



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

**SPRENDIMAS
DĖL V. B. IR COMPENSA LIFE INSURANCE GROUP SE GINČO NAGRINĖJIMO**

2019 m. birželio 5 d. Nr. 242-225
Vilnius

Lietuvos bankas gavo V. B. (toliau – pareiškėjas) kreipimąsi, kuriuo prašoma išnagrinėti su *Compensa Life Vienna Insurance Group SE*, veikiančia Lietuvoje per įsteigtą filialą, (toliau – draudikas) kilusį ginčą.

N u s t a t y t a:

Tarp pareiškėjo ir draudiko buvo sudaryta Investicinio draudimo plus sutartis (*duomenys neskelbtini*) (toliau – Draudimo sutartis), kuria buvo apdrausti pareiškėjo turiniai interesai, susiję su jo gyvenimo trukme, kapitalo kaupimu ir sveikata, draudimo laikotarpis – nuo 2017 m. kovo 14 d. iki 2032 m. vasario 29 d.

Pareiškėjas 2018 m. lapkričio 15 d. draudikui pateikė prašymą gauti draudimo išmoką dėl kritinės ligos – kepenų ląstelių karcinomos (toliau – Įvykis). Draudikas pareiškėją 2018 m. gruodžio 19 d. raštu informavo apie sprendimą atsisakyti mokėti draudimo išmoką. Draudiko teigimu, tiriant Įvykį buvo nustatyta, kad pareiškėjas prieš sudarydamas Draudimo sutartį 2017 m. kovo 10 d. užpildytoje Apdraustojo anketoje nenurodė draudimo rizikai įvertinti reikšmingos informacijos, nors apie tai buvo teirautasi. Draudikas pabrėžė, kad pareiškėjas neinformavo, jog „2010 m. jam buvo nustatytas virusinis C hepatitas, rasti pakitimai kraujyje ALT 151UA; AST-248 UA; HCV RNR viremija 85.200TV/ml, nustatytas 1b genotipas, atlikus kepenų biopsiją rasta 7 balų aktyvumas, III-IV laipsnio fibrozė pagal Metavir.“ Be to, pareiškėjas nenurodė, kad „kelis kartus iki 2014 metų buvo gydytas medikamentais (pegiliuotu interferonu). Apdraustajam nuo 2010 metų buvo nustatyta arterinė hipertenzija, tačiau vaistų nevartoja. Nustatyta pirminė II laipsnio arterinė hipertenzija, hipertrofinė kardiopatija, T-3. Nuo 2013 metų konstatuota dislipidemija, 2016 m. sausio 20 d. rastas bendras cholesterolis 6,39 mmol/l, MTL -4,5 mmol/l, vaistų nevartoja. 2017 m. vasario 13 d. cholesterolis 6,34 mmol/l; MTL -4,2 mmol/l.“ Draudikas sprendimą atsisakyti dėl Įvykio mokėti draudimo išmoką grindė Draudimo sutarčiai taikomų Bendrųjų draudimo sąlygų 12.3.5 papunkčio ir Lietuvos Respublikos civilinio kodekso (toliau – CK) 6.993 straipsnio 7 dalies nuostatomis, suteikiančiomis draudikui teisę dėl draudėjo neatsargumo neatskleistos draudimo rizikai įvertinti reikšmingos informacijos nemokėti draudimo išmokos, įrodžius, kad nė vienas draudikas, žinodamas neatskleistą ikisutartinę informaciją, su draudėju nebūtų sudaręs draudimo sutarties.

Pareiškėjas, nesutikdamas su draudiko sprendimu, 2018 m. gruodžio 27 d. raštu pateikė pretenziją, kurioje nurodė, kad hepatitas C pareiškėjui buvo diagnozuotas 2010 m., tačiau jis „per porą metų buvo išgydytas“. Pareiškėjas pabrėžė, kad „sveikatos anketoje buvo prašoma nurodyti, ar per paskutinius 5 metus vartojote kokius nors vaistus ilgiau nei 2 savaites, tai ir pažymėjome „ne“, nes hepatitas jau buvo išgydytas ir vaistų vartoti dėl šio viruso nereikėjo.“ Be to, pareiškėjas teigė, kad draudikas nepagrįstai rėmėsi aplinkybe apie hipertenzijai gydyti nevartojamus vaistus. Pareiškėjas draudikui nurodė: „kas 3 mėnesius eidavau išrašyti vaistų pas gydytoją, savo šeimos daktarą, naudoju ryte vaistus „Nebilet“ nuo spaudimo ir vakare gerdavau vaistus „Prestarium“. Visus juo gėriau iki šiol.“ Pareiškėjas taip pat pabrėžė draudiko nurodytą padidėjusį cholesterolį siekęs mažinti sveika mityba ir maisto papildais. Remdamasis nurodytomis aplinkybėmis, pareiškėjas draudiko prašė pakartotinai apsvarstyti priimtą sprendimą nemokėti draudimo išmokos.

Atsakyme į pareiškėjo pretenziją draudikas pakartojo 2018 m. gruodžio 19 d. raštu

pareiškėjui pateiktame sprendime dėl atsisakymo mokėti draudimo išmoką nurodytas aplinkybes, papildomai pabrėždamas, kad pareiškėjo pateikta informacija apie medikamentų, skirtų hipertenzijos simptomams mažinti, ir papildų naudojimą nėra reikšminga draudiko priimtam sprendimui pakeisti. Draudikas nurodė, kad „esminis kriterijus dėl priimto sprendimo yra virusinio hepatito C nustatyta diagnozė ir atliktos kepenų biopsijos išvada“, apie kurias pareiškėjas nesuteikė ikisutartinės informacijos. Atsižvelgdamas į tai, draudikas atsisakė keisti priimtą sprendimą ir dėl įvykio mokėti draudimo išmoką.

