Lieta Nr.C32209114
CA0094-17/14

SPRIEDUMS
Latvijas Republikas vārdā
Valmierā 2017.gada 1.martā

Vidzemes apgabaltiesas Civillietu tiesas kolēģija:
tiesas sēdes priekšsēdētājs tiesnesis A.Bukavs
tiesneši Z.Cera, D.Lazdiņš
ar tiesas sēžu sekretārēm M.Bērziņu, B.Nīmani

piedaloties prasītāju /pers. A/ un /pers. B/ pilnvarotajai pārstāvei /pers. C/, atbildētājas apdrošināšanas akciju sabiedrības "CBL Life" pilnvarotajam pārstāvim /pers. D/, trešās personas akciju sabiedrības "Swedbank" pilnvarotajam pārstāvim /pers. E/

izskatīja atklātā tiesas sēdē civillietu /pers. A/ un /pers. B/ prasībā pret apdrošināšanas akciju sabiedrību "CBL Life" par līguma atzīšanu par spēkā esošu, līguma izpildi un morālā kaitējuma kompensācijas piedziņu, apdrošināšanas akciju sabiedrības "CBL Life" pretprasībā par darījumu atzīšanu par spēkā neesošiem, ar trešajām personām lietā akciju sabiedrību "Swedbank" un sabiedrību ar ierobežotu atbildību "Aizdevums.lv", sakarā ar apdrošināšanas akciju sabiedrības "CBL Life" apelācijas sūdzību par Rīgas pilsētas Ziemeļu rajona tiesas 2015.gada 23.novembra spriedumu.

Aprakstošā daļa

Prasītāji/pers. A/ un /pers. B/ Rīgas pilsētas Ziemeļu rajona tiesā 2013.gada 11.decembrī cēluši prasību pret atbildētāju apdrošināšanas akciju sabiedrību (turpmāk – AAS) "Citadele Life" (pēc nosaukuma maiņas – AAS "CBL Life") (prasības pieteikums – 1.sēj.l.l.42-57, papildinājumi - 1.sēj.l.l.8-11), kurā lūdz:

1) atzīt par spēkā esošiem no noslēgšanas brīža 2011.gada 17.maija līgumus – polisi Nr.LV01-205-003251 un polisi Nr.LV01-205-003252;

2) uzlikt atbildētājai par pienākumu izpildīt ar 2011.gada 17.maija līgumiem – polisēm Nr.LV01-205-003251 un Nr.LV01-205-003252 uzņemtās saistības un izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību saskaņā ar šiem līgumiem, kuru neapmaksāto saistību apmērs ir 28007,28 EUR (19683,63 LVL);

3) piedzīt morālo kompensāciju 6000 EUR par goda un cieņas aizskaršanu,

4) piedzīt tiesāšanās izdevumus.

Prasības pieteikumā, kopumā ar tā papildinājumiem norādīts, ka starp AAS "Citadele Life" un /pers. F/ 2011.gada 17.maijā noslēgti līgumi – polises Nr.LV01-205-003251 un Nr.LV01-205-003252 kredītņēmēju dzīvības apdrošināšanai. Abās polisēs norādīts, ka labuma guvēji apdrošinātā nāves gadījumā ir attiecīgā kredītiestāde no kredīta/līzinga līguma izrietošo neizpildīto saistību apmērā, kas tiek fiksēta uz apdrošinātā nāves dienu, bet kas nepārsniedz apdrošinājuma summu. Pēc šo saistību izpildes atlikušās summas labuma guvējs ir likumīgais mantinieks.

/pers. A/ un /pers. B/ māte /pers. F/ mirusi 2012.gada 19.decembrī. Prasītāji 2013.gada 4.jūnijā saņēma mantojuma apliecību par tiesībām mantot pēc likuma. Mantojums pieņemts ar inventāra tiesībām un mantojuma apliecības saņemšanas dienā prasītāji informēti par AS "Swedbank" kreditora pretenziju.

AS "Swedbank" pieteikusi uz /pers. F/ atstāto mantojumu kreditora pretenziju, kas izriet no 2008.gada 12.februāra aizdevuma līguma Nr.138291/01 (kreditora prasījums uz 2013.gada 14.maiju ir 177,32 EUR), 2006.gada 15.septembra aizdevuma līguma Nr.112179/02 (kreditora prasījums uz 2013.gada 14.maiju ir 12478,84 EUR), 2008.gada 30.septembra aizdevuma līguma Nr.112179/03 (kreditora prasījums uz 2013.gada 14.maiju ir 5121,38 EUR). No minēto aizdevumu līgumu izrietošais kreditora prasījums nodrošināts ar hipotēku uz nekustamo īpašumu /adrese/.

Tātad mirušajai /pers. F/ ir kredītsaistības AS "Swedbank", kas apdrošinātas AAS "Citadele Life", pamatojoties uz 2011.gada 17.maija kredītņēmēju dzīvības apdrošināšanas līgumu - polisi Nr.LV01-205-003251.

