



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

**SPRENDIMAS
DĖL L. P. IR AB „SEB GYVYBĖS DRAUDIMAS“ GINČO NAGRINĖJIMO**

2019 m. rugpjūčio 28 d. Nr. 242-339
Vilnius

Lietuvos bankas gavo L. P. (toliau – pareiškėja) kreipimąsi, kuriuo prašoma išnagrinėti tarp pareiškėjos ir AB „SEB gyvybės draudimas“ (toliau – draudikas) kilusį ginčą.

N u s t a t y t a:

Tarp A. P. (toliau – draudėjas ir (ar) apdraustasis) ir draudiko 2013 m. lapkričio 27 d. buvo sudaryta programos „Saugus kreditas“ gyvybės draudimo ir draudimo nuo neįgalumo sutartis (draudimo liudijimo Nr. (*duomenys neskelbiami*)) (toliau – Draudimo sutartis). Draudimo liudijime nurodyta, kad draudimo apsauga galioja vienus metus nuo jos sudarymo, kiekvienais metais sutartis bus pratęsiama automatiškai dar vieniems metams tol, kol bus gražintas kreditas AB SEB bankui (toliau – bankas) pagal Draudimo sutartyje nurodytą kredito sutartį (toliau – kredito sutartis), bet ne ilgiau kaip iki 2036 m. kovo 28 d. (kai apdraustajam sukaks nustatytas maksimalus amžius – 60 metų). Draudimo liudijime nurodyta, kad antra apdraustoji yra pareiškėja, naudos gavėjas – bankas pagal kredito sutartyje nustatytus apdraustųjų finansinius įsipareigojimus.

Pareiškėja draudikui pateikė pranešimą, kad draudėjas 2019 m. sausio 9 d. mirė.

2019 m. kovo 12 d. pranešime draudikas nurodė, kad, prieš sudarant Draudimo sutartį, atsakydamas į sveikatos klausimyną nurodytus klausimus, draudėjas nurodė klaidingą informaciją. Įvertinus paaiškėjusias aplinkybes, draudėjui būtų taikomi 175 proc. didesni (t. y. 2,75 karto didesni nei baziniai) gyvybės draudimo įkainiai. Draudikas informavo, kad, remiantis Lietuvos Respublikos civilinio kodekso (toliau – CK) 6.993 straipsnio 6 dalimi, mokėtina draudimo išmoka proporcingai mažintina tokia dalimi, kiek padidėtų draudimo įmoka, draudikui žinant neatskleistą informaciją, – 2,75 karto, t. y. nuo 7 210,51 Eur iki 2 622 Eur.

Pareiškėja 2019 m. kovo 22 d. draudiką informavo, kad su priimtu sprendimu mažinti draudimo išmoką nesutinka. Pareiškėja nurodė, kad draudėjas 10 metų iki kredito suteikimo nesirgo jokia lėtine širdies liga, taip pat nesirgo arterine hipertenzija ir skilveline ekstrasistolija, minėtu laikotarpiu ligoninėje nesigydė. Pareiškėja nurodė, kad draudėjui 2003 m. rugsėjo 27 d. vieną kartą buvo pakilęs kraujo spaudimas, todėl draudėjas kreipėsi į gydytojus, tačiau gydymas nebuvo skirtas. Draudėjas VŠĮ Zarasų ligoninėje nuo 2003 m. rugsėjo 27 d. iki 2003 m. spalio 2 d. buvo gydytas nuo akmenligės ir su širdies ligomis tai niekaip nėra susiję. Draudėjo mirties liudijime nurodyta mirties priežastis yra ūmi išeminė širdies liga, ji nėra lėtinė širdies ir kraujagyslių sistemos liga. Pareiškėja atkreipė dėmesį, kad draudiko rašte nurodomas ne draudėjo, o kito, trečiojo asmens vardas ir pavardė, galbūt ši klaida lėmė ir neteisingą draudiko sprendimą.

