



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

SPRENDIMAS

DĖL N. J. IR UAB „PZU LIETUVA GYVYBĖS DRAUDIMAS“ GINČO NAGRINĖJIMO

2016 m. lapkričio 23 d. Nr. 242-486

Vilnius

Lietuvos bankas gavo N. J. (toliau – pareiškėja) kreipimąsi, kuriuo pareiškėja prašė išnagrinėti tarp jos ir UAB „PZU Lietuva gyvybės draudimas“ (toliau – draudikas) kilusį ginčą.

N u s t a t y t a :

2011 m. kovo 24 d. pareiškėja ir draudikas sudarė gyvybės draudimo, kai investavimo rizika tenka draudėjui, papildomo draudimo nuo nelaimingų atsitikimų ir papildomo draudimo ligos atveju sutartį (gyvybės draudimo liudijimo Nr. *duomenys neskelbtini*) (toliau – sutartis) Investicinio gyvybės draudimo taisyklių Nr. 301 (2010 m. gruodžio 22 d. redakcija), Papildomo draudimo nuo kritinių ligų taisyklių Nr. 403 (2007 m. vasario 7 d. redakcija) toliau – Taisyklės) ir Papildomo draudimo nuo mirties dėl nelaimingo atsitikimo taisyklių Nr. 401 (2007 m. vasario 7 d. redakcija) pagrindu, draudimo laikotarpis nuo 2011 m. kovo 24 d. iki 2036 m. kovo 23 d.

2016 m. balandžio 19 d. pareiškėjai buvo atlikta operacija ir diagnozuota kritinė liga – piktybinis skydliaukės navikas. 2016 m. gegužės 10 d. pareiškėja kreipėsi į draudiką su prašymu išmokėti draudimo išmoką dėl kritinės ligos. 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 5.1.3 papunkčio nuostatos, kuriose nustatyta draudiko teisė atsisakyti mokėti draudimo išmoką, draudėjui nesuteikus informacijos apie aplinkybes, galinčias turėti esminės įtakos draudimo rizikai.

Pareiškėja nesutiko su draudiko sprendimu nemokėti draudimo išmokos, todėl kreipėsi į Lietuvos banką. Kreipimesi tvirtino prieš sudarydama sutartį draudiko pateiktoje pildyti draudžiamą asmens anketoje (toliau – anketa) nurodžiusi, kad per pastaruosius 5 metus nesirgo ir neturėjo jokių sveikatos problemų, anketoje išvardytomis ligomis nesirgo, joks gydymas nebuvo skirtas, kraujo tyrimai buvo geri, ilgalaikio vartojimo vaistų nevartojo, nepiktybinių ar piktybinių navikų neturėjo. Pareiškėja, nesutikdama su draudiko argumentais, kad į atitinkamus anketos klausimus turėjo atsakyti „taip“, pažymėjo, kad anketoje pateikti klausimai yra susiję su ligomis ir sutrikimais, kurie, pareiškėjos manymu, yra „tiesiogiai siejami su organizmo funkcijų neveikimu, bloga savijauta, skausmingais bei varginančiais simptomais, sudėtingu ilgu gydymu, nuolatiniu vaistų vartojimu“. Pareiškėja teigė jai diagnozuotų skydliaukės sutrikimų anketoje nepažymėjusi, nes jų neprisiminė –dėl minėtų sutrikimų ji lignoninėje niekada nesigydė ir nevartojo vaistų. Pareiškėja nuomone, pildydama anketą ji negalėjo numatyti, kad susirgs skydliaukės vėžiu. Pareiškėja taip pat teigia, kad anketoje formuluojami klausimai yra netikslūs, nepateikti sąvokų paaiškinimai, nėra jokių taisyklių ar nurodymų, kaip reikėtų anketą užpildyti teisingai. Be to, pareiškėjos teigimu, jai nekilo abejonių, kad draudikas, vadovaudamasis CK 6.994 straipsnio 2 dalimi, anketoje pateiktą informaciją apie pareiškėjos sveikatos būklę patikrins gydymo įstaigoje, kurią ji buvo nurodžiusi anketoje. Taip pat, pareiškėjos teigimu, anketoje nėra draudiko specialisto žymos, kad draudikas įvertino jos sveikatos būklę iki sutarties sudarymo.