Prasītāji par /pers. F/ miršanas faktu nekavējoties informējuši viņiem zināmās iestādes, tostarp arī kredītiestādes AS "Swedbank", AS "GE Money". Prasītāji arī iesnieguši pieteikumu AAS "Citadele Life" saistību izpildei un apdrošināšanas atlīdzības saņemšanai.

AAS "Citadele Life" atteikusi dzīvības apdrošināšanas summas atlīdzību, jo apdrošinātājs secinājis, ka pirms līgumu noslēgšanas /pers. F/ apzināti sniegusi nepatiesu informāciju un maldinājusi apdrošinātāju par savu veselības stāvokli pirms līgumu noslēgšanas. Tādejādi radīts nepamatots pienākums apdrošinātājam izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību, jo, ja apdrošinātājs būtu zinājis patieso informāciju par /pers. F/ veselības stāvokli, apdrošinātā riska iestāšanās iespējamība tiktu novērtēta kā nepieņemama un līgumi netiktu noslēgtu.

Iebilstot apdrošinātāja viedoklim, prasītāji norādījuši, ka /pers. F/, 2011.gada 13.maijā vēršoties pie apdrošinātāja par apdrošināšanas līguma noslēgšanu, ir sniegusi pieprasīto informāciju, kas nepieciešama līguma noslēgšanas iespējamības izvērtēšanai. Tajā skaitā /pers. F/ ir sniegusi atbildes veidlapā uz medicīniska rakstura jautājumiem, kas atbilda tā brīža situācijai, proti, viņas rīcībā esošai informācijai par viņas veselības stāvokli (apstiprinātas diagnozes). Papildus minēto apliecina arī ģimenes ārstes /pers. G/ parakstītais izraksts. Uzskata, ka AAS "Citadele Life", izvērtējot tai iesniegto informāciju, ar iespēju to gan pārbaudīt, gan

nepieciešamības gadījumā pieprasīt papildu datus, varēja vispusīgi un pilnīgi pārbaudīt līguma noslēgšanas iespējas vai atteikt līguma noslēgšanu.

AAS "Citadele Life" atteikuma pamatojumā atsaukusies uz Rīgas Austrumu klīniskās slimnīcas 2013.gada 12.aprīļa izziņu, kurā norādīts, ka /pers. F/ no 2011.gada 25.maija līdz 2011.gada 2.jūnijam ar diagnozi – aknu vārtu vēnas rajona holangiokarcinoma – ārstējās stacionārā Latvijas Onkoloģijas centrā, pēc tam paciente saņēma staru terapiju. Šajā izziņā norādīts arī tas, ka staru terapija saņemta ar ļoti labu terapeitisku efektu – tumors izzudis. No kā izriet, ka /pers. F/ ārstēšana bijusi veiksmīga, un viņas izmeklēšanā, kas norisinājās 2011.gada 16.maijā, konstatētā saslimšana tika izārstēta, līdz ar ko tā nevarētu būt par pamatu līgumattiecību nodibināšanas atteikšanai un līguma atzīšanai par spēkā neesošu. Rīgas Austrumu slimnīcas 2013.gada 10.jūnija izziņā norādīta 2011.gada 16.maijā onkologa konsultācijas aprakstā minētā diagnoze, /pers. F/ uz stacionāru nosūtīta ar diagnozi par žultsceļu daļu ļaundabīgu audzēju. Apdrošinātājs ignorējis to, ka pie diagnozes ārsts pievienojis jautājuma zīmi, tātad slimība vēl nav līdz galam apstiprināta, tāpat nosūtījums datēts ar 2011.gada 17.maiju, tātad pēc informācijas iesniegšanas apdrošinātājam.

Prasītāju ieskatā, atbildētāja bez jebkāda pamatojuma apgalvo, ka apdrošinātā persona vainojama tajā, ka apdrošinātājam iesniegta nepilnīga informācija no ģimenes ārsta, noklusējot informāciju par nosūtījumu uz konsultāciju pie ķirurga-onkologa. Atbildētāja savu vieglprātīgo un nevērīgo rīcību, nesazinoties ar ģimenes ārstu un neprecizējot nepieciešamos datus risku izvērtēšanai, atzinusi par pamatojumu līguma atzīšanai par spēkā neesošu.

AAS "CBL Life" nav pierādījusi apdrošinātās personas ļaunā nolūka esamību. Proti, nav tādu pierādījumu, ka apdrošinātā persona apzināti slēpusi kādu informāciju par savu veselību. Tas, ka viņa nav sniegusi datus par iespējamu saslimšanu, nedod pamatu uzskatīt, ka viņa melojusi.

Norādīts, ka /pers. F/ 2011.gada 16.maijā stājās uzskaitē stacionārā Latvijas Onkoloģijas centra ambulatorajā daļā tikai ar aizdomām par onkoloģisku saslimšanu, tātad diagnoze ne 16.maijā, ne 17.maijā vēl nebija uzstādīta. Anketa par slimībām ir sastādīta 2011.gada 13.maijā, kad, iespējams, pastāvēja aizdomas par saslimšanu, bet tās esamība nebija pilnībā diagnosticēta un apstiprināta. Anketas jautājums (8., 8.2.) formulēts tā, ka pozitīva atbilde sniedzama tajā gadījumā, kad slimība ir diagnosticēta un apstiprināta. Prasītāju ieskatā, vēl neapstiprināta diagnoze nav iekļaujama anketā.