Draudikas 2019 m. balandžio 5 d. atsakymu informavo pareiškėją, kad priimto sprendimo keisti neturi pagrindo. Nesutikdama su draudiko sprendimu, pareiškėja kreipėsi į Lietuvos banką. Pareiškėja nurodė, kad 2013 m., perkant butą ir sudarant kredito sutartį, buvo apdrausti su pareiškėjos ir draudėjo sveikata ir gyvybe susiję turtiniai interesai. Pareiškėja mano, kad draudėjas, pildydamas draudiko pateiktą klausimyną, pagrįstai nurodė nesirgęs jokiais lėtinėmis širdies ligomis. Draudiko minimas užfiksuotas draudėjo kraujo spaudimo padidėjimas galėjo būti nulemtas įvairių aplinkybių, nesusijusių su širdies ligomis (susijaudinimas, pakliuvus į ligoninę; kepenų ir skrandžio liga), todėl negali būti laikomas lėtinės hipertenzijos ar kitų širdies ligų požymiu. Pareiškėjos teigimu, draudėjo epikrizėje nurodyta išvada – kepenų padidėjimas. Nei draudėjas, nei pareiškėja nėra medikai, todėl

negalėjo kepenų padidėjimo susieti su širdies ligomis. Dėl sunkios finansinės padėties pareiškėja prašė Lietuvos banko paskirti išsamią medicinos ekspertizę, kad būtų nustatyta, ar draudiko nurodama aplinkybė yra susijusi su lėtinėmis širdies ligomis ir ar draudikas turėjo teisę sumažinti draudimo išmoką.

Draudikas atsiliepime į pareiškėjos kreipimąsi nurodė, kad draudėjas, prieš sudarydamas Draudimo sutartį pagal Gyvybės draudimo ir draudimo nuo neįgalumo taisykles Nr. 020 (toliau - Taisyklės), pateikė neteisingą informaciją arba nutylėjo informaciją apie sveikatos būklę, todėl pažeidė CK 6.993 straipsnio 1 dalyje numatytą pareigą atskleisti informaciją, kurią žinodamas draudikas nebūtų sudaręs draudimo sutarties standartinėmis sąlygomis - draudimo sutartis būtų buvusi sudaryta tik taikant didesnius nei baziniai įkainius. Draudikas nustatė, kad, iki sudarant Draudimo sutartį, draudėjui buvo diagnozuota koronarinė širdies liga, širdies ritmo sutrikimai, padidėjęs kraujo spaudimas, jie yra rizikos faktoriai, galintys lemti ūmų koronarinį nepakankamumą, kuris ir buvo tiesioginė draudėjo mirties priežastis. Minėtų rizikos faktorių vertinimas yra įtrauktas ir į Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro patvirtintą Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių programą (<https://www.e-ta.r.lt/po-rta-l/lt/lega/IAct/TAR.989A592148501uqauU1byYnZ>).

Draudiko išvadą dėl širdies ligos diagnozavimo iki sudarant Draudimo sutartį pagrindžia medicinos dokumentai. Draudėjas buvo gydomas ligoninėje ir širdies liga jam buvo diagnozuota dar 2004 m. Tie patys dokumentai paneigia ir pareiškėjos teiginius, kad draudėjas jokiais lėtinėmis širdies ligomis nesirgo. VŠĮ Zarasų ligoninės pateikta ligos istorijos Nr. (*duomenys neskelbiami*) epikrizė įrodo, kad draudėjas nuo 2004 m. sausio 27 d. iki 2004 m. vasario 4 d. gydėsi ligoninėje, ten jam buvo diagnozuota koronarinė širdies liga, skilvelinė bigeminijos tipo ekstrasistolija, pirminė arterinė hipertenzija, kairiojo skilvelio hipertrofija. Be to, 2004 m. sausio 30 d. draudėjas buvo konsultuotas gydytojo kardiologo, kuris diagnozavo vainikinių arterijų ligą, nustatė EKG pokyčius, pirminę arterinę hipertenziją. VŠĮ Zarasų ligoninės pateikta ligos istorijos Nr. (*duomenys neskelbiami*) epikrizė įrodo, kad draudėjas ligoninėje nuo 2003 m. rugsėjo 27 d. iki 2003 m. spalio 2 d. gydėsi dėl pirminės arterinės hipertenzijos, hipertenzinės krizės. Išrašant iš ligoninės buvo skirtas tęstinis gydymas kraujo spaudimą mažinančiais vaistais. Aplinkybė, kad kraujo spaudimo pakilimas buvo ne vienkartinis, įrodo ir minėta 2004 m. VŠĮ Zarasų ligoninės pateikta ligos istorijos Nr. (*duomenys neskelbiami*) epikrizė.