Pareiškėjos nuomone, draudikas realios jos sveikatos būklės neišsiaiškino visomis prieinamomis ir leistinomis priemonėmis, todėl negali remtis argumentu, kad buvo neatskleista esminė informacija, turinti reikšmės draudimo sutarties sudarymui ir tinkamam draudimo rizikos įvertinimui, nes draudikas su pareiškėja sudarė draudimo sutartį neįvertinęs draudimo rizikos.

Pareiškėja taip pat mano, kad draudikas neteisingai teigia, kad 2007 m. pareiškėjai diagnozuota mazginė I A stadijos struma ir euritrozė, nes šios ligos jai buvo nustatytos prieš 25 metus, o skydliaukės patologija diagnozuota 2002 m. liepos 10 d., 2006 m. gruodžio 13 d. ir 2013 m. sausio 30 d., t. y. po sutarties sudarymo. Pareiškėja taip pat tvirtina, kad draudikas neįrodė tiesioginio priežastinio ryšio tarp pareiškėjai diagnozuotos kritinės ligos (skydliaukės vėžio) ir netoksinės mazginės strumos.

Draudikas atsiliepime į pareiškėjos kreipimąsi Lietuvos bankui pažymėjo, kad draudėja anketoje atsakydama į klausimus, susijusius su sveikatos būkle, nurodė, kad nesirgo ir neserga jokia liga, kad ji jokių sveikatos problemų neturi ir per pastaruosius penkerius metus neturėjo. Draudėja taip pat nurodė, kad nesigydė nei ambulatoriškai, nei stacionare, jai nebuvo atliktų diagnostinių tyrimų ir ji nevartojo medikamentų. Draudikas pabrėžė, kad, vadovaudamasis draudėjos nurodyta informacija, nustatė standartinę draudimo riziką ir papildomai nesikreipė į gydymo įstaigą dėl pateiktos informacijos patikrinimo.

2016 m. balandžio 19 d. įvykus draudžiamajam įvykiui, draudikas, įvertinęs surinktuose medicinos dokumentuose esančią informaciją, nustatė, kad draudėja, sudarydama draudimo sutartį, nepateikė visos informacijos, būtinos draudimo rizikai įvertinti. Draudikas pažymėjo, kad, gavęs draudėjos prašymą išmokėti draudimo išmoką dėl 2016 m. balandžio 19 d. įvykio, kreipėsi į pareiškėjos anketoje nurodytą gydymo įstaigą. Išanalizavęs pareiškėjos sveikatos istoriją, draudikas nustatė sutrikimus, kurių pareiškėja draudikui anketoje nenurodė: 2007 m. rugsėjo 17 d. atlikta skydliaukės echoskopija (dešinėje skiltyje rastas 0,57 cm mazgas, kairėje – 0,61 cm mazgas), 2007 m. pareiškėja konsultavosi su endokrinologu ir jai buvo diagnozuota mazginė I A stadijos struma ir euritrozė; 2007 m. pareiškėja kreipėsi į medikus dėl staigaus svorio augimo, 2009 m. lapkričio 6 d. gydėsi ginekologijos skyriuje, atlikta operacija. Pareiškėja pirmiau minėtos informacijos anketoje draudikui neatskleidė ir į atitinkamus anketos klausimus atsakė „Ne“. Draudikas pabrėžė, kad jeigu būtų žinojęs apie draudėjos ligas ir atliktus tyrimus, nebūtų sudaręs su draudėja draudimo sutarties tokiomis sąlygomis. Draudikas informavo, 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 2016 m. balandžio 19 d. įvykio.

Atsikirdamas į pareiškėjos argumentus, kad anketoje nebuvo pateiktų sąvokų išaiškinimų arba taisyklių, kaip teisingai užpildyti anketą, draudikas paaiškino, kad anketoje yra nurodoma, kad abejojant, ar informacija yra svarbi, būtina ją pateikti, tačiau pareiškėja anketoje jokios informacijos nepateikė ir į visus klausimus atsakė neigiamai. Taip pat pareiškėja neatskleidė, kad jai reguliariai yra atliekami echoskopiniai tyrimai.

Draudikas taip pat pažymėjo, kad iki draudimo sutarties sudarymo nustatyti draudėjos susirgimai buvo priežastiniu ryšiu susiję su draudžiamuoju įvykiu – pareiškėjos kritine liga. Remdamasis nurodytomis aplinkybėmis, draudikas konstatavo, kad administruojant 2016 m. balandžio 19 d. įvykį surinkti įrodymai pagrindžia 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 atsikirtimų 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 gyvybės draudimo sutartį mokėti draudimo išmoką dėl draudėjos susirgimo kritine liga pagrįstumo.