Apdrošinātās personas ārstēšanās no sākotnējās diagnozes uzstādīšanas brīža bijusi veiksmīga, viņa no līgumattiecību nodibināšanas brīža līdz nāves brīdim ir nodzīvojusi gandrīz divus gadus, tāpat - no diagnozes uzstādīšanas brīža ir turpinājusi strādāt, maksājusi apdrošināšanas maksājumus. Persona, kura ir potenciāli slima, ir tiesīga tāpat vērsties ar aicinājumu noslēgt apdrošināšanas līgumus un tikai paša apdrošinātāja ziņā ir slēgt vai neslēgt līgumu, kādu riska pakāpi noteikt.

No līguma noslēgšanas līdz apdrošināšanas gadījuma iestāšanās brīdim ir pagājis ilgs laiks, apdrošinātā persona savus pienākumus izpildījusi godprātīgi un pilnā apmērā. Neviens ārsta slēdziens nesatur viennozīmīgu apgalvojumu, ka slimība nav ārstējama, un nenosaka kādā laika termiņā iestāsies nāve, turklāt tā potenciāli var iestāties arī jebkādā citā rezultātā. Konkrētajā gadījumā slimība uz anketas aizpildīšanas, arī līguma noslēgšanas brīdi, nebija diagnosticēta un apstiprināta, vēlākā periodā ar ārsta slēdzienu atzīta par izārstētu.

Atbildētājas rīcība, atzīstot līgumu par spēkā neesošu un atsakoties izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību, atzīstama par izvairīšanos no uzņemto saistību izpildes pret apdrošināšanas ņēmēju. Šāda rīcība nodarījusi morālu kaitējumu, nepamatoti apgalvojot, ka prasītāju mātei bija ļauns nolūks vai rupja neuzmanība, kas aizskar gan mirušās mātes, gan visas ģimenes godu un cieņu. Morālā kaitējuma kompensācija novērtēta 6000 EUR apmērā.

Apdrošināšanas atlīdzība nenomaksātajā apmērā ir 28007,28 EUR. Labuma guvējas AS "MG Capital" (iepriekš – AS "GE Money") nesegto, apdrošināto saistību apmērs, neiekļaujot nokavējuma un līgumsoda summas, ir 9340,92 EUR, bet AS "Swedbank" (iepriekš – AS "Latvijas Hipotēku un zemes banka") nesegto, apdrošināto saistību apmērs, neiekļaujot nokavējuma un līgumsoda summu, ir 18666,36 EUR.

Prasība pamatota uz Civillikuma 1., 1587., 1635.pantu.

Rakstveida paskaidrojumā par prasību (1.sēj.l.l.115-117) AAS "CBL Life" prasību neatzīst.

Paskaidrojumā norādīts, ka saskaņā ar likuma "Par apdrošināšanas līgumu" 5.pantu, noslēdzot apdrošināšanas līgumu, apdrošinājuma ņēmēja un apdrošinātā pienākums ir sniegt visu apdrošinātāja pieprasīto informāciju par apstākļiem, kas nepieciešama apdrošinātājam apdrošinātā riska iestāšanās iespējamības novērtēšanai un ir svarīga, slēdzot apdrošināšanas līgumu. Apdrošinājuma ņēmējs un apdrošinātais ir atbildīgi par sniegtās informācijas patiesīgumu.

Atbildētāja, lai novērtētu apdrošinātā riska iestāšanās iespējamību un varētu sniegt dzīvības apdrošināšanas piedāvājumu, lūdza /pers. F/ sniegt informāciju par savu veselības stāvokli, rakstiski atbildot uz anketas jautājumiem, kā arī iesniedzot medicīniskus dokumentus no ģimenes ārsta. /pers. F/ iesniegusi ģimenes ārstes /pers. G/ 2011.gada 16.maija parakstītu izrakstu, kurā norādīta pilna diagnoze: pamatslimība - viegla arteriāla hipertenzija, blakusslimības - kakla daļas spondiloze, cervikobrahialģija, hronisks gastrīts. Vispārēja un medicīniska rakstura jautājumu anketā /pers. F/ kā sev diagnosticēto slimību vai veselības traucējumu norādīja gastrītu un redzes traucējumu - brilles darbā pie datora. Parakstot šo anketu, viņa ir apliecinājusi, ka viņas sniegtā informācija ir pilnīga un patiesa.

