Piktybinis navikas (vėžys)“ sąlygomis, darytina išvada, kad draudimo išmoka dėl nurodytos sunkios ligos mokama tik tuo atveju, kai gydytojas onkologas pateikia galutinių ir kliniškai patvirtintų įrodymų pagrindu parengtą išvadą apie onkologinį procesą.

Vadovaujantis CK 6.59 straipsniu, šaliai draudžiama vienašališkai atsisakyti vykdyti prievolę ar vienašališkai pakeisti jos vykdymo sąlygas, todėl Draudimo 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. Atsižvelgiant į tai, darytina išvada, kad draudiko paaiškinimai, jog „Piktybinio naviko (vėžio)“ diagnozei patvirtinti pakanka patologinio tyrimo išvadų, neatitinka Taisyklių 33.1 papunktyje nustatytų minėtos sunkios ligos pripažinimo draudžiamuoju ir Draudimo sutartimi prisiimtų įsipareigojimų apimties sąlygų.

Atsižvelgiant į draudimo sutarties sąlygų teisinio apibrėžtumo ir suderinamumo reikalavimus (Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2007 m. kovo 16 d. nutartis, priimta civilinėje

byloje Nr. 3K-3-152/2007; 2008 m. sausio 25 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-45/2008), svarbu pažymėti, kad draudiko prisiimto įsipareigojimo dydžio nedetalizavimas, leidžiantis pareiškėjui pagrįstai spręsti dėl tam tikrų palankių sutarties sąlygų buvimo, aiškintinas standartines Draudimo sutarties sąlygas pasiūliusios šalies nenaudai ir, atsižvelgiant į draudėjo, kaip silpnesniosios šalies sutartiniuose santykiuose, gynimo principą, Draudimo sutarties šalių skirtingai suprantamos sutarties sąlygos aiškintinos pareiškėjo, kaip draudėjo, naudai.

Apibendrinant Lietuvos banko nustatytas aplinkybes ir sistemiškai aiškinant Taisyklių 33 punkte ir 33.1 papunktyje įtvirtintas sąlygas, darytina išvada, kad draudikas apie „Piktybinio naviko (vėžio)“ nustatymo datą privalo spręsti pagal medicinos dokumentuose įtvirtintus duomenis apie ląstelių piktybiškumo patvirtinimą histologiškai ir gydytojo onkologo vėžio diagnozės patvirtinimą. Jei pagal Taisyklių 33.1 papunktyje įtvirtintas „Piktybinio naviko (vėžio)“ pripažinimo draudžiamuoju būtinąsias sąlygas šio susirgimo diagnozė nustatoma praėjus mažiau nei 4 mėnesiams nuo draudimo sutartyje nurodyto draudimo laikotarpio pradžios, draudimo išmoka dėl draudžiamąjo įvykio „Piktybinis navikas (vėžys)“ yra nemokama.

*Dėl draudiko sprendimo nemokėti pareiškėjui draudimo išmokos pagrįstumo*

Vertinant Lietuvos bankui pateiktus dokumentus, nustatyta, kad (*duomenys neskelbtini*) pareiškėjas buvo paguldytas į (*duomenys neskelbtini*) ligoninę. Išrašė pateiktoje Ligos anamnezėje nurodyta: (*duomenys neskelbtini*). (*Duomenys neskelbtini*) pritaikius intubacinę neįtrauktą atlikta operacija.

Nors per chirurginę operaciją rastas (*duomenys neskelbtini*) navikas buvo pateiktas histologiškai ištirti, tačiau Taisyklių 33.1 papunktyje nėra nustatyta, kad „Piktybiniam navikui (vėžiui)“ pripažinti draudžiamuoju įvykiu pakanka vien naviko nustatymo sąlygos. Kaip minėta, kritinės ligos „Piktybinio naviko (vėžio)“ diagnozė turi būti nustatyta ląstelių piktybiškumą patvirtinus histologiškai ir kai vėžio diagnozė patvirtinta gydytojas onkologas. Nagrinėjamu atveju nėra šalių ginčo, kad gydytojo onkologo konsultacija pareiškėjui buvo suteikta (*duomenys neskelbtini*) ir kad tik šią dieną gydytojo onkologo galutinių ir kliniškai patvirtintų įrodymų pagrindu buvo parengta ir įtvirtinta (*duomenys neskelbtini*) išrašė išvada apie onkologinį procesą. Atsižvelgiant į tai, darytina išvada, kad draudiko nurodytos aplinkybės, kad pareiškėjo susirgimo – „Piktybinio naviko (vėžio)“ – diagnozavimo data pripažintina pareiškėjui (*duomenys neskelbtini*) atliktos chirurginės operacijos data ir (*duomenys neskelbtini*) Patologijos tyrimo rezultatų aprašymo parengimo data, prieštarauja Draudimo sutarties šalių nustatytoms Draudimo sutarties sąlygoms.

