



LYGIŲ GALIMYBIŲ KONTROLIERIUS

SPRENDIMAS

DĖL GALIMOS DISKRIMINACIJOS NEGALIOS PAGRINDU AB „LIETUVOS DRAUDIMAS“ ATSIŠAKIUS TEIKTI SVEIKATOS DRAUDIMO PASLAUGĄ TYRIMO

2025 m. balandžio 25 d. Nr. (25)SN-17)SP-18

Vilnius

Lygių galimybių kontrolieriaus tarnyboje (toliau – Tarnyba) gautas pareiškėjos (duomenys neskelbtini) (toliau – Pareiškėja) skundas dėl galimos diskriminacijos negalios pagrindu akcinei bendrovei „Lietuvos draudimas“ (toliau – Bendrovė) teikiant draudimo paslaugas. Skunde Pareiškėja nurodo, kad 2024 m. gruodžio 20 d. kreipėsi į Bendrovę su prašymu apdrausti savo šeimos narių sveikatą, tačiau Bendrovė 2024 m. gruodžio 31 d. pateikė atsakymą, kad pasiūlymo apdrausti nepateiks, kadangi Pareiškėjai 2024 m. kovo 5 d. nustatytas 55 proc. dalyvumo lygis dėl 2011 m. persirgto išeminio insulto ir dėl to likusių padarinių.

Pareiškėja skundu prašo teisiškai įvertinti, ar nebuvo pažeistos lygių galimybių teisės gauti asmens draudimo paslaugas dėl 2011 m. persirgtos ligos.

Lygių galimybių kontrolierė, vadovaudamasi Lygių galimybių įstatymo 30 straipsnio 1 ir 2 dalimis, 2025 m. sausio 21 d. raštu Nr. (25)SN-17)S-28 „Dėl informacijos pateikimo“ kreipėsi į Bendrovę ir paprašė per 7 darbo dienas nuo reikalavimo pateikti informaciją gavimo dienos pateikti informaciją ir atsakyti į klausimus:

1. Prašyčiau plačiau informuoti apie paslaugą „Asmens draudimas visai šeimai“, kurią norėjo įsigyti Pareiškėja, bei paaiškinti, kokie su sveikatos būkle ir negalia susiję apribojimai taikomi asmenims, norintiems įsigyti šią paslaugą. Jeigu tokie apribojimai yra taikomi, kokiais teisės aktais jie yra grindžiami?

2. Prašyčiau informuoti, ar Pareiškėja buvo drausta asmens sveikatos draudimu Bendrovėje, jeigu taip, kada ir keleriems metams?

3. Prašyčiau motyvuotai paaiškinti, kodėl Pareiškėjai nebuvo pateiktas asmens sveikatos draudimo („Asmens draudimas visai šeimai“) pasiūlymas, kokie veiksniai lėmė atsisakymą pateikti sveikatos draudimo pasiūlymą 2024 metais?

4. Prašyčiau paaiškinti, kokie veiksniai yra vertinami teikiant asmens sveikatos draudimo pasiūlymus asmenims bei kokią reikšmę turi asmens sveikatos būklė, persirgtos ligos, negalia vertinant galimus rizikos veiksnius? Kokia yra tokių sutarčių sudarymo procedūra, kokius dokumentus, informaciją prašoma pateikti asmenų, norinčių sudaryti asmens sveikatos draudimo sutartis?

5. Koku teisės aktu (lokalium ar kitu) reglamentuojamas sveikatos draudimo sutarčių sudarymas?

6. Prašyčiau informuoti, kiek 2023 m. ir 2024 m. asmenų su ribotu dalyvumu (negalia, specialieji poreikiai) bei kiek asmenų, persirgusių sunkiomis ligomis (jeigu tokios yra apibrėžtos lokaliais teisės aktais, prašyčiau nurodyti tokias ligas), buvo apdrausti asmens sveikatos draudimu?

7. Koku būdu (sąlygomis) Pareiškėja galėtų apsidrausti sveikatą?

Kartu prašyta pateikti kitą reikšmingą informaciją, susijusią su atliekamu skundo tyrimu.

Lygių galimybių kontrolierė, vadovaudamasi Lygių galimybių įstatymo 30 straipsnio 1 ir 2 dalimis, 2025 m. kovo 13 d. raštu Nr. (25)SN-17)S-120 „Dėl informacijos pateikimo“ papildomai kreipėsi į Bendrovę ir paprašė per 7 darbo dienas nuo reikalavimo pateikti informaciją gavimo dienos pateikti papildomą informaciją ir atsakyti į klausimus:

1. Ar, sudarant sveikatos draudimo sutartis, priklausomai nuo draudimo rizikos laipsnio yra (gali būti) atitinkamai diferencijuojama ir sveikatos draudimo įmokų suma, t. y. ar Lietuvos draudimas gali siūlyti asmenims didesnes draudimo įmokų sumas, kai yra didesnė draudimo rizika (pvz., sirgimas atitinkamomis ligomis)? Prašytume pateikti tai patvirtinančias draudimo taisykles ar kitą teisės aktą.