Pamatojoties uz /pers. F/ sniegto informāciju un dokumentiem, atbildētāja veikusi riska iestāšanās iespējamības novērtēšanu un sniedza dzīvības apdrošināšanas piedāvājumu, kā rezultātā starp AAS "Citadele Life" un /pers. F/ 2011.gada 17.maijā noslēgti kredītņēmēju dzīvības apdrošināšanas līgumi Nr.LV01-205-003251 (turpmāk arī – Līgums Nr.1), kurā apdrošinātā nāves gadījumā kā labuma guvēja neizpildīto kredītsaistību apmērā tika norādīta valsts AS "Latvijas Hipotēku un zemes banka", un Nr.LV01-205-003252 (turpmāk arī – Līgums Nr.2), kurā apdrošinātā nāves gadījumā kā labuma guvēja neizpildīto kredītsaistību apmērā norādīta AS "GE Money Bank". Līguma Nr.1 darbības termiņš noteikts no 2011.gada 17.maija līdz 2022.gada 17.maijam, ar sākotnējo dzīvības apdrošinājuma summu 19000 EUR,

bet Līguma Nr.2 darbības termiņš noteikts no 2011.gada 17.maija līdz 2015.gada 17.maijam, ar sākotnējo dzīvības apdrošināšanas summu 10000 EUR.

Atbilstoši minēto līgumu noteikumu GA-01 4.2.apakšpunktam apdrošinātā pienākums, slēdzot līgumu, ir sniegt patiesu informāciju par savu veselības stāvokli un medicīniskās izmeklēšanas rezultātiem.

Noskaidrotās ziņas liecina, ka pirms līgumu noslēgšanas /pers. F/ zināja par audzēju vai aizdomām par audzēju un apzināti slēpa šo informāciju no atbildētājas, atbildot uz anketas jautājumiem noliedzoši, tāpat noliedzoša atbilde bija uz anketas jautājumu - vai Jums ir bijušas vai tiek plānotas izmeklēšanas, ārstēšana, operācijas vai staru terapija slimnīcā vai citā ārstniecības iestādē.

Atbildētāja uzskata, ka tai tika iesniegta nepilnīga informācija, tostarp noklusējot informāciju par nosūtījumu uz konsultāciju

pie ķirurga-onkologa. /pers. F/, aizpildot anketu, slēpa no apdrošinātāja informāciju par savu veselības stāvokli, kas atbildētājai bija jāzina, lai novērtētu riska iestāšanās iespējamību. /pers. F/, iesniedzot pieteikumus kredītņēmēju dzīvības apdrošināšanai un anketu, slēpa darījuma noslēgšanai būtisku un patiesībai atbilstošus faktus, noklusēja par savu veselības stāvokli, par kuru viņa zināja pirms apdrošināšanas līgumu slēgšanas.

Ja pirms līgumu noslēgšanas atbildētāja būtu zinājusi patieso informāciju par /pers. F/ veselības stāvokli, apdrošinātā riska iestāšanās iespējamība tiktu novērtētā kā nepieņemama, un atbildētāja būtu atteikusi sniegt dzīvības apdrošināšanas piedāvājumu un līgumi netiktu noslēgti. Pamatojoties uz iepriekš minēto, pieņemts lēmums atteikt izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību prasītājiem.

Ar Rīgas pilsētas Ziemeļu rajona tiesas 2015.gada 11.februāra lēmumu tiesas sēdē (tiesas sēdes protokols – 1.sēj.l.l.160-161) lietā kā trešās personas pieaicinātas AS "Swedbank" un AS "MG Capital".

Atbildētāja AAS "CBL Life" tiesā 2015.gada 21.aprīlī cēlusi pretprasību pret /pers. A/ un /pers. B/ (pretprasības pieteikums – 1.sēj.l.l.188-196), kurā lūgts:

1) atzīt par spēkā neesošu no noslēgšanas brīža 2011.gada 17.maijā starp AAS "Citadele Life" un /pers. F/ noslēgto kredītņēmēju dzīvības apdrošināšanas līgumu (noslēgšana apliecināta ar apdrošināšanas polisi Nr.LV01-205-003251);

2) atzīt par spēkā neesošu no noslēgšanas brīža 2011.gada 17.maijā starp AAS "Citadele Life" un /pers. F/ noslēgto kredītņēmēju dzīvības apdrošināšanas līgumu (noslēgšana apliecināta ar apdrošināšanas polisi Nr.LV01-205-003252);

3) piedzīt solidāri no /pers. A/ un /pers. B/ par labu AA "CBL Life" tiesāšanās izdevumus.

Pretprasības pieteikumā norādīts, ka par sniegtās informācijas patiesīgumu ir atbildīgs apdrošinājuma ņēmējs. Gadījumā, ja apdrošinājuma ņēmējs sniedz nepatiesu informāciju, apdrošināšanas sabiedrībai pirms līguma noslēgšanas nav iespējams objektīvi novērtēt apdrošinātā riska iestāšanās iespējamību. Tā kā apdrošināšanas sabiedrība uzņemas saistības, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, izmaksāt līgumā norādītajai personai apdrošināšanas atlīdzību atbilstoši apdrošināšanas līgumam, tad apdrošināšanas sabiedrībai ir tiesiska un pamatota interese objektīvi novērtēt risku, kura apdrošināšanu tā uzņemas. Apdrošināšanas ņēmējam patiesas informācijas sniegšanas pienākums pret atbildētāju izriet ne tikai no normatīvajiem tiesību aktiem, bet arī no savstarpēji noslēgtā līguma 4.2.apakšpunkta.