Draudikas taip pat teigė, kad pareiškėjas pranešimą apie susirgimą „Sunkia liga“ pateikė iki gydytojo onkologo išvadų parengimo, todėl šios aplinkybės taip pat pagrindžia draudiko sprendimą nemokėti draudimo išmokos. Vertinant šias draudiko nurodytas aplinkybes, pažymėtina, kad pranešimų apie įvykį pateikimo tvarką reglamentuoja Taisyklių 38–42 punktai. Taisyklių 38 punkte nustatyta, kad draudėjas per 30 kalendorinių dienų po draudžiamąjo įvykio raštu apie šį įvykį ir jo aplinkybes turi pranešti draudikui. Jeigu apdraustasis stacionariai gydomas sveikatos priežiūros įstaigoje, tai apie draudžiamąjį įvykį ir jo aplinkybes reikia pranešti ne vėliau kaip per 30 kalendorinių dienų po paskutinės apdraustąjo stacionarinio gydymo dienos.

Lietuvos bankui pateikto Išrašo duomenys patvirtina, kad iš (*duomenys neskelbtini*) ligoninės pareiškėjas buvo išrašytas (*duomenys neskelbtini*). Pareiškėjas draudikui pranešimą apie įvykį, kuris gali būti pripažintas draudžiamuoju, pateikė (*duomenys neskelbtini*). Atsižvelgiant į tai, darytina išvada, kad pareiškėjo pranešimo apie įvykį pateikimo terminas yra sietinas su Taisyklių 38 punkte nustatytų draudėjo pareigų laikymusi. Be to, sprendimą dėl įvykio pripažinimo draudžiamuoju ar nedraudžiamuoju priima draudikas, todėl draudėjas (apdraustasis) privalo pranešti apie įvykį visada, kai atsiranda pagrindas įtarti, jog įvykis gali būti draudžiamasis. Išvadą apie įvykio požymių atitiktį draudimo taisyklėse įtvirtintiems įvykio pripažinimo draudžiamuoju kriterijams daro draudikas, o ne draudėjas. Atsižvelgiant į tai, pažymėtina, kad draudikas nepagrįstai teigia, kad pareiškėjo susirgimo „Piktybinio naviku (vėžiu)“ diagnozavimo data taip pat turi būti nustatyta ir pagal pareiškėjo pranešimo apie šį susirgimą datą (*duomenys neskelbtini*).

Darytina išvada, kad draudikas, atsakydamas pareiškėjui mokėti draudimo išmoką, nepagrįstai vadovavosi duomenimis apie pareiškėjui taikyto chirurginio gydymo, parengtų histologinio tyrimo išvadų ir pareiškėjo pranešimo apie įvykį datas, laikydamas jas

„Piktybinio naviko (vėžio)“ diagnozavimo datomis. Draudikas nesivadovavo Taisyklių 33 punkto ir 33.1 papunkčio sisteminiu aiškinimu ir nevertino, kad minėto susirgimo pripažinimo draudžiamuoju įvykiu būtina sąlyga pagal Taisyklių 33.1 papunktį yra gydytojo onkologo galutinė išvada apie vėžio diagnozę. Kadangi Draudimo sutartis įsigaliojo (*duomenys neskelbtini*), o gydytojas onkologas pareiškė diagnozę patvirtino (*duomenys neskelbtini*), darytina išvada, kad pareiškėjo susirgimas „Sunki liga“ buvo nustatytas praėjus 4 mėnesiams nuo Draudimo sutarties įsigaliojimo.

Šiame kontekste papildomai pažymėtina, kad draudikas nurodė, jog Taisyklių 33 punkte įtvirtintas draudimo apsaugos nuo draudimo rizikos „Sunki liga“ įsigaliojimo, praėjus 4 mėnesiams nuo draudimo sutarčių įsigaliojimo, terminas yra nustatytas, siekiant draudikui apsaugoti nuo nesažiningų draudėjų, kurie, žinodami apie galimą draudžiamąjį įvykį, sudaro Asmens draudimo sutartis. Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad pareiškėjas, praėjus 3 mėnesiams nuo Draudimo sutarties įsigaliojimo, į (*duomenys neskelbtini*) ligoninę buvo paguldytas ne dėl vėžio gydymo. Duomenys apie galimą onkologinę ligą buvo nustatyti tik minėtoje sveikatos priežiūros įstaigoje atlikus papildomus tyrimus.