Atsižvelgiant į nuostatą, 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 5.1.3 papunktyje, kurio pagrindu remdamasis draudikas priėmė sprendimą nemokėti draudimo išmokos, nurodyta, kad nedraudžiamuoju įvykiu laikomas apdraustojo susirgimas kritine liga, įvykęs dėl įvykio, kuris atsirado dėl aplinkybių, turėjusių esminės įtakos draudžiamajam įvykiui atsiradimui ir šio įvykio pasekmėms ir apie kurias draudėjas turėjo pranešti draudikui prieš sudarydamas draudimo sutartį, bet nepranešė, o jeigu tokios aplinkybės atsirado po draudimo sutarties sudarymo – nepranešė draudikui iki įvykio, sąlygojusio apdraustojo susirgimą kritine liga.

Draudėjo atsakomybė už prašyme pateiktų duomenų teisingumą įtvirtinta CK 6.990 straipsnio 2 dalyje. 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 2011 m. kovo 24 d. anketoje apdraustosios buvo teirautasi: „ar per pastaruosius 5 metus buvote gydoma ligoninėje, operuota ar tiriama?“ Draudėja į šį klausimą atsakė neigiamai. Draudėja taip pat neigiamai atsakė į pateiktą klausimą „Ar Jums artimiausiu metu yra numatyta operacija ištyrimas ar gydymas ligoninėje, sveikatos priežiūros įstaigoje?“

Iš Lietuvos bankui pateiktos medžiagos matyti, kad 2007 m. rugsėjo 17 d. pareiškėjai atlikta skydliaukės echoskopija, dešinėje skiltyje rastas 0,57 cm mazgas, kairėje – 0,61 cm mazgas; 2007 m. pareiškėja konsultavosi su endokrinologu ir buvo nustatyta mazginė I A stadijos struma ir euritrozė; 2007 m. pareiškėja kreipėsi į medikus dėl staigaus svorio augimo, 2009 m. lapkričio 5 d. 2009 m. lapkričio 5 d. gydėsi ginekologijos skyriuje, buvo atlikta operacija, 2013 m. kovo 26 d. pareiškėjai dėl diagnozuotos strumos buvo atlikti instrumentiniai ir laboratoriniai tyrimai (skydliaukės ir kaklo limfmazgių sonoskopija, hormonų tyrimai). 2015 m. vasario 5 d. po atliktų skydliaukės tyrimų konstatuota, kad skydliaukėje yra mazgas ir cistų. Pareiškėja į gydytojus dėl skydliaukės veiklos sutrikimų kreipdavosi nuolat ir prieš sudarant draudimo sutartį, ir po to. Atsižvelgiant į tai, pažymėtina, kad draudėja žinojo arba turėjo galimybę žinoti ir galėjo suprasti, kad turi skydliaukės veiklos sutrikimų. Remiantis nurodytomis aplinkybėmis, darytina išvada, kad draudėja prieš sudarydama gyvybės draudimo sutartį į klausimus dėl atliktų tyrimų turėjo atsakyti sąžiningai ir išvardyti atliktus tyrimus ir diagnozuotas ligas, tačiau to nepadarė. Nagrinėjamu atveju draudėjos, nenurodžiusios draudikui informacijos apie dėl skydliaukės sutrikimų atliktus tyrimus, elgesys vertintinas kaip neatsargus.

Vertinant pareiškėjos argumentus, kad pats draudikas galėjo surinkti informaciją apie draudėjos sveikatą, svarbu tai, kad draudėja nepažymėjo nė vieno sveikatos sutrikimo ar negalavimo, todėl draudikas galėjo pagrįstai tikėtis, kad draudėjos pateikta informacija yra teisinga ir visiškai atskleista, todėl pagrįstai nesikreipė į gydymo įstaigas dėl papildomos informacijos. Lietuvos Aukščiausiojo Teismo praktikoje ne kartą nurodyta, kad „draudimo sutartis yra rizikos sutartis, pagal kurią draudikas perima iš draudėjo nuostolių atsiradimo riziką; be to, tai yra fiduciarinė, t. y. grindžiama jos šalių didžiausio tarpusavio pasitikėjimo principu sutartis; dėl to draudimo sutarties šalys privalo būti viena kitai absoliučiai atviros ir atskleisti viena kitai visą informaciją, kuri gali būti reikšminga šiai sutarčiai sudaryti bei jos sąlygoms nustatyti ir vykdyti“ (žr. *Lietuvos Aukščiausiojo Teismo Civilinių bylų skyriaus teisėjų kolegijos 2008 m. lapkričio 17 d. nutartį, priimtą civilinėje byloje UAB „Interselas“ v. UAB, IF draudimas*, bylos Nr. 3K-3-518/2008).