Draudikas, sudarydamas draudimo sutartį, vertina rizikos faktorius, galinčius turėti įtakos draudžiamajam įvykiui atsirasti. Draudikas anketoje klausė apie faktus, susijusius su draudimo sutarties sudarymu, o ne kredito išdavimu, t. y. apie ligas ir būkles, buvusias per 10 metų iki užpildant draudėjo anketą, t. y. iki 2013 m. lapkričio 27 d. Kadangi informacija apie draudėjo susirgimus nebuvo pateikta, nors jie, kaip įrodo medicinos dokumentai, buvo diagnozuoti, draudikas, spręsdamas, ar mokėti draudimo išmoką, ne tik vadovaujasi Taisyklėmis ir draudimo sutarties dokumentais, bet atsižvelgia ir į tai, ar tinkamai vykdomos teisės aktuose nustatytos draudėjo, kaip draudimo sutarties šalies, pareigos.

Remdamasis nurodytomis aplinkybėmis, draudikas priėmė sprendimą tai, kad informacija nebuvo pateikta, traktuoti ne kaip žinomai melagingos informacijos pateikimą, bet kaip per draudėjo neapdairumą nepateiktą informaciją. Šiuo pagrindu buvo priimtas sprendimas apskaičiuotą draudimo išmoką sumažinti proporcingai tokia dalimi, kiek būtų padidinta draudimo įmoka, žinant visą informaciją.

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 sumažinti naudos gavėjui mokėtiną draudimo išmoką.

Atsižvelgiant į ginčo šalių argumentus dėl draudėjo pareigos draudikui suteikti draudimo rizikai įvertinti reikšmingą ikisutartinę informaciją vykdymo tinkamumo, pažymėtina, kad draudėjo pareiga atskleisti informaciją draudikui apie aplinkybes, galinčias turėti esminę įtaką draudžiamojam įvykiui atsirasti, tikimybę ir šio įvykio 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 draudžiamojam 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 esminėmis aplinkybėmis, apie kurias sudarydamas draudimo sutartį 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.

Jeigu informacija neatskleidžiama tyčia, turint tikslą sąmoningai suklaidinti draudiką, tai draudikas turi teisę reikalauti draudimo sutartį pripažinti negaliojančia nuo sudarymo dienos, išskyrus atvejus, kai neatskleistos aplinkybės išnyko iki draudžiamojam įvykio arba jam atsirasti neturėjo įtakos (CK 6.993 straipsnio 4 dalis). Remiantis CK 6.993 straipsnio 6 ir 7 dalimis, draudėjui dėl neatsargumo neatskleidus ikisutartinės informacijos, draudikas turi teisę įvykus draudžiamajam įvykiui sumažinti draudimo išmoką tokia santykyne 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.

Taisyklių 65.1 a papunktyje numatyta, kad draudikas turi teisę mažinti draudimo išmoką arba jos nemokėti, jei apdraustasis nuslėpė arba pateikė melagingą informaciją apie aplinkybes, galinčias turėti esminę įtaką draudžiamojam įvykio atsitikimo tikimybei ir nuostolių dydžiui, nebent šios nuslėptosios aplinkybės neturėjo įtakos draudžiamajam įvykiui arba draudimo sutarties sudarymo faktui.