Apdrošinājuma ņēmēja 2011.gada 13.maijā pašrocīgi aizpildījusi un iesniegusi atbildētājai anketu, tāpat iesniegusi ģimenes ārstes 2011.gada 16.maija izrakstu. Uz anketas jautājumiem par vēzi, citiem audzējiem (8.2.jautājums), to vai ir bijušas vai tiek plānotas izmeklēšanas, ārstēšana, operācijas vai staru terapija slimnīcā vai citā ārstniecības iestādē (9.jautājums), vai regulāri lieto medikamentus (13.jautājums), vai ir kādi iepriekš neminēti apstākļi, kas varētu ietekmēt apdrošināšanas risku (14.jautājums), apdrošināšanas ņēmēja atbildēja noliedzoši. Attiecībā uz anketas jautājumu par analīzēm (16.2.jautājums) /pers. F/ norādījusi, ka pēdējo reizi analīzes ir veiktas janvārī, un analīzes veikšanas iemesls ir profilaktiskā pārbaude. Veidlapas aizpildīšanas būtība ir tāda, ka apdrošinātājs, ņemot vērā apdrošinājuma ņēmēja ietverto informāciju anketā un ģimenes ārstes 2011.gada 16.maija izrakstu no stacionāra pacienta/ambulatorās medicīniskās kartes, objektīvi novērtē apdrošināšanas risku.

Apdrošinājuma ņēmēja, aizpildot anketu, nav norādījusi, ka sešus gadus regulāri lieto tādu medikamentu kā Activelle. Kā izriet no šā medikamenta lietošanas instrukcijas, tad viena no tā blakus parādībām ir vēzis, un šo medikamentu nav ieteicams lietot jebkādu aknu saslimšanu gadījumā. Minētais norāda, ka apdrošinājuma ņēmēja attiecībā uz aizpildītās anketas 13.jautājumu ir sniegusi apdrošinātājam nepatiesu informāciju.

Apdrošinājuma ņēmēja, aizpildot anketu, nav norādījusi, ka bez anketā norādītām janvāra analīzēm 2011.gada martā ir veikta asins bioķīmiskā analīze, kurā atrada paaugstinātus transamināžu ASAT, ALAT rādītājus, kas norāda uz aknu saslimšanu. Šie analīžu rezultāti bija pamats, lai apdrošinājuma ņēmēju nosūtītu uz ultrasonogrāfiju. Minētais norāda, ka apdrošinājuma ņēmēja attiecībā uz aizpildītās anketas 16.2.jautājumu ir sniegusi apdrošinātājam nepatiesu informāciju un noklusējusi būtiskus faktus.

Tāpat apdrošinājuma ņēmēja, aizpildot anketu, nav norādījusi, ka divas dienas pirms anketas aizpildīšanas un sešas dienas pirms apdrošināšanas līgumu noslēgšanas saņemts radiologa slēdziens attiecībā uz veikto ultrasonogrāfiju: Kr. Puses žultscelu dilatācija. Klackina Tu? Parciāla 1.puses steatoze. Minētais norāda, ka apdrošinājuma ņēmēja attiecībā uz aizpildītās anketas 8.2., 9. un 14.jautājumu ir sniegusi nepatiesu informāciju.

Aizpildot anketu, apdrošinājuma ņēmēja nav norādījusi, ka vienu dienu pirms anketas aizpildīšanas un piecas dienas pirms apdrošināšanas līgumu noslēgšanas – 2011.gada 12.maijā ģimenes ārste ar izrakstu norīko – "lūdzu ķirurga ārstēšanu, onkologs". Izrakstā pie pamatslimības tiek norādīts "Kalckina Tu?". Minētais norāda, ka apdrošinājuma ņēmēja attiecībā uz aizpildītās anketas 8.2., 9. un 14.jautājumu ir sniegusi nepatiesu informāciju.

Apdrošinājuma ņēmēja vienu dienu pirms apdrošināšanas līgumu noslēgšanas, t.i., 2011.gada 16.maijā ir bijusi pie ķirurga-onkologa, kurš pēc pacientes apskates ir pieteicis apdrošinājuma ņēmējai vietu Latvijas Onkoloģijas centra 4.nodaļā – ar ierašanos 25.maijā. Minētais norāda uz to, ka /pers. F/ uz apdrošināšanas līguma noslēgšanas brīdi – 2011.gada 17.maiju, turpināja slēpt būtiskus faktus par savu veselību, tai skaitā par to, ka ir jāstājas stacionārā - Latvijas Onkoloģijas centrā.

