



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

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

2018 m. lapkričio 7 d. Nr. 242-474
Vilnius

Lietuvos bankas gavo D. D. (toliau – pareiškėja) kreipimąsi, kuriuo pareiškėja prašė išnagrinėti tarp jos 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:

Tarp pareiškėjos ir draudiko buvo sudaryta garantuotų palūkanų gyvybės draudimo sutartis (draudimo liudijimo Nr. *duomenys neskelbiami*) (toliau – Draudimo sutartis), kuria buvo apdrausti pareiškėjos turtiniai interesai, susiję su jos gyvenimo trukme, kapitalo kaupimu ir pareiškėjos sveikata, draudimas galioja nuo 2017 m. rugpjūčio 22 d. iki 2037 m. rugsėjo 30 d.

2018 m. kovo 30 d. draudikas gavo pareiškėjos prašymą išmokėti draudimo išmoką pagal Draudimo sutartimi apdraustos kritinių ligų draudimo rizikos sąlygas dėl pareiškėjai 2018 m. kovo 20 d. diagnozuotos kirtinės ligos – „smegenų infarkto dėl nepatikslingo priešsmegeninių (precerebrinių) arterijų užsikimšimo arba susiaurėjimo; karoditinės arterijos sindromas (hemisefinis)“ (toliau – Įvykis). Kadangi surinkti medicinos dokumentai patvirtino, kad prieš sudarant Draudimo sutartį pareiškėja draudikui nesuteikė draudimo rizikai įvertinti reikšmingos informacijos, vadovaudamasis Lietuvos Respublikos civilinio kodekso (toliau – CK) 6.993 straipsnio 7 dalimi ir Draudimo sutarčiai taikomų Bendrųjų draudimo sąlygų (galioja nuo 2015 m. kovo 1 d.) (toliau – Sąlygos) 12.3.5 papunkčiu, draudikas priėmė sprendimą pareiškėjai dėl Įvykio nemokėti draudimo išmokos. CK 6.993 straipsnio 7 dalyje ir Sąlygų 12.3.5 papunktyje nustatyta, kad draudikas, įrodęs, jog nei vienas draudikas, žinodamas draudėjo dėl neatsargumo neatskleistą informaciją, nebūtų sudaręs draudimo sutarties, turi teisę atsisakyti mokėti draudimo išmoką. Draudikas, vadovaudamasis CK 6.993 straipsnio 5 dalimi ir Sąlygų 12.3.2 papunkčiu, pareiškėjai 2018 m. rugpjūčio 10 d. raštu pasiūlė pakeisti Draudimo sutarties sąlygas.

2018 m. rugpjūčio 22 d. pareiškėja pateiktame atsakyme draudikui į jo 2018 m. rugpjūčio 10 d. raštą išreiškė nesutikimo su draudiko sprendimu motyvus, tačiau dėl draudiko pateikto pasiūlymo pakeisti draudimo sutarties sąlygas nieko nepasisakė. Pareiškėja 2018 m. rugpjūčio 22 d. rašte draudikui nurodė, kad į klausimus, užduotus apdraustojo anketoje, apie savo sveikatos būklę atsakė sąžiningai, ir pažymėjo, kad anketoje nepateikė informacijos apie kelio traumą, nes ji praėjo be pasekmių ir kelio trauma neturi nieko bendra su ją išstikusia liga – insultu. Pareiškėja taip pat paaiškino, kad jos advokatė kreipėsi į kitas draudimo bendroves (tas pačias, į kurias kreipėsi ir draudikas), ir visos draudimo bendrovės pareiškėją sutiko apdrausti netgi geresnėmis sąlygomis, tačiau nei minėto kreipimosi, nei draudimo įmonių atsakymų pareiškėja draudikui nepateikė.

2018 m. rugpjūčio 17 d. pareiškėja kreipėsi į Lietuvos banką dėl vartojimo ginčo nagrinėjimo. Kreipimesi pareiškėja paaiškino, kad, prieš sudarydama Draudimo sutartį, užpildė draudiko pateiktą asmens sveikatos anketą: „sveikatos anketoje atsakiau į visus pateiktus klausimus, susijusius su mano sveikatos būkle tuo momentu, nurodžiau visas esmines aplinkybes,

