



**LIETUVOS BANKAS
TEISĖS IR LICENCIJAVIMO DEPARTAMENTO
DIREKTORIUS**

**SPRENDIMAS
DĖL X. X. IR SEB LIFE AND PENSION BALTIC SE GINČO NAGRINĖJIMO**

2023-01-26 Nr. 429-57

Lietuvos bankas gavo X. X. (toliau – pareiškėja) kreipimąsi, kuriuo pareiškėja prašė išnagrinėti tarp jos ir *SEB Life and Pension Baltic SE*, veikiančios Lietuvoje per įsteigtą filialą, (toliau – draudikas) kilusį ginčą.

N u s t a t y t a:

2020 m. liepos 30 d. tarp pareiškėjos ir draudiko buvo sudarytos „Saugaus kredito“ gyvybės draudimo sutartys Nr. (*duomenys neskelbtini*) ir Nr. (*duomenys neskelbtini*) (toliau – Draudimo sutartys). Draudimo sutartyse nurodyta, kad jos buvo sudarytos Gyvybės draudimo ir draudimo nuo nedarbingumo taisyklių Nr. 20 (toliau – Taisyklės) pagrindu.

Pareiškėja 2022 m. vasario 10 d. draudikui pateikė prašymą išmokėti pagal Draudimo sutarties sąlygas apskaičiuotą draudimo išmoką dėl pareiškėjos laikino nedarbingumo.

Draudikas 2022 m. birželio 17 d. pranešimu pareiškėją informavo apie atsisakymą mokėti draudimo išmoką. Draudikas nurodė, kad jam pateikti medicinos dokumentų duomenys patvirtino, jog pareiškėja laikinai buvo nedarbinga dėl (*duomenys neskelbtini*) komplikacijų gydymo. Draudikas pabrėžė, kad pareiškėja buvo nedarbinga dėl ligos, kuria sirgo iki sudarant Draudimo sutartį, gydymo.

Pareiškėja, nesutikdama su draudiko 2022 m. birželio 17 d. sprendimu atsisakyti mokėti draudimo išmoką, 2022 m. birželio 28 d. ir rugpjūčio 1 d. raštais draudikui nurodė nesutikimo su priimtu sprendimu motyvus. Pareiškėja draudikui pateiktose pretenzijose teigė, kad laikinas nedarbingumas jai buvo skirtas ne dėl ligos paūmėjimo, o dėl pareiškėjai taikyto ligos chirurginio gydymo. Pareiškėja taip pat nurodė, kad „numatyti (*duomenys neskelbtini*)“.

Be to, pareiškėja teigė, kad prieš sudarant Draudimo sutartį draudikas jos nesupažindino su Taisyklių sąlygomis. Pareiškėja teigia prieš sudarant Draudimo sutartį draudikui pateikusi išsamią informaciją apie savo sveikatos būklę, tačiau draudikas nepasiūlė pareiškėjai nustatyti Taisyklių sąlygų išimčių, pagal kurias draudimo apsauga būtų teikiama, neatsižvelgiant į pareiškėjai dar iki sudarant Draudimo sutartį diagnozuotas ligas.

Draudikas, pareiškėjai pateikdamas paaiškinimus dėl pareiškėjos nurodytų nesutikimo su draudiko sprendimu aplinkybių, pabrėžė, kad pareiškėjai atlikta chirurginė operacija buvo būtina ligos, kuriai pagal Draudimo sutarčių sąlygas nėra teikiama draudimo apsauga, gydymui.

Draudikas taip pat nurodė, kad pareiškėja prieš Draudimo sutarčių sudarymą kvalifikuotu elektroniniu parašu patvirtino Draudimo sutarčių sudarymo ir supažindinimo su draudimo dokumentais (įskaitant ir Taisykles) aplinkybes. Atsižvelgdamas į tai, draudikas pabrėžė neturintis pagrindo keisti priimto sprendimo pagal Taisyklių sąlygas nemokėti draudimo išmokos.

