LIETUVOS BANKO TEISĖS IR LICENCIJAVIMO DEPARTAMENTO DIREKTORIUS

SPRENDIMAS DĖL X. X. IR UAB „PZU LIETUVA GYVYBĖS DRAUDIMAS“ GINČO NAGRINĖJIMO

2026-10-07 Nr. 429-401
Vilnius

Lietuvos bankas gavo prašymą išnagrinėti vartojimo ginčą, kurio šalys yra X. X. (toliau – pareiškėjas) ir UAB „PZU Lietuva gyvybės draudimas“ (toliau – draudikas).

Sprendimo santrauka[1]

Ginčas kilo dėl draudiko sprendimo nemokėti pareiškėjo prašomos kritinių ligų draudimo išmokos dėl jam atliktos (duomenys neskelbtini) operacijos. Įvertinus Lietuvos bankui pateiktų įrodymų visumą, nustatyta, kad pareiškėjas draudikui neatskleidė ikisutartinės informacijos apie iki dar sudarant draudimo sutartį pareiškėjui nustatytus (duomenys neskelbtini) pakitimus, taikytą gydymą ir kitas draudimo rizikai vertinti reikšmingas aplinkybes. Draudiko gydytojo eksperto vertinimas patvirtino tiesioginį neatskleistų sveikatos duomenų ryšį su vėliau atsiradusiu (duomenys neskelbtini) operacijos poreikiu, o kitų draudikų pateikti atsakymai pagrindė šios informacijos įtaką, sprendžiant dėl draudimo apsaugos teikimo nuo kritinių ligų draudimo rizikos. Vadovaudamasis draudimo sutarties sąlygomis ir teisiniu reglamentavimu, draudikas pagrindė sprendimą nemokėti draudimo išmokos dėl neatskleistos ikisutartinės informacijos, reikšmingos draudžiamojo įvykio atsitikimo tikimybei ir draudimo sutarties sudarymui. Atsižvelgiant į tai, pareiškėjo draudikui keliamas reikalavimas išmokėti pagal kritinių ligų draudimo rizikai teikiamos draudimo apsaugos sąlygas apskaičiuotą draudimo išmoką yra atmetamas kaip nepagrįstas.

N u s t a t y t a:

Esminės faktinės kilusio ginčo aplinkybės

2023 m. kovo 27 d. – 2046 m. kovo 26 d. draudimo laikotarpiui tarp pareiškėjo ir draudiko buvo sudaryta Gyvybės draudimo sutartis (draudimo liudijimas Nr. *(duomenys neskelbtini)* (toliau – Draudimo sutartis), kuria papildomai pareiškėjas buvo apdraustas draudimo nuo nelaimingų atsitikimų ir kritinių ligų draudimo rizikomis. Draudimo sutarčiai draudimo apsauga teikiama Investicinio gyvybės draudimo „Mylintiems gyvenimą“ taisyklių Nr.301[2] (toliau – Investicinio gyvybės draudimo taisyklės) pagrindu. Kritinių ligų draudimo rizikai draudimo apsauga teikiama pagal Papildomo draudimo nuo kritinių ligų „Rūpestingiems“ taisykles (toliau – Kritinių ligų draudimo taisyklės)[3].

2025 m. gruodžio 7 d. pareiškėjas draudikui pateikė pranešimą apie jam taikytą *(duomenys neskelbtini)* chirurginį gydymą (toliau – Įvykis) ir, vadovaudamasis kritinių ligų draudimo rizikai teikiamos draudimo apsaugos sąlygomis, prašė, kad draudikas dėl Įvykio pareiškėjui išmokėtų draudimo išmoką. Draudikas, vadovaudamasis netinkamu draudėjo ikisutartinių pareigų vykdymu, dėl neatsargumo nesuteikiant visos draudimo rizikai vertinti reikšmingos informacijos, taip pat remdamasis Draudimo sutartyje įtvirtintomis Įvykio pripažinimo nedraudžiamuoju sąlygomis, atsisakė mokėti draudimo išmoką.

Draudikas, įvertinęs Įvykio administravimo metu surinktus duomenis, kad nė viena iš gyvybės draudimo veiklą Lietuvoje vykdančių draudimo įmonių su pareiškėju nebūtų sudariusi

[1] Santraukoje pateikiamas tik trumpas nagrinėto vartojimo ginčo apibendrinimas. Norint suprasti ir (ar) įvertinti sprendime aptariamas aplinkybes, sprendimo dėl šio ginčo esmės pagrindus ir motyvus, būtina tinkamai susipažinti su viso sprendimo turiniu.