kurios galėjo turėti įtakos draudikui nesudaryti su manimi draudimo sutarties. Anketoje pažymėjau, jog turėjau tulžies pūslės šalinimo operaciją. Vienkartinau klinikoje naudoti Crategi lašai manau neturėjo būti įvardinti, daugiau tuo metu jokių medikamentų nenaudojau. Dėl kelių traumos kreipiausi į traumatologą, tačiau padarius rentgeno nuotrauką jokios traumos požymių (lūžių ar skilimų) nebuvo, uždėjau kompresus ir praėjo be pasekmių. Akivaizdu, tai nereikėjo nurodyti anketoje, nes aš tai netgi pamiršau. Pas šeimos gydytoją lankiausi retai, nes jaučiausi visiškai sveika. 2017 m. liepos 27 d. kreipiausi į šeimos gydytoją, nes turėjau problemų šeimoje, nervavausi, lyg suskaudo širdies plote, gydytoja pamatavo kraujospūdį, kuris buvo normalus (120/74mmHg), padarė EKG, kuri buvo be patologijos ir parašė siuntimą kardiologui, jeigu bus negerai apsilankymui, davė išgerti Crategi lašų. Po šio vizito man viskas praėjo, todėl nebuvo jokio reikalo eiti pas kardiologą, todėl nėjau. Po kurio laiko apie 2018 m. kovo 22 d. man staiga pablogėjo sveikata, vėl atvykau pas gydytoją, buvo ženkliai pakilęs kraujospūdis, gydytoja patarė kokius vaistus gerti ir parašė siuntimą neurologui, nes įtarė insultą, todėl patarė pasidaryti mokamą tyrimą, galvos kompiuterinę tomogramą, nes nemokamam tyrimui didelės eilės. Tyrimas patvirtino insulto diagnozę. Nuvykus konsultacijai į LSMU Kauno klinikas neurologas pagal apžiūrą ir objektyvius duomenis patvirtino tą pačią diagnozę. <...> 2018 m. rugpjūčio 10 d. rašte draudikas pateikia tikrovės neatitinkančią informaciją apie kardiologinę mano būklę, jog man buvo diagnozuotas skausmas širdies plote, bet juk tai ne diagnozė, negi gyd. ekspertė Bernotienė neturi medicininio išsilavinimo, kad rašo tokią nesąmonę. Nors aš buvau nukreipta kardiologo konsultacijai, nereikia, kad aš buvau konsultuota, nes padarius šeimos klinikoje EKG nebuvo jokios indikacijos kardiologo konsultacijai. Kad aš nebuvo konsultuota jokio kardiologo gydytoja ekspertė įsitikino, nes patikrino visas Kauno klinikas ir netgi Ligonių kasą, kuri fiksuoja visas kardiologų konsultacijas. Kaip gali gydytoja Bernotienė 2018 m. rugpjūčio 10 d. rašte melagingai teigti, jog „2018 m. birželio 29 d. apdraustajai nepateikus duomenų apie kardiologo ir neurologo konsultaciją, draudikas dėjo visas pastangas šiuos duomenis nustatyti pats.“ Tai absoliutus melas, aš pristaciau visus iš neurologo gautus medicininius dokumentus, o kad dėl kardiologo konsultacijos aš aiškiai telefonu ir el. paštu paaiškinau, kad nebuvo pas joki kardiologą, nes nebuvo tam indikacijos. <...> Visa iki 2018 m. rugpjūčio 10 d. draudiko rinkta informacija yra niekinė, kadangi draudikas ją rinko pateikdamas melagingą informaciją apie mano sveikatos būklę. Juk įdėtame lape, kurio draudikas vadovaujasi aiškiai parašyta, kad 2017 m. liepos 31 d. mano kraujospūdis buvo normalus 120/74 mm/hg, joks gydymas dėl to nepaskirtas. <...> Niekados gyvenime nesiskundžiau aukštu kraujospūdžiu ir netgi 2017 m. liepos 31 d. jis buvo normalus, tačiau turėjau didelių išgyvenimų ir dėl to maudė širdį, juk visi tyrimai ir EKG parodė, kad esu sveika. <...> Gydytoja Bernotienė iš manęs daro kriminalinę nusikaltėlę, neva aš nusiėpiau savo sveikatos būklės duomenis. Aš nieko nenusiėpiau ir į anketoje pateiktus klausimus atsakiau teisingai ir sąžiningai. <...> Negana to, gydytoja ekspertė Bernotienė mane kaltina nusiėptais sveikatos sutrikimais, kurie galėjo turėti įtakos draudimo sutarties sudarymui, pati sau prieštarauja, nes prieš pasirašant draudimo sutartį aš užpildžiau anketą ir draudikas patikrinęs duomenis mano nurodytoje šeimos klinikoje davė sutikimą pasirašyti draudimo sutartį. <...> aš kreipiausi į šeimos gydytoją prašydama išduoti pažymą, jog aš nebuvo konsultuota jokio kardiologo, nes tam nebuvo indikacijos, skausmas širdies plote buvo dėl nervinės įtampos. Ši pažyma yra nenuginčijamas įrodymas, kad draudimo bendrovė yra neteisi ir privalo išmokėti pilnai man priklausančią draudimo kompensaciją. Draudikas elgdamasis nesąžiningai išplatino tikrovės neatitinkančią informaciją apie mano sveikatos stovį 7 Lietuvoje veikiančioms draudimo bendrovėms, neva klausdamas, ar pastarosios draustų klientą su Compensa bendrovės išgalvota diagnoze. Akivaizdu, jog visi atsakė neigiamai, nes to siekė Compensa draudimo bendrovė, siekdama mane apkaltinti, jog mano sutartis yra neteisėta. Tačiau aš telefonu pasiskambinau į vieną iš išvardytų bendrovių, pateikiau savo sveikatos duomenis ir man buvo pasiūlyta atvykti sudaryti pageidaujama draudimo sutartį, tame tarpe ir nuo kritinių ligų.“ Pareiškėja prašė rekomenduoti draudikui išmokėti 30 000 Eur draudimo išmoką, atsiprašyti pareiškėjos šeimos gydytojos, 7 draudimo bendrovėms pateikti

teisingą informaciją apie pareiškėjos sveikatos būklę.

Draudikas Lietuvos bankui pateiktame atsiliepime į pareiškėjos kreipimąsi paaiškino, kad pareiškėja savo nuožiūra nusprendusi draudiko neinformuoti apie jos subjektyviu vertinimu neva nereikšmingus sveikatos nusiskundimus dėl savo neatsargumo pažeidė Lietuvos Respublikos draudimo įstatyme ir Draudimo sutartyje įtvirtintą apdraustojų pareigą atskleisti informaciją. Draudikas remiasi CK 6.993 straipsniu bei Bendrųjų sąlygų 4.2 papunktyje nustatyta draudėjo pareiga prieš sudarant draudimo sutartį atskleisti draudikui išsamią ir teisingą informaciją apie draudiko prašomas nurodyti aplinkybes (taip pat ir apdraustojų sveikatos būklę) tenka draudėjui ir apdraustajam, o draudikas pagal CK 6.994 straipsnio 2 dalį bei Bendrųjų sąlygų 5.9, 6.1 ir 6.2 papunkčius turi teisę, bet ne pareigą, papildomai reikalauti iš draudėjo dokumentų ir (arba) apdraustojų sveikatos patikrinimo, patvirtinančių draudėjo pateikiamus duomenis apie jo sveikatą ir kitas draudimo rizikai turinčias reikšmės aplinkybes.

