



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

**SPRENDIMAS
DĖL E. G. IR ERGO LIFE INSURANCE SE GINČO NAGRINĖJIMO**

2016 m. gegužės 5 d. Nr. 242-146
Vilnius

Lietuvos bankas gavo E. G. (toliau – pareiškėja) kreipimąsi, kuriuo pareiškėja prašė išnagrinėti tarp jos ir *ERGO Life Insurance SE* (toliau – draudikas) kilusį ginčą.

N u s t a t y t a :

Remiantis 2013 m. vasario 22 d. A. G. (toliau – draudėjas) prašymu, tarp draudėjo ir draudiko buvo sudaryta kaupiamojo gyvybės draudimo sutartis Kaupiamojo gyvybės draudimo taisyklių Nr. 002 (2011 m. balandžio 11 d. redakcija) (toliau – Taisyklės) pagrindu. Draudimo liudijime (*duomenys neskelbtini*) apdraustuoju ir naudos gavėju pagal draudimo sutartį nurodytas draudėjo ir pareiškėjos nepilnametis sūnus K. T. G. 2015 m. rugpjūčio 18 d. pareiškėja kreipėsi į draudiką: pranešė, kad 2015 m. rugpjūčio 12 d. draudėjas mirė ir paprašė išmokėti naudos gavėjui draudimo išmoką, pervedant draudimo išmokos sumą į nepilnamečio vaiko sąskaitą banke. Draudikas, įvertinęs pateiktuose medicinos dokumentuose esančią informaciją ir surinkęs papildomus duomenis apie aplinkybes, reikšmingas sprendimui dėl draudimo išmokos mokėjimo priimti, atsisakė mokėti draudimo išmoką. Sprendimo nemokėti draudimo išmokos pagrindas – Lietuvos Respublikos civilinio kodekso (toliau – CK) 6. 993 straipsnio 7 dalies ir Taisyklių 10.4 papunkčio nuostatos, kuriose nustatyta draudiko teisė atsisakyti mokėti draudimo išmoką, draudėjui nesuteikus informacijos apie aplinkybes, galinčias turėti esminės įtakos draudimo rizikai.

Pareiškėja, nesutikdama su draudiko sprendimu nemokėti draudimo išmokos, kreipėsi į Lietuvos banką nurodė, kad draudėjas nesirgo lėtinėmis ligomis, o draudiko surinktuose medicinos dokumentuose nurodyti 2009–2012 m. diagnozuoti draudėjo sveikatos sutrikimai buvo tik trumpalaikiai ir vienkartiniai, jie neturėjo įtakos draudėjo ligai, lėmusiai mirtį (aterosklerozinė širdies liga), ir neturėjo reikšmės vertinant draudimo riziką prieš sudarant draudimo sutartį. Pareiškėja teigė, kad draudėjui arterinis kraujo spaudimas buvo padidėjęs tik du kartus ir medikamentinis gydymas truko tik 4 dienas. Pareiškėjos teigimu, po medikamentinio gydymo arterinis kraujo spaudimas neviršijo normos. Atsižvelgiant į tai, draudėjui buvo skirtas nemedikamentinis gydymas. Pareiškėja pabrėžė, kad 2012 m. gegužės 31 d. draudėjui diagnozuotas panikos sutrikimas buvo tik trumpalaikė reakcija į darbe susiklosčiusią padėtį, nes draudėjas dirbo vadovaujамąjį darbą.

Pareiškėja kreipėsi į Lietuvos banką nurodė, kad draudėjas vykdė gydytojų nurodymus, taikė sveikatos stiprinimo priemones. Pareiškėjos teigimu, skilvelinės ekstrasistolės draudėjui buvo nustatytos tik profilaktinio vizito pas šeimos gydytoją metu. Pareiškėja teigė, kad po 2011 m. lapkričio 15 d. Vilniaus universiteto ligininės Santariškų klinikose (toliau – Santariškų klinikos) draudėjui atliktos operacijos – kateterinės abliacijos dėl skilvelinės ekstrasistolijos – draudėjo sveikatos būklė buvo įvertinta kaip sveiko asmens.