2. Dėl kokių priežasčių Pareiškėjai nebuvo pasiūlyta konkreti įmokų suma (pvz. didesnė nei įprastai siūloma), atsižvelgiant į padidėjusią draudimo riziką?

Lygių galimybių kontrolierė

n u s t a t ė:

AB „Lietuvos draudimas“ Teisės, atitikties ir rizikų valdymo departamento direktorius, Bendrovės sekretorius (toliau – Bendrovės sekretorius) 2025 m. sausio 30 d. raštu Nr. 6-4-3 (toliau – Bendrovės raštas) pateikė atsiliepimą į Pareiškėjos skundą, kuriame pažymėjo: „asmens draudimo sutartis yra savanoriškojo draudimo sutartis, tad jeigu asmens draudimo sutartis yra sudaroma, ji paprastai sudaroma prisijungimo būdu pagal draudiko nustatytas sąlygas, turimos apie klientą informacijos pagrindu ir įvertinus, ar draudimo rizika draudikui yra priimtina.“ Bendrovės sekretorius nurodė, kad „Asmens draudimas visai šeimai“ yra paslauga, kuria siekiama apdrausti visus šeimos narius sudarant asmens draudimo sutartį, kai atskirai yra vertinama kiekvieno draudžiamo šeimos nario rizika ir, atsižvelgiant į įvertintą riziką, gali būti draudžiamas tiek vienas šeimos narys, tiek ir keli šeimos nariai. Asmenims su negalia nėra nustatyta apribojimų kreiptis dėl asmens draudimo pasiūlymo pateikimo, tačiau yra prašoma pateikti daugiau informacijos apie sveikatos būklę, kad būtų galima atlikti individualų rizikos vertinimą. Atlikus individualų rizikos vertinimą, Bendrovė priima sprendimą, ar pateikti pasiūlymą dėl asmens draudimo asmeniui su negalia, ir, jei taip, kokiomis sąlygomis, priklausomai nuo sveikatos būklės, asmuo gali būti draudžiamas.

Bendrovės rašte taip pat nurodoma, kad Pareiškėja asmens draudimu Bendrovėje draudėsi laikotarpiu nuo 2014 m. birželio 12 d. iki 2023 m. birželio 12 d. sudarydama metinius asmens draudimo polisus ir juos kas metus atnaujindama. 2023 m. birželio 12 d. pasibaigus sutarčiai, Pareiškėja sutarties nebepratęsė. Draudimo sutarties laikotarpiu nuo 2014 m. birželio 12 d. iki 2023 m. birželio 12 d. Pareiškėja Bendrovei nepateikė informacijos apie darbingumo sumažėjimą, prasiškęs ligas, kurios gali turėti įtakos rizikos vertinimui. Gavus Pareiškėjos prašymą sudaryti Asmens draudimo sutartį, kartu pateikus papildomą medicininę informaciją, Bendrovė nustatė, jog po 2011 m. persirgto išeminio galvos smegenų insulto, Pareiškėjai yra išlikusios ilgalaikės pasekmės – regos lauko praradimas dešinėje akyje, sumažėjęs dešinės kūno pusės jautrumas dėl išliekančio nervų sistemos pažeidimo, nusilpusi dešiniųjų galūnių jėga, nuolatinis galvos skausmo sindromas. Pareiškėjai taip pat yra diagnozuota stuburo slankstelių bei tarpslankstelinio disko degeneracija, lėtinis stuburo juosmeninės dalies nervų šaknelių pažeidimas dėl nervų suspaudimo, pastovus juosmens skausmas, plintantis į dešinę koją. 2020 m. atlikta stuburo juosmeninės dalies tarpslankstelinio L5-S1 disko išvaržos operacija, po kurios išlieka polaminektominis sindromas. Pareiškėją vargina epizodiniai maudžiantys galvos skausmai, pakitusi rega dešine akimi, akipopio

susiaurėjimas, vaizdo dvejinimasis žiūrint į kairę pusę, prastesnė atmintis, greitas nervų sistemos nuovargis, dėmesio koncentracijos stoka, vidutinio stiprumo skausmai nugaroje, plintantys į dešinę koją, dešinė koja nuolat aptirpusi, fizinio krūvio netoleravimas. Dėl to pripažinta, kad Pareiškėja yra priskiriama labai didelės širdies ir kraujagyslių sistemos ligų rizikos grupei, yra periodiškai stebima dėl širdies dviburio vožtuvo prolapso, aritmijų. 2009 m. Pareiškėjai buvo atlikta radiodažnuminė abliacija širdies ritmui atstatyti. Vasarą, esant karščiams, kartojasi priepuoliniai širdies permušimai, diskomfortas širdies plote, oro stoka įkvepiant, kraujospūdžio svyravimai. Atsižvelgiant į šiuos duomenis, Bendrovės rizikos vertinimo ekspertė pateikė išvadą, jog su Pareiškėja nerekomenduotina sudaryti asmens draudimo sutartį. Bendrovė pažymėjo, kad prieš pateikdami asmens draudimo pasiūlymą, pirmiausiai įvertina, ar atsižvelgiant į negalios pobūdį ir esamą sveikatos būklę, Bendrovė galės prisiimti traumų draudimo riziką.

