



**LIETUVOS BANKO
TEISĖS IR LICENCIJAVIMO DEPARTAMENTO
DIREKTORIUS**

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

[Data] Nr. [Nr.]
Vilnius

Lietuvos bankas gavo X. X. (toliau – pareiškėjas) kreipimąsi, kuriuo prašoma išnagrinėti tarp pareiškėjo 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:

2021 m. gegužės 17 d. pareiškėjas su draudiku sudarė Asmens draudimo sutartį (draudimo liudijimas Nr. (*duomenys neskelbtini*)) (toliau – Draudimo sutartis), kuria draudiko parengtų Asmens draudimo taisyklių, Specialiųjų gyvybės draudimo taisyklių, Specialiųjų draudimo nuo kritinių ligų taisyklių (toliau – Taisyklės) ir Specialiųjų draudimo nuo nuolatinio nedarbingumo taisyklių (visos galioja nuo 2018 m. liepos 18 d.) pagrindu buvo apdrausti Y. Y. turtiniai interesai, susiję su pareiškėjo nedarbingumu, sveikata ir gyvybe. Draudimo apsaugos galiojimo laikotarpis – nuo 2021 m. gegužės 17 d. iki 2055 m. gegužės 17 d.

2022 m. sausio 7 d. pareiškėjas informavo draudiką apie diagnozuotą krūtininės aortos šaknies dilataciją, kylančiosios dalies aneurizmą. Gauto pranešimo pagrindu draudikas pradėjo žalos administravimo procedūrą.

2022 m. kovo 23 d. panešimu Nr. (*duomenys neskelbtini*) draudikas informavo pareiškėją apie priimtą sprendimą nemokėti draudimo išmokos. Draudikas paaiškino, kad pareiškėjo pateiktuose medicinos dokumentuose yra nurodoma pranešime apie įvykį nurodyta diagnozė, tačiau 2021 m. lapkričio 25 d. VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų dokumentų išrašė teigiama, kad plautinės hipertenzijos požymiai buvo matomi atliekant krūtinės ląstos rentgenogramą. Draudikas paaiškino tyrimo metu nustatęs, kad krūtinės ląstos rentgenograma buvo atlikta 2020 m. rugsėjo 24 d., dar iki sudarant Draudimo sutartį, o jos metu buvo nustatyti požymiai, būdingi lėtinės širdies ligos komplikacijoms – plautinė hipertenzija ir širdies bei aortos dilatacija.

Draudikas paaiškino, kad draudžiamaisiais įvykiais, pagal Taisykles, yra ligos, nurodytos Taisyklėse. Pagal Taisyklių 22.1 papunktį, draudimo išmoka nemokama, jei iki draudimo sutarties sudarymo arba draudimo sumos padidinimo draudėjas, apdraustasis arba naudos gavėjas žinojo apie įvykusį draudžiamąjį įvykį arba apie jo tikimybę, arba jeigu draudikui suteikta informacija buvo netikra, neišsami ar neteisinga. Anot draudiko, sveikatos anketoje, kuri pildoma iki draudimo sutarties sudarymo, pareiškėjas nurodė, kad per pastaruosius 10 metų jam nebuvo nustatytos ir (ar) jis nėra stebimas gydytojo dėl šių ligų: vėžio, širdies ligų, aritmijos, insulto, gerybinio smegenų auglio, aneurizmos, ŽIV, AIDS, Hepatito C ar išsėtinės sklerozės, ar progresuojančios neuroraumeninės ligos. Tačiau draudikas teigė manęs, jog 2020 m. rugsėjo 24 d. tyrimo rezultatai indikuoja, kad pareiškėjas žinojo, kad jam įtariama širdies liga – plautinė hipertenzija ir širdies bei aortos dilatacija (išsiplėtimas).

Draudikas priėjo prie išvados, kad, atsižvelgus į Taisyklių 22.1 papunktį bei į tai, kad širdies bei aortos dilatacija buvo nustatyta dar iki sudarant Draudimo sutartį, draudikui nekyla prievolė mokėti draudimo išmoką. Be to, draudikas nurodė, kad, žinodamas informaciją apie įtariamą širdies ligą, nebūtų apdraudęs nuo gyvybės, kritinių ligų ir visiško neįgalumo draudimo rizikų dėl netoleruotinos draudimo rizikos.

