LIETUVOS BANKO TEISĖS IR LICENCIJAVIMO DEPARTAMENTO DIREKTORIUS

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

2026-03-20 Nr. 429-81
Vilnius

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

N u s t a t y t a:

2009 m. rugsėjo 24 d. – 2034 m. rugsėjo 23 d. draudimo laikotarpiui tarp pareiškėjos ir draudiko buvo sudaryta Investicinio gyvybės draudimo sutartis (draudimo liudijimo Nr. (*duomenys neskelbtini*) (toliau – Draudimo sutartis). Draudimo sutartis buvo sudaryta Investicinio gyvybės draudimo taisyklių Nr. 012[1] (toliau – Taisyklės) pagrindu. Draudimo sutartimi buvo apdraustos draudimo nuo nelaimingų atsitikimų ir draudimo nuo traumų rizikos.

Kadangi Draudimo sutartyje buvo nurodyta 1 Eur gyvybės draudimo rizikos draudimo suma, pareiškėja draudikui 2022 m. birželio 7 d. pateikė prašymą pakeisti Draudimo sutarties sąlygas, nustatant 20 000 Eur gyvybės draudimo rizikos draudimo sumą. Be to, kadangi sudarant Draudimo sutartį buvo susitarta dėl 14 481 Eur traumų draudimo rizikai taikomos draudimo sumos, pareiškėja prašė ją padidinti iki 15 000 Eur. Keičiant Draudimo sutartį, buvo prašoma nustatyti 100 Eur draudimo įmoką, jos dydis iki Draudimo sutarties pakeitimo buvo 28,96 Eur. Pareiškėjos pildytos Draudžiamo asmens anketos duomenų pagrindu draudikas sutiko atlikti Draudimo sutarties pakeitimą.

2023 m. spalio 28 d. pareiškėja pateikė prašymą draudikui išmokėti draudimo išmoką dėl medicinos dokumentuose nurodyto susirgimo. Draudikas pareiškėją 2023 m. lapkričio 17 d. raštu informavo apie sprendimą atsisakyti išmokėti draudimo išmoką, nes medicinos dokumentuose nebuvo nurodyta jokių duomenų apie pareiškėjos patirtą traumą. Taip pat draudiko 2023 m. lapkričio 17 d. rašte buvo nurodyta, kad, įvertinus medicinos dokumentus, buvo nustatyta, jog 2022 m. birželio 7 d. pildydama draudžiamo asmens anketą pareiškėja draudikui pateikė tikrovės neatitinkančią informaciją apie savo sveikatos būklę.

Draudikas 2023 m. lapkričio 17 d. raštu pareiškėją taip pat informavo, kad, vadovaudamasis Lietuvos Respublikos civilinio kodekso (toliau – CK) 6.993 straipsnio 5 dalimi, draudikas turi teisę reikalauti pakeisti Draudimo sutarties sąlygas, kai draudėjas dėl neatsargumo neatskleidžia draudimo rizikai įvertinti būtinos ikisutartinės informacijos. Draudikas pabrėžė, kad Draudimo sutartis turi būti pakeista, nustatant iki 2022 m. birželio 7 d. pareiškėjos prašymo pagrindu pakeistos Draudimo sutarties galiojusias Draudimo sutarties sąlygas, įtvirtinančias 1 Eur gyvybės draudimo rizikos draudimo sumą.

2024 m. rugpjūčio 5 d. pareiškėja draudikui pateikė prašymą pakeisti Draudimo sutartį, 20 000 Eur draudimo suma apdraudžiant kritinių ligų draudimo riziką. 2024 m. rugpjūčio 12 d. draudiko raštu pareiškėja buvo informuota apie sprendimą atsisakyti pakeisti Draudimo sutartį.