Bendrovė taip pat nurodė, kad 2023 m. Bendrovėje buvo apdrausti 821, o 2024 m. – 778 asmenys, kurie turi sumažėjusį darbingumo / dalyvumo lygį / neįgalumą.

Paprašyta pateikti papildomą informaciją, Bendrovė nurodė, kad pagal Asmens draudimo sutarčių sudarymą Bendrovėje reglamentuojančią darbo instrukciją „Asmens draudimo sutarčių sudarymas pagal asmens draudimo taisyklės Nr. 69“, klientui, norinčiam apsidrausti asmens draudimu ir į Asmens draudimo sutartį pageidaujančiam įtraukti draudimo nuo nelaimingų atsitikimų riziką, jo prašoma užpildyti Apdraustojo anketą, be kita ko, atsakant į klausimą „Ar Jums yra nustatytas neįgalumas (darbingumo sumažėjimas)? Jeigu taip, nurodykite ligos kodą(-us) (TLK)“. Jeigu pildydamas Apdraustojo anketą klientas nurodo, kad turi darbingumo sumažėjimą / neįgalumą, Bendrovė prašo pateikti papildomą informaciją – nurodyti ligos kodą, detalią sveikatos informaciją, iš kurios matytųsi, dėl kokių priežasčių liga diagnozuota. Gavus prašomą informaciją, atliekamas individualus rizikos vertinimas, t. y. vertinama, ar pagal iš kliento gautus jo konkrečius duomenis galima sudaryti asmens draudimo sutartį, jeigu taip, tai kokiomis sąlygomis (pvz., kokią draudimo įmoką klientas turi mokėti).

Siekiant užtikrinti, jog būtų priimtas tinkamas sprendimas dėl asmens draudimo sutarties sudarymo, taip pat ir įmokos dydžio nustatymo / atnaujinimo, kompetentingi darbuotojai, turintys medicininį išsilavinimą (rizikos vertintojai), įvertina rizikos faktorius, susijusius su kliento Bendrovei pateikiama medicinine informacija. Nagrinėjamu atveju, 2024 m. Bendrovei gavus Pareiškėjos prašymą sudaryti Asmens draudimo sutartį, taip pat Pareiškėjai pateikus papildomą medicininę informaciją (užpildytą Apdraustojo anketą bei išrašus iš ligos istorijos), rizikos vertinimo ekspertė, vadovaudamasi minėta instrukcija, atliko individualų rizikos

vertinimą, formą, kurioje pateikė išvadą, jog su Pareiškėja rekomenduojama nesudaryti asmens draudimo sutarties. Bendrovė paaiškino, kad tuo atveju, kai draudimo rizika yra nepriimtina, Bendrovė nesudaro draudimo sutarties su klientu. Tuo atveju, jeigu draudimo rizika yra padidėjusi, tačiau nėra nepriimtina, Bendrovė siūlo klientui sudaryti draudimo sutartį kartu nustatydama padidėjusią draudimo riziką atitinkančią draudimo įmoką ir (arba) nustatydama papildomas sąlygas.

Tyrimo metu Lietuvos bankui buvo pateiktas paklausimas, prašant pateikti išvadą dėl nagrinėjamos situacijos. Lietuvos bankas savo paaiškinimuose nurodė, kad sutartiniai santykiai, įskaitant draudimo sutartis, grindžiami sutarties laisvės principu, kuris leidžia tiek verslui, tiek vartotojams laisvai pasirinkti sutarties šalis, sąlygas ir pobūdį, išskyrus atvejus, kai taikomi imperatyvūs teisės normų reikalavimai. Šis principas, įtvirtintas Lietuvos Respublikos civiliniame kodekse ir Konstitucijoje, suteikia draudimo įmonėms teisę nustatyti siūlomų sutarčių sąlygas ir pasirinkti klientus, o draudėjams – pasirinkti norimą draudimo bendrovę bei sutarties sąlygas. Sudarius sutartį, ji įgyja įstatymo galią abiem šalims. Lietuvos bankas pažymėjo, kad draudimo veiklą Lietuvoje reglamentuojantys teisės aktai nenustato jokių reikalavimų draudikui dėl pareigos sudaryti draudimo sutartis, išskyrus privalomojo draudimo atvejus, kurie yra atskirai nustatomi specialiuose įstatymuose (Lietuvos Respublikos civilinio kodekso 6.998 straipsnio 3 dalis).