Draudimo sutarties, kaip rizikos sutarties, grindžiamos didžiausiu šalių pasitikėjimu,

ypatumai lemia didesnę šios sutarties šalių pareigą bendradarbiauti ir kooperuotis (CK 6.38 straipsnio 3 dalis), taip pat didesnę atidumą ir rūpestingumą viena kitos atžvilgiu. Draudikas, sudarydamas draudimo sutartį, turi įvertinti draudimo riziką. Nustatydamas draudimo riziką, draudikas vertina draudėjo pateiktą informaciją, nes faktai, kuriais remiantis gali būti nustatyta draudimo rizika, žinomi paprastai tik draudėjui. CK 6.993 straipsnio 1 dalyje nustatyta draudėjo pareiga suteikti draudikui visą žinomą informaciją apie aplinkybes, galinčias turėti esminės įtakos draudžiamąjį įvykio atsitikimo tikimybei ir šio įvykio galimų nuostolių dydžiui (draudimo rizikai), jeigu tos aplinkybės nėra ir neturi būti žinomos draudikui. Draudikas pasitiki draudėjo atskleidžiamais faktais ir prisiima riziką manydamas, kad šis nenuslėpė jokių draudžiamąjį įvykio tikimybei ir šio įvykio galimų nuostolių dydžiui reikšmingų aplinkybių. Draudėjo pateikta informacija gali lemti tiek draudiko sprendimą, prisiimti draudimo riziką ar ne, tiek draudimo sutarties sąlygas, tarp jų ir draudimo įmokos (premijos) bei draudimo išmokos dydžius.

Įvertinus pateiktus dokumentus ir paaiškinimus, darytina išvada, kad pateikti įrodymai patvirtina, jog draudėja prieš sudarydama 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, pažymėtina, kad draudikas, remdamasis Taisyklių 5.1.3 papunktyje įtvirtinta atsisakymo mokėti draudimo išmoką sąlyga, turėjo pagrindą nemokėti draudimo išmokos dėl ikisutartinės informacijos, reikšmingos vertinant draudimo riziką, nesuteikimo.

Siekdamas pagrįsti Taisyklių 5.1.3 papunkčio pagrindu priimtą sprendimą nemokėti draudimo išmokos ir patvirtinti neatskleistos ikisutartinės 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 ikisutartinės informacijos neatskleidimo dėl neatsargumo aplinkybes ir šių aplinkybių įtaką draudimo įmonių sprendimui dėl draudimo apsaugos, apdraudžiant kaupiamąjį gyvybės draudimo sąlygose nurodytas draudimo rizikas, suteikimo bei draudimo sutarčių minėtomis draudimo sutarties sąlygomis sudarymo.

Pažymėtina, kad draudimo įmonės *ERGO Life Insurance SE*, veikianti Lietuvoje per įsteigtą filialą; *Swedbank Life Insurance SE*, veikianti Lietuvoje per įsteigtą filialą, gyvybės draudimo įmonė UAB „Bonum publicum“, *Compensa Life Vienna Insurance Group SE*, veikianti Lietuvoje per įsteigtą filialą, UAB „SEB gyvybės draudimas“ ir UAGDPB „Aviva Lietuva“ pateiktuose atsakymuose į draudiko paklausimą nurodė, kad, žinodamos aplinkybes, kurių draudėja nenurodė pildytame prašyme sudaryti draudimo sutartį, papildomu draudimu nuo kritinių ligų draudimo sutartį būtų sudarę tik su išlyga, kad skydliaukės vėžys yra nedraudžiamasis įvykis. UAB „SEB gyvybės draudimas“ nurodė, kad, žinodama aplinkybes, kurių draudėja nenurodė pildytame prašyme sudaryti draudimo sutartį, gyvybės draudimo sutarties su kritinių ligų draudimo apsauga nebūtų sudariusi.

Įvertinus pateiktus dokumentus ir paaiškinimus, darytina išvada, kad draudikas pagrindė savo sprendimą nemokėti draudimo išmokos, nes draudėja 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 N. J. 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

Mindaugas Šalčius