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 tokiu atveju nustato draudikas. Kai draudimo sutartis sudaroma esant rašytiniam draudėjo prašymui, kurį akceptuoja draudikas, draudėjo atsakomybė už prašyme pateiktų duomenų teisingumą įtvirtinta ir CK 6.990 straipsnio 2 dalyje: draudėjas atsako už pasiūlyme (prašyme) pateiktų duomenų teisingumą, o, sudarius draudimo sutartį, rašytinis draudėjo prašymas tampa sudėtine draudimo sutarties dalimi.

Iš Lietuvos bankui pateiktų duomenų nustatyta, kad Draudimo sutartis buvo sudaryta draudikui akceptuojant 2013 m. lapkričio 27 d. draudėjo užpildytą Prašymą sudaryti draudimo sutartį. Taip pat 2013 m. lapkričio 27 d. draudėjas užpildė draudžiamojam gyvybės draudimu ir draudimu nuo neįgalumo pagal programą „Saugus kreditas“ sveikatos klausimyną (toliau – Klausimynas). Klausimyne nurodoma, kad jis pildomas prieš sudarant draudimo sutartį ir jame nurodyta informacija renkama, norint įvertinti draudimo riziką. Klausimyne nurodoma: „Pažymėkite laukelį TAIP ženklų X, jei galite patvirtinti teiginį. Jei negalite patvirtinti teiginio, ženklų X pažymėkite laukelį NE.“ Klausimyne nurodoma: „1. Patvirtinu, kad šiuo metu ir pastaruosius 10 metų nebuvau gydomas arba tiriamas dėl šių ligų: 1.1. Bet kokių širdies ar kraujotakos sutrikimų (vainikinių arterijų ligos, insulto, EKG pokyčių, krūtinės skausmo, širdies priepuolių ir t. t.).“ Draudėjas į šį klausimą atsakė teigiamai.

Lietuvos bankui pateiktame ambulatorinės kortelės Nr. (*duomenys neskelbiami*) išrašė nurodyta, kad draudėjui 2003 m. rugsėjo 27 d. buvo diagnozuota pirminė arterinė hipertenzija, skirtas gydymas. Nuo 2003 m. rugsėjo 27 d. iki 2003 m. spalio 2 d. draudėjas buvo gydytas VŠĮ Zarasų ligoninės Terapijos skyriuje dėl hipertenzinės krizės. Nuo 2004 m. sausio 27 d. iki 2004 m. vasario 4 d. draudėjas dar kartą gydytas VŠĮ Zarasų ligoninėje, diagnozė – skilvelinė ekstrasistolija, skrandžio opaligės paūmėjimas. Draudėjas buvo konsultuotas kardiologo. Vėliau draudėjas lankėsi Zarasų pirminės sveikatos priežiūros centre. 2006 m. rugsėjo 1 d. draudėjas kreipėsi į Utenos pirminės sveikatos priežiūros centrą, nustatytas padidėjęs kraujo spaudimas (180/100 mm Hg), skirtas gydymas. 2007 m. gruodžio 29 d. draudėjas nusiųstas pas kardiologą. 2015 m. balandžio 3 d. draudėjas kreipėsi į pirminės sveikatos priežiūros centrą dėl skausmų krūtinėje, silpnumo. Nustatytas aukštas kraujo spaudimas, skirtas gydymas, draudėjas nusiųstas pas kardiologą. 2015 m. liepos 16–20 d. draudėjas gydytas VŠĮ Utenos ligoninės Terapijos skyriuje dėl skilvelinės ekstrasistolijos, skilvelinės tachikardijos epizodų, draudėjas nusiųstas pas trečio lygio kardiologą. 2016–2017 m. draudėjas konsultuotas kardiologo, 2018 m. lankėsi pas bendrosios praktikos gydytoją, draudėjui buvo išrašomi vaistai. 2019 m. sausio 9 d. draudėjas staiga mirė.

Lietuvos bankui pateiktoje ligos istorijos Nr. (*duomenys neskelbiami*) epikrizėje nurodoma, kad draudėjas nuo 2003 m. rugsėjo 27 d. iki 2003 m. spalio 2 d. gydėsi VŠĮ Zarasų ligoninės Terapijos skyriuje, diagnozė – pirminė arterinė hipertenzija („PAH“), hipertenzinė krizė. Nurodama, kad ligoniui skirtas ambulatorinis gydymas ir vaistai amlopidinas, „Betalloc Zok“, draudėjui duotas siuntimas pas angiochirurgą.