Taip pat Lietuvos bankas paaiškino, kad draudimo sutartis yra rizikos sutartis (Lietuvos Respublikos civilinio kodekso 6.160 straipsnio 3 dalis), todėl draudikas, sudarydamas draudimo sutartį, nežino ir negali tiksliai žinoti, ar draudžiamasis įvykis atsitiks, o jei atsitiks – kokio dydžio žala bus padaryta (kokio dydžio draudimo išmoką jis privalės mokėti). Tokiu atveju jis prieš draudimo sutarties sudarymą vertina įvykio atsitikimo ir potencialios draudimo išmokos dydžio tikimybę. Jei draudimo rizika yra draudikui priimtina, jis gali siūlyti potencialiam klientui sudaryti draudimo sutartį, jei ne – tokio pasiūlymo jis gali neteikti. Draudiko teisė vertinti draudimo riziką reglamentuojama Lietuvos Respublikos civilinio kodekso 6.994 straipsniu ir Lietuvos Respublikos draudimo įstatymo 95, 117 straipsniais. Prieš sudarydamas sutartį, draudikas gali vertinti riziką remdamasis savo duomenimis ar prašydamas informacijos iš draudėjo. Vertinant riziką atsižvelgiama į objektyvius kriterijus, tokius kaip amžius, sveikatos būklė ar profesija, užtikrinant vienodas sąlygas vienodo rizikos lygio asmenims. Tačiau draudimo rizikos vertinime negali būti naudojami lytis, nėštumas, motinystė ar genetiniai tyrimai. Kiekvienas draudikas savarankiškai nustato vertinimo tvarką, siekdamas užtikrinti įsipareigojimų pagal sutartis vykdymą.

Nagrinėjamu atveju vertinamas Bendrovės sprendimas nepateikti pasiūlymo Pareiškėjai dėl asmens draudimo sutarties yra susijęs su savanoriškojo draudimo sutartimi, t. y. nacionaliniai teisės aktai nenustato pareigos nei Bendrovei, nei Pareiškėjai sudaryti tokios rūšies draudimo sutartį. Iš pateiktų Bendrovės paaiškinimų ir kitų dokumentų matyti, kad Bendrovė tokį sprendimą priėmė atlikusi atskirą ir individualų Pareiškėjos rizikos vertinimą, kuris parodė, kad Pareiškėjos sveikatos būklė kelia itin didelę riziką, susijusią su traumomis.

Lygių galimybių kontrolierė

k o n s t a t u o j a:

Skundo tyrimo metu buvo vertinama, ar Bendrovė, atsisakydama drausti Pareiškėją asmens sveikatos draudimu, netaikė Pareiškėjai mažiau palankaus elgesio dėl jai nustatyto 55 proc. dalyvumo ir ar tokiais veiksmais nepažeidė Lygių galimybių įstatymo 9 straipsnio 1 punkto, nustatančio paslaugų teikėjo pareigą nepaisant *inter alia* negalios visiems vartotojams sudaryti vienodas sąlygas gauti tokius pačius gaminius, prekes ir paslaugas, įskaitant aprūpinimą būstu, ir taikyti vienodas apmokėjimo sąlygas ir garantijas už tokius pačius ir vienodos vertės gaminius, prekes ir paslaugas.

Jungtinių Tautų asmenų su negalia teisių konvencijos (toliau – Konvencija), kurios dalyvė yra Lietuva, 5 straipsnio 1 dalyje įtvirtinta, jog valstybės, šios Konvencijos šalys, užtikrina, kad prieš įstatymą visi asmenys lygūs ir lygūs pagal įstatymą, taip pat turi teisę į lygiavertę įstatymo apsaugą ir teisę vienodai naudotis įstatymo teikiamomis galimybėmis be jokio diskriminavimo. Valstybės, šios Konvencijos šalys, draudžia bet kokią diskriminavimą dėl negalios ir garantuoja asmenims su negalia vienodą ir veiksmingą teisinę apsaugą nuo diskriminavimo dėl bet kokios priežasties (Konvencijos 5 straipsnio 2 dalis).

Lietuvos Respublikos Konstitucijoje įtvirtintas pamatinis asmenų lygybės principas. Konstitucijos 29 straipsnyje skelbiama, jog įstatymui, teismui ir kitoms valstybės institucijoms ar pareigūnams visi asmenys lygūs; žmogaus teisių negalima varžyti ir teikti jam privilegijų dėl lyties, rasės, tautybės, kalbos, kilmės, socialinės padėties, tikėjimo, įsitikinimų ar pažiūrų. Aiškindamas Konstitucijos 29 straipsnio nuostatas, Konstitucinis Teismas ne kartą yra konstatavęs, kad konstitucinis visų asmenų lygybės principas, kurio turi būti laikomasi ir leidžiant įstatymus, ir juos taikant, ir vykdant teisingumą, įpareigoja vienodus faktus teisiškai vertinti vienodai ir draudžia iš

esmės tokius pat faktus savavališkai vertinti skirtingai, kad konstitucinis visų asmenų lygybės principas reiškia žmogaus prigimtinę teisę būti traktuojamam vienodai su kitais, įtvirtina formalią visų asmenų lygybę, taip pat kad asmenys negali būti diskriminuojami arba kad jiems negali būti teikiama privilegijų (Konstitucinio Teismo 2004 m. gruodžio 13 d. nutarimas).

Konstitucinis Teismas taip pat konstatavo, kad konstitucinis asmenų lygybės principas nepaneigia pačios galimybės skirtingai traktuoti žmones atsižvelgiant į jų statusą ar padėtį (Konstitucinio Teismo 2003 m. gruodžio 30 d. nutarimas).