Pareiškėja pildydama draudiko jai pateiktą apdraustojų anketą teigiamai atsakė tik į 10, 20 ir 22 anketos klausimus, raštu patikslindama, kad 2016 metais jai buvo išoperuota (pašalinta) tulžies pūslė ir kad po minėtos operacijos jaučiasi gerai ir daugiau dėl nieko nesiskundžia. Draudikas teigė, kad pareiškėja į visus kitus sveikatos anketos klausimus, įskaitant ir 5 klausimą apie širdies ir kraujagyslių sistemos ligas, kuriame be kita ko, aiškiai įvardijama „skausmai krūtinėje“, bei 6 klausimą apie padidėjusį arterinį kraujo spaudimą, atsakė neigiamai, t. y. vienareikšmiškai patvirtino, kad neturi ir neturėjo jokių kitų sveikatos anketoje nepažymėtų sveikatos sutrikimų ir arba nusiskundimų. Draudikas pabrėžė, kad, pagal CK 6.993 straipsnio 2 dalį, aplinkybės, apie kurias draudikas raštu prašė draudėjo suteikti informaciją, yra laikytinos esminėmis, apie kurias draudėjas privalo informuoti draudiką. Pareiškėjos anketoje buvo raštu aiškiai paklausta apie širdies ir kraujagyslių sistemos sutrikimams būdingus nusiskundimus – skausmą krūtinėje bei padidėjusį arterinį kraujo spaudimą, todėl apdraustoji, žinodama, kad tokio pobūdžio nusiskundimų turi arba turėjo praeityje, šią informaciją privalėjo atskleisti draudikui ir jam suteikti visą žinomą susijusią informaciją, pvz., ar dėl šių nusiskundimų kreipėsi į gydytojus, ar gydytojas nustatė negalavimų priežastis, ar buvo paskirtų papildomų tyrimų, nustatyta diagnozė ir pan. Draudiko manymu, jeigu pareiškėja pildydama anketą būtų atskleidusi, kad yra turėjusi nusiskundimų, būdingų širdies ir kraujagyslių sistemos ligoms, t. y. nusiskundimų dėl skausmo, dūrimo, maudimo širdies plote, naktinio dusulio, oro trūkumo, pakylančio arterinio kraujospūdžio, taip pat faktą, kad dėl šių nusiskundimų jai buvo išduotas siuntimas į kardiologo konsultaciją, draudikas prieš sudarant draudimo sutartį būtų pasinaudojęs pirmiau aptarta teise ir paprašęs papildomos informacijos arba kreipęsis į atitinkamas gydymo įstaigas, kad gautų arba patikrintų informaciją apie apdraustosios sveikatą. Kadangi apdraustoji užpildytoje sveikatos anketoje nenurodė jokių pirmiau minėtų aplinkybių ir savo parašu patvirtino, kad pateikti duomenys yra tikslūs ir išsamūs, draudikas pagrįstai laikė, kad atskleista visa rizikai įvertinti reikalinga informacija. Atsižvelgiant į tai, su apdraustąja susijusi draudimo rizika buvo įvertinta pagal apdraustosios raštu sveikatos anketoje pateiktus duomenis, dėl kurių išsamumo ir tikslumo draudikas neturėjo nei teisinio nei faktinio pagrindo suabejoti, ir 2017 m. rugpjūčio 24 d., po trijų dienų nuo prašymo sudaryti draudimo sutartį pateikimo, buvo išduotas draudimo liudijimas. Tikrovės neatitinka ir pareiškėjos kreipimesi nurodytas teiginys, kad Draudimo sutartis buvo sudaryta po dvi savaites trukusio tariamo apdraustosios sveikatos duomenų tikrinimo jos nurodytoje šeimos klinikoje.

Draudikas teigia, kad sveikatos anketoje dėl pareiškėjos neatsargumo neatskleista informacija apie pareiškėjos iki sudarant Draudimo sutartį turėtus sveikatos nusiskundimus, reikšmingus draudžiamąjį įvykių atsiradimo tikimybei, jam tapo žinoma tik atliekant galimai draudžiamąjį įvykių tyrimą pagal pareiškėjos prašymą išmokėti draudimo išmoką. Vykdamas tyrimą buvo nustatyta, kad 2017 m. liepos 31 d. pareiškėja kreipėsi į šeimos gydytoją, nurodydama tokius nusiskundimus: „paskutiniu metu pradėjo jausti skausmą, dūrimą, maudimą širdies plote, būna naktimis dusulys, oro trūkumas, pakyla AKS“. Iš apdraustosios šeimos gydytojos raštu užfiksuotos anamnezės matyti, kad apdraustąją vargino negalavimai, būdingi

širdies ir kraujagyslių ligoms. Nors konsultuojanti šeimos gydytoja nustatė, kad apdraustosios kraujospūdis ir širdies ritmas atitiko normą vis dėlto, atsižvelgdama į nurodytų nusiskundimų pobūdį ir galimą pavojų sveikatai, pareiškėją nusiuntė į kardiologo konsultaciją. Ši aplinkybė patvirtina, kad tiksliai pareiškėjos būklei nustatyti buvo reikalingas detalesnis specialisto tyrimas. Pareiškėja neturi medicinos išsilavinimo, todėl negalėjo savarankiškai įvertinti savo būklės ir savo nuožiūra nuspręsti, kad paskirta kardiologo konsultacija jai nebereikalinga, tokį sprendimą objektyviai gali priimti tik ją gydantis gydytojas. Pareiškėjos asmens sveikatos istorijoje nėra jokio įrašo, patvirtinančio, kad šeimos gydytoja nustatė pareiškėjos sveikatos būklės pagerėjimą ir atšaukė siuntimą į kardiologo konsultaciją. Draudikas teigia, kad pareiškėja anketoje privalėjo atskleisti šią informaciją, nors savarankiškai nusprendė tyrimo neatlikti. Draudikas pabrėžė neturėjęs prisiimti rizikos, susijusios su apdraustosios sveikata, nes jam nebuvo išsamiai atskleista informacija apie apdraustosios nusiskundimus dėl sveikatos ir nebuvo objektyviai nustatytos jos negalavimų priežastys, t. y. nebuvo nuodugnai ištirta pareiškėjos sveikatos būklė.

Draudikas atkreipė dėmesį, kad pareiškėja kreipimesi į Lietuvos banką pateikė 2018 m. rugpjūčio 17 d. pareiškėjos šeimos gydytojos išduotą pažymą „Draudiko kompanijos žiniai“, kurioje pateikiama informacija apie šeimos gydytojos konsultaciją, vykusią 2017 m. liepos 31 d. Draudikas įvertino pareiškėjos pateiktą 2018 m. rugpjūčio 17 d. šeimos gydytojos pažymą ir nustatė, kad joje pateikti duomenys draudikui nesudaro pagrindo keisti priimtą sprendimą, o tik patvirtina draudiko priimto sprendimo pagrįstumą. Pažymoje pateikiami duomenys apie 2017 m. liepos 31 d. vykusią konsultaciją, tačiau nepaneigti šeimos gydytojos 2017 m. liepos 31 d. padaryti įrašai, kuriais vadovavosi draudikas priimdamas sprendimą. Draudikas atkreipė dėmesį, kad 2018 m. rugpjūčio 17 d. šeimos gydytojos pažymoje yra užfiksuoti pareiškėjos negalavimai, išsakyti per 2017 m. liepos 31 d. vykusią konsultaciją, ir nėra paneigtas pareiškėjos siuntimo pas kardiologą faktas. 2018 m. rugpjūčio 17 d. pažymos įrašas, kad kardiologo konsultacija neįvyko, tik patvirtina, kad apdraustosios būklė sudarant Draudimo sutartį nebuvo nuodugnai ištirta ir tai nebuvo atskleista draudikui. Draudikas pažymėjo, kad skirtingai, nei pareiškėja nurodo savo kreipimesi į Lietuvos banką ir skunde pateiktame draudikui, pareiškėja nei telefonu, nei elektroniniu paštu draudikui nepateikė tikslaus ir konkretaus atsakymo, kad pas kardiologą pagal siuntimą apskritai nesilankė, tačiau nurodė draudikui visų duomenų ieškoti jos sveikatos istorijoje, tai patvirtina 2018 m. birželio 28 d. elektroninis susirašinėjimas su pareiškėja. Pareiškėjos gydytoja telefonu draudikui patvirtino, kad, jos žiniomis, tokia konsultacija buvo suteikta, tačiau negalėjo pasakyti nei kada, nei kur. Draudikas iš pareiškėjos šeimos gydytojos negavęs tikslių duomenų kreipėsi į visas gydymo įstaigas, kuriose, draudiko žiniomis, lankėsi pareiškėja, siekdamas išsiaiškinti, ar tokia konsultacija apskritai įvyko ir, jeigu įvyko – gauti konsultacijos išrašo kopiją. Tačiau pareiškėjos sveikatos istorijoje duomenų apie kardiologo konsultaciją nebuvo.