Pareiškėja, nesutikdama su draudiko pateiktais paaiškinimais, prašyme nagrinėti vartojimo ginčą draudikui kėlė reikalavimą: „pripažinti laikiną nedarbingumą draudiminiu įvykiu ir išmokėti draudimo išmokas t. y. kompensuoti SEB turimos paskolos įmokas“.

Draudikas atsiliepime į pareiškėjos kreipimąsi nurodė, kad prieš sudarant Draudimo sutartį pareiškėja pildė Apdraustojų apklausos anketą (toliau – Anketa). Anketoje buvo prašoma nurodyti duomenis apie lėtines ar pasikartojančias ligas, dėl kurių reikia periodiškai ar reguliariai lankytis pas gydytoją. Pareiškėja Anketoje pažymėjo, kad tokio pobūdžio ligos jai nėra diagnozuotos. Draudikas pabrėžė, kad pareiškėjos suteikta ikisutartinė informacija prieštarauja draudiko surinktų medicinos dokumentų duomenims. Draudikas nurodė, kad pareiškėja dar prieš sudarant Draudimo sutartį sirgo ligomis, kurios turėjo būti nurodytos Anketoje.

Draudikas pabrėžė, kad draudiko eksperto atlikto tyrimo ir parengtų ekspertinio pobūdžio išvadų duomenys patvirtina priežastinį ryšį tarp pareiškėjos neatskleistos ikisutartinės informacijos ir ligos, dėl kurios buvo atlikta chirurginė operacija ir pareiškėja laikinai buvo nedarbinga.

Remdamasis nurodytomis aplinkybėmis, draudikas pabrėžė neturintis pagrindo tenkinti pareiškėjos draudikui keliamo 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, ekonomiškumo ir bendradarbiavimo principų. Nagrinėdamas ginčą Lietuvos bankas atlieka pateiktų įrodymų vertinimą ir jo pagrindu priimamas sprendimas.

Atsižvelgiant į ginčo šalių nurodytas aplinkybes ir pateiktus įrodymus, darytina išvada, kad šalių ginčas kilo dėl draudiko sprendimo atsisakyti mokėti draudimo išmoką pagal Taisyklėse įtvirtinto draudžiamąjį įvykio „draudimas nuo laikino nedarbingumo“ sąlygas pagrįstumo.

Lietuvos Respublikos civilinio kodekso (toliau – CK) 6.987 straipsnis nustato, kad draudimo sutartimi viena šalis (draudikas) įsipareigoja už sutartyje nustatytą draudimo įmoką (premiją) sumokėti kitai šaliai (draudėjui) arba trečiajam asmeniui, kurio naudai sudaryta sutartis, įstatyme ar draudimo sutartyje nustatytą draudimo išmoką, apskaičiuotą įstatyme ar draudimo sutartyje nustatyta tvarka, jeigu įvyksta įstatyme ar draudimo sutartyje nustatytas draudžiamasis įvykis.

Pažymėtina, kad šalių sudaryta draudimo sutartis yra savanoriška, todėl draudikas, vadovaudamasis CK 6.156 straipsnio 1 dalies nuostatomis, tokio pobūdžio sutartyse gali savo nuožiūra pasiūlyti sąlygas, susijusias su teikiamos draudimo apsaugos apimtimi. Nuo pasirinktos draudimo apsaugos priklauso draudikui mokamo atlyginimo už prisiimtus įsipareigojimus, t. y. draudimo įmokos, dydis.

Kasacinio teismo praktikoje yra nurodyta, kad draudimo sutartimi draudimo objektui teikiama draudimo apsauga nėra absoliuti – draudikas, prisiimdamas draudimo riziką, nustato draudimo sutartimi suteikiamos draudimo apsaugos ribas¹.

Atkreiptinas dėmesys, kad draudėja, sudarydama Draudimo sutartis, siekė apsaugoti savo turtinius interesus, susijusius su finansiniais įsipareigojimais, prisiimtais pagal skirtingas kredito sutartis, sudarytas su AB SEB banku. Galiojantys teisės aktai leidžia draudikui nustatyti prisiimamos draudimo rizikos ir teikiamos draudimo apsaugos ribas – nustatyti draudimo sutartimi apdraudžiamus draudimo objektus ir apibrėžti atvejus, kada mokama ir kaip apskaičiuojama draudimo išmoka.