Pareiškėjas nesutiko su draudiko priimtu sprendimu, pateikė jam 2022 m. balandžio 10 d. pretenziją ir nurodė manęs, kad sprendimo įvykį pripažinti nedraudžiamuoju motyvai yra nepagrįsti konkrečiais faktiniais įrodymais, grindžiami tik subjektyviomis draudiko prielaidomis ir spėjimais. Visų pirma pareiškėjas teigė, kad krūtinės ląstos rentgenograma 2020 m. rugsėjo

24 d. VŠĮ Karoliniškių poliklinikoje buvo atlikta profilaktiniais tikslais, kartu su kitais prevenciniais tyrimais, pasiūlius šeimos gydytojui. Jokių simptomų pareiškėjas teigė neįėjęs, nusiskundimų neturėjęs, jokių lėtinių ligų jam nebuvo nustatyta. Pretenzijoje nurodyta, kad po minėto tyrimo pareiškėjas negavo jokios informacijos apie jam nustatytas bet kokias lėtines ligas ar kitas patologijas, jam nebuvo išduotos jokios medicininės pažymos, nebuvo skirtas joks gydymas ar stebėjimas, apie tai nebuvo jokių įrašų nei VŠĮ Karoliniškių poliklinikos, nei E. sveikatos sistemose. Pati krūtinės ląstos rentgenograma, anot pareiškėjo, yra nesudėtingas ir dažnai atliekamas tyrimas, jo rezultatai gaunami greitai, tačiau iki sveikatos anketos pildymo jokios informacijos iš gydytojų apie teigiamus tyrimo rezultatus nebuvo gauta.

Pretenzijoje teigiama, kad antrą kartą po krūtinės rentgenogramos VŠĮ Karoliniškių poliklinikoje pareiškėjas lankėsi jau po Draudimo sutarties sudarymo, t. y. 2021 m. birželio 15 d., ir šeimos gydytoja, peržiūrėjusi medicinos dokumentus (įskaitant krūtinės rentgenogramą), rekomendavo apsilankyti pas gydytoją kardiologą. Anot pareiškėjo, tik 2021 m. atliktos echoskopijos metu jis buvo pirmą kartą informuotas apie įtariamą lėtinę ligą – kylančios aortos aneurizmą ir aortos vožtuvo stenozę. Diagnozė buvo galutinai patvirtinta 2021 m. lapkričio 25 d. Pareiškėjo teigimu, esant tokiai lėtinei ligai yra svarbi kiekviena diena, todėl nėra pagrindo teigti, kad jis, žinodamas apie jam nustatytą gyvybei pavojingą ligą, sąmoningai delsė ją gydyti. Pareiškėjo nuomone, vien faktas, kad 2020 m. rugsėjo 24 d. buvo atliktas tyrimas, nepateikus konkrečių įrodymų ar dokumentų, pagrindžiančių, kad pareiškėjas buvo informuotas apie tyrimo metu nustatytus sveikatos sutrikimus, nesukuria draudikui pagrindo teigti, kad 2021 m. gegužės 17 d., atsakydamas į klausimus sveikatos anketoje, pareiškėjas pateikė jam žinomą klaidingą informaciją.

Pasisakydamas dėl draudiko teiginių, kad medicinos dokumentai pagrindžia teiginį, kad pareiškėjas žinojo apie 2020 m. rugsėjo 24 d. tyrimo rezultatus, pareiškėjas teigė, kad draudikas nepateikė jokių dokumentų, patvirtinančių, kad pareiškėjas buvo informuotas ir supažindintas su minėto tyrimo rezultatais, ir tai leidžia manyti, jog draudikas nėra surinkęs įrodymų, leidžiančių tinkamai pagrįsti jo priimtą sprendimą nemokėti draudimo išmokos. Pareiškėjas teigė sveikatos anketą pildęs sąžiningai, pagal jos pildymo dieną žinomą informaciją apie sveikatos būklę, ir prašė pripažinti įvykį draudžiamuoju bei išmokėti draudimo išmoką.

2022 m. balandžio 11 d. pareiškėjas pateikė pretenzijos papildymą ir nurodė, kad draudikas nepagrįstai teigė, kad kitos draudimo bendrovės, žinodamos informaciją apie pareiškėjo sveikatą, nustatytą krūtinės rentgenogramos metu, nebūtų sudariusios su pareiškėju gyvybės draudimo sutarties. Pareiškėjas teigė apklausęs kitas gyvybės draudimo bendroves ir gavęs *Compensa Life Vienna Insurance Group SE* Lietuvos filialo pasiūlymą, kuriame net nėra sumažinta draudimo bendrovės prisiimama draudimo rizika. Kartu pareiškėjas pateikė draudikui susirašinėjimą su minėta draudimo bendrove ir jos pateiktus dokumentus, įskaitant preliminarų pasiūlymą sudaryti investicinio gyvybės draudimo sutartį.