[2] Nuo 2022 m. sausio 31 d. galiojanti draudimo taisyklių redakcija.

[3] Nuo 2022 m. sausio 31 d. galiojanti draudimo taisyklių redakcija.

draudimo sutarties[4], ir vadovaudamasis Lietuvos Respublikos civilinio kodekso (toliau – CK) 6.993 straipsnio 5 dalies[5] bei Investicinio gyvybės draudimo taisyklių 2.4 ir 2.5 papunkčių nuostatomis, pareiškėjui pasiūlė pakeisti Draudimo sutartį, nurodant, kad, pareiškėjui atsisakius Draudimo sutarties pakeitimo, draudikas įgis teisę į vienašališką Draudimo sutarties nutraukimą. Remiantis pareiškėjo prašymu, Draudimo sutartis buvo nutraukta.

Ginčo reikalavimai

Įvykį pripažinti draudžiamuoju ir dėl Įvykio išmokėti pagal kritinių ligų draudimo apsaugos sąlygas apskaičiuotą 5 000 Eur draudimo išmoką.

Ginčo šalių pateikti paaiškinimai

Pareiškėjas, nesutikdamas su draudiko sprendimu dėl Įvykio atsisakyti išmokėti draudimo išmoką, nurodė, kad iki sudarant Draudimo sutartį jam nebuvo diagnozuota *(duomenys neskelbtini)* ir nebuvo nustatytas *(duomenys neskelbtini)* poreikis. Pareiškėjas pabrėžė, kad nors iki Draudimo sutarties sudarymo parengtuose medicinos dokumentuose buvo nurodyti duomenys apie pareiškėjui nustatytą *(duomenys neskelbtini)*, diagnozuotą *(duomenys neskelbtini)* ir atliktus *(duomenys neskelbtini)* tyrimus, tačiau šios aplinkybės savaime nereiškė *(duomenys neskelbtini)* diagnozės ar būtinybės taikyti chirurginį gydymą. Pareiškėjas nurodė, kad jis tik 2025 metais primą kartą sužinojo apie *(duomenys neskelbtini)* poreikį.

Pareiškėjas pabrėžė, kad Draudžiamo asmens anketa (toliau – Anketa) buvo pildoma draudimo produktų platintojos, tarpininkavusios sudarant Draudimo sutartį. Pareiškėjas teigia neturėjęs galimybės patikrinti, ar visa pareiškėjo žodžiu draudimo produktų platintojai pateikta ikisutartinė informacija buvo pažymėta draudiko sistemoje, kurioje yra kaupiami draudimo rizikai vertinti reikšmingi duomenys. Todėl pareiškėjas ginčijo draudiko tinkamo draudimo rizikos vertinimo ir pareiškėjo poreikius[6] atitinkančios Draudimo sutarties sudarymo aplinkybes. Be to, pareiškėjas nurodė, kad Įvykio administravimas buvo nepagrįstai vilkinamas, draudikui du mėnesius iki priimant sprendimą dėl Įvykio atsisakyti išmokėti draudimo išmoką priėmimo renkant medicinos dokumentų duomenis.

Draudikas, nesutikdamas su pareiškėjo nurodytomis aplinkybėmis, pabrėžė, kad, siekdamas visapusiškai ištirti Įvykio aplinkybes, kreipėsi į gydymo įstaigas, Valstybinę ligonių kasą prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – Valstybinė ligonių kasa) ir kitas gyvybės draudimo bendroves, rinko medicinos dokumentus bei reguliariai informavo pareiškėją apie žalos administravimo eigą. Draudiko vertinimu, sprendimas buvo priimtas jo nevilkinant ir įvykdžius Lietuvos Respublikos draudimo įstatymo 98 straipsnyje nustatytą pareigą patikrinti visą prieinamą reikšmingą informaciją.

Draudikas nurodė, kad 2023 m. kovo 17 d. pareiškėjas, pasirašydamas Anketą, patvirtino, jog neturi sveikatos problemų, per pastaruosius 10 metų nesirgo *(duomenys neskelbtini)*, nebuvo gydomas ligoninėje, nevartoja vaistų, tačiau draudiko surinkti medicinos duomenys pagrindė, kad pareiškėjas neatskleidė svarbios ikisutartinės informacijos, turėjusios didelę įtaką draudžiamojo įvykio atsitikimo tikimybei.