Pareiškėjas nesutiko su draudiko atsakyme į pretenziją nurodytomis aplinkybėmis, todėl kreipėsi į Lietuvos banką dėl vartojimo ginčo nagrinėjimo teigė nebuvęs informuotas apie tai, kad draudimo išmoka nebus mokama dėl prieš sudarant Draudimo sutartį pasireiškusių sveikatos problemų. Be to, pareiškėjas nurodė, kad buvo „darbingas žmogus, dirbdamas „Klasco“ įmonėje“. Pareiškėjas draudikui kėlė reikalavimą dėl įvykio išmokėti visą arba dalį draudimo išmokos. Taip pat pareiškėjas nurodė, kad jei reikalavimas mokėti draudimo išmoką nebus tenkinamas, draudikas turėtų gražinti pareiškėjui visas pagal Draudimo sutartį sumokėtas draudimo įmokas, nes, pareiškėjo teigimu, paaiškėjus aplinkybėms, kad nėra vienas draudikas, žinojęs neatskleistą ikisutartinę informaciją, su pareiškėju nebūtų sudaręs Draudimo sutarties, Draudimo sutartis turi būti vertinama kaip negaliojusi.

Atsiliepime į pareiškėjo kreipimąsi draudikas teigė, kad pareiškėjas, pildydamas Apdraustojų anketą, nenurodė jokių sveikatos sutrikimų. Atsižvelgdamas į tai, draudikas pagrįstai laikė, kad visa ir išsami draudimo rizikai vertinti reikšminga informacija yra pateikta, todėl pareiškėjui buvo pasiūlyta sudaryti Draudimo sutartį pagal standartines sąlygas. Draudikas pabrėžė, kad, pareiškėjui nesuteikus jokios informacijos apie pasireiškusių sveikatos sutrikimus, draudikui nebuvo jokio pagrindo kreiptis į sveikatos priežiūros įstaigas dėl draudimo rizikai vertinti reikšmingos informacijos.

Draudikas nurodė, kad iki sudarant Draudimo sutartį pareiškėjui buvo diagnozuotas lėtinis virusinis hepatitas C, lėmęs negrįžtamą kepenų pažeidimą (III–IV laipsnio fibrozė). Draudiko manymu, neatskleisti sveikatos sutrikimai yra „laikytini itin reikšmingu rizikos faktoriumi susirgti kepenų vėžiu“. Draudikas pabrėžė kreipęsis į Lietuvoje gyvybės draudimo veiklą vykdančias draudimo įmones, jos patvirtino, kad, jeigu būtų žinojusios pareiškėjo neatskleistą ikisutartinę informaciją, draudimo sutarčių tomis pačiomis sąlygomis, kokiomis su draudiku buvo sudaryta Draudimo sutartis, su pareiškėju nebūtų sudariusios. Todėl draudikas, remdamasis Bendrųjų draudimo sąlygų 12.3.5 papunkčio ir CK 6.993 straipsnio 7 dalies nuostatomis, teigia pagrįstai atsisakęs dėl įvykio pareiškėjui mokėti draudimo išmoką.

Draudikas taip pat pabrėžė, kad, remiantis Bendrųjų sąlygų 15.2.1 papunkčiu, pagal Draudimo sutartį sumokėtos draudimo įmokos draudėjui yra gražinamos tik tada, jei draudimo sutartis yra nutraukiama lengvatine tvarka. Be to, draudimo įmokos gali būti gražinamos, jei draudimo sutartis yra nutraukiama draudėjo reikalavimu, draudikui pažeidus draudimo sutarties sąlygas (Bendrųjų sąlygų 15.2.3 papunktis). Nagrinėjamu atveju Draudimo sutartis buvo nutraukta pareiškėjo iniciatyva prieš Draudimo sutarties galiojimo pabaigos terminą, todėl, remiantis Draudimo sutarties sąlygomis, pareiškėjui buvo išmokėta išperkamoji suma. Draudikas nurodė, kad jam nėra pagrindo pareiškėjui gražinti sumokėtų draudimo įmokų, nes pirmiau nurodytos draudimo įmokų gražinimo sąlygos nagrinėjamu atveju netaikytinos. Remdamasis nurodytomis aplinkybėmis, draudikas pabrėžė, kad pareiškėjo draudikui keliami reikalavimai yra nepagrįsti.

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.

Iš Lietuvos bankui ginčo šalių pateiktų dokumentų ir paaiškinimų nustatyta, kad šalių ginčas kilo dėl draudiko sprendimo dėl įvykio atsisakyti mokėti draudimo išmoką arba jos dalį arba, netenkinus pareiškėjo reikalavimų dėl draudimo išmokos mokėjimo, pareiškėjui gražinti sumokėtas draudimo įmokas pagrįstumo.

Dėl pareiškėjo pareigos suteikti ikisutartinę informaciją vykdymo

CK 6.987 straipsnyje nustatyta, kad draudimo sutartimi draudikas įsipareigoja už

sutartyje numatytą draudimo įmoką 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 draudžiamasis įvykis.

Draudimo sutarčiai taikomų Specialiųjų sąlygų: Papildomas kritinių ligų draudimas Nr. 004 (toliau – Specialiosios sąlygos) 3.1 papunktyje nustatyta, kad „draudžiamuoju įvykiu yra laikomas pirmas Kritinės ligos iš Draudėjo pasirinkto ar Specialiųjų sąlygų numatyto Kritinių ligų sąrašo diagnozavimas Apdraustajam ar Papildomam apdraustajam sutarties galiojimo metu.“

VšĮ Klaipėdos Jūrininkų ligoninės Medicinos dokumentų išrašė / siuntime nurodyta, kad pareiškėjui buvo diagnozuota kepenų ląstelių karcinoma st. IV A, T4N1Mo (kepenų ląstelių vėžys). Specialiųjų sąlygų Priede Nr. 1 įtvirtinta, kad vėžys yra kritinė liga, priskiriama prie draudžiamųjų įvykių.

Svarbu pažymėti, kad draudikas neginčijo pareiškėjui diagnozuotos kritinės ligos požymių atitikties Specialiųjų sąlygų Priede Nr. 1 nurodytiems draudžiamąjį įvykių kriterijams. Draudikas atsisakė pareiškėjui mokėti draudimo išmoką dėl prieš sudarant Draudimo sutartį neatskleistos draudimo rizikai įvertinti reikšmingos informacijos.