2025 m. liepos 14 d. pareiškėja draudikui pateikė duomenis apie jai 2025 m. birželio 2 d. atlikto (*duomenys neskelbtini*) tyrimo išvadas. Draudikas 2025 m. liepos 16 d. pareiškėją informavo, kad medicinos dokumentų duomenys nepatvirtina, kad pareiškėja būtų patyrusi traumą. Pareiškėja, vadovaudamasi draudikui papildomai pateiktais medicinos dokumentais, draudikui kėlė reikalavimą pagal Draudimo sutarties sąlygas išmokėti draudimo

[1] 2008 m. lapkričio 1 d. redakcija.

išmoką. Draudikas, įvertinęs pareiškėjos pateiktus duomenis, sprendė, kad pareiškėja kelia reikalavimą taikyti Draudimo sutartimi neapdraustos draudimo rizikos sąlygas, todėl teigė, kad jam nekyla pareiga pagal pareiškėjos prašymą mokėti draudimo išmoką.

Pareiškėja, nesutikdama su draudiko sprendimu, draudikui pateiktoje pretenzijoje ir kreipimesi į Lietuvos banką rėmėsi aplinkybėmis, kad draudikas nepagrįstai netenkino pareiškėjos 2024 m. rugpjūčio 5 d. prašymo pakeisti Draudimo sutartį, nustatant kritinės ligos draudimo rizikos draudimo apsaugos sąlygas. Pareiškėja draudikui kėlė reikalavimą pagal Draudimo sutarties sąlygas išmokėti draudimo išmoką dėl 2025 metais diagnozuoto susirgimo.

Draudikas pareiškėjai pateiktame atsakyme į jos pretenziją ir atsiliepime dėl kilusio ginčo nurodė, kad pagrįstai nusprendė netenkinti pareiškėjos 2024 m. rugpjūčio 5 d. prašymo pakeisti Draudimo sutartį. Draudikas pakartojo, kad Draudimo sutartimi pareiškėja buvo apdrausta tik nuo nelaimingų atsitikimų ir traumų draudimo rizikos, tačiau medicinos dokumentuose nebuvo nurodyta, kad minėta draudimo rizika pasireiškė, todėl teigia, kad jam nėra pagrindo tenkinti pareiškėjos keliamo reikalavimo mokėti draudimo išmoką.

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 44 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 atsikirtimų pagrindu, išskyrus atvejus, kai remiamasi aplinkybėmis, kurių nereikia įrodinėti. Nagrinėdamas ginčą Lietuvos bankas atlieka ginčo šalių pateiktų įrodymų vertinimą ir jo pagrindu priima sprendimą.

Atsižvelgiant į ginčo šalių nurodytas aplinkybes ir pateiktus įrodymus, darytina išvada, kad šalių ginčas kilo dėl draudiko sprendimo pagal Draudimo sutarties šalių sutartas sąlygas atsisakyti išmokėti draudimo išmoką dėl pareiškėjos 2025 m. liepos 16 d. draudikui pateiktuose medicinos dokumentuose nurodyto jos sveikatos sutrikimo pagrįstumo.

Siekiant išnagrinėti tarp pareiškėjos ir draudiko kilusį ginčą, būtina įvertinti: 1) draudiko sprendimo Draudimo sutartimi neapdrausti pareiškėjos kritinių ligų draudimo rizikos ir 2) sprendimo pareiškėjos draudikui 2025 m. pateiktų medicinos dokumentų pagrindu netaikyti Draudimo sutartimi teikiamos draudimo apsaugos pagrįstumo.

1. *Dėl draudiko sprendimo Draudimo sutartimi neapdrausti pareiškėjos kritinių ligų draudimo rizikos pagrįstumo*

Vadovaujantis CK 6.154 straipsnio 1 dalimi, pažymėtina, kad sutartis yra dviejų ar daugiau asmenų susitarimas sukurti, pakeisti ar nutraukti civilinius teisinius santykius, kai vienas ar keli asmenys įsipareigoja kitam asmeniui ar asmenims atlikti tam tikrus veiksmus (ar susilaikyti nuo kitų veiksmų atlikimo), o šie įgyja reikalavimo teisę. Taigi, sutarties esmė – šalių susitarimas, pasiektas suderinus jų valią.