Remdamasis nurodytomis aplinkybėmis ir vadovaudamasis CK 6.993 straipsnio 7 dalies bei Kritinių ligų draudimo taisyklių 5.1.3 papunkčio nuostatomis, draudikas pabrėžė, kad pagrįstai Įvykį pripažino nedraudžiamuoju ir atsisakė dėl šio Įvykio išmokėti pareiškėjo reikalaujamą draudimo išmoką.

Teisinis vertinimas

Siekiant išnagrinėti tarp pareiškėjo ir draudiko kilusį ginčą, Lietuvos banko vertinimu, būtina įvertinti, ***ar draudikas tinkamai pritaikė Draudimo sutarties sąlygas ir ar pagrįstai dėl pareiškėjo draudikui neatskleistos draudimo rizikai įvertinti reikšmingos***

[4] Jei šios draudimo įmonės būtų žinojusios pareiškėjo neatskleistą ikisutartinę informaciją.

[5] CK 6.993 straipsnio 5 dalyje nustatyta, kad jeigu po draudimo sutarties sudarymo nustatoma, kad draudėjas dėl neatsargumo nepateikė ikisutartinės informacijos, tai draudikas privalo ne vėliau kaip per du mėnesius nuo šių aplinkybių sužinojimo pasiūlyti draudėjui pakeisti draudimo sutartį. Jeigu draudėjas atsisako tai padaryti ir per dviejų mėnesių laikotarpį vieną mėnesį neatsako į pateiktą pasiūlymą pakeisti gyvybės draudimo sutarties sąlygas, draudikas turi teisę reikalauti nutraukti draudimo sutartį.

[6] Įvertinus visą atskleistą ikisutartinę informaciją, kurios pagrindu yra sprendžiama apie draudiko prisiimamos draudimo rizikos laipsnį.

ikisutartinės informacijos atsisakė išmokėti pareiškėjo reikalaujamą 5 000 Eur draudimo išmoką.

Remiantis CK 6.987 straipsnio 1 dalyje įtvirtinta draudimo sutarties samprata, minėta 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.

Kritinių ligų draudimo taisyklių 4.1 papunktis nustato, kad draudžiamuoju įvykiu laikoma apdraustąjį ištikusi kritinė liga ir (arba) būklė, įvardyta draudėjo pasirinktame Kritinių ligų variante (sąraše), jei ji diagnozuojama pirmą kartą ir (arba) ne anksčiau nei po 90 kalendorinių dienų po papildomo draudimo apsaugos įsigaliojimo.

Kritinių ligų sąrašas (toliau – Lentelė) įtvirtintas Taisyklių 10 punkte. Lentelės 10.6 papunktyje draudžiamuoju įvykiu nurodytas *„(duomenys neskelbtini)*". Minėto draudžiamojo įvykio kriterijai yra detalizuoti Kritinių ligų draudimo taisyklių 10.66 papunktyje. Minėtoje draudimo taisyklių sąlygoje draudžiamasis įvykis *(duomenys neskelbtini)*.

Kritinių ligų draudimo taisyklių 5.1.1 papunktis nustato, kad jei įvykis yra pripažįstamas nedraudžiamuoju pagal Pagrindinio draudimo sąlygas, tai įvykis kartu pripažįstamas nedraudžiamuoju ir pagal šias Papildomo draudimo sąlygas. Taip pat Kritinių ligų draudimo taisyklių 1.1.2 papunktis nustato, kad kritinių ligų draudimas galioja tik kartu su pagrindiniu draudimu.

Remiantis Pagrindinio (gyvybės) draudimo sąlygas detalizuojančių Investicinio gyvybės draudimo taisyklių 8.1.1 papunkčiu, nedraudžiamaisiais įvykiais yra pripažintini įvykiai, atsiradę dėl esminių aplinkybių, kurios turėjo esminės įtakos draudžiamojo įvykio atsiradimui ir šio įvykio pasekmėms ir apie kurias draudėjas turėjo pranešti prieš sudarydamas draudimo sutartį[7], bet nepranešė[8]. Iš esmės tokios pačios sąlygos yra nustatytos ir Kritinių ligų draudimo taisyklių 5.1.3 papunktyje[9]. Draudimo rizikai įvertinti reikšmingos informacijos atskleidimo nuostatos taip pat įtvirtintos CK 6.993 straipsnyje[10].