Draudėjo pareiga atskleisti informaciją draudikui apie aplinkybes, galinčias turėti esminę įtaką draudžiamąjį įvykių atsitikimo tikimybei ir šio įvykių galimų nuostolių dydžiui, reglamentuojama CK 6.993 straipsnyje. Šio straipsnio 1 dalyje nustatyta, kad, prieš sudarant draudimo sutartį, draudėjas privalo suteikti draudikui visą žinomą informaciją apie aplinkybes, galinčias turėti esminę įtaką draudžiamąjį įvykių atsitikimo tikimybei ir šio įvykių galimų nuostolių dydžiui (draudimo rizikai), jeigu tos aplinkybės nėra ir neturi būti žinomos draudikui. Informacijos apie draudimo rizikai vertinti reikšmingas aplinkybes reikalavimai taip pat yra įtvirtinti ir Bendrųjų draudimo sąlygų 4.2 papunktyje: draudėjas privalo suteikti draudikui išsamią, tikslią ir teisingą informaciją apie apdraustojo sveikatos būklę, sveikatos tikrinimo rezultatus bei kitą su draudimo rizika susijusią informaciją. Bendrųjų draudimo taisyklių 5.5 papunktyje nurodyta, kad draudėjas, norintis sudaryti draudimo sutartį, turi tinkamai užpildyti draudiko nustatytos formos prašymą, apklausos anketą, sveikatos anketą ir kitus susijusius dokumentus, reikalingus draudimo rizikai įvertinti, ir juos pateikti draudikui.

Pagal CK 6.990 straipsnio 1 dalį, draudimo sutartis sudaroma draudikui akceptuojant draudėjo pasiūlymą (prašymą), pateiktą draudikui, arba draudėjui akceptuojant draudiko pasiūlymą sudaryti sutartį. Draudimo taisyklėse nustatytais atvejais draudėjo prašymas turi būti rašytinis, o rašytinio prašymo formą ir turinį nustato draudikas. Kai draudimo sutartis sudaroma esant rašytiniam draudėjo prašymui, kurį akceptuoja draudikas, draudėjo atsakomybė už prašyme pateiktą duomenų teisingumą įtvirtinta taip pat ir CK 6.990 straipsnio 2 dalyje, pagal kurią draudėjas atsako už pasiūlyme (prašyme) pateiktą duomenų teisingumą, o sudarius draudimo sutartį, rašytinis draudėjo prašymas tampa sudėtine draudimo sutarties dalimi.

Remiantis Lietuvos bankui pateiktais faktiniais duomenimis, nustatyta, kad Draudimo sutartis buvo sudaryta draudikui akceptuojant 2017 m. kovo 10 d. pareiškėjo užpildytą Prašymą sudaryti draudimo sutartį. Kartu su šiuo prašymu buvo pildoma Apdraustojo anketa, kurioje pareiškėjui buvo pateikti draudiko suformuluoti draudimo rizikai įvertinti reikšmingi klausimai. Apdraustojo anketoje pareiškėjo buvo prašoma nurodyti, ar jis sirgo, serga ir ar turi sveikatos sutrikimų. Apdraustojo anketoje nurodyta: „SVARBU: prašau pateikti visą, išsamią ir teisingą informaciją į kiekvieną klausimą, kadangi tai turi tiesioginę įtaką draudimo sutarties sąlygoms ir galimam draudimo išmokos mokėjimui arba nemokėjimui. Atsakydami į kiekvieną klausimą privalote atskleisti visas esmines aplinkybes ir faktus, susijusius su jūsų sveikata, *nepriklausomai nuo to, ar konkretus klausimas yra apribotas tam tikru laikotarpiu, ar ne*. Jeigu nors į vieną žemiau pateiktą klausimą (-us) atsakysite TAIP, 1 lentelėje prašome nurodyti, kada ir kokia liga sirgote ar sergate, ligos detales, dabartinę sveikatos būklę. Jeigu sunku aprašyti ligą, prašome užpildyti klausimyną apie ligą“. 1 lentelėje nurodyta, kad, pateikus teigiamą atsakymą į Apdraustojo anketos klausimą, turi būti nurodyta „ligos diagnozavimo data, tiksli diagnozė, ligos vystymosi eiga, simptomai, koks gydymas ir tyrimai buvo skirti, kiek laiko gydėtės ar visiškai pasveikote.“

Apdraustojo anketoje, be kitų klausimų apie pasireiškusius sveikatos sutrikimus, pareiškėjo buvo teirautasi, ar jis sirgo ar serga širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis (pvz., skausmas krūtinėje, stenokardija, infarktas, insultas, kardiomiopatija, širdies nepakankamumas, širdies ydos ir kt.). Be to, pareiškėjo buvo prašoma nurodyti, ar jis turi

padidėjusį arterinį kraujo spaudimą ir (arba) širdies ritmo sutrikimų. Pareiškėjo Anketoje taip pat buvo teirautasi, ar jis sirgo arba serga virškinimo ligomis (pvz., gastritas, opaligė, pankreatitas, *hepatitas*, išvaržos, ar kitos kasos, kepenų, tulžies pūslės ligos ar kt. ligos). Pareiškėjo buvo prašoma nurodyti, ar pareiškėjas sirgo arba serga infekcinėmis ligomis (pvz., *virusinis hepatitas*, meningitas, Laimo liga, encefalitas, tiksoplamozė, ŽIV infekcija ar kt. ligos). Pareiškėjas į nurodytus Apdraustojų anketos klausimus atsakė neigiamai.

Iš surinktų medicinos dokumentų draudikas nustatė, kad laikotarpiu nuo 2010 m. birželio 7 d. iki 2010 birželio 18 d. pareiškėjui gydantis VŠĮ Klaipėdos ligoninėje buvo patvirtinta lėtinio hepatito C diagnozė. Remiantis VŠĮ Klaipėdos ligoninės Išrašo iš medicinos dokumentų priedo duomenimis, nustatyta, kad gydytojas gastroenterologas pateikė išvadą: „Lėtinis hepatitas C, kadangi atlikus hepatito markerius gautas teigiamas HCV antigenas. Reikalingas pilnesnis ambulatorinis ištyrimas. Nukreiptas tolesnei ambulatorinei gastroenterologo konsultacijai.“

Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad „2010 m. liepos 15 d. atlikus kraujo HCV RNR (Hepatito C viruso ribonukleorūgštis) tyrimą nustatyta viremija 89200TV/ml, t. y. viruso koncentracija kraujyje, genotipas 1 b.“ 2010 m. rugsėjo 23 s. Valstybiniame patologijos centre buvo atlikta kepenų biopsija, nustatyta galutinė diagnozė „lėtinis virusinis hepatitas C (HAI Pagal ISHAK 3+0+2+2=7, III-IV laipsnio fibrozė pagal METAVIR), kepenų židininė steatozė“. 2011 m. gegužės 16 d. VŠĮ Klaipėdos ligoninės gydytojo gastroenterologo įrašo anamnezėje pažymėta, kad „ligoniui diagnozuotas lėtinis hepatitas C, viremija 89200TV/ml, genotipas 1b, kepenų biopsijoje aktyvumas 7 balai, fibrozė II-IV laipsnio, paskirtas gydymas peg. interferonu ir ribovirinu iki 24 sav.“ Be to, pažymėta, kad „po 12 savaičių gydymo viremija neaptikta, bet gydymas tęsiamas. Diagnozė: lėtinis hepatitas.“ 2014 m. gruodžio 1 d. atlikus kontrolinį HCV RNR tyrimą, viremija buvo neaptikta.