Lietuvos bankui pateiktoje ligos istorijos Nr. (*duomenys neskelbiami*) epikrizėje nurodoma, kad draudėjas VŠĮ Zarasų ligoninės Terapijos skyriuje gydėsi nuo 2004 m. sausio 27 d. iki 2004 m. vasario 4 d., jam diagnozuota koronarinė širdies liga („KŠL“), skilvelinė ekstrasistolija, pirminė arterinė hipertenzija („PAH“), kairiojo skilvelio hipertrofija, nutukimas, opaligės paūmėjimas, opa skrandžio srityje, erozinis bulbitas. Prie draudėjo nusiskundimų nurodoma: perplakimas širdies plote, skausmas širdies plote, galvos svaigimas. Buvo atlikta vidaus organų echoskopija, išvada – kepenų padidėjimas. Nurodoma, kad ligoniui skirtas ambulatorinis gydymas, rekomenduota kardiologo konsultacija, stebėjimas dėl ekstrasistolijos.

Draudiko pateiktoje 2019 m. vasario 20 d. eksperto išvadoje dėl retrospektyvinio draudimo rizikos vertinimo (toliau – eksperto išvada) nurodoma, kad pirminė arterinė hipertenzija buvo ne naujai draudėjui nustatyta diagnozė, o anksčiau (2003 m. rugsėjo–spalio mėn.) nustatytos ligos paūmėjimas.

Įvertinus pateiktus duomenis, darytina išvada, kad Klausimyne nurodytu laikotarpiu (10 metų iki jo užpildymo – 2013 m. lapkričio 27 d.) draudėjas kreipėsi į gydytojus dėl širdies ir kraujagyslių sistemos veiklos sutrikimų, dėl jų draudėjui buvo skirtas gydymas ligoninėje ir ambulatorinis gydymas (įskaitant tyrimus, kardiologo konsultacijas, gydymą vaistais). Nėra pagrindo nesutikti su draudiko teiginiais, kad ir iki Klausimyne nurodyto laikotarpio pradžios draudėjas turėjo su širdies ir kraujagyslių sistemos veikla susijusių nusiskundimų, buvo gydytas ligoninėje, po to jam skirtas gydymas vaistais. Atsižvelgiant į šias aplinkybes, darytina išvada, kad draudėjas žinojo arba turėjo galimybę žinoti ir galėjo suprasti, kad serga širdies ligomis.

Jokiais konkrečiais duomenimis nepagrįsti pareiškėjos teiginiai, kad medicinos dokumentuose nurodytas kraujo spaudimo padidėjimas galėjo būti nulemtas su širdies ligomis nesusijusių aplinkybių, tokių kaip draudėjo susijaudinimas pakliuvus į ligoninę, arba nulemtas kepenų ir skrandžio ligų. Lietuvos bankui pateikti dokumentai patvirtina, kad draudėjui buvo skirti kraujo spaudimą mažinantys vaistai, draudėjas konsultuotas kardiologo, kai gydėsi ligoninėje nuo 2004 m. sausio 27 d. iki 2004 m. vasario 4 d., o išrašant iš ligoninės nurodyta, kad draudėjas ir toliau turi būti stebimas kardiologo. 2006 m. draudėjui nustatytas padidėjęs kraujo spaudimas, skirtas gydymas, 2007 m. draudėjas siųstas pas kardiologą.