Investicinio gyvybės draudimo taisyklių 2.1 papunktyje nustatyta draudėjo ir apdraustojo pareiga suteikti išsamią draudimo rizikos vertinimui reikšmingą informaciją. Minėtų draudimo taisyklių 2.4 papunktyje įtvirtinta, kad jei po draudimo sutarties sudarymo nustatoma, kad draudėjas prieš draudimo sutarties sudarymą dėl neatsargumo draudikui nepateikė draudimo rizikos įvertinimui reikšmingos informacijos, draudikas, įvertinęs pasikeitusios draudimo rizikos nustatymo aplinkybes, turi teisę draudėjui pasiūlyti pakeisti draudimo sutartį[11]. Draudėjui atsisakius pakeisti draudimo sutartį, draudikas įgyja teisę į draudimo sutarties vienašališką nutraukimą arba draudimo apsaugos draudimo sutartimi apdraustoms papildomoms draudimo rizikoms[12] galiojimo panaikinimą. Kaip minėta, minėtose draudimo taisyklių sąlygose iš esmės yra pakartotos CK 6.993 straipsnio 5 dalies nuostatos.

CK 6.993 straipsnio 7 dalyje nustatyta, kad, įvykus draudžiamajam įvykiui, draudikas turi teisę atsisakyti išmokėti draudimo išmoką įrodęs, kad nė vienas draudikas, žinodamas aplinkybes, kurių draudėjas nenurodė dėl neatsargumo, nebūtų sudaręs draudimo sutarties.

---

[7] Arba keisdamas draudimo sutarties sąlygas.

[8] O jeigu tokios aplinkybės, nesusijusios su apdraustojo sveikata, atsirado po draudimo sutarties sudarymo – nepranešė apie jas iki įvykio.

[9] Kritinių ligų draudimo taisyklių 5.1.3 papunkčio sąlygoje nustatyta, kad tuo atveju, jei kritinė liga ir (arba) būklė ištiko dėl įvykio, nulemto aplinkybių, kurios turėjo esminę įtaką draudžiamojo įvykio atsiradimui ir šio įvykio pasekmėms ir apie kurias draudėjas draudikui turėjo pranešti prieš sudarydamas draudimo sutartį, bet nepranešė, o jeigu tokios aplinkybės atsirado po draudimo sutarties sudarymo – apie jas draudėjas nepranešė iki įvykio, apdraustajam sukėlusio Kritinę ligą ir (arba) būklę.

[10] Vadovaujantis CK 6.993 straipsnio 1 dalimi, prieš sudarant draudimo sutartį, draudėjas privalo suteikti draudikui visą žinomą informaciją apie aplinkybes, galinčias turėti esminės įtakos draudžiamojo įvykio atsitikimo tikimybei ir šio įvykio galimų nuostolių dydžiui (draudimo rizikai), jeigu tos aplinkybės nėra ir neturi būti žinomos draudikui. CK 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.

[11] Arba turi teisę pakeisti už draudimo rizikoms teikiamą draudimo apsaugą mokamos draudimo įmokos dydį.

[12] Kurioms teikiama draudimo apsauga yra susijusi su neatskleista informacija.

Pareiškėjas, nesutikdamas su draudiko sprendimu dėl neatskleistos ikisutartinės draudimo rizikai įvertinti reikšmingos informacijos[13] atsisakyti išmokėti draudimo išmoką, rėmėsi Kritinių ligų draudimo taisyklių 10.66 papunkčio sąlygomis. Pareiškėjo teigimu, pagal šią draudimo taisyklių sąlygą draudžiamojo įvykio *(duomenys neskelbtini)*.

Vertinant šias pareiškėjo nurodytas aplinkybes, pažymėtina, kad nėra šalių ginčo, jog Įvykis atitinka Kritinių ligų draudimo taisyklių 10.66 papunktyje nustatytus draudžiamojo įvykio kriterijus. Draudikas neginčijo, kad pareiškėjui atliktos *(duomenys neskelbtini)* požymiai atitinka šiose draudimo taisyklėse įtvirtintas draudžiamojo įvykio sąlygas. Tačiau draudikas rėmėsi netinkamu draudėjo sutartinių pareigų vykdymu, nes pareiškėjas nevykdė pareigos suteikti prašomą draudimo rizikai įvertinti reikšmingą informaciją. Šios aplinkybės, vadovaujantis CK 6.993 straipsnio 7 dalies nuostatomis, yra pagrindas draudikui atsisakyti išmokėti draudimo išmoką. Draudikas rėmėsi ir Kritinių ligų draudimo taisyklių 5.1.3 papunktyje įtvirtinta įvykio pripažinimo nedraudžiamuoju sąlyga, atleidžiančia draudiką nuo draudimo išmokos mokėjimo, kai yra įrodomas neatskleistos ikisutartinės informacijos priežastinis ryšys su draudžiamuoju įvykiu.