Nagrinėjamu atveju draudikas pritaikė Taisyklėse įtvirtintas draudimo išmokos mokėjimo išimtis. Tačiau pareiškėja, nesutikdama su draudiko sprendimu, ginčijo Taisyklių sąlygų privalomumą ir taikymą.

Be to, pareiškėja ginčijo draudiko veiksmus sudarant Draudimo sutartis: kadangi, pareiškėjos teigimu, draudikas netinkamai rinko ikisutartinę informaciją ir pareiškėjai tinkamai nepaaiškino visos reikiamos informacijos (įskaitant Taisyklių sąlygas), Draudimo sutartyse nebuvo įtvirtintos platesnės draudimo apsaugos sąlygos, kurios atitiktų pareiškėjos poreikius dėl Draudimo sutarčių.

Siekiant išspręsti tarp pareiškėjos ir draudiko kilusį ginčą bei pasisakyti dėl pareiškėjos keliamų reikalavimų pagrįstumo, būtina įvertinti: 1) Draudimo sutartyje įtvirtintas draudimo apsaugos sąlygas ir jų atskleidimo pareiškėjai aplinkybes; 2) ar pareiškėja draudikui atskleidė visą ikisutartinę informaciją apie savo sveikatos būklę ir ar draudimo apsaugos apribojimus įtvirtinančios sąlygos buvo taikomos pagrįstai.

1. Dėl Draudimo sutartyje įtvirtintų draudimo apsaugos sąlygų ir jų atskleidimo pareiškėjai

¹ Lietuvos Aukščiausiojo Teismo nutartis, 2012 m. kovo 13 d. priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-91/2012.

Vertinant pareiškėjos draudikui nurodytas aplinkybes, kad ji prieš Draudimo sutarčių sudarymą nebuvo supažindinta su Taisyklių sąlygomis, pažymėtina, kad Draudimo sutartys buvo sudarytos naudojantis ryšio priemonėmis.

Prieš sudarant Draudimo sutartis pareiškėja pildė Prašymus sudaryti Draudimo sutartis Nr. (*duomenys neskelbtini*) ir Nr. (*duomenys neskelbtini*) (toliau – Prašymai). Prašymuose buvo nurodyta, kad iki Prašymų pasirašymo pareiškėja gavo ir perskaitė šiuos dokumentus: kainyną, draudimo produktų informacinį dokumentą, informacinį dokumentą apie draudimo agentą, taip pat Taisykles. Prašymuose taip pat buvo nurodyta, kad pareiškėja sutinka su nurodytą draudimo dokumentų sąlygomis.

Draudikas pateikė įrodymus, patvirtinančius, kad pareiškėja draudimo dokumentus, tarp kurių yra ir Prašymai, pasirašė kvalifikuotu elektroniniu parašu 2020 m. liepos 30 d. 11 val. 36 min. ir 11 val. 39 min. Todėl ši aplinkybė ir CK 1.73 straipsnyje nustatytos rašytinės formos sandorio pasirašymas, kaip asmens valios išraiškos forma, leidžia daryti pagrįstą išvadą, kad pareiškėja, pasirašydama Prašymus, patvirtino juose nurodytus duomenis ir tai, kad buvo tinkamai supažindinta su Taisyklių sąlygomis.

Remiantis CK 6.185 straipsnio 2 dalimi ir 6.186 straipsnio 1 dalimi, draudimo taisyklės draudėjui yra privalomos tik tuo atveju, jeigu draudikas jas tinkamai atskleidė, t. y. sudarė protingą galimybę draudėjui susipažinti su draudimo taisyklėmis ir draudėjas aiškiai išreiškė savo sutikimą su draudimo taisyklių sąlygomis. Kadangi pareiškėja Prašymuose savo parašu patvirtino, kad buvo supažindinta su Taisyklių sąlygomis, Taisyklės pareiškėjai yra privalomos ir turi būti taikomos.