CK 6.223 straipsnio 1 dalyje nustatyta, kad sutartis gali būti pakeista šalių susitarimu. Analogiška nuostata įtvirtinta Taisyklių 87 punkte, kuriame nustatyta, kad draudimo sutarties sąlygos gali būti pakeičiamos draudiko ir draudėjo susitarimu. Todėl Draudimo sutarties pakeitimui yra reikalingas abiejų Draudimo sutarties šalių valios išreiškimas dėl keičiamų sąlygų joms tinkamumo. Taigi, Draudimo sutarties pakeitimui nepakanka vien tik draudėjo ketinimo ar pageidavimo pakeisti Draudimo sutartį jo pageidaujamomis sąlygomis, tačiau yra reikalingas ir draudiko sutikimas dėl draudėjo pageidaujamų (keičiamų) Draudimo sutarties sąlygų nustatymo.

Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad draudikas pareiškėjai 2024 m. rugpjūčio 12 d. raštu pateikė paaiškinimus dėl atsisakymo tenkinti pareiškėjos prašymą 2024 m. rugpjūčio 5 d. pakeisti Draudimo sutarties sąlygas, apdraudžiant kritinių ligų draudimo riziką. Draudikas nurodė, kad, įvertinęs turimus duomenis apie pareiškėjos sveikatos būklę ir atsižvelgdamas į tai, kad pareiškėjos gyvenamoji vieta yra Airijoje, jis negali prisiimti kritinių ligų draudimo rizikai teikiamos draudimo apsaugos.

Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad administruodamas 2023 m. spalio 18 d. įvykį draudikas vertino jam pateiktų medicinos dokumentų duomenis. Draudikas nustatė, kad pareiškėjai 2017 m. spalio 24 d. buvo atlikta (*duomenys neskelbtini*). 2018 m. vasario mėnesį pareiškėjai buvo taikytas (*duomenys neskelbtini*) gydymas.

Nors minėti duomenys pareiškėjai apie jos sveikatos būklę buvo žinomi, pareiškėja, 2022 m. birželio 7 d. pildydama draudžiamo asmens anketą, minėtų draudimo rizikai vertinti reikšmingų duomenų draudikui neatskleidė. Pareiškėja minėtoje anketoje draudikui nenurodė jokių duomenų apie 5 metų laikotarpiu iki anketos pildymo jai atliktus tyrimus ir nustatytus sveikatos būklės pakitimus.

Pareiškėja, draudikui 2023 m. spalio 18 d. pateikdama prašymą pagal Draudimo sutarties sąlygas mokėti draudimo išmoką dėl jos sveikatos pakitimų, pateikė medicinos dokumentus, kuriuose buvo nurodyti duomenys apie pareiškėjos sveikatos būklės pakitimus po ligos (*duomenys neskelbtini*) gydymo. Draudikas, atsisakydamas pakeisti Draudimo sutartį, neprisiimant kritinių ligų draudimo rizikos, vertino, kad pagal medicinos dokumentuose įtvirtintus duomenis apie pareiškėjos sveikatos būklę draudiko prisiimamos draudimo rizikos laipsnis būtų per didelis.

Vertinant šio draudiko sprendimo pagrįstumą, pažymėtina, kad CK 6.156 straipsnyje[2] įtvirtintas sutarties laisvės principas leidžia sutarties šaliai atsisakyti sudaryti sutartį kitos sutarties šalies pageidaujamomis, tačiau kitai sutarties šaliai nepriimtinomis (netinkamomis), sąlygomis. Be to, kaip minėta, CK 6.223 straipsnio 1 dalyje nustatyta, kad sutartis gali būti pakeista šalių susitarimu. Kadangi tarp pareiškėjos ir draudiko buvo sudaryta savanoriško pobūdžio Draudimo sutartis, suteikianti jos šalims teisę laisvai susitarti dėl sutarties sąlygų ir pasirinkti tik abiem Draudimo sutarties šalims priimtinas sutarties sąlygas, draudiko sprendimas dėl per didelės kritinių ligų draudimo rizikos atsisakyti pakeisti Draudimo sutartį, neprisiimant kritinių ligų draudimo rizikos, yra laikytinas pagrįstu ir atitinkančiu teisės aktų nuostatas.