Pareiškėja nurodė, kad draudėjo epikrizėje nurodyta išvada – kepenų padidėjimas ir medicinos žinių neturintys draudėjas ir pareiškėja negalėjo tokios išvados susieti su širdies ligomis. Kaip minėta, ligos istorijos Nr. (*duomenys neskelbiami*) epikrizėje nurodoma, kad draudėjas nuo 2004 m. sausio 27 d. iki 2004 m. vasario 4 d. gydėsi VŠĮ Zarasų ligoninėje, jam buvo atlikta vidaus organų echoskopija ir nustatytas kepenų padidėjimas. Vis dėlto toje pačioje epikrizėje nurodyti ir kiti diagnozuoti sveikatos sutrikimai: koronarinė širdies liga, skilvelinė ekstrasistolija, pirminė arterinė hipertenzija, kairiojo skilvelio hipertrofija. Prie draudėjo nusiskundimų epikrizėje nurodomi perplakimas ir skausmas širdies plote, nurodoma, kad ligonis siunčiamas pas kardiologą konsultacijai, stebėjimui dėl ekstrasistolijos. Iš nurodytų aplinkybių nėra pagrindo daryti išvadą, kad draudėjas negalėjo ir neturėjo suprasti jam nustatytų su širdies ir kraujagyslių sistemos veikla susijusių sveikatos sutrikimų.

Sutiktina su draudiku, kad Klausimyne buvo prašoma pateikti informaciją, apimančią 10 metų laikotarpį iki Klausimyno pildymo dienos, t. y., priešingai, negu teigia pareiškėja, laikotarpis, apie kurį draudikas prašė pateikti informaciją, nebuvo siejamas su kredito suteikimo data.

Darytina išvada, kad, atsakydamas į Klausimyno klausimą apie bet kokius širdies ar kraujagyslių sutrikimus (1.1 papunktis), draudėjas turėjo draudiką informuoti apie per nurodytą laikotarpį jam diagnozuotus sutrikimus ir taikytą gydymą, tačiau to nepadarė.

Svarbu pažymėti, kad Klausimyne draudėjo nurodytų duomenų teisingumas buvo patvirtintas paties draudėjo pasirašytu patvirtinimu: „Pareiškiu, kad anketoje pateikta informacija yra teisinga. Suprantu, kad nutylėjus bet kurią anketoje klausiamą informaciją ir neteisingai atsakius į anketos klausimus draudimo sutartis gali būti pripažinta negaliojančia, o įvykus draudžiamajam įvykiui draudimo išmoka nebūtų mokama.“ Kiekvienas apdairus, atidus

ir rūpestingas žmogus turėtų, prieš pasirašydamas bet kokį dokumentą, susipažinti su pasirašomo dokumento turiniu. To nepadaręs, asmuo veikia savo rizika.

Įvertinus pateiktus dokumentus ir paaiškinimus, nėra pagrindo nesutikti su draudiko išvada, kad draudėjas, prieš sudarydamas Draudimo sutartį, dėl neatsargumo nesuteikė draudikui visos žinomos informacijos apie esmines aplinkybes, apie kurias jo raštu buvo teirautasi, ir minėta sutartis buvo sudaryta, draudikui tinkamai neįvertinus draudimo sutartimi prisiimamos rizikos (aplinkybių, galinčių turėti esminės įtakos draudžiamąjo įvykio atsitikimo tikimybei ir šio įvykio galimų nuostolių dydžiui).

Pateikti duomenys patvirtina, kad draudėjo mirties priežastis – ūmus koronarinis nepakankamumas. Draudiko pateiktoje eksperto išvadoje nurodoma, kad susirgimai, draudėjui diagnozuoti iki pasirašant Draudimo sutartį, yra rizikos faktoriai atsirasti ūmiam koronariniam nepakankamumui, kuris ir buvo tiesioginė draudėjo mirties priežastis. Pareiškėja su tokia išvada nesutiko, tačiau nepateikė nesutikimą pagrindžiančių įrodymų, o prašė Lietuvos banko skirti medicinos ekspertizę, kad būtų įvertinta, ar draudiko nurodytos aplinkybės yra susijusios su lėtinėmis širdies ligomis ir ar draudikas turėjo teisę sumažinti draudimo išmoką. Pareiškėja buvo informuota, kad, pagal Vartotojų ir finansų rinkos dalyvių ginčų neteisminio sprendimo procedūros Lietuvos banke taisykles, būtent ginčo šalys ginčo neteisminio sprendimo procedūros metu turi teisę savo iniciatyva ir sąskaita inicijuoti ekspertizę arba kitą tyrimą. 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. Atsižvelgiant į tai, pareiškėjai paaiškinta, kad, jeigu mano, kad jos reikalavimams pagrįsti yra reikalinga medicinos ekspertizė, pareiškėja turi teisę ją inicijuoti savo iniciatyva ir sąskaita. Vis dėlto Lietuvos bankui pareiškėja jokių papildomų įrodymų nepateikė.