Vertinant draudiko nurodytas aplinkybes, pažymėtina, kad kasacinio teismo praktikoje yra konstatuojama, kad, net ir įvykus draudžiamojo įvykio kriterijus atitinkančiam įvykiui, kai draudimo sutarties šalys tam tikras aplinkybes ir įvykio požymius susitarė laikyti draudiko atleidimo nuo draudimo išmokos mokėjimo pagrindu, draudimo išmoka pagal draudimo sutarties sąlygas yra nemokama. Taip pat, remiantis kasacinio teismo suformuota praktika, yra reikalinga atskirti nedraudžiamuosius įvykius nuo kitų draudimo sutartyje nustatytų atvejų[14].

Taigi, pareiškėjo nurodomos Kritinių ligų draudimo taisyklių 10.66 papunkčio nuostatos, apibrėžiančios draudžiamąjį įvykį ir nustatančios atvejus, kada jis nelaikomas draudžiamuoju, savaime nepaneigia draudiko teisės taikyti kitą savarankišką atsisakymo mokėti draudimo išmoką pagrindą – pareiškėjo pareigos atskleisti draudimo rizikai reikšmingą ikisutartinę informaciją netinkamą vykdymą. Be to, nustačius neatskleistos ikisutartinės informacijos priežastinį ryšį su draudžiamuoju įvykiu, draudikui dėl tokio įvykio nekyla pareiga mokėti draudimo išmokos.

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. Šalių bendradarbiavimo principas turi ypatingą svarbą draudimo teisiniuose santykiuose[15]. Draudikas pasitiki draudėjo atskleidžiamais faktais ir prisiima riziką manydamas, kad šis nenuslėpė jokių draudžiamojo įvykio tikimybei ir šio įvykio galimų nuostolių dydžiui reikšmingų aplinkybių[16]. 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 CK 6.993 straipsnyje[17], kuriame nurodytos aplinkybės apie draudėjo pareigą suteikti informaciją, kurios draudėjo buvo teiraujamasi raštu.

---

[13] Turėjusios priežastinį ryšį su Įvykiu.

[14] Pvz., Lietuvos Aukščiausiasis Teismas nutartyje, 2017 m. gruodžio 18 d. priimtoje civilinėje byloje Nr. e3K-3-461-378/2017, konstatavo, kad nedraudžiamuoju įvykiu laikytinas atsitikimas, kai įvyksta į draudimo rizikos apibrėžimą patenkantis įvykis, tačiau šalys yra susitarusios, kad dėl konkrečių aplinkybių ir savitų aiškiai draudimo sutartyje nustatytų sąlygų šis įvykis nelemia draudiko pareigos išmokėti draudimo išmoką. Be to, dėl skirtingų sukeliamų teisinių padarinių nedraudžiamuosius įvykius reikia atriboti nuo draudimo sutarties sąlygų, kurias pažeidus draudikas gali atsisakyti mokėti draudimo išmoką. Tokios sąlygos yra susijusios su draudimo sutarties vykdymu, sutarties sąlygų laikymusi.

[15] Lietuvos Aukščiausiojo Teismo nutartis, 2011 m. sausio 31 d. priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-16/2011.

[16] Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2015 m. gegužės 29 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-7-334 687/2015.

[17] 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

Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad draudiko prašomos suteikti ikisutartinės informacijos pobūdis ir apimtis buvo įtvirtinta Anketoje. Šiame ikisutartiniame dokumente pareiškėjas savo parašu patvirtino, kad neturi sveikatos problemų ir kad per 10 metų laikotarpį iki Anketos pildymo nesirgo ir neturėjo jokių sveikatos sutrikimų, įskaitant ir *(duomenys neskelbtini)*[18]. Pareiškėjas Anketoje parašu patvirtino, kad 10 metų laikotarpiu prieš Draudimo sutarties sudarymą nebuvo gydomas ligoninėje, operuotas ar tiriamas, nevartojo medikamentų[19].