Taisyklių 20.1 papunktyje įtvirtinta, kad „Apdraustiesiems, kuriems yra skiriamos ir mokamos nedarbingumo pašalpos (kurias moka „Sodra“ ar kitos įstatymų nustatytos institucijos), draudžiamasis įvykis yra nelaimingas atsitikimas ar liga, kai apdraustasis yra nedarbingas daugiau negu 30 dienų ir pateikia tai liudijančius dokumentus, nustatytus šiose taisyklėse.“

Taisyklių 21 punkte nustatyta, kad draudimo apsauga nebus taikoma, o draudimo išmoka nemokama dėl bet kokios ligos ar sužeidimo, kuris buvo diagnozuotas ar kurio simptomai pasireiškė dar prieš pasirašant draudimo sutartį ir kurį apdraustasis aiškiai galėjo numatyti.

Sistemiškai aiškinant Taisyklių 20.1 papunktyje ir Taisyklių 21 punkte įtvirtintas sąlygas, darytina išvada, kad Taisyklių 20.1 papunktyje įtvirtinto draudžiamąjį įvykių „draudimas nuo laikino nedarbingumo“ pripažinimo sąlygos yra: 1) įvykęs nelaimingas atsitikimas ar apdraustąjį liga, kai apdraustasis dėl šių įvykių yra daugiau nei 30 dienų nedarbingas ir dėl nedarbingumo gauna pašalpas (kurias moka „Sodra“ ar kitos įstatymų nustatytos institucijos) bei draudikui pateikia Taisyklėse nurodytus dokumentus; 2) kai nelaimingo įvykių metu patirtas apdraustąjį sužalojimas ar liga buvo diagnozuoti po draudimo sutarties sudarymo ar apie iki draudimo sutarties sudarymo buvusį apdraustąjį sužalojimą ar ligą apdraustasis negalėjo aiškiai žinoti (jų numanyti).

Atsižvelgiant į tai, kad išdėstyta pirmiau, darytina išvada, kad pareiškėjai prieš Draudimo sutarčių sudarymą buvo atskleista, kad jei ilgesnis nei 30 dienų nedarbingumas pareiškėjai bus skirtas dėl prieš Draudimo sutarčių sudarymą pareiškėjai diagnozuotos ligos, pagal Taisyklių sąlygas apskaičiuota draudimo išmoka nebus mokama.

2. Dėl aplinkybių, ar pareiškėja draudikui atskleidė visą ikisutartinę informaciją apie savo sveikatos būklę ir ar draudimo apsaugos apribojimus įtvirtinančios sąlygos buvo taikomos pagrįstai

2.1. Dėl pareiškėjos pildytoje Anketoje nurodytų duomenų

Pareiškėja, draudikui keldama reikalavimą dėl draudimo išmokos pagal draudžiamąjį įvykių „draudimas nuo laikino nedarbingumo“ sąlygas mokėjimo, taip pat teigė, kad draudikas prieš Draudimo sutarčių sudarymą turėjo visus duomenis apie pareiškėjos sveikatos būklę. Pareiškėjos teigimu, jai nebuvo atskleistos sąlygos, nustatančios draudimo išmokos mokėjimo išimtis, ir nebuvo įtvirtintos individualios Draudimo sutarčių sąlygos, atsižvelgiant į draudiko turimą informaciją apie iki draudimo apsaugos įsigaliojimo buvusias pareiškėjos ligas.

Vertinant šias pareiškėjos nurodytas aplinkybes, pažymėtina, kad ji prieš Draudimo sutarčių sudarymą pildė Anketą. Tai, kad Anketoje pareiškėjos nurodyti duomenys teisingi, buvo patvirtinta pareiškėjos kvalifikuotu elektroniniu parašu.