Pretprasības pieteikumā tālāk tiek sniegta detalizēta informācijas par Klatskin audzēju. Tajā skaitā minēts, ka Klatskin audzējs ir žultsvadu vēzis, kas atrodas aknu žultsizvadkanāla sazarošanās vietā pie sadalīšanās labajā un kreisajā žultsizvadkanālā. Audzējs tiek atklāts jau vēlā stadijā. Prognozes ir, ka 25-30% pacientu pēc ķirurģiskas iejaukšanās maksimālais dzīves ilgums pieci gadi, savukārt pacientiem, kuriem nevar veikt ķirurģisku iejaukšanos, dzīves ilgums ir 0%. Visiem ļaundabīgiem audzējiem, kopā ņemot, piecu gadu dzīvildze pa gadiem svārstās no 36,8% līdz 46,2%, turpretī tajā pašā laikā žultsceļu ļaundabīgo audzēju gadījumā tā ir no 2,2% līdz 10,1%. Otrs rādītājs, kas raksturo mirstību no konkrētās slimības, ir pirmā gada letalitāte, tā parāda, cik procenti no cilvēkiem, kam pirmo reizi konstatēta šī saslimšana, pēc gada jau ir miruši. Pēc statistikas spriežot, visiem ļaundabīgiem audzējiem, kopā ņemot, pirmā gada letalitāte ir 31,1%. Tajā pašā laikā žultsceļu ļaundabīgo audzēju gadījumā tā ir 71,9%, t.i., pēc viena gada jau 71,9% no šiem cilvēkiem ir miruši.

Dati par Klatskin audzēju un statistikas dati pierāda to, ka, ja atbildētājai būtu bijis zināms par šāda audzēja iespējamību vai esamību, tā nebūtu slēgusi apdrošināšanas līgumu. No apdrošinājuma ņēmējas puses būtiski tika palielināta riska pakāpe, par ko atbildētājai netika ziņots. Līdz ar to apdrošinātājam nebija iespējas objektīvi novērtēt apdrošinātā riska iestāšanās iespējamību, kā rezultātā viens apdrošināšanas līgums ir noslēgts uz 11 gadiem (polise Nr.LV01-205-003251), bet otrs uz četriem gadiem (polise Nr.LV01-205-003252).

Apdrošināšanas līgumu var atzīt par spēkā neesošu tikai tad, ja apdrošinājuma ņēmēja tīši, nolūkā radīt apdrošinātājam

kaitējumu, to maldinājusi vai arī pieļāvusi rupju neuzmanību, un tādejādi maldinājusi apdrošinātāju. Turklāt maldinošā informācija ir sniegta par apstākļiem, kas ir būtiski, novērtējot apdrošinātā riska iestāšanās iespējamību. Proti, tā attiecas uz apstākļiem, kas saistīti ar līgumā noteikto no apdrošināmā gribas neatkarīga notikuma iestāšanās izvērtējuma. Atbildētāja apstrīd apdrošināšanas līgumu spēkā esamību uz tā pamata, ka apdrošinājuma ņēmēja ir sniegusi nepatiesu informāciju par tādiem apstākļiem, kas ir būtiski, novērtējot apdrošinātā riska iestāšanās iespējamību.

AAS "CBL Life" izdara secinājumu, ka apdrošinājuma ņēmēja, uzzinot asins bioķīmiskās analīzes ainu, ultrasonogrāfijas rezultātus, konsultējoties pie savas ģimenes ārstes, izpildot ģimenes ārstes norīkojumu, konsultējoties pie onkologa, ir apzinājusies par audzēja esamību. Nav šaubu, ka pati apdrošinājuma ņēmēja ir noskaidrojusi, kā arī gan ģimenes ārste, gan onkologs izskaidroja Klatskin audzēja būtību un prognozes. Apdrošinājuma ņēmēja, zinot par audzēju un zinot par savām nenokārtotajām parāda saistībām pret kreditoriem, vērsās pie atbildētājas, lai apdrošinātu dzīvību un no šīs apdrošināšanas varētu segt atbilstoši apdrošināšanas līgumam apdrošinājuma ņēmēja parāda saistības, kā rezultātā atstāj mantiniekiem neapgrūtinātu vai par mazākām summām apgrūtinātu mantu.

Apdrošinājuma ņēmējas rīcība, kas jau sākotnēji vērsta uz prettiesisku mērķu sasniegšanu - iegūt apdrošināšanu, maldinot apdrošinātāju par savu veselības stāvokli, *a priori* uzskatāmi par labai ticībai un vispāratzītiem tiesību pamatprincipiem neatbilstošu rīcību, un darījumi, kas noslēgti šādas rīcības rezultātā, viennozīmīgi uzskatāmi par spēkā neesošiem.

/pers. F/, slēdzot apdrošināšanas līgumus, bija pienākums paziņot apdrošinātājam patieso informāciju par savu veselības stāvokli, veiktajiem izmeklējumiem, sākotnēji konstatētajām aizdomām par Klatskin audzēja esamību. Ievērojot to, ka apdrošinājuma ņēmēja pirms līguma noslēgšanas zināja par ļaundabīgo audzēju, bet atbildētajai sniedza apzināti nepatiesu informāciju, kā arī noklusēja būtisku informāciju, apdrošinājuma ņēmējs ir rīkojies vieglprātīgi un nevērīgi, līdz ar ko ir konstatējama rupja neuzmanība, kas ir pamats noslēgto apdrošināšanas līgumu atzīšanai par spēkā neesošiem.