Pažymėtina, kad asmuo, pasirašantis tam tikrą dokumentą, prisiima atsakomybę už jam pateiktą informaciją ar prisiimamus įsipareigojimus. Kiekvienas apdairus, atidus ir rūpestingas asmuo, prieš pasirašydamas bet kokį dokumentą, turi susipažinti su pasirašomo dokumento turiniu. To nepadaręs, asmuo veikia savo rizika.

Anketos 7 punkte, be kitos nurodytos informacijos, pareiškėjo buvo teiraujamasi, ar jis per pastaruosius 10 metų sirgo, ar turėjo problemų dėl išvardintų ligų, kurių sąraše buvo nurodytos ir *(duomenys neskelbtini)*. Minėtame Anketos punkte buvo aiškiai nurodyta, kad tuo atveju, jei pareiškėjas abejoja, kad tie faktai yra esminiai, tuos faktus yra būtina atskleisti. Pažymėtina, kad Anketos 7.1 papunktyje taip pat buvo detalizuota, kokia informacija draudikui turėjo būti atskleista apie draudžiamo asmens *(duomenys neskelbtini)*. Šioje Anketos nuostatoje buvo nurodyta, kad *(duomenys neskelbtini)*.

Anketos 13 punkte pareiškėjo buvo prašoma pateikti duomenis apie bet kokios rūšies medikamentų vartojimą, atskirai nurodant, kad yra prašoma nurodyti, ar pareiškėjas naudoja *(duomenys neskelbtini)* medikamentus. Pareiškėjas į visus šiuos klausimus atsakė neigiamai, pažymėdamas atsakymo variantą „Ne". Pareiškėjas Anketos 4 punkte pateikė duomenis apie *(duomenys neskelbtini)*[20].

Draudikas, remdamasis surinktais medicinos duomenimis, nustatė, kad 2015 m. birželio 9–12 d. pareiškėjas buvo gydytas *(duomenys neskelbtini)*. Tuo metu nustatyta *(duomenys neskelbtini)*. 2016 m. sausio 11 d. pareiškėjas kreipėsi dėl *(duomenys neskelbtini)*, jam paskirta gydytojo *(duomenys neskelbtini)* konsultacija. 2016 m. sausio 20 d., atlikus *(duomenys neskelbtini)*. 2022 m. balandžio 27 d. pareiškėjas pagal prevencinę programą buvo siųstas gydytojo *(duomenys neskelbtini)* konsultacijai. 2022 m. lapkričio 25 d. medicinos dokumentuose nurodyta, kad pareiškėjas serga *(duomenys neskelbtini)*. Tą pačią dieną užfiksuotas *(duomenys neskelbtini)*. Dokumentuose taip pat nurodyta, kad pareiškėjas *(duomenys neskelbtini)*.

Įvertinus Anketoje pateiktų klausimų turinį ir apimtį, darytina išvada, kad jie buvo suformuluoti aiškiai, konkrečiai ir taip, kad vidutiniam vartotojui būtų suprantama, kokios informacijos draudikas prašo draudimo rizikai įvertinti. Anketoje nebuvo klausiama tik apie baigtiniame sąraše išvardytas jau nustatytas *(duomenys neskelbtini)* diagnozes. Anketoje suformuluotų klausimų pagrindu pareiškėjo buvo prašoma pateikti ir kitą jam žinomą informaciją apie *(duomenys neskelbtini)* sveikatos būklę: atliktus tyrimus, gydytojų nustatytus pakitimus, taikytą stebėjimą ar gydymą, *(duomenys neskelbtini)*. Todėl pareiškėjas nepagrįstai teigia, kad, Anketoje nenurodžius *(duomenys neskelbtini)* diagnozės, jam nebuvo pareigos tokio pobūdžio ikisutartinės informacijos suteikti draudikui.