Draudikas, pareiškėjai ir Lietuvos bankui pateikdamas paaiškinimus dėl sprendimo atsisakyti pakeisti Draudimo sutarties sąlygas, neprisiimant kritinių ligų draudimo rizikos, pagrįstumo, taip pat nurodė aplinkybes dėl pareiškėjos gyvenamosios vietos Airijoje. Draudikas atsiliepime į pareiškėjos kreipimąsi pabrėžė, kad, vadovaujantis Lietuvos Respublikos draudimo įstatymo 2 straipsnio 2 dalies 35 punktu, sprendžiant, kur yra draudimo rizika, yra remiamasi draudėjo gyvenamosios vietos duomenimis.

Kadangi teikiant 2024 m. rugpjūčio 5 d. prašymą pakeisti Draudimo sutartį draudimo rizika buvo Airijoje[3], todėl, draudiko vertinimu, remiantis Draudimo įstatymo 2 straipsnio 35 ir 36 punktų nuostatomis[4], draudikas būtų teikęs paslaugas Airijoje. Draudikas pabrėžė, kad „neturi teisės teikti paslaugų Airijoje, todėl tai buvo vienas iš argumentų, kodėl draudikas nepritarė pareiškėjos prašymui pakeisti sutartį".

Kadangi keičiant savanoriškojo pobūdžio Draudimo sutartį taikomas sutarčiai sudaryti aktualus CK 6.156 įtvirtintas sutarties laisvės principas[5], todėl, vertinant draudiko sprendimą atsisakyti pakeisti Draudimo sutartį pareiškėjos pageidaujamomis sąlygomis, svarbi ir Taisyklių 17.6 papunkčio nuostata, suteikianti draudikui teisę atsisakyti sudaryti draudimo sutartį, nenurodant draudėjui tokio sprendimo priežasčių.

Nagrinėjamu atveju draudikas pareiškėjai nurodė priežastis, kodėl atsisakoma atlikti pareiškėjos pageidaujamą Draudimo sutarties pakeitimą, nors, vadovaujantis teisės aktais ir Taisyklių sąlygomis, draudikui nekiltų pareiga įrodymais pagrįsti savo sprendimo atsisakyti pakeisti Draudimo sutartį, nustatant tokias Draudimo sutarties pakeitimo sąlygas, kurios draudikui nėra priimtinos ir neatitinka draudiko valios bei toleruotinos rizikos.

Apibendrinant Lietuvos banko nustatytas aplinkybes dėl draudiko sprendimo Draudimo sutartimi neapdrausti pareiškėjos kritinių ligų draudimo rizikos pagrįstumo, darytina išvada, kad draudikas turėjo pagrindą atsisakyti pakeisti Draudimo sutartį pareiškėjos pageidaujamomis sąlygomis, nedraudžiant dėl per didelio draudimo rizikos laipsnio neprisiimamos kritinių ligų draudimo rizikos ir Draudimo sutartimi neteikiant draudimo apsaugos šiai draudimo rizikai.

---

[2] CK 6.156 straipsnio 1 dalyje nustatyta, kad sutarties šalys turi teisę laisvai sudaryti sutartis ir savo nuožiūra nusistatyti teises ir pareigas.

[3] Papildomai pažymėtina, kad pareiškėja kreipimesi į Lietuvos banką taip pat pateikė duomenis apie jos gyvenamosios vietos adresą, esantį Airijoje, taip pat pateikė medicinos dokumentų duomenis, patvirtinančius kad jai medicinos paslaugos teikiamos Airijoje.

[4] Draudimo įstatymo 2 straipsnio 35 dalis nustato, kad Europos ekonominės erdvės valstybe, kurioje yra draudimo rizika, yra pripažintina valstybė, kurioje yra draudėjo įprastinė gyvenamoji vieta. Taip pat Draudimo įstatymo 2 straipsnio 36 straipsnyje nustatyta, kad draudimo paslaugas turi teisę teikti ta Europos ekonominės erdvės valstybė, kurioje yra draudimo rizika.

[5] Kuris yra taikomas ir sudarant draudimo sutartį.

Pastebėtina, kad pareiškėja minėto draudiko sprendimo papildomai neginčijo, sutartinių santykių su draudiku nenutraukė, taigi, iš esmės su tokiu sprendimu sutiko.