Pareiškėja kreipėsi į Lietuvos banką pabrėžė, kad sudarydamas sutartį draudėjas apie dalį 2015 m. lapkričio 30 d. draudiko pranešime apie atsisakymą mokėti draudimo išmoką ir 2016 m. sausio 26 d. atsakyme į pareiškėjos pretenziją nurodytų diagnozių negalėjo žinoti, nes tai

yra medicinos terminai, o draudėjas neturėjo medicininio išsilavinimo. Be to, pareiškėja nurodė, kad draudikas turėjo visas galimybes prieš sudarant draudimo sutartį patikrinti medicinos dokumentuose nurodytus duomenis, reikšmingus vertinant draudimo riziką. Remdamasi nurodytomis aplinkybėmis, pareiškėja Lietuvos banko prašė priimti sprendimą, įpareigojantį draudiką išmokėti naudos gavėjui 5 437,79 Eur draudimo išmoką dėl draudėjo mirties.

Draudikas atsiliepime į pareiškėjos kreipimąsi nurodė, kad draudėjas 2013 m. vasario 22 d. prašyme sudaryti draudimo sutartį, atsakydamas į klausimus, susijusius su sveikatos būkle, nurodė, kad nesirgo ir neserga jokia liga, kad jis jokių sveikatos problemų neturėjo. Draudėjas taip pat nurodė, kad nesigydęs nei ambulatoriškai, nei stacionare, jam nebuvo atlikti diagnostiniai tyrimai ir jis nevartojo medikamentų. Draudikas pabrėžė, kad, vadovaudamasis draudėjo nurodyta informacija ir atsižvelgdamas į prašyme sudaryti draudimo sutartį nurodytą draudėjo ūgį ir svorį, nustatė, kad dėl nutukimo draudėjo rizika susirgti padidėjusi.

Įvykus 2015 m. rugpjūčio 12 d. draudžiamajam įvykiui, draudikas, įvertinęs surinktuose medicinos dokumentuose esančią informaciją, nustatė, kad draudėjas, sudarydamas draudimo sutartį, nepateikė visos informacijos, būtinos draudimo rizikai įvertinti. Draudikas pabrėžė, kad jeigu būtų žinojęs apie draudėjo ligas, nebūtų sudaręs su draudėju kaupiamojo gyvybės draudimo sutarties. Draudikas taip pat nurodė, kad iš Lietuvoje gyvybės draudimo veiklą vykdančių draudimo įmonių surinkta informacija taip pat patvirtino, kad draudikas, remdamasis CK 6. 993 straipsnio 7 dalies nuostatomis, turėjo teisę atsisakyti mokėti draudimo išmoką dėl 2015 m. rugpjūčio 12 d. įvykio.

Draudikas pabrėžė, kad po draudimo sutarties sudarymo draudėjas lankėsi pas šeimos gydytoją, jam buvo nuolat skiriami vaistai nustatytoms ligoms gydyti. Draudikas nurodė, kad iki draudimo sutarties sudarymo nustatyti draudėjo susirgimai buvo priežastiniu ryšiu susiję su draudžiamuoju įvykiu. Remdamasis nurodytomis aplinkybėmis, draudikas konstatavo, kad administruojant 2015 m. rugpjūčio 12 d. įvykį surinkti įrodymai pagrindžia draudiko sprendimą nemokėti draudimo išmokos.

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. Vartotojas ir finansų rinkos dalyvis privalo įrodyti tas aplinkybes, kuriomis remiasi kaip savo reikalavimų arba atskirtimų pagrindu, išskyrus atvejus, kai remiamasi aplinkybėmis, kurių nereikia įrodinėti. Nagrinėdamas ginčą Lietuvos bankas atlieka pateiktų įrodymų vertinimą, kurio pagrindu priimamas sprendimas.