Draudikas neginčijo pareiškėjo nurodytų aplinkybių, kad iki minėtos stacionarinio gydymo datos pareiškėjui buvo taikomas (*duomenys neskelbtini*) gydymas dėl ligų, kurios buvo nesusijusios su diagnoze „Piktybinis navikas (vėžys)“. Pareiškėjo nurodytas aplinkybes iš esmės pagrindžia kartu su prašymu nagrinėti vartojimo ginčą pateikti (*duomenys neskelbtini*) ligonės pareiškėjui atliktų diagnostinių tyrimų duomenys, kurių aprašyme nurodyta siuntimo diagnozė – ligos kodas pagal TLK-10-AM (*duomenys neskelbtini*) (šiuo ligos kodu yra žymima: (*duomenys neskelbtini*)). Lietuvos bankui pateiktose pareiškėjui atliktų tyrimų išvadose nebuvo duomenų, kad nustatytas navikas. Atsižvelgiant į tai, negalima teigti, kad dar prieš sudarydamas Draudimo sutartį pareiškėjas galėjo įtarti onkologinę ligą ir dėl šios priežasties, siekdamas gauti draudimo išmoką, sudaryti Draudimo sutartį su draudiku.

Minėtas aplinkybes taip pat paneigia ir pareiškėjo teiginiai, kad Draudimo sutartis buvo sudaryta ne pareiškėjui kreipusis į draudiką dėl Draudimo sutarties sudarymo, o pareiškėjui akceptuojant draudiko pasiūlymą sudaryti Draudimo sutartį (CK 6.900 straipsnio 1 dalis). Nors pareiškėjas tiek draudikui pateiktoje pretenzijoje, tiek prašyme nagrinėti vartojimo ginčą prašė įvertinti aplinkybes, kad Draudimo sutartis buvo sudaryta draudiko darbuotojos „Y. Y. iniciatyva, kuri paskambino telefonu (*duomenys neskelbtini*) bei po pokalbio atsiuntė draudimo pasiūlymą ir sąlygas elektroniniu paštu“, tačiau draudikas šių aplinkybių nevertino ir dėl jų nepasisakė. Draudikas taip pat neginčijo pareiškėjo nurodytų duomenų, kad Draudimo sutartis buvo sudaryta draudiko iniciatyva, ir neginčijo pasiūlymo sudaryti Draudimo sutartį pareiškėjui pateikimo datos. Be to, Lietuvos bankui nebuvo pateikta jokių įrodymų, kurių pagrindu būtų galima teigti, kad per nurodytą pasiūlymo sudaryti Draudimo sutartį pateikimo terminą (*duomenys neskelbtini*) pareiškėjas būtų kreipęsis į sveikatos priežiūros įstaigą dėl sveikatos problemų. Lietuvos bankui buvo pateikti tik pareiškėjo paaiškinimai, kad jis dėl ligų, dėl kurių jam buvo taikytas (*duomenys neskelbtini*) gydymas, į šeimos gydytoją kreipėsi (*duomenys neskelbtini*) ir šeimos gydytojas išrašė siuntimus atlikti diagnostinius tyrimus, kurie, remiantis Lietuvos bankui pateiktais duomenimis, buvo atlikti (*duomenys neskelbtini*) ir (*duomenys neskelbtini*). Atsižvelgiant į tai, darytina išvada, kad Draudimo sutarties sudarymo veiksmai taip pat negali pagrįsti draudiko sprendimo pritaikyti Taisyklių 33 punkte nustatytą draudimo apsaugos nuo draudimo rizikos „Sunki liga“ galiojimo išimtį.

Apibendrinant Lietuvos banko nustatytas aplinkybes, darytina išvada, kad draudikas nepagrįstai Taisyklių 33 punkto pagrindu atsisakė mokėti draudimo išmoką už draudžiamąjį įvykį „Piktybinis navikas (vėžys)“. Atsižvelgiant į tai, kad šalių ginčo, jog pareiškėjui diagnozuota „Sunki liga“ – „nusileidžiančiosios gaubtinės žarnos piktybinis navikas“ – patektų į Taisyklių 33.1 papunktyje nustatytas draudimo išmokos mokėjimo dėl draudžiamąjo įvykio „Piktybinis navikas (vėžys)“ išimtis, nėra, todėl darytina išvada, kad draudikui kyla pareiga išmokėti pareiškėjui draudimo išmoką.

Remiantis Taisyklių 33.3 papunkčio nuostatomis, pareiškėjui turi būti išmokėta 100 proc. draudimo varianto „Sunkios ligos“ draudimo sumos (3 000 Eur) sudaranti draudimo išmoka, todėl draudikas turi pareiškėjui išmokėti 3 000 Eur draudimo išmoką už draudžiamąjį įvykį „Piktybinis navikas (vėžys)“.

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. Tenkinti pareiškėjo X. X. reikalavimą ir rekomenduoti draudikui išmokėti pareiškėjui 3 000 Eur draudimo išmoką dėl įvykusio draudžiamojo įvykio „Piktybinis navikas (vėžys)“.

2. Įpareigoti draudiką per mėnesį nuo šio sprendimo priėmimo dienos raštu informuoti Lietuvos banką apie sprendimo rezoliucinės dalies 1 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