Atsižvelgiant į pateiktus duomenis, aplinkybę, kad draudžiamąjo įvykio – draudėjo mirties – priežasties rizikos faktoriais buvo draudėjui nustatyti sveikatos sutrikimai, kurių per nurodytą laikotarpį draudėjas draudikui teigė neturėjęs, darytina išvada, kad draudikas turėjo pagrindą sumažinti naudos gavėjui mokėtiną draudimo išmoką.

Vertinant draudimo išmokos sumažinimo pagrįstumą, svarbi CK 6.993 straipsnio 6 dalis: jeigu draudėjas dėl neatsargumo nepateikė draudimo rizikai įvertinti reikšmingos ikisutartinės informacijos, įvykus draudžiamajam įvykiui draudikas privalo išmokėti draudimo išmokos, kuri būtų mokama draudėjui įvykdžius ikisutartinės informacijos atskleidimo pareigą, dalį, proporcingą sutartos draudimo įmokos ir draudimo įmokos, kuri būtų nustatyta draudėjui, jeigu jis būtų įvykdęs ikisutartinės informacijos atskleidimo pareigą, santykiui. Draudimo išmokos, mokamos apdraustajam mirus, nustatymo ir mokėjimo sąlygos pateiktos Taisyklėse. Taisyklių 33 punkte nustatyta, kad išmokama vienkartinė draudimo išmoka yra lygi draudimo sumai draudžiamąjo įvykio dieną, padaugintai iš draudimo sumos dalies, tenkančios tam apdraustajam, kuris mirė arba tapo visiškai ir nuolatinei neįgalus.

Draudikas nurodė, kad draudimo suma, pritaikius draudimo sutartyje numatytą draudėjui tenkančią dalį (50 proc.), yra 7 210,51 Eur. Vis dėlto draudimo išmoka šiuo atveju sumažinta 2,75 karto (iki 2 622 Eur), t. y. proporcingai tiek, kiek būtų padidėjusi draudimo įmoka, draudikui žinant draudėjo neatskleistą informaciją (taikant 175 proc. arba 2,75 karto didesnius gyvybės draudimo įkainius). Pateiktoje eksperto išvadoje nurodyta, kad, vadovaujantis perdraudiko *GenRe* parengta širdies ir kraujagyslių ligų rizikos vertinimo metodika bei rekomendacijomis, atsižvelgus į rizikos faktorius, kurie nebuvo atskleisti sudarant draudimo sutartį (padidėjęs draudėjo kraujo spaudimas, ekstrasistolija, kairiojo skilvelio hipertrofija), buvo apskaičiuoti 175 proc. didesni įkainiai, taikytini draudimo apsaugai.

Kadangi Lietuvos bankui ginčo šalių pateikti dokumentai ir paaiškinimai patvirtina, kad draudikas turėjo pagrindą sumažinti draudimo išmoką, taip pat atsižvelgiant į tai, kad draudikas pagrindė neatskleistos ikisutartinės informacijos įtaką draudimo įmokos, mokamos už Draudimo sutartimi teikiamą gyvybės draudimo riziką, dydžiui, darytina išvada, kad draudikas pagrįstai sumažino naudos gavėjui mokamą draudimo išmoką. Atsižvelgiant į nurodytas aplinkybes, pareiškėjos reikalavimas yra atmestinas.

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 pareiškėjos L. P. 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.

Reguliuojamos rinkos priežiūros skyriaus
viršininkas, pavaduojantis Finansinių paslaugų
ir rinkų priežiūros departamento direktorių

Vaidas Cibas