Įvertinus ginčo šalių paaiškinimus ir pateiktus įrodymus, nustatyta, kad šalių ginčas kyla dėl draudiko atsisakymo pagal kaupiamojo gyvybės draudimo sutartį mokėti draudimo išmoką dėl draudėjo mirties pagrįstumo.

Atsižvelgiant į nuostatas, kurių pagrindu draudikas atsisakė mokėti draudimo išmoką, pažymėtina, kad CK 6.993 straipsnio 7 dalyje nurodyta, kad draudikas, įrodęs, kad nei vienas draudikas, žinodamas aplinkybes, galinčias turėti esminės įtakos draudimo rizikai ir kurių draudėjas nenurodė dėl neatsargumo, nebūtų su draudėju sudaręs draudimo sutarties, įvykus draudžiamajam įvykiui turi teisę atsisakyti mokėti draudimo išmoką. Taisyklių 10.4 papunktyje, kurio pagrindu remdamasis draudikas priėmė sprendimą nemokėti draudimo išmokos, nurodyta, kad jeigu po draudimo sutarties sudarymo nustatoma, kad draudėjas arba apdraustasis sudarant draudimo sutartį ar jos galiojimo metu suteikė draudikui neišsamią, neatitinkančią tikrovės informaciją apie draudėją, apdraustąjį arba apie kitas aplinkybes, galinčias turėti esminės įtakos draudimo rizikai įvertinti, draudimo įmokų ir draudimo sumos dydžiui nustatyti, tai laikoma esminiu draudimo sutarties sąlygų pažeidimu, ir draudikas turi teisę vienašališkai, ne teismo tvarka nutraukti draudimo sutartį arba sumažinti draudimo išmoką, arba atsisakyti ją mokėti, išskyrus atvejus, kai aplinkybės, kurias draudėjas nuspėpė, išnyko iki draudžiamajo įvykio ar neturėjo įtakos draudžiamajam įvykiui.

Pažymėtina, kad pagal CK 6.993 straipsnio 2 dalį esminėmis aplinkybėmis, apie kurias draudėjas privalo informuoti draudiką, pripažįstamos aplinkybės, nurodytos standartinėse draudimo sutarties sąlygose, taip pat aplinkybės, apie kurias draudikas raštu prašė draudėjo suteikti informaciją.

Iš Lietuvos bankui pateiktų dokumentų nustatyta, kad 2013 m. vasario 22 d. prašyme sudaryti draudimo sutartį apdraustojo buvo teirautasi: „ar sirgote, šiuo metu sergate širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, pvz.: padidėjusiu kraujospūdžiu, stenokardija, širdies ritmo sutrikimu, širdies reumatu, širdies nepakankamumu, miokardo infarktu, širdies yda, insultu, galvos smegenų kraujotakos sutrikimu, kraujagyslių anomalijomis, venų uždegimais ar kitomis ligomis?“ Draudėjas į šiuos klausimus atsakė neigiamai. Draudėjas taip pat neigiamai atsakė į pateiktą klausimą „ar buvote operuotas? Kada?“ ir į klausimą „ar vartojote, vartojate nuolat vaistus, pvz.: migdomuosius, raminančius, nuskausminančius, kraujo spaudimą mažinančius ar kitus?“ Be to, draudėjas neigiamai atsakė ir į klausimus „ar per paskutinius 5 metus kreipėtės į gydytoją, buvote tirtas, konsultuotas, gydytas?“, „ar per paskutinius 10 metų gydėtės ligoninėje, reabilitaciniame centre, sanatorijoje?“