Siekdamas pagrįsti, kad suteikė visą draudiko prašomą informaciją, susijusią su sveikatos sutrikimu (lėtiniu hepatitu C), pareiškėjas teigė, kad Apdraustojų anketoje buvo tik prašoma nurodyti, ar per 5 metus iki Draudimo sutarties sudarymo jis ilgiau nei 2 savaites vartojo vaistus. Pareiškėjas pabrėžė, kad sudarant Draudimo sutartį lėtinis hepatitas C jau buvo išgydytas ir Apdraustojų anketoje nurodytu laikotarpiu ilgiau nei 2 savaites vaistai šiai ligai gydyti nebuvo vartojami. Remdamasis nurodytomis aplinkybėmis, pareiškėjas teigė, jog draudikas, atsisakydamas dėl įvykio mokėti draudimo išmoką, nepagrįstai rėmėsi duomenimis apie ikisutartinės informacijos, kurios nebuvo prašoma nurodyti, neatskleidimą.

Vertinant nurodytus pareiškėjo teiginius, pažymėtina, kad Apdraustojų anketoje buvo prašoma nurodyti ne tik informaciją apie ligas, kuriomis pareiškėjas sirgo šios anketos pildymo laikotarpiu, tačiau taip pat buvo prašoma nurodyti visus sveikatos sutrikimus (kurie konkrečiai išvardijami Apdraustojų anketoje ir apie kuriuos informaciją buvo prašoma suteikti, išskiriant klausimus anketoje), kurie pareiškėjui buvo pasireiškę, neatsižvelgiant į tai, ar jie buvo išgydyti, ar ne. Kaip minėta, Apdraustojų anketos priede buvo nurodyta, kad, draudėjui suteikus informaciją apie sveikatos sutrikimus, kurie buvo pasireiškę draudėjui, turi būti nurodyta ligos diagnozavimo data, ligos vystymosi eiga, simptomai, taikytas gydymas, nurodant, ar draudėjas pasveiko. Todėl, remiantis duomenimis apie Apdraustojų anketoje prašomą suteikti informaciją, darytina išvada, kad pareiškėjas, pildydamas Apdraustojų anketą, privalėjo nurodyti duomenis apie lėtinio hepatito C diagnozę, jam atliktus tyrimus ir taikytą medikamentinį gydymą, neatsižvelgiant į tai, ar ši liga Draudimo sutarties sudarymo metu buvo išgydyta, ar ne.

Šiame kontekste pažymėtina, kad pareiškėjas į gydytojus dėl su hepatito C diagnoze susijusio sveikatos sutrikimo kreipdavosi nuolat ir ilgą laiką, besilankant pas gydytojus arba gydantis ligoninėje jam buvo nustatyti ir asmens sveikatos ir ligos istorijoje nurodyti su hepatito C diagnoze susiję tyrimai, šių tyrimų išvados ir pareiškėjui taikytas gydymas. Atsižvelgiant į tai, pažymėtina, kad pareiškėjas žinojo arba turėjo galimybę žinoti bei galėjo suprasti, kad, kreipdamasis į gydytojus dėl lėtinio hepatito C, serga šia liga. Darytina išvada, kad pareiškėjas prieš sudarydamas Draudimo sutartį į klausimus, susijusius su nurodytai ligai nustatyti atliktais tyrimais, diagnozės patvirtinimu ir taikytu gydymu, turėjo atsakyti deklaruodamas virusinio hepatito C ligą.

Vertinant pareiškėjo nurodytas aplinkybes, kad prieš sudarant Draudimo sutartį jo buvo teirautasi tik apie 5 metų laikotarpiu ilgiau nei 2 savaites dėl lėtinio hepatito C vartotus medikamentus, pažymėtina, kad Anketoje, be kitų pirmiau nurodytų klausimų, pareiškėjo buvo prašoma suteikti informaciją, ar per paskutinius 5 metus dėl sveikatos sutrikimų pareiškėjas buvo konsultuotas, tirtas, gydytas, operuotas, ar numatomi tyrimai, gydymas ar

operacija, taip pat ar per paskutinius 5 metus pareiškėjas vartojo kokius nors vaistus ilgiau nei 2 savaites.

Apdraustojo anketoje buvo nurodyta, kad pareiškėjas turi pateikti tikslią ir išsamią informaciją, atsakydamas ne tik į tuos klausimus, kurie yra „apriboti tam tikru laikotarpiu“, bet ir į tuos klausimus, kuriuose buvo prašoma pateikti duomenis, nesusijusius su konkrečiu laikotarpiu pareiškėjui pasireiškusiais sveikatos sutrikimais ir jų diagnostika bei gydymu. Pareiškėjas nepagrįstai teigia, jog Apdraustojo anketoje buvo prašoma nurodyti tik duomenis apie 5 metų laikotarpiu iki Draudimo sutarties sudarymo ilgiau nei 2 savaites vartotus vaistus. Pareiškėjo nurodyta prašoma informacija buvo tik vienas iš duomenų, kuriuos reikėjo nurodyti, pildant minėtą anketą. Kadangi Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, jog pareiškėjas, pildydamas Apdraustojo anketą, draudikui nenurodė jokios informacijos apie lėtinio hepatito C diagnozę, atliktus tyrimus ir taikytą gydymą, nors to buvo teirautasi, darytina išvada, kad pareiškėjas nevykdė CK 6.993 straipsnio 1 dalyje ir Bendrųjų draudimo sąlygų 4.2 ir 5.5 papunkčiuose nustatytos draudimo rizikai reikšmingos informacijos atskleidimo pareigos.