Draudikas paaiškino, kad nustatęs, kad apdraustoji prieš sudarydama Draudimo sutartį atskleidė ne visą draudimo rizikai vertinti reikšmingą informaciją apie savo būklę, kreipėsi į kitas Lietuvoje veiklą vykdančias draudimo bendroves su prašymu pateikti išvadą, ar jos, žinodamos informaciją, kurios apdraustoji dėl neatsargumo draudikui nenurodė prieš sudarant Draudimo sutartį, būtų su ja sudariusios gyvybės bei kitų kritinių ligų draudimo sutartį. Visos 7 draudimo bendrovės (UAGDPB „Aviva Lietuva“, gyvybės draudimo UAB „Bonum publicum“, *ERGO Life Insurance SE*, UAB „PZU Lietuva gyvybės draudimas“, UAB „SEB gyvybės draudimas“, *Swedbank Life Insurance SE*, veikianti Lietuvoje per įsteigtą filialą, ir *Mandatum Life Insurance Company Limited*, veikianti Lietuvoje per įsteigtą filialą) draudikui atsakė, kad, žinodamos aplinkybes, kurių draudėja prieš sudarydama draudimo sutartį neatskleidė, nebūtų sudariusios nei gyvybės, nei kritinių ligų draudimo sutarties, jei nebūtų pateikta kardiologo išvada ir galutinė diagnozė. Atsižvelgdamas į gyvybės draudimo veiklą vykdančių bendrovių atsakymus, draudikas teigia objektyviai įrodęs, kad nė viena gyvybės draudimo bendrovė nebūtų su pareiškėja sudariusi draudimo sutarties, todėl draudikas pagrįstai atsisakė mokėti draudimo išmoką. Atsižvelgdamas į pirmiau nurodytas aplinkybes, draudikas prašė atmesti pareiškėjos reikalavimus kaip nepagrįstus.

2018 m. rugsėjo 13 d. pareiškėja kreipėsi į Lietuvos banką, prašydama pateikti draudiko Lietuvos bankui pateiktą atsiliepimą. 2018 m. spalio 17 d. pareiškėja Lietuvos bankui pateiktame rašte pažymėjo, kad draudikas atsiliepime remiasi tikrovės neatitinkančiais faktais, nes sudarant sutartį ji nesirgo kardiologine liga ir jai nebuvo nustatyto padidėjusio kraujo spaudimo. Pareiškėja teigė, kad 2018 m. rugpjūčio 17 d. medicinos išrašė yra aiškiai nurodyta, kad 2017 m. liepos 31 d. į gydytoją ji kreipėsi po ją ištikusio streso, pas joki kardiologą ji nesilankė ir nuo 2007 iki 2012 m. jokių nusiskundimų dėl širdies neturėjo. Pareiškėja dar kartą pakartojo, kad į sveikatos anketos klausimus, įskaitant 5 ir 6 klausimą, ji atsakė teisingai, nes tuo metu jokių nusiskundimų dėl sveikatos neturėjo.

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, pažymėtina, kad šalių ginčas kilo dėl Sąlygų 11.6, 11.7, 12.3.5 12.3.2 papunkčiuose nustatytų pareigų vykdymo.

Dėl Sąlygų 11.6 ir 11.7 papunkčiuose nustatytų draudiko pareigų vykdymo tinkamumo

Sąlygų 11.6 papunktyje nustatyta, kad, įvykus draudžiamajam įvykiui, draudikas naudos gavėjui išmoka draudimo išmoką. Sąlygų 11.7 papunktyje nurodyta, kad draudimo išmoka turi būti išmokėta ne vėliau kaip per 30 dienų nuo tos dienos, kai gaunama visa draudiko reikalaujama, jam priimtinos formos ir turinio informacija ir (arba) dokumentai, reikšmingi nustatant draudžiamąjį įvykio faktą ir jo aplinkybes, pasekmes ir draudimo išmokos dydį.

Vertinant pareiškėjos kreipimąsi, kuriame nurodyta, kad draudikas dėl pareiškėjai 2018 m. kovo 20 d. diagnozuotos kirtinės ligos –insulto– neišmokėjo draudimo išmokos ir todėl pažeidė Sąlygų 11.6 ir 11.7 papunkčiuose įtvirtintą pareigą per nustatytą terminą išmokėti draudimo išmoką, įvykus draudžiamajam įvykiui, pažymėtina, kad Draudimo sutarčiai taikomų Specialių sąlygų: papildomas kritinių ligų draudimas Nr. 004 (toliau – Specialios sąlygos) 3.1 papunktyje nustatyta, kad „draudžiamuoju įvykiu yra laikomas pirmas kirtinės ligos iš draudėjo pasirinkto ar Specialiose sąlygose numatyto Kritinių ligų sąrašo diagnozavimas sutarties galiojimo metu.“

Kritinių ligų sąrašė nurodyta, kad draudžiamuoju įvykiu yra pripažintinas smegenų infarktas (insultas). Draudimo išmoka mokama tik tuo atveju, kai „lieka pastovus neurologinis deficitas praėjus ne mažiau kaip trims mėnesiams nuo smegenų infarkto (insulto). Pastovus neurologinis deficitas turi būti patvirtintas gydytojo neurologo bei vaizdiniais tyrimais.“ Specialiųjų sąlygų 8.4 papunktyje nustatyta, kad, įvykus draudžiamajam įvykiui, draudimo išmoka mokama kaip visa draudimo suma. Pareiškėja nurodė, kad draudimo išmoka dėl pareiškėjai diagnozuotos kirtinės ligos yra 30 000 Eur.

Svarbu pažymėti, kad draudikas neginčijo pareiškėjai 2018 m. kovo 20 d. diagnozuotos kirtinės ligos – insulto – požymių atitiktis Specialiose sąlygose nurodytiems draudžiamąjį įvykio kriterijams. Draudikas atsisakė pareiškėjai mokėti draudimo išmoką dėl prieš sudarant Draudimo sutartį neatskleistos draudimo rizikai įvertinti reikšmingos informacijos.