Jungtinių Tautų bei Europos Sąjungos, taip pat nacionaliniuose teisės aktuose diskriminacija reiškia teisių sumažinimą, suvaržymą ar atėmimą tam tikrai kategorijai žmonių dėl kokių nors asmens požymių. Diskriminacija suvokiama kaip asmenų lygybės principo pažeidimas, kai asmeniui ar asmenų grupei yra sukuriama mažiau palankios sąlygos, taikomi skirtumai, išimties, apribojimai ar teikiamas pranašumas, lyginant su kitais asmenimis, esančiais toje pačioje ar tokioje pačioje situacijoje.

Lietuvos Respublikos Konstitucijos 46 straipsnis įtvirtina, kad Lietuvos ūkis grindžiamas privačios nuosavybės teise, asmens ūkinės veiklos laisve ir iniciatyva.

Pagal Lietuvos Respublikos lygių galimybių įstatymo 2 straipsnio 9 dalį, tiesioginė diskriminacija – tai elgesys su asmeniu, kai lyties, rasės, tautybės, kalbos, kilmės, socialinės padėties, tikėjimo, įsitikinimų ar pažiūrų, amžiaus, lytinės orientacijos, negalios, etninės priklausomybės, religijos pagrindu jam taikomos mažiau palankios sąlygos, negu panašiomis aplinkybėmis yra, buvo ar būtų taikomos kitam asmeniui. Pagal Lietuvos Respublikos lygių galimybių įstatymo 2 straipsnio 5 dalies nuostatas, netiesioginė diskriminacija apibūdinama kaip veikimas ar neveikimas, teisės norma ar vertinimo kriterijus, akivaizdžiai neutrali sąlyga ar praktika, kurie formaliai yra vienodi, bet juos įgyvendinant ar pritaikant atsiranda ar gali atsirasti faktinis naudojimosi teisėmis apribojimas arba privilegijų, pirmenybės ar pranašumo teikimas lyties, rasės, tautybės, pilietybės, kalbos, kilmės, socialinės padėties, tikėjimo, įsitikinimų ar pažiūrų, amžiaus, lytinės orientacijos, negalios, etninės priklausomybės, religijos pagrindu, nebent šį veikimą ar neveikimą, teisės normą ar vertinimo kriterijų, sąlygą ar praktiką pateisina teisėtas tikslas, o šio tikslo siekiama tinkamomis ir būtinomis priemonėmis.

Pagal Lietuvos Respublikos lygių galimybių įstatyme įtvirtintą diskriminacijos sąvoką, tiriant diskriminacijos fakto buvimą ar nebuvimą siekiama nustatyti, ar tam tikras elgesys, teisės norma, praktika galėtų tam tikrą asmenį dėl tam tikro asmens tapatybės požymio, t. y., aptariamam atveju

– dėl negalios, priversti atsidurti mažiau palankioje padėtyje nei kitas asmuo, neturintis šio požymio.

Lietuvos Respublikos lygių galimybių įstatymo 4 straipsnyje įtvirtinta įrodinėjimo pareigos paskirstymo tvarka nagrinėjant lygių galimybių principo pažeidimo atvejus, t. y., teismuose ar kitose kompetentingose institucijose nagrinėjant fizinių, juridinių asmenų, kitų organizacijų ir jų padalinių skundus, pareiškimus, prašymus, pranešimus ar ieškinius dėl diskriminacijos lyties, rasės, tautybės, pilietybės, kalbos, kilmės, socialinės padėties, tikėjimo, įsitikinimų ar pažiūrų, amžiaus, lytinės orientacijos, negalios, etninės priklausomybės, religijos pagrindu, pareiškėjui nurodžius aplinkybes, leidžiančias daryti prielaidą dėl tiesioginės ar netiesioginės diskriminacijos buvimo, preziumuojama, kad tiesioginės ar netiesioginės diskriminacijos, priekabiavimo ar nurodymo diskriminuoti faktas buvo. Skundžiamas asmuo turi įrodyti, kad lygių galimybių principas nebuvo pažeistas.

Remiantis Lietuvos Respublikos draudimo įstatymo 2 straipsnio 1 dalies nuostatomis, apdraustasis – gyvybės ir sveikatos draudimo sutartyje nurodytas fizinis asmuo, kurio gyvenime atsitikus draudžiamajam įvykiui draudikas privalo mokėti draudimo išmoką; civilinės atsakomybės draudimo sutartyje nurodytas asmuo, kurio turiniai interesai, atsirandantys iš civilinės atsakomybės, yra draudžiami; turto draudimo sutartyje nurodytas asmuo, kurio turiniai interesai yra draudžiami. Draudėjas – asmuo, kuris arba kreipėsi į draudiką dėl draudimo sutarties sudarymo, arba kuriam draudikas pasiūlė sudaryti draudimo sutartį, arba kuris sudarė draudimo sutartį su draudiku (Lietuvos Respublikos draudimo įstatymo 2 straipsnio 7 dalis). Draudikas – draudimo sutartį sudarantis ar sudaręs asmuo, teisės aktų nustatyta tvarka turintis teisę vykdyti draudimo veiklą (Lietuvos Respublikos draudimo įstatymo 2 straipsnio 8 dalis).