Pretprasība pamatota uz Civillikuma 1., 1415., 1641., 1645.pantu, likuma "Par apdrošināšanas līgumu" 8.pantu.

Rakstveida paskaidrojumā par pretprasību (2.sēj.l.l.2-6) Aigars un /pers. B/ pretprasību neatzīst. /pers. F/ nav bijusi medicīnas nozares darbinieks vai persona ar labām zināšanām šajā nozarē, kas ļautu secināt, ka viņai ir bijuši zināmi un saprotami veikto veselības izmeklējumu rezultāti un rādītāji. Līdz brīdim, kamēr nav uzstādīta diagnoze, nebūtu pamatoti pieprasīt personai izprast un darīt zināmu trešajām personām jebkādu medicīnisku informāciju. Anketa satur jautājumus par esošām saslimšanām, tātad tādām, kas ir diagnosticētas un apstiprinātas, bet ne tādām, kas atrodas izmeklēšanas stadijā. Šādas informācijas pieprasīšana būtu nesaprātīga, jo tā nebūtu stabila, proti, var pastāvēt aizdomas par saslimšanu, bet tā var neapstiprināties. Tāpat personai var būt īslaicīga saslimšana, no kuras tā izārstējas. Anketas aizpildīšanai nav metodikas vai norādījumu, tādēļ persona, balstoties uz savu izpratni un pieredzi, sniedz atbildes uz uzdotajiem jautājumiem, un nebūtu saprātīgi pārmest personai neizpratni vai kļūdas anketas aizpildīšanā, ja nepastāv norādījumi kā anketu aizpildīt. Anketas aizpildīšanu uzraudzījis atbildētājas darbinieks, līdz ar to šī persona kā profesionālis varēja izskaidrot un pamatot, cik niansētas atbildes sniedzamas. /pers. F/ atbildētājai iesniedza sava ģimenes ārsta kontaktinformāciju, kas ir pilnīgi pietiekami, lai ļautu apdrošinātājam iegūt visas tam nepieciešamās ziņas un kompetentas personas viedokli par apdrošināmās personas veselības stāvokli, saslimšanām, u.tml. Tā vietā, lai objektīvi izvērtētu un pārbaudītu /pers. F/ sniegto informāciju, atbildētāja paļāvusies uz sniegtās informācijas apjomu, un, noslēdzot līgumus, faktiski apliecinājusi, ka tās rīcībā atrodas pietiekama informācija par apdrošināmo personu un ka apdrošinātājs riskus ir novērtējis. /pers. F/ veselības stāvoklis pēc apdrošināšanas līgumu noslēgšanas bija mainīgs, un viņa saņēma arī pozitīvas diagnozes par izārstēšanos.

Visi AAS "CBL Life" apsvērumi faktiski ir par nepilnīgu sniegto informāciju, bet tās trūkumu apdrošinātājs pats līguma noslēgšanas procedūras laikā varēja novērst, kas bijis pat atbildētājas pienākums. No apdrošināšanas līgumu noteikumiem neizriet, ka atbildētāja pie kāda no gadījumiem neslēgtu apdrošināšanas līgumu, līdz ar to personai nebija arī pamats uzskatīt, ka jebkādas veselības problēmas varētu būt šķērslis apdrošināšanas līguma noslēgšanai. /pers. F/ uz līgumu noslēgšanu nebija diagnosticēta neārstējama slimība, vai kādi citi nopietni veselības traucējumi, lai viņai būtu pamats uzskatīt, ka viņai apdrošināšanas līguma noslēgšana varētu tikt atteikta. Apšaubāms, ka atbildētāja slēgtu apdrošināšanas līgumus tikai ar absolūti veseliem cilvēkiem.

Ar Rīgas pilsētas Ziemeļu rajona tiesas 2015.gada 23.novembra spriedumu (2.sēj.l.l.31-47) /pers. A/ un /pers. B/ prasība apmierināta daļēji.

Ar spriedumu atzīti par spēkā esošiem no noslēgšanas brīža 2011.gada 17.maija līgumi – polises Nr.LV01-205-003251 un Nr.LV01-205-003252, un uzlikts par pienākumu AAS "CBL Life" izpildīt ar 2011.gada 17.maija līgumu – polisi Nr.LV01-205-003251 un Nr.LV01-205-003252 uzņemtās saistības 26974,05 EUR apmērā.

/pers. A/ un /pers. B/ prasība pret AAS "CBL Life" daļā par uzņemtās saistības izpildi 1033,23 EUR apmērā un prasība daļā par morālās kompensācijas 6000 EUR piedziņu noraidīta.