Lietuvos bankui pateikti dokumentai patvirtina, kad pareiškėja prieš sudarydama Draudimo sutartį 2017 m. rugpjūčio 21 d. užpildė Pagrindinio apdraustojų anketą (toliau – Anketa), joje kartu su kita draudimo rizikai įvertinti reikšminga informacija, apie kurią buvo teirautasi, buvo prašoma nurodyti ir tai: ar draudžiamasis asmuo (pareiškėja) sirgo, serga ar turėjo sveikatos sutrikimų, susijusių su „širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis (pvz., skausmai krūtinėje, stenokardija, infarktas, insultas, kardiomiopatija, širdies nepakankamumas, širdies ydos ar kitos ligos). Ar turite padidėjusį arterinį kraujo spaudimą?“ Iš Lietuvos bankui pateiktų

dokumentų nustatyta, kad į nurodytus klausimus pareiškėja atsakė neigiamai, tačiau draudiko surinkti medicinos dokumentai (pareiškėjos ambulatorinės kortelės duomenys) patvirtino, kad 2017 m. liepos 31 d. pareiškėja kreipėsi į gydytoją ir gydytoja pareiškėjos ambulatorinėje kortelėje pažymėjo pareiškėjos nusiskundimus: „paskutiniu metu pradėjo jausti skausmą, dūrimą, maudimą širdies plote, būna naktinis dusulys, oro trūkumas, pakyla AKS“. Atlikusi pacientės sveikatos patikrą, pareiškėjos ambulatorinėje kortelėje gydytoja pažymėjo: „obj. veikla ritm. ŠŠD 65 k/min, AKS 120/74 mmHg, plaučiuose alsavimas vezikulinis, be karkalų, kojose – ed.“ Gydytoja įrašė pagrindinę diagnozę – skausmas širdies plote, ir nurodė, kad reikalinga kardiologo konsultacija.

Draudikas atsiliepime į pareiškėjos kreipimąsi teigė, kad, gavus ir įvertinus minėtą informaciją apie 2017 m. liepos 31 d. vykusią gydytojos konsultaciją ir pareiškėjos ambulatorinėje medicinos kortelėje apibūdintą pareiškėjos sveikatos būklę, buvo nustatyta, kad pareiškėja nesuteikė informacijos apie buvusius nusiskundimus dėl padidėjusio kraujospūdžio, skausmo širdies plote ir apie gydytojos siuntimą pas kardiologą, todėl jos sveikatos būklė nebuvo tinkamai įvertinta prieš sudarant draudimo sutartį.

Pareiškėja nesutiko su draudiko nurodytomis aplinkybėmis, todėl kreipėsi dėl ginčo nagrinėjimo teigė sąžiningai atsakiusi į visus Anketoje pateiktus klausimus, susijusius su sveikatos būkle, ir nurodė visas esmines aplinkybes, kurios galėjo turėti įtakos draudikui nesudaryti su pareiškėja draudimo sutarties. Pareiškėja Anketoje įrašė turėjusi tulžies pūslės šalinimo operaciją ir nurodė, kokius vaistus vartojo. Pareiškėja paaiškino, kad pas šeimos gydytoją lankydavosi retai, nes jautėsi visiškai sveika, o 2017 m. liepos 27 d. kreipėsi į šeimos gydytoją, nes turėjo problemų šeimoje, daug nervinosi, lyg suskaudo širdies plote. Pareiškėja mano, kad nėra pagrindo teigti, kad jos kraujospūdis buvo padidėjęs, nes, pamatavusi kraujospūdį, gydytoja konstatavo, kad jis atitinka normą (120/74mmHg), ir joks gydymas jai dėl to nebuvo skirtas, o pareiškėja niekada nesiskundė dėl aukšto kraujospūdžio. Pareiškėja teigia, kad jai niekada nebuvo diagnozuoto skausmo širdies plote („2018 m. rugpjūčio 10 d. rašte draudikas pateikia tikrovės neatitinkančią informaciją apie kardiologinę mano būklę, jog man buvo diagnozuotas skausmas širdies plote, bet juk tai ne diagnozė“), o į gydytojos paskirtą kardiologo konsultaciją nevyko, nes jautėsi gerai. Pareiškėja taip pat informavo, kad prieš pasirašant draudimo sutartį jos užpildytoje anketoje nurodytus duomenis draudikas patikrinęs jos nurodytoje šeimos klinikoje ir davė sutikimą pasirašyti draudimo sutartį.

Nesutikdamas su pareiškėjos nurodytomis aplinkybėmis, draudikas teigė, kad pareiškėja suklaidino draudiką, nes Anketoje nepažymėjo draudimo rizikai įvertinti reikšmingos informacijos. Draudikas teigia, kad, jeigu pareiškėja anketoje būtų atskleidusi, kad yra turėjusi nusiskundimų, būdingų širdies ir kraujagyslių sistemos ligoms, t. y. nusiskundimų dėl skausmo, dūrimo, maudimo širdies plote, naktinio dusulio, oro trūkumo, pakylančio arterinio kraujospūdžio, taip pat faktą, kad dėl šių nusiskundimų jai buvo išduotas siuntimas į kardiologo konsultaciją, prieš sudarant draudimo sutartį, draudikas būtų pasinaudojęs savo teise ir paprašęs pareiškėjos papildomos informacijos arba kreipęsis į atitinkamas gydymo įstaigas dėl informacijos apie pareiškėjos sveikatą. Kadangi pareiškėja nenurodė jokių minėtų aplinkybių ir savo parašu patvirtino, kad sveikatos anketoje nurodyti duomenys yra tikslūs ir išsamūs, draudikas neturėjo nei teisinio, nei faktinio pagrindo dėl to abejoti. Draudikas teigia, kad pareiškėjos teiginys, jog draudikas porą savaitių po pareiškėjos prašymo sudaryti draudimo sutartį pateikimo pareiškėjos nurodytoje gydymo įstaigoje tikrino pareiškėjos duomenis, neatitinka tikrovės, nes pareiškėja prašymą sudaryti draudimo sutartį pateikė 2017 m. rugpjūčio 21 d., o 2017 m. rugpjūčio 24 d. (po trijų dienų nuo prašymo sudaryti draudimo sutartį pateikimo) buvo išduotas draudimo liudijimas.