Vertinant ginčo šalių nurodytas aplinkybes dėl informacijos apie pareiškėjui diagnozuotas širdies ir kraujagyslių ligas bei jų simptomams gydyti taikytus medikamentus neatskleidimo, pažymėtina, kad, nors draudikas atsisakė mokėti draudimo išmoką dėl ikisutartinės informacijos, susijusios su lėtinio hepatito C diagnoze, nesuteikimo, tačiau pildančio Apdraustojo anketą pareiškėjo buvo prašoma suteikti informaciją apie visus buvusius ir esamus sveikatos sutrikimus. Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad pareiškėjas, pildydamas Apdraustojo anketą, draudikui nenurodė, kad 2010 m. jam buvo nustatyta diagnozė „hipertenzinė širdies liga II laipsnio ir nustatytas šios ligos pablogėjimas“. Minėtas aplinkybes patvirtina 2010 m. birželio 7 d. VŠĮ Klaipėdos ligoninės Išrašas iš medicinos dokumentų: „arterinis kraujo spaudimas (AKS) kyla keli metai, vaistų nevartoja. Greitosios pagalbos automobilyje AKS virš 200mmHgst, atvykus AKS 130/80 mmHgst.“ VŠĮ Klaipėdos ligoninės Išrašo duomenys taip pat patvirtina, kad pareiškėjui buvo taikytas gydymas medikamentais: „Prestarium 5 mgx1, Nebiletas 5 mgx14“, rekomenduota tęsti arterinės hipertenzijos gydymą vaistais Prestarium 5mgx1.“

Iš Lietuvos bankui pateiktų įrodymų nustatyta, kad kartu su kitais draudikui pateiktais medicinos dokumentais buvo pateikta 2016 m. sausio 20 d. užpildyta Asmens širdies ir kraujagyslių ligų rizikos nustatymo anketa. Joje yra nurodytos pareiškėjui diagnozuotos ligos: „Pirminė arterinė hipertenzija II laipsnio, HKP (hipertrofinė kardiopatija), prie rizikos veiksnių pažymėta arterinė hipertenzija (>140/90 mmHg) - gydoma, ir hiperlipidemija – negydoma“. Asmens širdies ir kraujagyslių ligų rizikos nustatymo anketoje buvo nurodyti šie pareiškėjo vartojami vaistai: perindoprilis ir nebivololis, skirti arteriniam kraujospūdžiui reguliuoti. Draudikas, siekdamas pagrįsti, kad pareiškėjas netinkamai vykdė ikisutartinės informacijos atskleidimo pareigas, taip pat nurodė, kad „2017 m. vasario 13 d. šeimos gydytojo konsultacijos metu pažymėti laboratorinių tyrimų atsakymai: Cholesterolis -6,34 mmol/l, MTL -4,2 mmol/l. Diagnozė: dislipidemija. Paskirta dieta ir vaistas Atoris 10 mgx1k.“ Atsižvelgiant į tai, kad Apdraustojo anketoje buvo aiškiai nurodyta, kad draudėjas prieš sudarant Draudimo sutartį draudikui turi suteikti išsamius duomenis apie širdies ir kraujagyslių ligas, atskirai nurodant informaciją apie padidėjusį kraujo spaudimą ir pateikiant visus duomenis apie atliktus tyrimus, taikytą gydymą, ligos vystymosi eigą ir simptomus, darytina išvada, kad pareiškėjo ikisutartinės informacijos, susijusios su širdies ir kraujagyslių ligomis, neatskleidimas taip pat vertintinas kaip CK 6.993 straipsnio 1 dalyje ir Bendrųjų draudimo sąlygų 4.2 ir 5.5 papunkčiuose įtvirtintų reikalavimų pažeidimas.

Apibendrinant Lietuvos banko nustatytas aplinkybes dėl Apdraustojo anketoje pareiškėjo nurodytų duomenų teisingumo ir draudėjo pareigos suteikti draudimo rizikos vertinimui reikšmingą informaciją vykdymo tinkamumo, darytina išvada, kad atsakydamas į Apdraustojo anketos klausimus pareiškėjas turėjo draudiką informuoti apie atliktus medicinos tyrimus, susijusius su lėtinio hepatito C ir širdies bei kraujagyslių ligų diagnozėmis bei taikytą šių ligų gydymą, tačiau to aplaidžiai nepadarė. Svarbu pažymėti, kad Apdraustojo anketoje nurodytų duomenų teisingumas buvo patvirtintas paties pareiškėjo parašu. Asmuo, pasirašantis tam tikrą dokumentą, prisiima atsakomybę už jam pateiktą informaciją ar prisiimamus įsipareigojimus. Kiekvienas apdairus, atidus ir rūpestingas žmogus, prieš pasirašydamas bet kokį dokumentą, turi susipažinti su pasirašomo dokumento turiniu. To nepadaręs, asmuo veikia savo rizika.

Lietuvos bankui įvertinus pateiktus dokumentus ir paaiškinimus, darytina išvada, kad

pateikti įrodymai patvirtina, jog draudėjas prieš sudarydamas draudimo sutartį draudikui nesuteikė visos žinomos informacijos apie esmines aplinkybes, apie kurias raštu buvo teirautasi. Taigi, Draudimo sutartis buvo sudaryta, draudikui tinkamai neįvertinus draudimo sutartimi prisiimamos rizikos (aplinkybių, galinčių turėti esminės įtakos draudžiamąjį įvykio atsitikimo tikimybei ir galimų nuostolių dydžiui). Tai, kad neatskleista ikisutartinė informacija buvo reikšminga draudimo rizikai (draudžiamąjį įvykio atsitikimo tikimybei), pagrindžia Lietuvos bankui draudiko pateikta gyvybės draudimo žalų gydytojos ekspertės A. B. parengta išvada apie hepatito C įtaką kepenų ląstelių karcinomos vystymuisi (toliau – Išvada).