2. *Dėl draudiko sprendimo pareiškėjos 2025 m. draudikui pateiktų medicinos dokumentų pagrindu netaikyti Draudimo sutartimi teikiamos draudimo apsaugos pagrįstumo*

Vertinant pareiškėjos draudikui keliamą reikalavimą dėl draudimo išmokos mokėjimo, pažymėtina, kad CK 6.987 straipsnio 1 dalis nustato, jog draudimo sutartimi draudikas įsipareigoja už sutartyje nustatytą draudimo įmoką sumokėti 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 sutartimi draudimo objektui (draudėjo ar naudos gavėjo turtiniams interesams) suteikiama apsauga – įsipareigojimas mokėti draudimo išmoką įvykus draudžiamajam įvykiui[6].

Draudimo sutartimi draudimo objektui teikiama draudimo apsauga nėra absoliuti – draudikas, prisiimdamas draudimo riziką, nustato draudimo sutartimi suteikiamos draudimo apsaugos ribas. Draudimo taisyklėse nustatomi atvejai, kurie laikytini draudžiamaisiais įvykiais, taip pat kurie tokiais nelaikytini. Remiantis Draudimo įstatymo 2 straipsnio 33 punktu, draudžiamasis įvykis – tai draudimo sutartyje nurodytas atsitikimas, kuriam įvykus draudikas privalo mokėti draudimo išmoką. Teisine prasme draudžiamasis įvykis yra juridinis faktas, t. y. realaus gyvenimo reiškinys, su kuriuo įstatymas sieja teisinius padarinius, konkrečiai – draudiko pareigą.

Draudimo sutartyje nustatyti draudžiamieji ir nedraudžiamieji įvykiai apibrėžia draudiko prisiimamos rizikos mastą, draudimo sutarties apimtį ir ribas. Nedraudžiamuoju įvykiu laikytinas atsitikimas, kai įvyksta į draudimo rizikos apibrėžtį patenkantis įvykis, tačiau šalys yra susitariusios, kad dėl konkrečių aplinkybių ir savitų aiškiai draudimo sutartyje nustatytų sąlygų šis įvykis nelemia draudiko pareigos išmokėti draudimo išmoką[7]. Taigi draudiko prievolės išmokėti draudimo išmoką pagal įstatymuose nustatytą teisinį reglamentavimą ir draudimo sutartį atsiradimas siejamas su draudžiamojo įvykio fakto nustatymu, kai nėra nedraudžiamojo įvykio sąlygų (CK 6.987 straipsnis).

Kaip minėta, Draudimo sutartyje nurodyta, kad pareiškėja buvo apdrausta nuo nelaimingų atsitikimų ir traumų rizikos. Draudimo nuo nelaimingų atsitikimų sąlygos yra detalizuotos Taisyklių 303 punkte.

Taisyklių 303.3 papunktyje nustatyta, kad pagal nelaimingų atsitikimų sąlygas yra apdrausti draudžiamieji įvykiai, išskyrus išvardintus atvejus Taisyklių 303.6 ir 303.8 papunkčiuose. Draudžiamuoju įvykiu yra pripažįstamas apdraustojo kūno sužalojimas dėl nelaimingo atsitikimo draudimo apsaugos galiojimo laikotarpiu, jeigu apdraustojo kūno sužalojimas atitinka kriterijus, išvardintus 2 priede. Taisyklių 303.4 papunktyje nustatyta, kad nelaimingu atsitikimu laikomas staigus įvykis, kurio metu prieš apdraustojo valią į apdraustojo kūną iš išorės veikianti fizinė jėga (taip pat cheminis, terminis, nuodingųjų dujų ar kitas fizinis poveikis) pakenkia apdraustojo sveikatai ir tampa jo kūno sužalojimo priežastimi.

Taisyklių 303.5 papunktyje nustatyta, kad kūno sužalojimai dėl gydytojų veiksmų operacijos ar kitų medicininių procedūrų metu, komplikacijos po jų draudžiamaisiais įvykiais pripažįstami tik tuo atveju, jeigu medicininės procedūros buvo atliktos atsitikus kitam draudžiamajam įvykiui (nelaimingam atsitikimui, atsitikusiam draudimo apsaugos galiojimo metu).