Įvertinus ginčo šalių argumentus, darytina išvada, kad draudikas pagrįstai teigia, kad, remdamasis pareiškėjos suteikta informacija, neturėjo pagrindo kreiptis į pareiškėjos nurodytą ambulatorinę sveikatos priežiūros įstaigą dėl draudimo rizikai įvertinti reikšmingų papildomų medicinos duomenų. Atkreiptinas dėmesys, kad pareiškėja Anketą pildė nepraėjus nė vienam

mėnesiui nuo gydytojos apžiūros ir gydytojai išsakytų nusiskundimų dėl sveikatos (padidėjusio kraujo spaudimo, skausmo širdies plote ir kt.), todėl galėjo prisiminti gydytojui išsakytus nusiskundimus dėl sveikatos ir Anketoje, atsakydama į klausimus, ar skundžiatės dūrimu širdies plote ir ar turite padidėjusį arterinį kraujo spaudimą, nurodyti informaciją, kurią mažiau nei prieš mėnesį nurodė gydytojai. Nors pareiškėja kreipimesi į Lietuvos banką teigia niekada neturėjusi padidėjusio kraujo spaudimo, tačiau atkreiptinas dėmesys į tai, kad gydytoja pareiškėjos ambulatorinėje kortelėje yra padariusi įrašą, kad pareiškėja skundžiasi dėl padidėjusio arterinio kraujo spaudimo. Taigi, ginčo byloje yra duomenys, kad pareiškėja skundėsi dėl padidėjusio arterinio kraujo spaudimo ir, nors lankantis pas gydytoją kraujo spaudimas atitiko normą, tai nepaneigia pareiškėjos ambulatorinėje kortelėje užfiksuoto fakto, kad pareiškėja gydytojui skundėsi dėl padidėjusio arterinio kraujo spaudimo. Pareiškėja taip pat tvirtina, kad jai niekada nebuvo diagnozuoto skausmo širdies plote, tačiau minėtame gydytojos įrašė kaip pagrindinė diagnozė nurodytas skausmas širdies plote, todėl gydytoja išrašė siuntimą pas kardiologą. Taigi, pareiškėja turėjo Anketoje nurodyti informaciją apie gydytojos paskirtą kardiologo konsultaciją. Pareiškėja taip pat remiasi 2018 m. rugpjūčio 17 d. pareiškėjos šeimos gydytojos išduota pažyma „Draudiko kompanijos žiniai“. Šioje pažymoje gydytoja patvirtina, kad „2017 m. liepos 31 d. pacientė lankėsi poliklinikoje dėl padidėjusio kraujo spaudimo nervinio streso pasekoje. Paskirti vaistai ir kardiologo konsultacija diagnozei patikrinti. Būklei pagerėjus pacientė pas kardiologą nesilankė. Būna ir dabar kraujospūdžio pakilimai dėl stresų, dėl širdies skausmų nesiskundžia. Pacientė prisirašiusi poliklinikoje nuo 2007 m. iki 2012 m. laikotarpiu ir jokių nusiskundimų dėl širdies neturėjo. Vėl poliklinikoje prisirašė 2017 m. atlikti laboratoriniai tyrimai – be pakitimų.“ Pareiškėja teigia, kad ši gydytojos pažyma neginčijamai įrodo, kad jokių su kraujagyslių ligomis susijusių sveikatos nusiskundimų ji neturėjo. Vertinant šiuos pareiškėjos argumentus, atkreiptinas dėmesys į tai, kad gydytoja patvirtino, kad pareiškėja skundėsi dėl padidėjusio kraujo spaudimo, ir patvirtino faktą, kad pas kardiologą pareiškėja nesilankė ir kad anksčiau nusiskundimų dėl širdies neturėjo. Pareiškėja į Anketos 22 klausimą „Ar per paskutinius 5 metus dėl sveikatos sutrikimų Jūs buvote konsultuotas, tirtas, gydytas, operuotas? Ar numatomi tyrimai, gydymas, operacija“ atsakė teigiamai, tačiau apie paskirtą siuntimą pas kardiologą neužsiminė. Pareiškėja tik nurodė, kad 2016 m. lapkričio 1 d. jai buvo išoperuota tulžis, po operacijos jaučiasi gerai ir dėl nieko nesiskundžia. Nustatytas faktas, kad gydytoja pareiškėjai 2017 m. liepos 31 d. buvo išrašiusi siuntimą pas kardiologą, konstatuotina, kad pareiškėja Anketoje turėjo šią informaciją draudikui nurodyti. Be to, kaip minėta, gydytojo konsultacija įvyko mažiau nei prieš mėnesį, todėl pareiškėja galėjo ir turėjo šį faktą prisiminti.

Taigi, įvertinus ginčo šalių pateiktus duomenis, darytina išvada, kad draudikas, remdamasis pareiškėjos nurodyta informacija, neturėjo pagrindo papildomai rinkti ir vertinti duomenų apie pareiškėjos sveikatos būklę, o pareiškėja Anketoje atskleidė ne visus duomenis apie savo sveikatos būklę.

Pareiškėja teigia, kad iki pildant Anketą turėti nusiskundimai dėl sveikatos galėjo būti priežastiniu ryšiu nesusiję su 2018 m. kovo 20 d. diagnozuotu insultu, o duomenų apie skausmus širdies plote, padidėjusį kraujospūdį bei siuntimą pas kardiologą neatskleidimas galėjo neturėti įtakos vertinant draudimo riziką. 2018 m. kovo 27 d. VŠĮ Kauno klinikinėje ligoninėje atlikto kompiuterinės tomografijos tyrimo išvadoje nurodyta „išeminis židinyš ACM sin baseine. Saikingai išreikšta smegenų atrofija ir kraujagyslių encelofatija“. Specialiose sąlygose smegenų infarktas (insultas) apibrėžiamas kaip „smegenų audinio mirtis dėl ūmaus smegenų kraujotakos sutrikimo, kurią sukėlė intrakranijinių kraujagyslių trombozė, kraujo išsiliejimas, sukiantis ūmius simptomus bei naują neurologinį deficitą“. Taip pat, kaip jau buvo minėta, nustatytas faktas, kad pareiškėjai buvo paskirta kardiologo konsultacija, tačiau pareiškėja savarankiškai nusprendė į ją nevykti. Taigi, galima pritarti draudiko teiginiui, kad pareiškėjos sveikatos būklė būtent dėl kraujagyslių ligų rizikos iki galo nebuvo ištirta, nors ir buvo gydytojo siuntimas pasitikrinti pas kardiologą. Pareiškėja pateikė duomenis iš savo sveikatos istorijos, iš jų matyti, kad 2018 m. kovo 22 d., po to, kai Draudimo sutartis jau buvo sudaryta, pareiškėja lankėsi pas