Pagal minėto įstatymo 92 straipsnio nuostatas, draudimo taisyklėse privalo būti nurodyti atvejai, kuriais draudimo sutartys sudaromos pagal pateiktą draudėjo rašytinį prašymą sudaryti draudimo sutartį; draudžiamieji įvykiai; nedraudžiamieji įvykiai, kuriems įvykus draudikas neprivalo mokėti draudimo išmokų; draudimo objektas; draudimo sumų (jei draudimo sumos nustatomos), draudimo įmokų dydžių apskaičiavimo tvarka, draudimo įmokų mokėjimo tvarka ir jos nesilaikymo pasekmės; draudiko, draudėjo, apdraustojo, naudos gavėjo ir nukentėjusio trečiojo asmens teisės ir pareigos; žalos nustatymo tvarka; draudimo išmokų apskaičiavimo ir išmokėjimo tvarka ir terminai.

Lietuvos Respublikos draudimo įstatymo 95 straipsnio 1 dalyje nurodyta, kad prieš sudarydamas draudimo sutartį, draudikas turi teisę įvertinti draudimo riziką Lietuvos Respublikos

civilinio kodekso 6.994 straipsnyje nustatyta tvarka. Draudikas, vertindamas draudimo riziką, turi teisę atsižvelgti į apdraustojo amžių, sveikatos būklę, profesiją ir kitus draudimo rizikai turinčius reikšmės objektyvius kriterijus, kartu užtikrindamas, kad vienodo rizikos lygio asmenų grupei būtų taikomos vienodos draudimo įmokų ir draudimo išmokų apskaičiavimo sąlygos (Lietuvos Respublikos draudimo įstatymo 117 straipsnis).

Lietuvos Respublikos civilinio kodekso 6.156 straipsnio 1 dalyje numatyta, kad šalis turi teisę laisvai sudaryti sutartis ir savo nuožiūra nustatyti tarpusavio teises bei pareigas, taip pat sudaryti ir šio kodekso nenumatytas sutartis, jeigu tai neprieštarauja įstatymams.

Lietuvos Respublikos civilinio kodekso 6.994 straipsnio 2 dalyje įtvirtinta, kad, jeigu draudimo interesas yra susijęs su fizinio asmens gyvybe ir sveikata, draudikas turi teisę reikalauti iš draudėjo dokumentų, patvirtinančių draudėjo (apdraudžiamo asmens) amžių, sveikatos būklę, profesiją bei kitas draudimo rizikai turinčias reikšmės aplinkybes.

Atkreiptinas dėmesys, kad, pagal pirmiau minėtą Lietuvos Respublikos lygių galimybių įstatymo 4 straipsnio nuostatą, nagrinėjant atvejus dėl diskriminacijos, galimam pažeidėjui tenka pareiga įrodyti, jog lygių galimybių principas nebuvo pažeistas. Pareiškėjui, besikreipiančiam į atsakingas institucijas dėl patirtos diskriminacijos, reikia nurodyti *prima facie* aplinkybes, t. y., aplinkybes, sudarančias galimo lygių galimybių pažeidimo faktą, skundžiamas asmuo privalo teikti įrodymus, kad šias aplinkybes paneigtų. Asmuo, besikreipiantis dėl padaryto pažeidimo, privalo nurodyti šias *prima facie* aplinkybes: kad besikreipiantis asmuo priklauso tam tikrai įstatymų ginamai grupei, t. y. nurodyti, kad priklauso lyties, rasės, tautybės, pilietybės, kalbos, kilmės, socialinės padėties, tikėjimo, įsitikinimų ar pažiūrų, amžiaus, lytinės orientacijos, negalios, etninės priklausomybės, religijos grupei; nurodyti, kokie santykiai siejo besikreipiantį asmenį su skundžiamuoju asmeniu, kai patyrė galimai diskriminacinį poveikį – darbo, viešųjų paslaugų ir pan.; nurodyti, kad buvo nepalankaus skundžiamo asmens poveikio subjektas ir kaip tas nepalankus poveikis besikreipiančiam asmeniui pasireiškia; pateikti faktines aplinkybes, kad skundžiamas asmuo panašioje situacijoje su kitais asmenimis, nepriklausančiais ginamųjų grupei, elgėsi palankiau nei su besikreipiančiu asmeniui¹.

Nagrinėjamu atveju Pareiškėja priklauso įstatymo ginamai asmenų grupei (turi negalią); tarp Pareiškėjos bei Bendrovės susiklostė draudėjo ir apdraustojo teisiniai santykiai; Pareiškėja nurodė kad ji patyrė nepalankų poveikį – atsisakyta sudaryti su ja draudimo sutartį; Pareiškėja

¹ Žr., pvz., Vilniaus apygardos administracinio teismo 2018 m. liepos 19 d. sprendimą Nr. I-2531-643/2018, Lygių galimybių kontrolieriaus tarnyba v AB „Eglės“ sanatorija.

teigia, kad ją atsisakyta apdrausti dėl negalios ir dėl to ji atsidūrė mažiau palankioje padėtyje nei kiti Bendrovės draudžiami asmenys, neturintys negalios.