Remiantis Anketos duomenų turiniu, pareiškėjui turėjo būti suprantama, kad draudikui reikšminga visa jo turima informacija, galinti pagrįsti didesnę *(duomenys neskelbtini)* tikimybę, o ne vien tokia informacija, kurią jis pats subjektyviai vertino kaip reikšmingą ar tiesiogiai susijusią su vėliau diagnozuota *(duomenys neskelbtini)*. Ikisutartiniai duomenys apie *(duomenys neskelbtini)* pakitimus objektyviai reikšmingi, vertinant tiek draudžiamojo įvykio tikimybę, tiek draudiko prisiimamos rizikos apimtį. Dėl to pareiškėjo Anketoje nepateikta informacija negali būti vertinama kaip nereikšminga vien dėl to, kad Draudimo sutarties sudarymo metu pareiškėjui dar nebuvo diagnozuota konkreti kritinė liga ar nebuvo nustatytas *(duomenys neskelbtini)*.

Atsižvelgiant į Anketos klausimų turinį, pateiktus pareiškėjo atsakymus ir draudiko surinktus medicinos dokumentus, konstatuotina, kad pareiškėjas draudikui neatskleidė aiškiai

---

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.

[18] Pažymėtina, kad Anketos 5 punkte pareiškėjo buvo teiraujamasi, ar jis turi sveikatos sutrikimų. Anketos 7 punkte pareiškėjo buvo klausiama, ar jis per pastaruosius 10 metų sirgo, ar turėjo problemų dėl išvardintų ligų.

[19] T. y. pareiškėjas neigiamai atsakė į 4, 5, 7, 8, 13 klausimus. Pareiškėjas Anketos 21 punkte pažymėjo, kad *(duomenys neskelbtini).*

[20] Pareiškėjas šiame Anketos punkte nurodė, kad (*duomenys neskelbtini*).

prašytos, jo sveikatos būklę ir draudimo rizikos vertinimą reikšmingai apibūdinančios informacijos[21].

Pažymėtina, kad draudikas, siekdamas pagrįsti sprendimą dėl pareiškėjo neatskleistos ikisutartinės informacijos atsisakyti išmokėti draudimo išmoką ir, vadovaudamasis CK 6.993 straipsnio 7 dalies nuostatomis, surinko Lietuvos Respublikoje gyvybės draudimo veiklą vykdančių draudimo įmonių atsakymus į paklausimą dėl draudimo sutarties sudarymo pareiškėjo Anketoje neatskleistos informacijos aplinkybėmis[22]. Draudimo įmonių draudikui pateikti atsakymai draudikui suteikė pagrindą spręsti, kad pareiškėjo draudimo rizikos vertinimui reikšmingos informacijos atskleidimo atveju Draudimo sutartis draudiko nustatytomis sutarties sąlygomis nebūtų sudaryta.

Draudiko gydytojas ekspertas taip pat atliko medicinos dokumentų duomenų ekspertinį vertinimą ir nustatė, kad tarp pareiškėjo draudikui neatskleistos ikisutartinės informacijos ir Įvykio yra aiškus priežastinis ryšys. Todėl draudikas vertino, kad Įvykio požymiai atitinka Investicinio gyvybės draudimo taisyklių 8.1.1 papunktyje ir Kritinių ligų draudimo taisyklių 5.1.3 papunktyje įtvirtintas nedraudžiamojo įvykio sąlygas[23].

Draudimo įstatymo 98 straipsnio 2 ir 3 dalyse įtvirtinta, jog draudikas privalo tirti aplinkybes, būtinas draudžiamojo įvykio faktui, pasekmėms ir draudimo išmokos dydžiui nustatyti, dėdamas reikiamas pastangas ir rinkti bei patikrinti visą jam prieinamą informaciją, būtiną draudžiamojo įvykiui faktui patvirtinti arba paneigti. Todėl šių nuostatų pagrindu įtvirtinta draudiko pareiga turėti kvalifikuotus specialių žinių turinčius ekspertus, kompetentingus vertinti medicinos informaciją ir spręsti dėl apdraustojo patirtų traumos padarinių atitikties Lentelėje įtvirtintų draudžiamųjų įvykių sąlygoms.

Pareiškėjo nurodytos ginčo aplinkybės nepaneigia draudiko gydytojo eksperto atlikto vertinimo ir jame padarytų išvadų. Lietuvos bankui nebuvo pateikta įrodymų, leidžiančių suabejoti draudiko eksperto išvada ir nustatytu priežastiniu ryšiu tarp iki Draudimo sutarties sudarymo diagnozuotų pareiškėjo (*duomenys neskelbtini*).

Draudiko ekspertas, remdamasis medicinos dokumentais, vertino būtent šių pakitimų medicininę reikšmę (*duomenys neskelbtini*). Eksperto išvadų reikšmę papildomai patvirtina ir kitų draudikų atsakymai, pagal kuriuos tokia informacija būtų buvusi esminė, vertinant gyvybės ir kritinių ligų draudimo riziką.