šeimoms gydytoją ir gydytoja nurodė šiuos pacientės (pareiškėjos) nusiskundimus: „jaučia širdies plakimą, silpnumą, buvo nualpusi. Būklės įvertinimas: Obj. cor veikla ritm ŠSD 90K/min AKS 160/70 mmhg. Pagrindinė diagnozė: 149.1 Prieširdžių priešlaikinė depoliarizacija (sujaudinimas)“. 2018 m. kovo 29 d. pareiškėja lankėsi Kauno klinikose, gydytojas pažymėjo, kad pacientė „visą laiką turėjo žemą AKS, bet dabar pasidarė aukštas ir nestabilus, turi labai daug stresų“. 2018 m. gegužės 14 d. pareiškėja lankėsi pas šeimos gydytoją, ir šeimos gydytoja ties paciento nusiskundimais pažymėjo „laikosi aukštas AKS iki 180/90 mmhg, skauda galvą, pykina, svaigsta galva, blogai miega, turi daug nervų. Pagrindinė diagnozė: 111.9 Hipertenzinė (širdies liga) kardiopatija be (stazinio) širdies kraujotakos nepakankamumo.“ 2018 m. birželio 27 d. pareiškėja lankėsi Kauno klinikose, gydytojas pažymėjo, kad pareiškėjos „AKS 160/100 mmhg“.

Atsižvelgiant į tai, kad insultas iš esmės yra susijęs su kraujagyslių ligomis, darytina išvada, kad informacija apie pareiškėjos nusiskundimus dėl padidėjusio kraujo spaudimo, skausmo širdies plote bei informacija apie siuntimą į kardiologo konsultaciją neabejotinai buvo reikšminga kritinių ligų draudimo rizikai įvertinti ir kritinių ligų standartiniams draudimo sutarties sąlygoms. Todėl, vadovaujantis nustatytomis aplinkybėmis, darytina išvada, kad draudikas, priimdamas sprendimą dėl draudimo išmokos mokėjimo, turėjo pagrindą remtis tuo, kad pareiškėja neatskleidė draudimo rizikai įvertinti reikšmingos informacijos.

Kadangi prieš sudarant Draudimo sutartį nebuvo atskleista draudimo rizikai įvertinti reikšminga informacija, draudikas pagrįstai atsisakė pareiškėjai išmokėti visą jos reikalaujamą 30 000 Eur draudimo išmoką. Darytina išvada, kad pareiškėja nepagrįstai teigia, kad draudikas pažeidė Sąlygų 11.6 ir 11.7 papunkčiuose įtvirtintas pareigas Sąlygų 11.7 papunktyje nustatytu terminu išmokėti draudimo išmoką, įvykus draudžiamajam įvykiui, nes neišmokėjo 30 000 Eur draudimo išmokos.

Dėl Sąlygų 12.3.5 papunktyje nustatytų draudiko pareigų vykdymo tinkamumo

Pareiškėja teigia, kad draudikas kitoms draudimo įmonėms pateikė tikrovės apie jos sveikatos būklę neatitinkančią informaciją, dėl to draudimo bendrovės atsakė, kad su pareiškėja nebūtų sudariusios draudimo sutarties. Draudikas teigia, kad kitoms draudimo įmonėms pateikė tikslią (tą, kurią surinko) informaciją apie pareiškėjos sveikatos būklę ir visos 7 gyvybės draudimo veiklą vykdančios draudimo bendrovės draudikui atsakė, kad, žinodamos aplinkybes, kurių draudėja prieš sudarydama draudimo sutartį neatskleidė, nebūtų sudariusios nei gyvybės, nei kritinių ligų draudimo sutarties, jei nebūtų pateikta kardiologo išvada ir galutinė diagnozė. Sąlygų 12.3.5 papunktyje nustatyta pareiga draudikui įrodymais pagrįsti, kad visi Lietuvoje gyvybės draudimo veiklą vykdančios draudikai, žinodami pareiškėjos dėl neatsargumo neatskleistą informaciją, nebūtų su pareiškėja sudarę draudimo sutarčių.

Vertinant pareiškėjos nurodytas aplinkybes, pažymėtina, kad draudikas 2017 m. liepos 25 d. raštu UAGDPB „Aviva Lietuva“, gyvybės draudimo UAB „Bonum publicum“, *ERGO Life Insurance SE*, UAB „PZU Lietuva gyvybės draudimas“, UAB „SEB gyvybės draudimas“, *Swedbank Life Insurance SE* ir *Mandatum Life Insurance Company Limited*, papasė įvertinti, ar būtų sudarę gyvybės bei kritinių ligų draudimo sutartį, o jeigu būtų sudarę tokią sutartį, tai kokiomis sąlygomis, „žinodamos, kad apdraustoji 2017 m. liepos 31 d. kreipėsi į šeimos gydytoją dėl dūrimo, maudimo širdies plote, naktinio dusulio, oro trūkumo, pakylančio arterinio kraujo spaudimo. Diagnozuotas skausmas širdies plote ir nukreipta kardiologo konsultacijai. Asmens sveikatos istorijoje nėra įrašų apie šio specialisto konsultaciją. Šeimos gydytoja telefonu tvirtino, kad pacientė buvo konsultuota šio gydytojo. Sutarties galiojimo metu 2018 m. kovo 22 d. pacientė kreipėsi į gydytoją dėl širdies plakimo, buvusio alpimo epizodo. Konstatuotas padidėjęs arterinis kraujo spaudimas 160/70 mmhg ir pirmą kartą išrašyti kompensuojamieji vaistai.“

Gyvybės draudimo UAB „Bonum publicum“ 2018 m. liepos 27 d. rašte draudikui nurodė, kad pagal draudiko išvardytus pareiškėjos sveikatos sutrikimus, buvusius prieš sudarant Draudimo sutartį, vadovaudamasi perdraudiko rekomendacijomis ir bendrovės rizikos vertinimo nuostatomis, bendrovė būtų susilaikiusi nuo draudimo sutarties sudarymo iki bus pateikta

papildoma informacija po kardiologo konsultacijos.

ERGO Life Insurance SE 2018 m. liepos 26 d. draudikui adresuotame rašte nurodė, kad, įvertinus aplinkybes, kurių pareiškėja nenurodė, gyvybės bei kritinių ligų draudimo sutartis nebūtų buvusi sudaryta.

UAB „PZU Lietuva gyvybės draudimas“ 2018 m. liepos 31 d. rašte draudikui nurodė, kad, pagal draudiko suteiktą draudimo rizikai įvertinti reikšmingą informaciją, vadovaudamasi draudimo rizikos vertinimo metodikomis bei perdraudikų rekomendacijomis, su pareiškėja gyvybės draudimo bei kritinių ligų sutarties nebūtų sudariusi, kol nebūtų pateikta kardiologo išvada.