Anketoje pareiškėjos buvo teiraujamosi, ar ji Anketos pildymo metu ar per pastaruosius 10 metų sirgo, buvo gydoma ar jai buvo nustatyta viena kuri nors Anketoje nurodytų ligų ar būklių. Be kitų Anketoje nurodytų ligų, Anketoje pareiškėjos buvo prašoma pateikti informaciją apie bet kurią lėtinę ar pasikartojančią ligą, dėl kurios būtina periodiškai ar reguliariai lankytis pas gydytoją (epilepsija, cukrinis diabetas, nervų sistemos, inkstų, kepenų, kvėpavimo, kasos, virškinimo sutrikimas ar kt.).

Pareiškėjos Anketoje taip pat buvo teiraujamosi, ar jai yra atliekami diagnostiniai tyrimai ar ji laukia diagnostinių tyrimų rezultatų. Taip pat pareiškėjos buvo prašoma suteikti informaciją, ar ji turi laikino nedarbingumo pažymėjimą dėl savo sveikatos sutrikimo ir (ar) jai yra taikomas gydymas, ji turi reguliariai gerti vaistus (kiekvieną dieną, savaitę ar mėnesį), išskyrus vitaminus, kontraceptines tabletes ir kitus medikamentus, kurie nėra skirti gydymui.

Į visus klausimus anketoje pareiškėja atsakė neigiamai. Tačiau, gavęs pareiškėjos prašymą išmokėti draudimo išmoką, draudikas atliko surinktų medicinos dokumentų tyrimą. Draudikas Lietuvos bankui pateikė draudiko gydytojo eksperto medicinos dokumentų pagrindu atlikto tyrimo vertinimą (toliau – Vertinimas).

Vertinime nurodyta, kad draudikui pateiktoje 2016 m. rugsėjo 9 d. UAB „Bendroji medicinos praktika“ Epikrizėje iš medicininių dokumentų nurodyta, kad „apdraustajai 2016-09-08 dėl (*duomenys neskelbtini*) daugiau kairėje (*duomenys neskelbtini*) bei (*duomenys neskelbtini*) buvo atliktas (*duomenys neskelbtini*) gydymas.

Vertinime taip pat pabrėžiama, kad „remiantis UAB „Bendroji medicinos praktika“ 2016-09-15 medicinos dokumentų išrašu, apdraustajai dėl 2016-09-08 atlikto (*duomenys neskelbtini*) injekcijų į 4 sąnarius, yra neaiškios kilmės (*duomenys neskelbtini*), buvo rekomenduota stacionarinė rehabilitacija, nes pati pacientė vaikščioti į procedūras negali, nedarbingumas 2-3 mėn. Buvo nustatyta diagnozė (*duomenys neskelbtini*). 2016-10-10 – 2016-10-25 laikotarpiu apdraustajai buvo taikoma stacionarinė rehabilitacija UAB „Palangos Žvorūnė“ dėl pirmiau minėtos (*duomenys neskelbtini*).“

Draudiko ekspertas, vertindamas surinktą medicininę informaciją, taip pat nurodė, kad „2016-11-16 Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninėje Kauno klinikose (toliau – LSMUL KK) apdraustajai diagnozuojama (*duomenys neskelbtini*). Skirtas konservatyvus gydymas. 2017-02-10 LSMUL KK apdraustajai diagnozuojama (*duomenys neskelbtini*), skirtas konservatyvus gydymas.“

Vertinime taip pat nurodyta, kad „2017-05-30 – 2017-06-16 UAB „Palangos Žvorūnė“ apdraustajai taikomas stacionarinis reabilitacinis gydymas dėl (*duomenys neskelbtini*). 2017-12-22 LSMUL KK vizito metu rasta (*duomenys neskelbtini*). Iš anamnezės: pacientei eilę metų ilguosiuose kauluose stebimos masyvios (*duomenys neskelbtini*). Labai progresuoja (*duomenys neskelbtini*) skausmai. Nustatoma dauginių (*duomenys neskelbtini*). Ligos eiga bloga. 2018-12-07 LSMUL KK diagnozuojama (*duomenys neskelbtini*). Skirtas konservatyvus gydymas. 2019-04-16 dėl progresuojančios (*duomenys neskelbtini*) komplikacijų, apdraustajai buvo atlikta (*duomenys neskelbtini*) operacija. 2019-11-06 apdraustoji LSMUL KK lankosi skųsdamasi (*duomenys neskelbtini*). Minėti nusiskundimai vargino 2 metus. Nustatoma kairiojo (*duomenys neskelbtini*). Rekomenduojamas operacinis gydymas. Pacientė įtraukiama į (*duomenys neskelbtini*) gauti.“