2022 m. gegužės 3 d. draudikas pateikė pareiškėjui atsakymą į pretenziją Nr. (*duomenys neskelbtini*), joje nurodė pretenzijos netenkinsiantis dėl sprendime paaiškintų priežasčių. Draudikas taip pat teigė manęs, kad pareiškėjas nepagrįstai nurodo nežinojęs apie 2020 m. rugsėjo 24 d. atliktos rentgenogramos rezultatus, nes, draudiko žiniomis, pacientai visuomet supažindinami su procedūrų rezultatais ir išvadomis, be to, visa informacija apie gydymą bei atliktus tyrimus įkeliami į E. sveikatos platformą. Be kita ko, draudikas teigė, kad atliekant radiologinį tyrimą yra naudojama jonizuojanti radiacija, todėl gydymo įstaiga privalo gauti paciento sutikimą atlikti tyrimą. Atsižvelgdamas į tai, kad minėto tyrimo be pareiškėjo sutikimo atlikti nebuvo galima, draudikas preziumavo, kad apie tyrimą pareiškėjas turėjo žinoti ir draudikui turėjo pranešti, kad po atlikto 2020 m. rugsėjo 24 d. tyrimo pareiškėjui buvo išduotas siuntimas į Santarų klinikas. Kitaip tariant, į sveikatos klausimyno klausimą „Ar šiuo metu laukiate gydymo, medicininių ar diagnostikos tyrimų ar jų rezultatų, operacijos?“ pareiškėjas turėjo atsakyti „taip“, nes būtent iš faktinių duomenų matyti, kad Draudimo sutarties sudarymo momentu siuntimas į Santaros klinikas buvo išrašytas.

Pasisakydamas dėl pareiškėjo gauto pasiūlymo sudaryti draudimo sutartį, draudikas atkreipė dėmesį į tai, kad *Compensa Life Vienna Insurance Group SE* Lietuvos filialui pareiškėjas pateikė prašymą sudaryti investicinio gyvybės draudimo sutartį, o šalių sudaryta Draudimo sutartis ir investicinis gyvybės draudimas yra skirtingi produktai, kuriems taikoma skirtinga draudimo apsauga ir skirtingi reikalavimai. Draudikas pakartojo, kad pateikė užklausas kitiems šalyje veikiantiems draudikams, ar jie būtų sudarę su pareiškėju gyvybės draudimo sutartį, jei žinotų apie įtariamą širdies ligą, ir visi atsakymus pateikė draudikai nurodė, kad tokiomis aplinkybėmis draudimo sutarties nebūtų sudarę.

Pareiškėjo netenkinimo galutinis draudiko atsakymas, todėl jis kreipėsi į Lietuvos banką su prašymu išnagrinėti tarp šalių kilusį ginčą ir rekomenduoti draudikui pripažinti įvykį draudžiamuoju bei išmokėti 30 000 Eur draudimo išmoką, priklausančią pareiškėjui susirgus Taisyklėse nustatyta kritine liga. Pareiškėjas iš esmės pakartojo draudikui teiktoje pretenzijoje nurodytas aplinkybes, taip pat nurodė manąs, kad atsakyme į pretenziją draudikas nepateikė jokių naujų įrodymų, motyvų ar kitos informacijos, galinčių tinkamai pagrįsti draudiko sprendimą, sprendimą grindė tik subjektyviais spėjimais ir prielaidomis, taip pat tikrovės neatitinkančia ir klaidinga informacija. Pareiškėjas paaiškino negalėjęs žinoti apie tyrimo rezultatus, nes nuo 2020 m. rugsėjo 24 d. iki Draudimo sutarties sudarymo daugiau nesilankė VŠĮ Karoliniškių poliklinikoje ir neturėjo jokių kontaktų su įstaigos gydytojais, be to, Draudimo sutarties sudarymo dieną apie rentgenogramos rezultatus nebuvo jokių įrašų E. sveikatos sistemoje, neturėjo ir jokio siuntimo į Santaros klinikas. Pareiškėjo teigimu, įrašai medicininėje dokumentacijoje atsirado tik po Draudimo sutarties sudarymo. Be to, pareiškėjas nurodė nesutinkąs ir su draudiko teiginiais dėl gauto kitos draudimo bendrovės pasiūlymo, teigė, kad draudimo pasiūlymas apima ir draudimą nuo kritinių ligų.

Lietuvos banke buvo gautas draudiko atsiliepimas į pareiškėjo kreipimąsi, jame draudikas nurodė, kad informacija apie pareiškėjo sveikatą yra labai svarbi vertinant draudimo riziką ir, jeigu draudikas būtų žinojęs apie pareiškėjui įtariamą ligą (hipertenziją ir širdies bei aortos dilataciją), Draudimo sutarties nebūtų sudaręs. Skundžiamą sprendimą draudikas nurodė priėmęs vadovaudamasis Taisyklių 22.1 papunkčiu ir Lietuvos Respublikos civilinio kodekso 6.993 straipsnio 7 dalimi.