Apibendrinant Lietuvos banko nustatyta aplinkybes, pažymėtina, kad draudikas pagrįstai, remdamasis Investicinio gyvybės draudimo taisyklių 8.1.1 papunktyje ir Kritinių ligų draudimo taisyklių 5.1.3 papunktyje įtvirtintomis nedraudžiamojo įvykio sąlygomis ir CK 6.993 straipsnio nuostatomis, atsisakė pareiškėjui dėl Įvykio išmokėti draudimo išmoką.

Draudiko pateikta žalos administravimo veiksmų chronologija taip pat patvirtina, kad sprendimas buvo priimtas surinkus medicinos dokumentus iš atitinkamų gydymo įstaigų, gavus Valstybinės ligonių kasos informaciją ir įvertinus kitų draudikų atsakymus. Nėra pagrindo konstatuoti, kad draudikas nepagrįstai vilkino sprendimo priėmimą, nes papildomų dokumentų rinkimas buvo būtinas siekiant tinkamai nustatyti Įvykio aplinkybes ir patikrinti visą draudikui prieinamą informaciją, kaip to reikalauja Draudimo įstatymo 98 straipsnio 2 ir 3 dalys.

Išvada

Nustačius, kad pareiškėjas prieš draudimo sutarties sudarymą neatskleidė jam žinomos informacijos apie reikšmingus (*duomenys neskelbtini*) sutrikimus, o draudikas pagrindė, kad ši

---

[21] Anketos 5, 7, 8 ir 13 punktų formuluotės pareiškėjui leido vienareikšmiškai suprasti, kad draudikas prašo nurodyti ne tik konkrečias galutines diagnozes, bet ir visus per paskutinius 10 metų nustatytus sveikatos sutrikimus, atliktus tyrimus, gydymą ligoninėje, vartotus vaistus bei (*duomenys neskelbtini*). Be to, kaip minėta, Anketoje buvo aiškiai nurodyta, kad abejojant dėl aplinkybės esmingumo, ji turi būti atskleista draudikui.

[22] Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad draudikas CK 6.993 straipsnio 7 dalies nuostatų pagrindu kreipėsi į *SEB Life and Pension Baltic SE* Lietuvos filialą, *ERGO Life Insurance SE*, *Swedbank Life Insurance SE* Lietuvos filialą, UAB „Artea Life Insurance", *Compensa Life Vienna Insurance Group SE* Lietuvos filialą ir UAB „Allianz Lietuva gyvybės draudimas", prašydamas pateikti vertinimą, ar šios draudimo įmonės, žinodamos draudiko nurodytą draudimo rizikos vertinimui reikšmingą ir pareiškėjo neatskleistą ikisutartinę informaciją apie (*duomenys neskelbtini*), būtų sudariusios Draudimo sutartį tarp pareiškėjo ir draudiko sudarytoje Draudimo sutartyje nurodytomis sąlygomis.

[23] Draudiko eksperto vertinimu, (*duomenys neskelbtini*) turėjo tiesioginę įtaką draudžiamojo įvykio atsitikimo tikimybei ir galimų nuostolių dydžiui." Draudiko gydytojas ekspertas papildomai nurodė, kad jo ekspertinį neatskleistos ikisutartinės informacijos priežasčių Įvykiui vertinimą taip pat patvirtina ir kitų draudikų atsakymuose pateiktos išvados apie pareiškėjo neatskleistos ikisutartinės informacijos įtaką draudžiamojo įvykio atsitikimo tikimybei.

informacija turėjo esminę reikšmę kritinių ligų draudimo rizikos vertinimui ir jos prisiėmimui, darytina išvada, kad draudikas tinkamai pritaikė Draudimo sutarties sąlygas ir CK 6.993 straipsnio 7 dalies nuostatas bei pagrįstai atsisakė dėl nedraudžiamojo įvykio sąlygas atitinkančio Įvykio pareiškėjui išmokėti draudimo išmoką, todėl pareiškėjo draudikui keliamas reikalavimas Įvykį pripažinti draudžiamuoju ir dėl Įvykio išmokėti 5 000 Eur draudimo išmoką yra atmetamas kaip nepagrįstas.

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

Atmesti pareiškėjo 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 Lietuvos banko 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