Išvadoje nurodyta, kad „iki sutarties sudarymo buvę apdraustojo susirgimai, t. y. lėtinis virusinis C hepatitas bei jo sukelti negrįžtami kepenų pažeidimai (III - IV laipsnio fibrozė), yra laikytini itin reikšmingu rizikos faktoriumi susirgti kepenų ląstelių karcinoma.“ Išvadoje teigiama, kad „hepatito C viruso infekcija dabar pripažįstama pagrindiniu hepatoceliulinės karcinomos (HCC) rizikos veiksniu, tai įrodyta nustatant antikūnius (anti-HCV) ir HCV RNR kraujyje didelei daliai pacientų, sergančių HCC ir pacientams, sergantiems hepatitu C (HCV), kepenų pažeidimams progresuojant iki kepenų cirozės ir hepatoceliulinės karcinomos. Hepatito C virusinė infekcija paprastai sukelia kepenų cirozės vystymąsi ir po to hepatoceliulinę karcinomą. Manoma, kad 20 proc. pacientų, sergančių lėtiniu hepatitu C, per 10 metų išsivysto kepenų cirozė ir nuo 1,9 iki 6,7 procentų visų pacientų, sergančių lėtiniu hepatitu C, gali išsivystyti hepatoceliulinė karcinoma per pirmus 2 infekcijos dešimtmečius. Sergant lėtiniu hepatitu C hepatoceliulinės karcinomos rizika susijusi su kepenų audinio pažeidimo stadija. Išsivysčius kepenų cirozei HCC dažnis yra labai didelis (1-7 proc. per metus). Tikimasi, kad antivirusinis gydymas sumažina HCC vystymąsi, tačiau ilgalaikio virusologinio atsako pasiekimas nepašalina HCC vystymosi rizikos, ypač, jei jau yra išsivysčiusi pažengusi kepenų fibrozė. Epidemiologiniai stebėjimai rodo, kad pagrindinis HCV vaidmuo karcinogenezeje yra kepenų audinio pažeidimas – kepenų cirozės vystymasis, cirozinio audinio mikroaplinkos sukūrimas vaidina kancirogeninės aplinkos vaidmenį.“

Išvadoje pažymima, kad surinkti medicinos dokumentų duomenys patvirtina, jog pareiškėjui „buvo nustatyti ženklūs negrįžtami kepenų pažeidimo požymiai, kurie, remiantis moksline medicinos literatūra, yra reikšmingi rizikos veiksniai susirgti kepenų ląstelių karcinoma. Apdraustajam 2010 m. diagnozuota III-IV laipsnio fibrozė atitinka itin pažengusius negrįžtamus kepenų pažeidimus. 2018 m. siunčiant apdraustąjį į Klaipėdos Jūrininkų ligoninės diagnostikos skyrių, buvo nurodyta siuntimo diagnozė: virusinė (C) kepenų cirozė, child B. O gretutiniuose susirgimuose minima hepatoceliulinė karcinoma. Tai dar kartą patvirtina, kad lėtinis virusinis hepatitas sukėlė kepenų cirozę ir hepatoceliulinę karcinomą.“ Atsižvelgiant į Išvadą, kurioje konstatuota, kad iki sudarant Draudimo sutartį pareiškėjui nustatyta virusinė (C) kepenų cirozė yra priežastiniu ryšiu susijusi su draudžiamąjį įvykiu – pareiškėjui diagnozuota kepenų ląstelių karcinoma, ir remiantis Lietuvos banko nustatytomis aplinkybėmis, kad draudėjas nevykdė CK 6.993 straipsnio 1 dalyje ir Bendrųjų draudimo sąlygų 4.2 ir 5.5 papunkčiuose nustatytų pareigų, darytina išvada, kad draudikas, priimdamas sprendimą nemokėti draudimo išmokos, turėjo pagrindą remtis tuo, kad pareiškėjas neatskleidė draudimo rizikai įvertinti reikšmingos informacijos.

Dėl ikisutartinės informacijos neatskleidimo teisinių pasekmių

Vertinant pareiškėjo reikalavimą dėl įvykio išmokėti draudimo išmoką arba jos dalį, pažymėtina, kad Lietuvos bankui pateikti įrodymai negali pagrįsti, kad pareiškėjas draudimo rizikai įvertinti reikšmingos informacijos nepateikė tyčia, turėdamas tikslą suklaidinti draudiką. Atsižvelgiant į tai, darytina išvada, kad pareiškėjo elgesys, neinformuojant draudiko apie Apdraustojo anketoje nurodytus sveikatos sutrikimus, medicinos tyrimus ir reikalingą ligų gydymą, vertintinas kaip neatsargus.

Remiantis CK 6.993 straipsnio 6 ir 7 dalimis, draudėjui dėl neatsargumo neatskleidus ikisutartinės informacijos, draudikas turi teisę įvykus draudžiamąjį įvykiui sumažinti draudimo išmoką tokia santykine dalimi, kuria draudimo įmoka būtų padidinta, jeigu draudikas būtų žinojęs dėl neatsargumo neatskleistas aplinkybes, arba atsisakyti ją išmokėti įrodęs, kad nė vienas draudikas, žinodamas aplinkybes, kurių draudėjas nenurodė dėl neatsargumo, nebūtų sudaręs draudimo sutarties. Analogiškos nuostatos įtvirtintos ir Bendrųjų draudimo sąlygų 12.3.4 ir 12.3.5 papunkčiuose.

Nagrinėjamu atveju draudikas, atsisakydamas dėl įvykio mokėti draudimo išmoką, rėmėsi CK 6.993 straipsnio 7 dalies ir Bendrųjų draudimo sąlygų 12.3.5 papunkčio nuostatomis ir Lietuvos bankui pateikė Lietuvoje gyvybės draudimo veiklą vykdančių

draudimo įmonių duomenis apie neatskleistos ikisutartinės informacijos įtaką sudarant draudimo sutartis, kurių draudimo apsauga sutampa su Draudimo sutartimi teikiamos draudimo apsaugos apimtimi.

Draudikas 2018 m. lapkričio 20 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*, veikiančios Lietuvoje per įsteigtą filialą, ir *Mandatum Life Insurance Company Limited*, veikiančios Lietuvoje per įsteigtą filialą, paprašė įvertinti ir pateikti išvadas, ar draudikai, žinodami, kad pareiškėjas prieš sudarant Draudimo sutartį neinformavo, kad jam „2010 m. nustatytas lėtinis aktyvus C hepatitas, atlikus biopsiją rasta III-IV laipsnio fibrozė pagal Metavir klasifikaciją, gydytas iki 2014 metų kelis kartus Interferonu“, būtų su pareiškėju sudarę gyvybės draudimo ir papildomo draudimo nuo kritinių ligų sutartį, o jei tokia sutartis būtų sudaryta, paprašė nurodyti jos sąlygas.