Draudikas teigė žalos administravimo metu nustatęs, kad pareiškėjui 2020 m. rugsėjo 24 d. buvo atlikta krūtinės laštos rentgenograma ir nustatyti požymiai, būdingi lėtinės širdies ligos komplikacijoms – plautinė hipertenzija ir širdies bei aortos dilatacija. Šio tyrimo rezultatai indikavo, kad pareiškėjui buvo įtariama kritinė liga, be to, jų pagrindu pareiškėjas buvo siunčiamas tolimesniems tyrimams. Anot draudiko, pareiškėjo Lietuvos bankui pateikto 2021 m. rugsėjo 6 d. E. sveikatos sistemos duomenų išrašo skiltyje „Nusiskundimai, anamnezė“ yra nurodyta, kad „2020.09.30 atliktas Ro - išvada: pl. hipertenzijos požymiai, širdies ir aortos dilatacija / dėl galimos kardiomiopatijos/KSH/ echoskopijos.“ Draudiko teigimu, šis išrašas indikuoja, kad 2020 m. rugsėjo 24 d. atlikto tyrimo pagrindu pareiškėjui buvo išduotas siuntimas dėl detalesnės kardiologo konsultacijos. Dėl pirmiau aptariamoms informacijos pobūdžio pareiškėjas privalėjo ją atskleisti sveikatos anketoje, kaip ir buvo klausiamas, tačiau to nepadarė – apie 2020 m. rugsėjo 24 d. atliktus tyrimus draudiko neinformavo. Draudiko vertinimu, būtent 2020 m. rugsėjo 24 d. atlikta rentgenograma indikuoja, kad pareiškėjas žinojo, jog jam įtariamos širdies ligos (plautinė hipertenzija ir širdies ir aortos dilatacija (išsiplėtimas), o vėlesnės konsultacijos, medicininiai tyrimai (2021 m. lapkričio 25 d. ir 2021 m. gruodžio 28 d.) ir detalus ligos ištyrimas būtent buvo nulemtas 2020 m. rugsėjo 24 d. nustatytų radinių.

Draudikas atsiliepime taip pat paaiškino, kad, sužinojęs, jog pareiškėjas neatskleidė jam žinomos informacijos apie savo sveikatos būklę, ir siekdamas išsiaiškinti, ar kiti Lietuvoje veikiantys draudikai draustų tokį asmenį, 2022 m. kovo 1 d. išsiuntė paklausimus kitoms Lietuvoje veikiančioms gyvybės draudimo bendrovėms ir nurodė situaciją, pagal faktines aplinkybes tapačią pareiškėjo situacijai. Apibendrinant gautus atsakymus, buvo prieita prie išvados, kad nė viena gyvybės draudimo įmonė nebūtų apdraudusi pareiškėjo, jeigu jo nutylėta informacija apie sveikatos būklę būtų buvusi pateikta prieš sudarant draudimo sutartį.

Draudikas papildomai nurodė gavęs *Compensa Vienna Insurance Group SE* Lietuvos filialo atsakymą, kuriame teigiama, jog pareiškėjo ši bendrovė nebūtų apdraudusi gyvybės draudimu bei papildomu kritinių ligų draudimu be papildomų išsamių tyrimų. Draudikas taip pat teigė negalįs tiksliai nustatyti, kokią informaciją pareiškėjas pateikė *Compensa Vienna Insurance Group SE* Lietuvos filialui, kad būtų įvertinta rizika, nes šios informacijos jis nėra nurodęs, be to, iš pateiktos informacijos nesimato, kokią medicininį išrašą jis yra pateikęs minimai bendrovei.

K o n s t a t u o j a m a :

Vadovaujantis Lietuvos banko valdybos 2012 m. sausio 26 d. nutarimu Nr. 03-23 patvirtintų Vartotojų ir finansų rinkos dalyvių ginčų neteisminio sprendimo procedūros Lietuvos banke taisyklių 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, kurio pagrindu priimamas sprendimas.

Atsižvelgiant į ginčo šalių pateiktus duomenis nustatyta, kad tarp šalių kilo ginčas dėl draudiko sprendimo įvykį (pareiškėjui nustatytą ligą) pripažinti nedraudžiamuoju pagrįstumo.

Vadovaujantis Civilinio kodekso 6.986 straipsniu, 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. Draudimo sutartis pagal savo pobūdį yra rizikos sutartis, sudarant šią sutartį nėra aišku, ar draudimo rizika materializuosis, kada tai įvyks, todėl sutarties sudarymo metu draudikui nėra žinoma, ar jam atsiras pareiga mokėti draudimo išmoką. Siekdamas prognozuoti galimai atsirasiančių sutartinių įsipareigojimų mastą, kiekvienu konkrečiu atveju draudikas turi įvertinti draudimo riziką, o atlikdamas šį vertinimą, jis turi remtis draudėjo pateikta informacija, nes faktai, kuriais remiantis gali būti nustatyta draudimo rizika, paprastai būna žinomi tik draudėjui.