Taigi, Pareiškėjai nurodžius visas *prima facie* aplinkybes, sudarančias lygių galimybių pažeidimo faktą, Bendrovė turėjo pareigą įrodyti, kad lygios galimybės nebuvo pažeistos.

Pažymėtina, kad minėto Lietuvos Respublikos civilinio kodekso 6.994 straipsnio, reglamentuojančio draudiko teisę įvertinti draudimo riziką, 2 dalyje nustatyta, kad, jeigu draudimo interesas yra susijęs su fizinio asmens gyvybe ir sveikata, draudikas turi teisę reikalauti iš draudėjo dokumentų, patvirtinančių draudėjo (apdraudžiamo asmens) sveikatos būklę bei kitas draudimo rizikai turinčias reikšmės aplinkybes. Taigi Lietuvos Respublikos civiliniame kodekse draudikui suteikta teisė atsižvelgti į apdraustojo sveikatos būklę, kada šie kriterijai yra objektyvūs ir turi reikšmės draudimo rizikos įvertinimui, tačiau nesuteikia teisės atsisakyti sudaryti draudimo sutarčių atsižvelgiant išimtinai tik į draudžiamojo asmens negalią.

Jau minėta Lietuvos Respublikos draudimo įstatymo 117 straipsnio, reglamentuojančio draudimo riziką, 1 dalimi nustatyta, kad draudikas, vertindamas draudimo riziką, turi teisę atsižvelgti į apdraustojo sveikatos būklę, kitus draudimo rizikai turinčius reikšmės objektyvius kriterijus, kartu užtikrindamas, kad vienodo rizikos lygio asmenų grupei būtų taikomos vienodos draudimo įmokų ir draudimo išmokų apskaičiavimo sąlygos.

Vertinant galimą diskriminaciją dėl negalios, svarbu nustatyti, ar Bendrovės sprendimas nesudaryti draudimo sutarties buvo pagrįstas objektyviais draudimo rizikos vertinimo kriterijais, susijusiais su draudiko teise vertinti draudimo riziką, ar kitais, galimai diskriminaciniais motyvais.

Nagrinėjamu atveju nustatyta, kad Pareiškėja kreipėsi į Bendrovę siekdama sudaryti sveikatos draudimo sutartį sau ir savo šeimos nariams. Kaip matyti iš pateiktų duomenų, 2024 m. gruodžio 10 d. Bendrovės atstovė elektroniniu laišku kreipėsi į Pareiškėją, prašydama pateikti papildomą informaciją apie jos ir jos šeimos narių sveikatos būklę. Atsakydama į šį prašymą, Pareiškėja nurodė, kad jai yra nustatytas 55 proc. darbingumo lygis, taip pat pateikė kitus su jos sveikata susijusius medicininius duomenis. 2024 m. gruodžio 31 d. Bendrovė pateikė Pareiškėjai pranešimą, kuriame informavo, jog, įvertinus jos pateiktus medicininius duomenis, draudimo sutartis nebus sudaroma.

Tyrimo metu Bendrovė nurodė Tarnybai, kad draudimo sutartis su Pareiškėja nebuvo sudaryta ne dėl to, kad jai nustatytas 55 proc. dalyvumo lygis, o dėl per didelės traumų rizikos. Sprendimą lėmė medicininiai duomenys apie dešinės akies regos lauko sumažėjimą, dvejinimąsi,

dešinės kūno pusės jautrumo sumažėjimą, jėgos nusilpimą, nuolatinį dešinės kojos aptirpimą, stuburo judesių apribojimą, skausminį sindromą ir fizinio krūvio netoleravimą.

Bendrovė paaiškino, kad kiekvienas asmuo, norintis sudaryti sveikatos draudimo sutartį, yra vertinamas individualiai pagal vienodus rizikos vertinimo kriterijus. Šį vertinimą atlieka medicininį išsilavinimą turintys rizikos vertinimo ekspertai, kurie priima sprendimą, ar sudaryti sutartį, ar taikyti papildomas sąlygas, ar atsisakyti sudaryti sutartį dėl per didelės rizikos.

Tyrimo metu nustatyta, kad Bendrovės sprendimas nesudaryti draudimo sutarties buvo priimtas įvertinus visą Pareiškėjos pateiktą medicininę informaciją ir atsižvelgus į konkrečius sveikatos rodiklius bei galimas rizikas. Bendrovė pateikė statistinius duomenis, kurie rodo, kad 2023 m. buvo apdrausti 821, o 2024 m. – 778 asmenys, turintys sumažėjusį darbingumo ar dalyvumo lygį arba neįgalumą. Tai patvirtina, kad negalia savaime nėra kliūtis sudaryti draudimo sutartį, o sprendimai grindžiami objektyviu sveikatos būklės vertinimu.

Vadovaujantis Lietuvos Respublikos civilinio kodekso 6.156 straipsniu, šalys turi teisę laisvai sudaryti sutartis ir nustatyti tarpusavio teises bei pareigas. Be to, Lietuvos Respublikos civilinio kodekso 6.988 straipsnio 1 dalis numato, kad draudimo sutartys gali būti tiek savanoriškos, tiek privalomosios. Asmens sveikatos draudimas nėra privalomoji draudimo rūšis, todėl Bendrovė turėjo teisę atsisakyti sudaryti sutartį su Pareiškėja, remdamasi objektyviais kriterijais.