Draudimo nuo traumų sąlygos yra nustatytos Taisyklių 304 punkte. Taisyklių 304.3 papunktyje nustatyta, kad draudimo nuo traumos draudžiamuoju įvykiu yra apdraustojo kūno sužalojimas dėl traumos, patirtos draudimo apsaugos galiojimo laikotarpiu, jeigu apdraustojo kūno sužalojimas atitinka kriterijus, išvardintus 3 priede ir nepatenka į Taisyklių 304.6 ir 304.9 papunkčiuose nurodytus nedraudžiamuosius įvykius.

Taisyklių 304.4 papunktyje nustatyta, kad trauma laikomas staigus įvykis, kurio metu prieš apdraustojo valią į apdraustojo kūną iš išorės veikianti fizinė jėga (taip pat cheminis, terminis, nuodingųjų dujų ar kitas fizinis poveikis) pakenkia apdraustojo sveikatai ir tampa jo kūno sužalojimo priežastimi. Taisyklių 304.5 papunktyje nustatyta, kad kūno sužalojimai dėl

[6] Lietuvos Respublikos draudimo įstatymo 2 straipsnio 2 dalies 10 punktas.
[7] Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2013 m. birželio 26 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-316/2013.

gydytojų veiksmų operacijos ar kitų medicininių procedūrų metu, komplikacijos po jų draudžiamaisiais įvykiais pripažįstami tik tuo atveju, jeigu medicininės procedūros buvo atliktos atsitikus kitam draudžiamajam įvykiui (patirtai traumai draudimo apsaugos galiojimo metu).

Pareiškėja, draudikui keldama reikalavimą pagal Draudimo sutarties sąlygas jai išmokėti draudimo išmoką, įvertinus 2025 m. sudarytuose medicinos dokumentuose nurodytus duomenis apie pareiškėjos sveikatos būklę, pateikė sveikatos priežiūros įstaigos UAB „Affidea Lietuva" parengtus medicinos išrašus.

2025 m. vasario 7 d. UAB „Affidea Lietuva" anamnezėje nurodyta, kad pareiškėja konsultacijos sveikatos priežiūros įstaigoje metu nurodė, jog „(*duomenys neskelbtini*)."

Pareiškėjos „Būklės įvertinimo informacijoje" nurodyta, kad jai 2025 m. vasario 5 d. buvo atliktas (*duomenys neskelbtini*) tyrimas. Minėto tyrimo metu buvo nustatyta, kad „(*duomenys neskelbtini*).

2025 m. vasario 7 d. UAB „Affidea Lietuva" parengtame medicinos dokumentų išraše nurodyta diagnozė – (*duomenys neskelbtini*). 2025 m. kovo 6 d. UAB „Affidea Lietuva" parengtame Radiologinio tyrimo vertinime nurodyta: „Būklė (*duomenys neskelbtini*)."

2025 m. kovo 7 d. UAB „Affidea Lietuva" parengtame E025. Ambulatorinio apsilankymo aprašyme nurodyta diagnozė: „kodas pagal TLK (*duomenys neskelbtini*).

2025 m. birželio 2 d. UAB „Affidea Lietuva" parengtame Radiologinio tyrimo vertinime nurodyta: „(*duomenys neskelbtini*)."

Draudikas, atlikęs medicinos dokumentų duomenų vertinimą, nustatė, kad pareiškėja nebuvo patyrusi traumos ar nelaimingo atsitikimo, dėl kurių pagal pirmiau nurodytas apdraustų draudimo rizikų draudimo apsaugos sąlygas pareiškėjai galėtų būti išmokėta draudimo išmoka[8]. Todėl draudikas sprendė, kad neįvyko Draudimo sutartyje nurodytas draudžiamasis įvykis, dėl kurio draudikui kiltų pareiga pareiškėjai išmokėti draudimo išmoką.