Kasacinis teismas yra ne kartą pažymėjęs, kad draudimo sutartis yra fiduciarinė, t. y. grindžiama jos šalių didžiausio tarpusavio pasitikėjimo principu, todėl draudimo sutarties šalys privalo atskleisti viena kitai visą informaciją, kuri gali būti reikšminga šiai sutarčiai sudaryti bei jos sąlygoms nustatyti ir vykdyti (*Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2011 m. sausio 31 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-3-16/2011*). Šalių bendradarbiavimo principas turi ypatingą svarbą draudimo teisiniuose santykiuose (*Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2011 m. sausio 31 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-3-16/2011*). Draudimo sutartimi draudikas perima draudėjo nuostolių atsiradimo riziką, todėl prieš sudarydamas sutartį jis turi turėti galimybę sužinoti visas rizikai įvertinti reikšmingas aplinkybes ir pagal jas nustatyti, ar sutartis gali būti sudaroma draudimo rūšies taisyklių (t. y. standartinių sąlygų, nustatytų atsižvelgiant į įprastomis aplinkybėmis atsirandantį rizikos laipsnį) pagrindu, ar dėl netipiškų aplinkybių ar išskirtinių draudėjo poreikių, galinčių sukelti didesnę ar mažesnę, nei įprasta, nuostolių atsiradimo tikimybę, tam tikros standartinės sutarties sąlygos turi būti pakeistos ir nustatytos individualiai. Draudikas pasitiki draudėjo atskleidžiamais faktais ir prisiima riziką manydamas, kad šis nenuslėpė jokių draudžiamąjį įvykį tikimybei ir šio įvykio galimų nuostolių dydžiui reikšmingų aplinkybių (*Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2015 m. gegužės 29 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-7-334-687/2015*).

Draudėjo pareiga prieš sudarant draudimo sutartį atskleisti draudikui informaciją, turinčią įtakos draudiko apsisprendimui dėl šios sutarties sudarymo, prisiimamos rizikos ir konkrečių draudimo sąlygų, yra tiesiogiai įtvirtinta Civilinio kodekso 6.993 straipsnyje. Vadovaujantis šio straipsnio 1 dalimi, prieš sudarant draudimo sutartį, draudėjas privalo suteikti draudikui visą žinomą informaciją apie aplinkybes, galinčias turėti esminės įtakos draudžiamąjį įvykį atsitikimo tikimybei ir šio įvykio galimų nuostolių dydžiui (draudimo rizikai), jeigu tos aplinkybės nėra ir neturi būti žinomos draudikui. Civilinio kodekso 6.993 straipsnio 2 dalyje detalizuojama, kad esminėmis aplinkybėmis, apie kurias draudėjas privalo informuoti draudiką, pripažįstamos aplinkybės, nurodytos standartinėse draudimo sutarties sąlygose (draudimo rūšies taisyklėse), taip pat aplinkybės, apie kurias draudikas raštu prašė draudėjo suteikti informaciją.

Nurodytos informacijos neatskleidimo draudikui padariniai reglamentuoti minėto Civilinio kodekso 6.993 straipsnio 4–7 dalyse. Informacijos, kuri lemia draudimo rizikos padidėjimą, neatskleidimas suteikia teisę draudikui reikalauti iš draudėjo pakeisti draudimo sutarties sąlygas arba proporcingai padidėjusiai rizikai mažinti draudimo išmoką (CK 6.993 straipsnio 5 ir 6 dalys), arba atsisakyti ją mokėti (7 dalis). Aptariamo straipsnio 7 dalyje nustatyta, kad tuo atveju, jeigu draudikas, žinodamas aplinkybes, apie kurias draudėjas neinformavo dėl neatsargumo, nebūtų sudaręs draudimo sutarties, tai jis per du mėnesius nuo sužinojimo, kad draudėjas nepateikė šio straipsnio 1 dalyje nustatytos informacijos dėl neatsargumo, turi teisę reikalauti nutraukti draudimo sutartį. Įvykus draudžiamajam įvykiui, draudikas turi teisę atsisakyti išmokėti draudimo išmoką tik įrodęs, kad nė vienas draudikas, žinodamas aplinkybes, kurių draudėjas nenurodė dėl neatsargumo, nebūtų sudaręs draudimo sutarties. Tai reiškia, kad, vertinant, ar draudikas pagrįstai atsisakė išmokėti draudimo išmoką šiuo pagrindu, turi būti nustatyta, kad, pirma, pareiškėjas, sudarydamas Draudimo sutartį, neatskleidė draudikui tam tikrų reikšmingų aplinkybių, antra, nė vienas draudikas, žinodamas nusišleptas aplinkybes, nebūtų sudaręs draudimo sutarties. Kartu pažymėtina, jog teismų praktikoje teigiama, kad Civilinio kodekso 6.993 straipsnio 7 dalies norma apsaugo draudiką nuo pareigos mokėti draudimo išmoką, kai buvo sudaryta draudimo sutartis ne dėl tikėtino draudžiamąjį įvykio, bet dėl objektyviai neišvengiamo draudžiamąjį įvykio, todėl, atsižvelgiant

į draudimo teisinių santykių esmę, iš viso negali būti draudžiamuoju įvykiu (2A-2119-560/2015).