Remiantis Lietuvos bankui pateiktais įrodymais, darytina išvada, kad pareiškėjai prieš Draudimo sutarčių sudarymą buvo žinoma apie lėtinų ligų diagnozes, taip pat taikytą gydymą ir nedarbingumą. Tačiau minėtos informacijos, apie kurią prieš sudarant Draudimo sutartį pareiškėjos buvo teiraujamosi, pareiškėja nenurodė pildomoje Anketoje.

Atsižvelgiant į tai, darytina išvada, kad pareiškėjos nurodytos aplinkybės, jog prieš sudarant Draudimo sutartis draudikui buvo atskleista visa informacija apie pareiškėjos sveikatos būklę, yra nepagrįstos. Taip pat nepagrįstomis yra pripažintinos pareiškėjos nurodytos aplinkybės, kad draudikas jam pareiškėjos suteiktos ikisutartinės informacijos pagrindu Draudimo sutartyje turėjo įtvirtinti individualias Draudimo sutarčių sąlygas, kurios atitiktų jos poreikius dėl draudimo apsaugos apimtį.

2.1. Dėl Vertinimo, kaip įrodymo, pagrindžiančio draudiko sprendimą nemokėti draudimo išmokos, pakankamumo

Vertinime, vadovaujantis surinkta medicinine informacija, be kita ko, nurodyta, kad 2021 m. lapkričio 10 d. pareiškėjai LSMUL KK buvo nustatyta (*duomenys neskelbtini*). 2022-02-

01 LSMU KK išrašė nurodyta, kad dėl (*duomenys neskelbtini*) komplikacijų (keletą metų varginančių (*duomenys neskelbtini*) ir neefektyvaus konservatyvaus gydymo) 2022-01-21 buvo atlikta planinė (*duomenys neskelbtini*) operacija.“

Vertinime daroma išvada, kad pareiškėjos „nedarbingumas susijęs su (*duomenys neskelbtini*) komplikacijų gydymu – (*duomenys neskelbtini*) operacija. Apdraustoji buvo nedarbinga dėl ligos – (*duomenys neskelbtini*), kurių konservatyvus gydymas buvo neefektyvus. (*duomenys neskelbtini*) pirmą kartą buvo diagnozuota dar 2016 metais, dėl blogos ligos eigos buvo taikomos kartotinės konsultacijos ir gydymas, 2019 m. apdraustajai buvo rekomenduotas kairio (*duomenys neskelbtini*) operacinis gydymas – (*duomenys neskelbtini*), apdraustoji buvo įtraukta į (*duomenys neskelbtini*) eilę (*duomenys neskelbtini*) gauti.“

Kasacinis teismas, formuodamas draudėjo teisės į mokėtiną draudimo išmoką ir jai įgyvendinti reikšmingų aplinkybių įrodinėjimo aiškinimo ir taikymo praktiką, atkreipė dėmesį į Lietuvos Respublikos draudimo įstatymo (toliau – Draudimo įstatymas) 98 straipsnio 2 ir 3 dalis, nustatančias, kad draudikas privalo tirti aplinkybes, būtinas draudžiamojo įvykio faktui, pasekmėms ir draudimo išmokos dydžiui nustatyti, dėdamas reikiamas pastangas. Draudikas neturi teisės išmokėti draudimo išmoką ar atsisakyti ją išmokėti, neįsitikinęs, kad draudžiamasis įvykis buvo; atsisakyti išmokėti draudimo išmoką, nepatikrinęs visos jam prieinamos informacijos².