Lietuvos bankas paaiškino, kad draudimo sutartis yra rizikos sutartis (Lietuvos Respublikos civilinio kodekso 6.160 straipsnio 3 dalis), todėl draudikas, sudarydamas draudimo sutartį, nežino ir negali tiksliai žinoti, ar draudžiamasis įvykis atsitiks, o jei atsitiks – kokio dydžio žala bus padaryta (kokio dydžio draudimo išmoką jis privalės mokėti). Tokiu atveju jis prieš draudimo sutarties sudarymą vertina įvykio atsitikimo ir potencialios draudimo išmokos dydžio tikimybę. Jei draudimo rizika yra draudikui priimtina, jis gali siūlyti potencialiam klientui sudaryti draudimo sutartį, jei ne – tokio pasiūlymo jis gali neteikti. Vertinant riziką atsižvelgiama į objektyvius kriterijus, tokius kaip amžius, sveikatos būklė ar profesija, užtikrinant vienodas sąlygas vienodo rizikos lygio asmenims. Kiekvienas draudikas savarankiškai nustato vertinimo tvarką, siekdamas užtikrinti įsipareigojimų pagal sutartis vykdymą.

Banko nuomone, nagrinėjamu atveju vertinamas Bendrovės sprendimas nepateikti pasiūlymo Pareiškėjai dėl asmens draudimo sutarties yra susijęs su savanoriškojo draudimo sutartimi, t. y. nacionaliniai teisės aktai nenustato pareigos nei Bendrovei, nei Pareiškėjai sudaryti tokios rūšies draudimo sutartį. Iš pateiktų Bendrovės paaiškinimų ir kitų dokumentų matyti, kad

Bendrovė tokį sprendimą priėmė atlikusi atskirą ir individualų Pareiškėjos rizikos vertinimą, kuris parodė, kad Pareiškėjos sveikatos būklė kelia itin didelę riziką, susijusią su traumomis.

Išanalizavus tyrimo metu gautus Pareiškėjos, Bendrovės paaiškinimus, Lietuvos banko nuomonę, teisinį reglamentavimą, konstatuotina, kad šiuo atveju nėra pakankamų duomenų, kurie pagrįstų, kad Bendrovė priėmė sprendimą nesudaryti draudimo sutarties išskirtinai dėl to, kad Pareiškėja turi negalią. Nustatyta, kad Bendrovė vadovavosi objektyviais kriterijais, pagrindžiančiais draudimo rizikos vertinimą, įskaitant Pareiškėjos sveikatos būklę. Kaip minėta anksčiau, draudimo veikla grindžiama rizikos vertinimu, todėl Bendrovė, vadovaudamasi savo vidaus rizikos vertinimo tvarka bei objektyviais kriterijais, priėmė sprendimą nesudaryti draudimo sutarties su Pareiškėja, atsižvelgdama į didelę draudimo riziką bei objektyvius kriterijus, kurie ją pagrindžia.

Vadovaujantis tuo, kas išdėstyta, nėra pagrindo teigti, kad Bendrovė padarė pažeidimą, įtvirtintą Lygių galimybių įstatymo 8 straipsnyje.

Pažymėtina, kad Lygių galimybių įstatymo 17 straipsnio 2 dalimi, lygių galimybių kontrolierius turi teisę teikti rekomendacijas bet kokiais su diskriminacija susijusiais klausimais dėl Lygių galimybių įstatymo įgyvendinimo. Atsižvelgiant į atlikto tyrimo metu surinktus duomenis, Bendrovei teikiama rekomendacija, jog ateityje, atsisakant sudaryti draudimo sutartį su asmeniu, jam turėtų būti pateikta aiški, išsami ir individuali informacija apie atsisakymo priežastis. Tokiu būdu užtikrinamas skaidrumas, asmens informavimas bei mažinama galimų diskriminacijos prielaidų rizika.

Atsižvelgdama į tai, kas išdėstyta, bei vadovaudamasi Lygių galimybių įstatymo 16 straipsniu, 17 straipsniu, 29 straipsnio 2 dalies 5 punktu,

lygių galimybių kontrolierė

n u s p r e n d ž i a:

1. Pripažinti skundą nepagrįstu, nepasitvirtinus jame nurodytiems pažeidimams.
2. Su sprendimu supažindinti Pareiškėją, AB „Lietuvos draudimas“.

Sprendimas per 1 (vieną) mėnesį nuo jo gavimo dienos gali būti skundžiamas Regiono apygardos administraciniam teismui Lietuvos Respublikos administracinių bylų teisenos įstatymo nustatyta tvarka arba Lietuvos administracinių ginčų komisijai (Vilniaus g. 27, 01402 Vilnius)

Lietuvos Respublikos ikiteisminio administracinių ginčų nagrinėjimo tvarkos įstatyme nustatyta tvarka.

Lygių galimybių kontrolierė

Birutė Sabatauskaitė