Iš gautos medžiagos draudikas nustatė, kad 2009 m. rugpjūčio 11 d. draudėjui buvo diagnozuota pirminė arterinė hipertenzija su II laipsnio arterinio kraujo spaudimo padidėjimu iki 180/90 mmHG; 2011 m. spalio 24 d. – hiperlipdemija. Po 2011 m. spalio 5 d. Santariškių klinikose draudėjui atliktų tyrimų buvo diagnozuota I laipsnio kairio prieširdžio hipertrofija su relaksacine kairiojo skilvelio disfunkcija ir hemodinamiškai reikšmingomis skilvelinėmis ekstrasistolėmis, koronarinė širdies liga, stacionare gydytas 4 dienas. 2011 m. lapkričio 15 d. Santariškių klinikose draudėjui buvo atlikta operacija – kateterinė abliacija dėl skilvelinės ekstrasistolijos. Nustatyta diagnozė – koronarinė širdies liga, skilvelinė ekstrasistolija, stacionare gydytas 4 dienas. 2012 m. gegužės 31 d. draudėjui buvo diagnozuotas panikos sutrikimas, epizodinis paroksizminis nerimas, skirtas medikamentinis gydymas. 2012 m. spalio 11 d. draudėjui buvo nustatyta pirminė arterinė hipertenzija, II laipsnio arterinio kraujo spaudimo padidėjimas, hipertenzinė širdies liga, kraujospūdžio padidėjimas iki 160/100 mmHg. 2012 m. spalio 13 d. draudėjui buvo nustatytas kraujo spaudimo padidėjimas iki 150/90 mmHG. 2012 m. spalio 24 d. arterinis kraujo spaudimas buvo 160/100 mmHG, nustatyta hiperlipidemija. Draudėjui buvo taikytas medikamentinis gydymas. 2012 m. spalio mėnesį draudėją gydžiusi gydytoja užpildė Asmens širdies ir kraujagyslių ligų rizikos nustatymo anketą. Draudėjas savo parašu patvirtino supažindinimo su minėtos anketos duomenimis faktą. Draudėjui buvo taikytas širdies ir kraujagyslių ligų gydymas.

Iš Lietuvos bankui pateiktų dokumentų ir paaiškinimų matyti, kad draudėjas 2009–2012 m. sirgo širdies ligomis. Pareiškėjas į gydytojus su tais pačiais širdies ligoms būdingais nusiskundimais kreipdavosi nuolat ir jau ilgą laiką, beveik kiekvieno vizito pas gydytoją ar gydymosi ligoninėje metu jam buvo nustatomos ir asmens sveikatos ir ligos istorijoje nurodomos širdies ligų diagnozės. Atsižvelgiant į tai, pažymėtina, kad draudėjas žinojo arba turėjo galimybę žinoti ir galėjo suprasti, kad serga širdies ligomis, nes nuolat kreipėsi į gydytojus ir skundėsi negalavimais, susijusiais su širdies ligomis. Remiantis nurodytomis aplinkybėmis, darytina išvada, kad draudėjas prieš sudarant gyvybės draudimo sutartį į klausimą dėl širdies ligų turėjo atsakyti nurodydamas ligas, kuriomis sirgo, tačiau to nepadarė.

Šiame kontekste svarbu pažymėti, kad prašyme sudaryti gyvybės draudimo sutartį draudėjo nurodytų duomenų teisingumas buvo patvirtintas paties draudėjo parašu. Asmuo, pasirašantis tam tikrą dokumentą, prisiima atsakomybę už jam pateiktą informaciją ar prisiimamus įsipareigojimus. Kiekvienas apdairus, atidus ir rūpestingas žmogus turėtų, prieš pasirašydamas bet kokį dokumentą, susipažinti su šio dokumento turiniu. To nepadaręs asmuo veikia savo rizika. Nagrinėjamu atveju draudėjo, nenurodžiusio draudikui informacijos, kad serga širdies ligomis, elgesys vertintinas kaip neatsargus.

Vertinant pareiškėjos argumentus, kad pats draudikas galėjo surinkti informaciją apie draudėjo sveikatą, svarbu tai, kad draudėjas nepažymėjo nė vieno sveikatos sutrikimo ar negalavimo, todėl draudikas galėjo pagrįstai tikėtis, kad draudėjo pateikta informacija yra teisinga

ir visiškai atskleista ir pagrįstai nesikreipė į gydymo įstaigas dėl papildomos informacijos.