UAB „SEB gyvybės draudimas“ 2018 m. rugpjūčio 1 d. rašte draudikui taip pat nurodė, kad pagal nurodytas draudimo rizikai įvertinti reikšmingas aplinkybes gyvybės draudimo bei papildomo draudimo nuo kritinių ligų sutartis nebūtų sudaryta, kol nebūtų pateikta kardiologo išvada.

Mandatum Life Insurance Company Limited, veikianti Lietuvoje per įsteigtą filialą, 2018 m. liepos 27 d. raštu atsakė, kad „būtų atidėję gyvybės draudimo ir draudimo nuo kritinių ligų sutarties sudarymą iki kol bus galutinis kardiologo ištyrimas“.

Swedbank Life Insurance SE, veikianti Lietuvoje per įsteigtą filialą, 2018 m. liepos 26 d. draudikui adresuotame rašte nurodė, kad, „nebūtume sudarę gyvybės draudimo sutarties be kardiologo konsultacijos, ištyrimo bei diagnozės. Kritinių ligų draudimo nevertintų, nes tokio draudimo neturi.“

UAGDPB „Aviva Lietuva“ 2018 m. liepos 26 d. rašte draudikui nurodė, kad, remiantis draudimo rizikos vertinimo metodikomis ir perdraudiko rekomendacijomis, universalaus gyvybės draudimo ir kritinių ligų draudimo sutartys nebūtų sudarytos. „Asmeniui, turinčiam Jūsų nurodytus sveikatos sutrikimus, galėtų būti siūlomas tik investicinio pobūdžio draudimas, kur į sveikatos rizikos faktorius nėra atsižvelgiama.“

Iš gautų atsakymų nustatyta, kad Lietuvoje gyvybės draudimo veiklą vykdančios draudimo įmonės vertino, kodėl nebuvo atskleista ikisutartinė informacija ir kokią įtaką draudimo įmonių sprendimui tai darė. Atsižvelgiant į Lietuvos bankui pateiktus duomenis, kuriais draudikas grindžia CK 6.993 straipsnio 7 dalyje (įvykus draudžiamajam įvykiui, draudikas turi teisę atsisakyti išmokėti draudimo išmoką tik įrodęs, kad nėra vienas draudikas, žinodamas aplinkybes, kurių draudėjas nenurodė dėl neatsargumo, nebūtų sudaręs draudimo sutarties) ir Sąlygų 12.3.5 papunktyje įtvirtintų atsisakymo mokėti draudimo išmoką pagrindų buvimą, darytina išvada, kad draudikas objektyviais įrodymais patvirtino, jog pirmiau išvardytos draudimo įmonės, žinodamos dėl neatsargumo pareiškėjo neatskleistas aplinkybes, galinčias turėti esminės įtakos kritinių ligų draudimo rizikai, nebūtų prisiėmusios minėtos draudimo rizikos ir su pareiškėja nebūtų sudariusios draudimo sutarčių tomis pačiomis sąlygomis, kuriomis draudikas su pareiškėja sudarė Draudimo sutartį.

Remiantis CK 6.993 straipsnio 7 dalies ir Sąlygų 12.3.5 papunkčio nuostatomis, pažymėtina, kad proporcingosios draudimo išmokos mokėjimo sąlygos netaikomos tuo atveju, kai nėra viena draudimo įmonė, žinodama draudėjo dėl neatsargumo neatskleistas aplinkybes, su draudėju nebūtų sudariusi draudimo sutarties tomis pačiomis sąlygomis, pagal kurias buvo atsisakyta mokėti draudimo išmoką. Darytina išvada, kad draudikas, objektyviais įrodymais pagrįsdamas, kad nėra viena draudimo įmonė nebūtų prisiėmusi kritinių ligų draudimo rizikos, tinkamai vykdė Sąlygų 12.3.5 papunktyje nustatytas pareigas ir pagrįstai atsisakė dėl įvykio mokėti draudimo išmoką.

Atkreiptinas dėmesys, kad pareiškėja 2018 m. rugpjūčio 22 d. rašte draudikui nurodė, kad jos advokatė kreipėsi į tas pačias draudimo bendroves ir šios nurodė, kad gyvybės draudimo ir kritinių ligų draudimo sutartis su ja sudarytų. Tačiau pareiškėja nei draudikui, nei Lietuvos bankui nepateikė nei jos advokatės kreipimosi į draudikus, nei draudikų atsakymų kopijų. Kreipimesi Lietuvos bankui pareiškėja nurodė, kad telefonu kreipėsi į vieną iš draudimo bendrovių, papasakojo bendrovei savo sveikatos situaciją ir bendrovė nurodžiusi, kad, žinodama

pareiškėjos nurodytą informaciją apie sveikatos būklę, būtų apdraudusi pareiškėją. Pažymėtina, kad, pareiškėjai nepateikus jokių duomenų, kurie patvirtintų, kad ji arba jos advokatė kreipėsi į minėtas draudimo bendroves ir kad jos, žinodamas informaciją apie pareiškėjos sveikatos būklę, sutiko su ja sudaryti draudimo sutartį, nėra pagrindo abejoti draudiko Lietuvos bankui pateiktais draudimo bendrovių atsakymais.

Apibendrinus tai, kas buvo išdėstyta, konstatuotina, kad draudikas priėmė pagrįstą sprendimą CK 6.993 straipsnio 7 dalies ir Sąlygų 12.3.5 papunkčio pagrindu nemokėti draudimo išmokos, todėl pareiškėjos reikalavimas išmokėti 30 000 Eur draudimo išmoką yra nepagrįstas.

Remdamasis tuo, kas išdėstyta, ir vadovaudamasis Lietuvos Respublikos vartotojų teisių apsaugos įstatymo 27 straipsnio 1 dalies 3 punktu, Lietuvos banko valdybos 2012 m. sausio 26 d. nutarimo Nr. 03-23 „Dėl Vartotojų ir finansų rinkos dalyvių ginčų neteisminio sprendimo procedūros Lietuvos banke taisyklių patvirtinimo“ 2 punktu ir šiuo nutarimu patvirtintų Vartotojų ir finansų rinkos dalyvių ginčų neteisminio sprendimo procedūros Lietuvos banke taisyklių 59.3 papunkčiu, n u s p r e n d ž i u:

Atmesti pareiškėjos D. D. reikalavimus.

Lietuvos banko sprendimas dėl ginčo esmės yra rekomendacinio pobūdžio ir teismui neskundžiamas. Vartotojui ir finansų rinkos dalyviui išlieka teisė dėl ginčo sprendimo kreiptis į teismą arba kitą ginčų nagrinėjimo instituciją įstatymų nustatyta tvarka. Kreipimasis į teismą po Lietuvos banko sprendimo dėl ginčo esmės priėmimo nelaikomas šio sprendimo apskundimu.

Direktorius

Mindaugas Šalčius