Nagrinėjamu atveju, įvertinus ginčo šalių pateiktą informaciją apie pareiškėjo sveikatą, nustatyta, kad 2020 m. rugsėjo 24 d. pareiškėjas lankėsi VšĮ Karoliniškių poliklinikoje, apsilankymo metu buvo atlikta krūtinės ląstos rentgenograma ir nustatyta: „Plaučiai įprastinio oringumo, šaknys praplėstos, abipus priešakninėse apat. dalyse paryškėjęs pagausėjęs pl. piešinys, deš. dalinė diafragmos kupolo relaksacija, pleuros sinusai laisvi. Širdis skersmenyje praplitusi į kairę, aorta praplitusi kylanč. dalyje, pailgėjusi. Išv. Infiltracinių-židinių pakitimų pl. nematyti, pl. hipertenzijos požymiai, širdies ir aortos dilatacija.“ 2021 m. rugsėjo 6 d., po pareiškėjo apsilankymo VšĮ Karoliniškių poliklinikoje, gydytoja kardiologė išrašė siuntimą „III lygio kardiologo konsultacijai dėl didelio laipsnio AoV stenozės ir AoVN gydymo taktikos“. Siuntime nurodyta diagnozė „I35.2 Aortos vožtuvo stenozė su nepakankamumu“, dalyje „nusiskundimai, anamnezė“, be kitos informacijos, nurodyta: „2020.09.30 atliktas Ro – išvada: pl. Hipertenzijos požymiai, širdies ir aortos dilatacija / dėl galimos kardiomiopatijos/KSH/echoskopijos.“ Siuntimo dalyje „Būklės įvertinimo informacija“, be kita ko, nurodyta, kad „širdies veikla ritmiška, visuose klausymo taškuose sistlinis ūžesys“. 2021 m. lapkričio 25 d. VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikose buvo atliktas ultragarsinis širdies tyrimas, kurio metu nustatyta: „įgimta AoV anomalija – dviburis/vienburis AoV, vidutinio-didelio laipsnio AoV angos stenozė ir 1* AoV nesandarumas, kylančiosios aortos dilatacija, sutrikusi KS relaksacija, I* KP dilatacija.“ Tą pačią dieną parengtame atsakyme į siuntimą nurodyta diagnozė „I35.2, Aortos vožtuvo stenozė su nepakankamumu“ ir susijusi diagnozė „Q23.83, Įgimtas dviburis aortos vožtuvas“. 2021 m. gruodžio 6 d. UAB „SK impeks Medicinos diagnostikos centras“ gydytojas parengė medicinos dokumentų išrašą, kuriame nurodyta, kad pacientui (pareiškėjui) nustatyta vidutinio laipsnio aortos vožtuvo stenozė ir kylančiosios aortos aneurizma, ir pateikta rekomendacija tęsti klinikinį išyrimą ir planuoti operacinį gydymą. 2021 m. gruodžio 28 d. VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikose buvo atlikti pareiškėjo krūtinės ląstos KT angiografijos ir kompiuterinės tomografijos tyrimai, jų metu nustatyta „krūtininės aortos šaknies dilatacija, kylančiosios dalies aneurizma (iki 54 mm DPA lygyje, iki 43 mm ties sinusais)“.

Pirmiau pateikti duomenys patvirtina, kad širdies ir aortos dilatacija pareiškėjui buvo pastebėta jau po 2020 m. rugsėjo 24 d. atliktos krūtinės ląstos rentgenogramos. Vėlesnių apsilankymų medicinos įstaigose metu ši diagnozė buvo patvirtina ir patikslinta, rekomenduotas operacinis jos gydymas. Taigi, turimi duomenys neleidžia abejoti aplinkybe, kad Draudimo sutarties sudarymo metu pareiškėjui jau buvo įtarta liga, kurią pareiškėjas prašo pripažinti draudžiamuoju įvykiu – širdies ir aortos dilatacija.

Kita vertus, pareiškėjas teigė, kad, prieš sudarydamas Draudimo sutartį, pildydamas klausimyną, apie 2020 m. rugsėjo 24 d. tyrimo rezultatus nežinojo (apie juos nebuvo informuotas, informacija nebuvo pasiekama E. sveikatos sistemoje), todėl ir negalėjo nurodyti informacijos apie užfiksuotus širdies ligos požymius. Anot pareiškėjo, vien tik minėto tyrimo atlikimas, draudikui nepateikus jokių duomenų, patvirtinančių, kad pareiškėjas buvo informuotas apie tyrimo metu nustatytas bet kokias patologijas ar lėtinių ligų indikacijas, nepatvirtina draudiko priimto sprendimo nemokėti draudimo išmokos teisingumo. Vis dėlto, Lietuvos banko vertinimu, su tokiais pareiškėjo teiginiais sutikti nėra pagrindo.