Gyvybės draudimo UAB „Bonum publicum“ 2018 m. lapkričio 21 d. rašte draudikui nurodė, kad „įvertinus Jūsų pateiktą atvejį, informuojame, kad išaiškėjus tokioms aplinkybėms, kurios nebuvo nurodytos sudarant draudimo sutartį (lėtinis aktyvus C hepatitas, III-IV laipsnio fibrozė), vadovaujantis mūsų perdraudiko rekomendacijomis bei bendrovės rizikos vertinimo nuostatomis, mūsų kompanija būtų atsisakiusi drausti gyvybės draudimu ir suteikti kritinių ligų apsaugą.“ *ERGO Life Insurance SE* 2018 m. lapkričio 21 d. rašte draudikui nurodė: „Įvertinę aplinkybes, kurių apdraustasis nenurodė pildydamas prašymą sudaryti gyvybės draudimo sutartį, gyvybės draudimu ir papildomu kritinių ligų draudimu nedraustume.“ UAB „PZU Lietuva gyvybės draudimas“ 2018 m. lapkričio 20 d. draudikui adresuotame rašte taip pat nurodė, kad draudikas, žinodamas neatskleistas draudimo rizikai vertinti reikšmingas aplinkybes, su pareiškėju gyvybės draudimo ir kritinių ligų draudimo sutarčių nebūtų sudaręs. Tokią pačią informaciją draudikui pateikė ir UAB „SEB gyvybės draudimas“ 2018 m. lapkričio 30 d. raštu. *ERGO Life Insurance SE*, UAB „SEB gyvybės draudimas“ ir UAB „PZU Lietuva gyvybės draudimas“ nurodytoms aplinkybėms tapatus atsakymas draudikui buvo pateiktas ir *Mandatum Life Insurance Company Limited*, veikiančios Lietuvoje per įsteigtą filialą, 2018 m. lapkričio 21 d. raštu.

Swedbank Life Insurance SE, veianti Lietuvoje per įsteigtą filialą, 2018 m. lapkričio 20 d. draudikui adresuotame rašte nurodė, kad, žinodama „aplinkybes, kad klientui 2010 m. buvo nustatytas virusinis C hepatitas (1b genotipas 7 b. aktyvumas, III-IV laipsnio fibrozė pagal Metavir); 2014 m. skirtas gydymas pegiliuotu interferonu, po ko klientas daugiau nesikreipė dėl tyrimų ir gydymo, nebūtume sudarę gyvybės draudimo sutarties.“ UAGDPB „Aviva Lietuva“ 2018 m. lapkričio 20 d. rašte draudiką informavo: „Vadovaujantis draudimo rizikos vertinimo metodikomis bei perdraudiko rekomendacijomis, universali gyvybės draudimo ir kritinių ligų draudimo sutartys sudarytos nebūtų. Asmeniui, turinčiam Jūsų nurodytus sveikatos sutrikimus, galėtų būti siūlomas tik investicinio pobūdžio draudimas, kuriame į sveikatos rizikos faktorius nėra atsižvelgiama.“

Remiantis Lietuvoje gyvybės draudimo veiklą vykdančių draudimo įmonių draudikui pateiktais atsakymais, nustatyta, kad minėtos draudimo įmonės vertino pareiškėjo ikisutartinės informacijos neatskleidimo dėl neatsargumo aplinkybes ir šių aplinkybių įtaką draudimo įmonių sprendimui dėl teiktinos draudimo apsaugos, apdraudžiant kritinių ligų draudimo riziką, bei sudarytinių gyvybės draudimo sutarčių, pagal šias draudimo sutartis papildomai teikiant kritinių ligų draudimo apsaugą. Atsižvelgiant į Lietuvos bankui pateiktus duomenis, kuriais draudikas grindžia CK 6.993 straipsnio 7 dalyje ir Bendrųjų draudimo 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 prisiėmę minėtos draudimo rizikos ir su pareiškėju nebūtų sudarę draudimo sutarčių tomis pačiomis sąlygomis, kuriomis draudikas su pareiškėju sudarė Draudimo sutartį.

Remiantis CK 6.993 straipsnio 7 dalies ir Bendrųjų draudimo sąlygų 12.3.5 papunkčio nuostatomis, pažymėtina, kad proporcingosios draudimo išmokos mokėjimo sąlygos netaikomos tada, 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 pagrįstai atsisakė dėl įvykio mokėti draudimo išmoką, netaikė CK 6.993 straipsnio 6 dalies ir Bendrųjų draudimo sąlygų 12.3.4 papunkčio nuostatų ir netenkino pareiškėjo reikalavimo išmokėti dalį draudimo išmokos.

Dėl pareiškėjo reikalavimo gražinti pagal Draudimo sutartį sumokėtas draudimo įmokas pagrįstumo

Pareiškėjas kreipimesi dėl vartojimo ginčo nagrinėjimo taip pat nurodė, kad, nustačius, jog draudikas neturi pagrindo pareiškėjui dėl įvykio mokėti draudimo išmokos arba jos dalies, draudikas turi pareiškėjui gražinti pagal Draudimo sutartį sumokėtas draudimo įmokas. Pareiškėjas reikalavimą dėl draudimo įmokų gražinimo grindė aplinkybe, kad, draudikui surinkus įrodymus, jog nė vienas Lietuvoje draudimo veiklą vykdomas draudikas pareiškėjui nebūtų suteikęs kritinių ligų draudimo apsaugos, Draudimo sutartis turi būti pripažinta negaliojusia.

Vertinant šias pareiškėjo nurodytas aplinkybes, pažymėtina, kad CK 6.993 straipsnio 7 dalis nenumato draudimo įmokų gražinimo, nustačius, kad nė vienas draudikas, žinodamas dėl draudėjo neatsargumo neatskleistą ikisutartinę informaciją, nebūtų sudaręs draudimo sutarties, nuostatų. Be to, CK 6.993 straipsnio 7 dalyje nėra įtvirtinta, kad draudimo sutartis turi būti pripažinta negaliojusia, nustačius draudimo rizikos vertinimui reikšmingos informacijos neatskleidimo faktą. Nurodyta teisės norma numato tik draudiko teisę reikalauti nutraukti draudimo sutartį, paaiškėjus aplinkybėms apie draudėjo dėl neatsargumo neatskleistą ikisutartinę informaciją. CK 6.993 straipsnio 7 daliai analogiškos nuostatos taip pat yra įtvirtintos Bendrųjų draudimo sąlygų 12.3.3 ir 12.3.5 papunkčiuose.