Remdamasis draudimo sutartinių santykių teisiniu reglamentavimu (Draudimo įstatymo 98 straipsnio 1–3 dalių nuostatomis) Lietuvos Aukščiausiasis Teismas konstatavo, kad minėtos Draudimo įstatymo nuostatos įtvirtina draudiko pareigą, pasinaudojant jam suteiktomis teisėmis, nustatyti draudžiamąjį įvykį ar jo nebuvimą, kitas draudimo išmokai mokėti reikšmingas aplinkybes, o kitiems draudimo santykių dalyviams nustato pareigą pateikti draudikui visus turimus draudimo sutartyje nurodytus ir draudiko reikalaujamus dokumentus bei informaciją.

Dėl to, kilus šalių ginčui dėl pirmiau nurodytų aplinkybių, lėmusių draudiko atsisakymą mokėti draudimo išmoką, draudikas turi pareigą pateikti įstatymo įpareigotus surinkti duomenis, pagrindžiančius jo sprendimą nemokėti draudimo išmokos, o kiti draudimo santykių dalyviai, juos ginčydami, privalo pateikti jų argumentus ir nurodomas aplinkybes patvirtinančius įrodymus (Lietuvos Respublikos civilinio proceso kodekso 12, 178 straipsniai).

Draudimo įstatymo 98 straipsnio nuostatos, įpareigojančios draudiką tirti ir vertinti įvykio, kuris gali būti pripažintas draudžiamuoju, aplinkybes, šių aplinkybių tyrimo pagrindu priimti sprendimą dėl draudimo išmokos mokėjimo ir draudėjui (apdraustajam, naudos gavėjui) išmokėti draudimo išmoką, įvykus draudžiamajam įvykiui, lemia draudiko pareigą turėti kvalifikuotus darbuotojus, kurie yra kompetentingi įvertinti įvykusio įvykio atitiktį draudimo sutartyje nustatytiems draudžiamojo įvykio požymiams.

Nagrinėjamu atveju draudikas įrodymais (medicinos dokumentuose užfiksuotais duomenimis) pagrindė draudiko gydytojo eksperto, turinčio reikiamą kvalifikaciją vertinti medicinos dokumentus, parengtas Vertinimo išvadas. Pažymėtina, kad pareiškėja nepateikė jokių įrodymų, galinčių paneigti draudiko gydytojo eksperto išvadą, jog pareiškėjai taikytas gydymas, dėl kurio taikymo ji buvo laikinai (t. y. ilgiau nei 30 dienų) nedarbinga, buvo skirtas ligos, kuri pareiškėjai buvo diagnozuota iki Draudimo sutarčių sudarymo ir apie kurią pareiškėjai prieš sudarant Draudimo sutartis buvo žinoma, gydymui.

Kaip minėta, Taisyklių 20.1 papunktyje ir Taisyklių 21 punkte įtvirtintų sąlygų sisteminė analizė patvirtina, kad dėl dar prieš sudarant Draudimo sutartis apdraustajam diagnozuotos ligos gydymo skirto ilgesnio nei 30 dienų nedarbingumo pagal Draudimo sutarties sąlygas draudimo išmoka nėra mokama.

Remiantis Lietuvos bankui pateiktų įrodymų visuma, darytina išvada, kad draudiko sprendimas atsisakyti pareiškėjai išmokėti draudimo išmoką pagal Taisyklėse įtvirtintas draudžiamojo įvykio „draudimas nuo laikino nedarbingumo“ sąlygas yra pagrįstas. Atsižvelgiant į tai, pareiškėjos draudikui keliamas reikalavimas dėl 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

² Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2017 m. kovo 8 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. e3K-3-117-686/20170.

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 X. X. reikalavimą.

Lietuvos banko sprendimas dėl ginčo esmės yra rekomendacinio pobūdžio ir teismui neskundžiamas. Vartotojui ir finansų rinkos dalyviui išlieka teisė dėl tapataus ginčo dalyko 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. Ginčo šalys turi pareigą pranešti Lietuvos bankui, jeigu viena iš ginčo šalių pareiškia ieškinį bendrosios kompetencijos teismui prašydama nagrinėti tapatų ginčą iš esmės.

Direktorius

Arūnas Raišutis