Visų pirma pažymėtina, kad draudikas pateikė VšĮ Karoliniškių poliklinikos 2022 m. rugsėjo 2 d. pasirašytą medicinos dokumentų išrašą, kuriame nurodyta, kad 2020 m. rugsėjo 30 d. atliktos krūtinės ląstos rentgenogramos išvada pacientui (pareiškėjui) buvo pateikta ir priinama E. sveikatos sistemoje. Šis dokumentas paneigia pareiškėjo teiginius, kad apie tyrimų rezultatus jis nebuvo informuotas, jie nebuvo paskelbti E. sveikatos sistemoje, todėl jis nežinojo apie nustatytus ligos požymius ir negalėjo jų nurodyti pildydamas klausimyną. Taip pat pažymėtina tai, kad, Lietuvos banko vertinimu, savo sveikata įprastai besirūpinantis asmuo, atlikęs medicininius tyrimus, ypač kai tokie tyrimai nėra įprasti, aktyviai domisi tokių tyrimų rezultatais, konsultuojasi su gydytojais ir siekia įsitikinti, kad atliktų tyrimų metu nebuvo identifikuota kokių nors ligų požymių ir kt. Šiuo atveju pareiškėjui buvo atliktas krūtinės ląstos rentgenologinis tyrimas, tačiau jis teigė tyrimų rezultatais savo iniciatyva nesidomėjęs, o informacijos iš gydymo įstaigų negavęs (šią aplinkybę paneigia VšĮ Karoliniškių poliklinikos duomenys, kad informacija apie tyrimų rezultatus buvo priinama pareiškėjo paskyroje E. sveikatos sistemoje).

Lietuvos banko vertinimu, nustačius šias aplinkybes, nėra pagrindo taikyti Civilinio kodekso 6.993 straipsnio 7 punkte nurodyto reglamentavimo, kuriuo įtvirtintas papildomas

draudėjo teisių apsaugos mechanizmas. Pagal minėtą nuostatą, jeigu po draudimo sutarties sudarymo nustatoma, kad draudėjas dėl neatsargumo nepateikė visos žinomos informacijos apie aplinkybes, galinčias turėti esminės įtakos draudžiamąjį įvykio atsitikimo tikimybei ir šio įvykio galimų nuostolių dydžiui (draudimo rizikai), ir kad, žinodamas tokią informaciją, draudikas nebūtų sudaręs draudimo sutarties, tai teisę nemokėti draudimo išmokos jis turi tik įrodęs, kad nė vienas draudikas, žinodamas aplinkybes, kurios nebuvo nurodytos, nebūtų sudaręs draudimo sutarties. Remiantis bylos duomenimis darytina išvada, kad informacijos apie nustatytus širdies ligos požymius pareiškėjas nepateikė sąmoningai, o ne dėl neatsargumo, todėl draudikas nebeprivalo įrodyti aplinkybių, vertintinų informacijos neatskleidimo per klaidą atveju.

Pažymėtina, kad, pagal Civilinio kodekso 6.993 straipsnio 4 dalį, jeigu po draudimo sutarties sudarymo nustatoma, kad draudėjas suteikė draudikui žinomai melagingą informaciją apie aplinkybes, numatytas šio straipsnio 1 dalyje, tai draudikas turi teisę reikalauti pripažinti draudimo sutartį negaliojančia, nebent aplinkybės, kurias draudėjas nuslėpė, išnyko iki draudžiamąjį įvykio ar neturėjo įtakos draudžiamajam įvykiui. Tokiu atveju teisės aktai nenumato draudiko pareigos įrodyti, kad kiti draudikai, jeigu būtų žinoję draudikui nepateiktą informaciją, nebūtų draudę nuo tos pačios rizikos, pakanka fakto, jog informacija nebuvo pateikta, neatskleistos aplinkybės neišnyko iki įvykio ir (ar) jos turėjo įtakos draudžiamajam įvykiui. Nagrinėjamu atveju, remiantis bylos duomenimis apie pareiškėjo sveikatos būklę, akivaizdu, kad neatskleistos aplinkybės buvo neatsiejamai susijusios su vėliau pareiškėjui patvirtintais sveikatos sutrikimais, todėl šiuo atveju draudikas net neturi įrodinėti kitų draudikų galimų veiksmų – draudimo sutarties su pareiškėju sudarymo ar nesudarymo.