Draudimo sutarties nutraukimo dėl draudėjo neatskleistos ikisutartinės informacijos tvarką reglamentuoja Bendrųjų draudimo sąlygų 15.3.1.1 papunkčio nuostatos: „draudikas turi teisę vienašališkai, nesikreipiant į teismą, atitinkamu rašytiniu pranešimu, pateikiamu prieš trisdešimt kalendorinių dienų iki numatomos sutarties nutraukimo datos, nutraukti sutartį, jei draudėjas ir / ar apdraustasis pateikė melagingą, klaidingą ar žinomai neteisingą informaciją ar dokumentus ar nuslėpė kitą svarbią informaciją draudimo rizikos įvertinimui sutarties sudarymo ar galiojimo metu.“ Bendrųjų draudimo sąlygų 15.3.3 papunktyje nurodyta, kad kai sutartis nutraukiama draudiko reikalavimu draudėjui pažeidus sutarties sąlygas, draudėjui išmokama išperkamoji suma. Remiantis draudimo veiklą reglamentuojančių teisės aktų ir Draudimo sutarčiai taikomų standartinių sąlygų nuostatomis, darytina išvada, kad nei teisės aktai, nei Draudimo sutarties sąlygos draudikui nenustato pareigos draudimo sutartį pripažinti negaliojusia, nustačius CK 6.993 straipsnio 7 dalyje bei Bendrųjų draudimo sąlygų 12.3.3 papunktyje įtvirtintas aplinkybes, ir draudėjui gražinti sumokėtas draudimo įmokas.

Bendrųjų draudimo sąlygų 15.2.1 papunktyje nustatyta, kad „draudėjo sumokėta draudimo įmoka yra gražinama, kai draudimo sutartis nutraukiama draudėjo iniciatyva, draudėjui per 30 dienų nuo to momento, kai jis buvo informuotas apie sudarytą draudimo sutartį, pranešus draudikui apie draudimo sutarties nutraukimą.“ Į Bendrųjų draudimo sąlygų 15.2.1 papunktį yra perkeltos Lietuvos Respublikos draudimo įstatymo (toliau – Draudimo įstatymas) 124 straipsnio nuostatos dėl draudimo sutarties lengvatinėmis sąlygomis nutraukimo. Be to, remiantis Bendrųjų draudimo sąlygų 15.2.3 papunkčiu, draudėjo sumokėtos draudimo įmokos yra gražinamos, kai draudimo sutartis nutraukiama draudėjo reikalavimu draudėjui pažeidus sutarties sąlygas.

Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad draudikas, priimdamas sprendimą dėl įvykio nemokėti draudimo išmokos, tinkamai vykdė Bendrųjų draudimo sąlygų 12.3.4 ir 12.3.5 papunkčiuose ir CK 6.993 straipsnio 7 dalyje nustatytus reikalavimus. Svarbu pažymėti, kad papildomų aplinkybių, kad draudikas netinkamai vykdė Draudimo sutartį, pareiškėjas nenurodė ir šalių ginčo dėl to, ar draudikas tinkamai vykdė Draudimo sutartį, nėra, o šalių ginčas kilo dėl draudiko atsisakymo mokėti draudimo išmoką pagrįstumo. Darytina išvada, kad nagrinėjamu atveju nebuvo pagrindo taikyti Bendrųjų draudimo sąlygų 15.2.3 papunkčio ir pareiškėjui gražinti sumokėtų draudimo įmokų dėl draudiko netinkamai vykdomų sutartinių įsipareigojimų nutraukiant draudimo sutartį. Be to, Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad pareiškėjo prašymas nutraukti Draudimo sutartį buvo pateiktas, praleidus Bendrųjų draudimo sąlygų 15.2.1 papunktyje ir Draudimo įstatymo 124 straipsnio 1 dalyje nustatytą 30 dienų terminą. Taigi, pagal Draudimo sutartį sumokėtos draudimo įmokos negalėjo būti sugražintos ir Bendrųjų draudimo sąlygų 15.2.1 papunkčio bei Draudimo įstatymo 124 straipsnio pagrindu.

Bendrųjų sąlygų 15.2.2 papunktyje nustatyta, kad bet kuriuo draudimo sutarties galiojimo laikotarpiu draudėjas turi teisę nutraukti draudimo sutartį, pranešdamas draudikui raštu ne vėliau kaip prieš 30 dienų iki numatomos sutarties nutraukimo datos. Remiantis

Bendrųjų draudimo sąlygų 15.2.4 papunkčiu, kai draudimo sutartis nutraukiama draudėjo iniciatyva, nesant draudiko kaltės, draudėjui išmokama išperkamoji suma.

Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad pareiškėjas 2019 m. vasario 7 d. draudikui pateikė prašymą nutraukti Draudimo sutartį. Pareiškėjas, pildydamas draudiko parengtą Prašymo nutraukti gyvybės draudimo sutartį formą, Draudimo sutarties nutraukimo priežastimi nurodė: „nepatenkintas draudimo sprendimu, kad nemokėti išmokos“. Darytina išvada, kad pareiškėjo prašymas nutraukti Draudimo sutartį buvo pateiktas Bendrųjų sąlygų 15.2.2 papunkčio pagrindu, todėl draudikui pagal Bendrųjų draudimo sąlygų 15.2.4 papunktį kilo pareiga pareiškėjui išmokėti išperkamąją sumą, o ne gražinti pagal Draudimo sutartį sumokėtas draudimo įmokas. Nagrinėjamu atveju šalių ginčo dėl išperkamosios sumos dydžio nėra. Kadangi Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad draudikas pagrįstai netenkino pareiškėjo reikalavimo gražinti sumokėtas draudimo įmokas ir, vadovaudamasis Draudimo sutarties sąlygomis, pareiškėjui išmokėjo išperkamąją sumą dėl Draudimo sutarties Bendrųjų sąlygų 15.2.2 papunkčio pagrindu nutraukimo, pareiškėjo draudikui keliamas reikalavimas gražinti draudimo įmokas yra atmestinas kaip nepagrįstas.

Remdamasis tuo, kas išdėstyta, ir vadovaudamasis 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 V. B. reikalavimus.

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

Direktorius

Mindaugas Šalčius