Pažymėtina, kad duomenų apie patirtą traumą ar nelaimingą atsitikimą nenurodė ir pareiškėja, teikdama draudikui prašymą išmokėti draudimo išmoką pagal Draudimo sutarties sąlygas ir draudikui teikdama pretenzijas ir reikalavimus dėl kilusio ginčo. Pareiškėja tik rėmėsi aplinkybėmis dėl draudiko nepagrįsto atsisakymo pakeisti Draudimo sutarties sąlygas, teikiant apsaugą nuo kritinių ligų rizikos. Pareiškėja iš esmės rėmėsi aplinkybėmis dėl Draudimo sutartimi galimos apdrausti kritinių ligų draudimo rizikos draudimo apsaugos požymius galinčio atitikti įvykio, remiantis medicinos dokumentuose nurodytais duomenimis apie pareiškėjos susirgimų diagnozes ir kitas jos sveikatos būklę patvirtinančias aplinkybes.

Kadangi Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad draudikas teisėtai ir pagrįstai atsisakė teikti apsaugą nuo kritinių ligų rizikos, todėl nėra pagrindo spręsti, kad pareiškėjos pateikti medicinos dokumentai draudiko taip pat turėjo būti vertinami ir pagal kritinių ligų draudimo rizikos draudimo apsaugos sąlygas (kurios šiuo atveju pagal galiojančią ir šalims privalomą Draudimo sutartį pareiškėjai netaikomos)[9].

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

Remiantis nurodytose teisės normose įtvirtinta draudiko kompetencija vertinti draudžiamojo įvykio faktui patvirtinti reikšmingus duomenis, nėra pagrindo teigti, kad draudikas priėmė nepagrįstą sprendimą, kad pareiškėjos pateiktų medicinos dokumentų duomenys nepatvirtino Draudimo sutartyje įtvirtintas draudžiamųjų įvykių sąlygas atitinkančio įvykio.

Kaip minėta, pareiškėja nenurodė jokių aplinkybių ir nepateikė jokių įrodymų, galinčių nuginčyti draudiko medicinos dokumentų duomenų pagrindu atliktą jos sveikatos būklės atitikties

---

[8] T. y. draudikas vertino, kad pareiškėjos pateiktuose medicinos dokumentuose nebuvo nurodyta jokių duomenų apie Taisyklių 2 ir 3 prieduose nurodytų apdraustojo kūno sužalojimų užfiksavimą ar nustatytus kitus duomenis, leidžiančius spręsti apie traumų ir nelaimingų atsitikimų draudimo rizikų draudimo apsaugos sąlygas atitinkantį įvykusį staigų ir netikėtą įvykį.

[9] T. y., kad pareiškėjos pateikti medicinos dokumentų duomenys turėjo būti vertinami ne tik pagal Draudimo sutartimi apdraustų traumų ir nelaimingų atsitikimų, tačiau ir pagal kritinių ligų draudimo rizikos draudimo apsaugos sąlygas.

Draudimo sutartyje nurodytoms draudžiamųjų įvykių sąlygoms vertinimą. Lietuvos bankui pateiktuose medicinos dokumentuose nėra nurodyta jokių duomenų apie pareiškėjos kūno sužalojimus, patirtus dėl nelaimingo atsitikimo ar gydytojų veiksmų, teikiant medicinos paslaugas, susijusias su draudimo apsaugos galiojimo laikotarpiu įvykusio pareiškėjos kūno sužalojimo gydymu, ir apie tokio gydymo metu pareiškėjos patirtas komplikacijas[10].

Remiantis Lietuvos bankui pateiktų įrodymų visumos vertinimu, darytina išvada, kad draudikas pagrįstai atsisakė pareiškėjai išmokėti draudimo išmoką dėl neįvykusio į galiojančia Draudimo sutartimi teikiamos draudimo apsaugos apimtį galinčio patekti įvykio. Atsižvelgiant į tai, darytina išvada, kad pareiškėjos draudikui keliamas reikalavimas pagal Draudimo sutarties sąlygas draudikui 2025 m. pateiktų medicinos duomenų apie jos sveikatos būklę pagrindu išmokėti draudimo išmoką 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 pareiškėjos X. X. reikalavimą.

Lietuvos banko sprendimas dėl ginčo esmės yra rekomendacinio pobūdžio ir teismui neskundžiamas. Vartotojui ir finansų rinkos dalyviui išlieka teisė dėl tapataus ginčo dalyko kreiptis į teismą 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

[10] Kurios atitiktų Taisyklėse nustatytas traumų ar nelaimingų atsitikimų draudimo rizikų draudimo apsaugos sąlygas.