Nepaisydamas to, draudikas vis tiek pateikė Lietuvos bankui duomenis apie tai, ar kitos gyvybės draudimo veiklą vykdančios draudimo bendrovės, prieš sudarant gyvybės draudimo sutartį žinodamos nepateiktą informaciją, būtų prisiėmusios draudimo riziką ir suteikusios tą draudimo apsaugą, dėl kurios pareiškėjas prašė išmokėti draudimo išmoką. Visos atsakymus į draudiko paklausimus pateikusios draudimo bendrovės atsakė, kad nebūtų sudariusios draudimo sutarties dėl kritinių ligų rizikų, jeigu būtų žinojusios, kad draudžiamajam asmeniui prieš aštuonis mėnesius iki sutarties sudarymo profilaktinio radiologinio tyrimo metu buvo nustatytas padidėjęs širdies skersmuo, kylančiojoje dalyje išplatėjusi aorta, paryškėjęs ir pagausėjęs plaučių piešinys, nustatyti plaučių hipertenzijos požymiai, širdies ir aortos dilatacija. Dalies draudimo bendrovių¹ sprendimams nesudaryti draudimo sutarties dėl pirmiau minėtų rizikų būtų užtekę dar prieš sudarant ginčo Draudimo sutartį gautų pareiškėjo sveikatos tyrimų rezultatų, o kitos² patikino, kad sprendimą priimtų atlikusios papildomus tyrimus, tačiau taip pat patvirtino, kad šiuo atveju, atsižvelgiant į vėliau pareiškėjui patvirtintas diagnozes, kritinių ligų rizikos nepriimtų. Taigi, net jeigu būtų pagrindas konstatuoti, jog pareiškėjas dalies informacijos apie savo sveikatą nepateikė per neatsargumą, iš pateiktų duomenų matyti, kad kitos draudimo bendrovės, jeigu būtų žinojusios tokią informaciją, draudimo sutarčių nebūtų sudariusios.

Kartu pažymėtina ir tai, kad draudikas pateikė draudiko žalų eksperto gydytojo pediatro paaiškinimą, kuriame nurodyta, kad plaučių hipertenzija gali būti pirminė arba antrinė. Antrinę hipertenziją sukeliančios ligos (pavyzdžiui, kairiosios širdies, širdies vožtuvų ligos, kardiomiopatija ir kt.) yra savaime grėsmingos gyvybei, o nustačius pirminę hipertenziją, remiantis VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų duomenimis, vidutinis išgyvenamumas be tinkamo gydymo yra tik 2,8 metų. Kylančiosios aortos išsiplėtimas taip pat gali būti grėsmingų širdies ligų (tarp jų ir įgimtų širdies ydų) radiologinis požymis. Atlikus visus reikalingus tyrimus pareiškėjui buvo nustatyta įgimta aortos vožtuvo anomalija – dviburis aortos vožtuvas, vidutinio – didelio laipsnio aortos vožtuvo stenozė, aortos vožtuvo nesandarumas, kylančiosios aortos dilatacija, sutrikusi kairiojo skilvelio relaksacija, buvo patvirtinta diagnozuota antrinė plautinė hipertenzija. Anot paaiškinimus parengusio mediko, sudarytoje Draudimo sutartyje atviros širdies ydų korekcijos operacijos yra nurodytos draudžiamųjų įvykių sąrašė, todėl pareiškėjas negalėjo būti apdraustas nuo kritinių ligų dėl didelės širdies ydos korekcijos operacijos poreikio tikimybės. Kartu pažymėtina, kad ir pats pareiškėjas sutiko, kad jam nustatyti sveikatos sutrikimai yra savaime pavojingi sveikatai ir gyvybei. Šie duomenys leidžia daryti išvadą, kad prieš sudarant Draudimo sutartį jau buvo užfiksuota pareiškėjo sveikatos sutrikimų, kurie stipriai padidina draudžiamųjų įvykių atsitikimo

¹ Allianz Lietuva gyvybės draudimas UAB (buvusi Aviva Lietuva), Swedbank Life Insurance SE Lietuvos filialas, Ergo Life Insurance SE, UAB „PZU Lietuva gyvybės draudimas“ ir Mandatum Life Insurance Company Limited Lietuvos filialas;

² Compensa Life Vienna Insurance Group SE Lietuvos filialas ir gyvybės draudimo UAB „SB draudimas“.

riziką, požymių ir buvo sąlyginai didelė draudžiamąjį įvykių tikimybė.

Remiantis nustatytomis aplinkybėmis, konstatuotina, kad bylos duomenys pagrįstai leidžia daryti išvadą, kad labiausiai tikėtina, jog pareiškėjas, prieš sudarydamas Draudimo sutartį, pildydamas draudiko pateiktą klausimyną, tyčia, o ne per klaidą, nenurodė, kad per pastaruosius 10 metų nebuvo stebimas dėl širdies ligų ir jos nebuvo nustatytos. Vadovaujantis Civilinio kodekso 6.993 straipsnio 4 dalimi, draudikas tokiu atveju neturi pareigos prisiimti draudimo rizikos dėl įvykių, kuris yra susijęs ir (ar) kurį lėmė neatskleistos aplinkybės, todėl pareiškėjo reikalavimas išmokėti draudimo išmoką už kritinės ligos pasireiškimą laikytinas nepagrįstu.

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 pareiškėjo X. X. reikalavimus.

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