Įvertinus pateiktus dokumentus ir paaiškinimus, darytina išvada, kad pateikti įrodymai patvirtina, jog draudėjas prieš sudarydamas draudimo sutartį dėl neatsargumo nesuteikė draudikui visos žinomos informacijos apie esmines aplinkybes, apie kurias raštu buvo teirautasi, ir minėta sutartis buvo sudaryta, draudikui tinkamai neįvertinus draudimo sutartimi prisiimamos rizikos (aplinkybių, galinčių turėti esminės įtakos draudžiamąjį įvykio atsitikimo tikimybei ir šio įvykio galimų nuostolių dydžiui). Atsižvelgiant į tai ir įvertinus tai, kad draudžiamąjį įvykio – draudėjo mirties – priežastis buvo širdies liga, pažymėtina, kad draudikas, remdamasis Taisyklių 10.4 papunktyje įtvirtinta atsisakymo mokėti draudimo išmoką sąlyga, turėjo pagrindą nemokėti draudimo išmokos dėl ikisutarinės informacijos, reikšmingos draudimo rizikos vertinimui, nesuteikimo.

Siekdamas pagrįsti Taisyklių 10.4 papunkčio pagrindu priimtą sprendimą nemokėti draudimo išmokos ir patvirtinti neatskleistos ikisutarinės informacijos reikšmę vertinant draudimo riziką ir sudarant draudimo sutartį, draudikas, vadovaudamasis CK 6.993 straipsnio 7 dalimi, raštu kreipėsi į kitas Lietuvoje gyvybės draudimo veiklą vykdančias draudimo įmones, prašydamas įvertinti ikisutarinės informacijos neatskleidimo dėl neatsargumo aplinkybes ir šių aplinkybių įtaką draudimo įmonių sprendimui dėl draudimo apsaugos, apdraudžiant kaupiamojo gyvybės draudimo sąlygose nurodytas draudimo rizikas, suteikimo bei draudimo sutarčių minėtomis draudimo sutarties sąlygomis sudarymo.

Pažymėtina, kad draudimo įmonės: *Swedbank Life Insurance SE*, veikianti Lietuvoje per įsteigtą filialą, gyvybės draudimo UAB „Bonum publicum“, *Compensa Life Vienna Insurance Group SE*, veikianti Lietuvoje per įsteigtą filialą, UAB „SEB gyvybės draudimas“, UAGDPB „Aviva Lietuva“, UAB „PZU Lietuva gyvybės draudimas“, *Mandatum Life Insurance Baltic SE*, veikianti Lietuvoje per įsteigtą filialą, pateiktuose atsakymuose į draudiko paklausimą nurodė, kad, žinodamos aplinkybes, kurių draudėjas nenurodė pildytame prašyme sudaryti draudimo sutartį, kaupiamojo gyvybės draudimo sutarties su draudėju nebūtų sudariusios. Įvertinus pateiktus dokumentus ir paaiškinimus, darytina išvada, kad draudikas pagrindė savo sprendimą nemokėti draudimo išmokos, nes draudėjas nesuteikė draudimo rizikai įvertinti reikšmingos informacijos, todėl pareiškėjos reikalavimas išmokėti draudimo išmoką yra atmestinas.

Remdamasis tuo, kas išdėstyta, ir vadovaudamasis Lietuvos Respublikos vartotojų teisių apsaugos įstatymo 27 straipsnio 1 dalies 1 punktu, Lietuvos banko valdybos 2012 m. sausio 26 d. nutarimo Nr. 03-23 „Dėl Vartotojų ir finansų rinkos dalyvių ginčų neteisminio sprendimo procedūros Lietuvos banke taisyklių patvirtinimo“ 2 punktu bei 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 E. G. reikalavimą.

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

Vilius Šapoka