Noraidīta AAS "CBL Life" pretprasība pret /pers. A/ un /pers. B/ par darījumu - 2011.gada 17.maijā noslēgto kredītņēmēju dzīvības apdrošināšanas līgumu, kuru noslēgšana apliecināta ar apdrošināšanas polisēm Nr.LV01-205-003251 un Nr.LV01-205-003252, atzīšanu par spēkā neesošiem no noslēgšanas brīža.

No AAS "CBL Life" par labu valstij noteikts piedzīt valsts nodevu 1154,82 EUR.

Spriedumā norādīts, ka starp AAS "Citadele Life" kā apdrošinātāju un /pers. F/ kā apdrošinājuma ņēmēju 2011.gada 17.maijā noslēgts kredītņēmēju dzīvības apdrošināšanas līgums - polise Nr.LV01-205-003251 ar darbības termiņu līdz 2022.gada 17.maijam. Apdrošinātā nāves gadījumā kā labuma guvēja neizpildīto kredītsaistību apmērā, kas izriet no 2008.gada 15.oktobra līguma Nr.11217902 un 2008.gada 15.oktobra līguma Nr.13829103, norādīta valsts AS "Latvijas Hipotēku un zemes banka" (pēc reorganizācijas valsts AS "Latvijas Attīstības finanšu institūcija Altum"). Līgumā nav norādīts pēc kredītsaistību izpildes atlikušās summas cits labuma guvējs, līdz ar ko līdzēji vienojās, ka pēc neizpildīto saistību izpildes atlikušās summas labuma guvējs ir likumīgais mantinieks. Atbilstoši polises Nr.LV01-205-003251 1.pielikumam dzīvības apdrošināšanas summa pirmajā gadā ir 19000 EUR, otrajā – 17272 EUR, trešajā – 15545 EUR. Ņemot vērā, ka polise noslēgta 2011.gada 17.maijā un apdrošinājuma ņēmēja mirusi 2012.gada 19.decembrī, tad dzīvības apdrošināšanas summa nepārsniedz 17272 EUR.

Valsts AS "Latvijas Hipotēku un zemes banka" ar /pers. F/ (vēlāk – /pers. F/) un /pers. B/ 2006.gada 15.septembrī noslēgusi aizdevuma līgumu Nr.112179/02 par 17000 EUR aizdevumu līdz 2018.gada 15.septembrim, līgumā 2008.gada 21.oktobrī veiktas izmaiņas - izslēgts /pers. B/ kā aizņēmējs, pagarināts aizdevuma atmaksas termiņš līdz 2022.gada 15.septembrim. 2008.gada 12.februārī noslēgts aizdevuma līgums Nr.138291/01 ar /pers. F/ (vēlāk – /pers. F/) par 3500 EUR aizdevumu līdz 2013.gada 15.februārim. 2008.gada 30.septembrī noslēgts aizdevuma līgums Nr.112179/03 ar /pers. F/ (vēlāk – /pers. F/) un /pers. B/ par 7000 EUR aizdevumu

līdz 2018.gada 15.septembrim, līgumā 2008.gada 21.oktobrī veiktas izmaiņas – izslēgts /pers. B/ kā aizņēmējs.

Valsts AS "Latvijas Hipotēku un zemes banka" 2012.gada 30.decembrī nodeva AS "Swedbank" hipotēkas un citas saistītās zemesgrāmatā nostiprinātās hipotēkas (vienošanās Nr.20).

AS "Swedbank" 2014.gada 7.janvāra izziņā prasītājam /pers. B/ norādīts, ka uz izziņas izsniegšanas laiku /pers. F/ neizpildīto saistību apmērs pēc 2008.gada 12.februāra aizdevuma līguma Nr.138291/01, 2006.gada 15.septembra aizdevuma līguma Nr.112179/02 un 2008.gada 30.septembra aizdevuma līguma Nr.112179/03 kopsummā ir 19857,50 EUR. No izziņā norādītā redzams, ka valsts AS "Latvijas Hipotēku un zemes banka" atsavināja un AS "Swedbank" iegādājās aktīvu un saistību kopumu un piešķīra šiem trim aizdevuma līgumiem attiecīgi savus numurus un neizpildītās saistības pēc tiem ir: Nr.12-046172-PK – 226,75 EUR, Nr.12-046173-PK – 13997,33 EUR un Nr.12-046174-PK – 5633,42 EUR.

Tiesa norādījusi, ka /pers. F/ neizpildītās saistības pret AS "Swedbank" uz miršanas laiku kopsummā bija 17633,13 EUR jeb attiecīgi pēc trim prasības pieteikumā norādītajiem līgumiem - 177,32 EUR, 12478,84 EUR un 4976,97 EUR.

No lietas materiāliem to kopumā un pievienotajiem līgumiem redzams, ka attiecīgos polisē Nr.LV01-205-003251 iekļautos līgumus Nr.11217902 (pievienotajā līgumā numurs – 112179/02) un Nr.13829103 (pievienotajā līgumā numurs – 138291/01) noslēdza valsts AS "Latvijas Hipotēku un zemes banka" (vēlāk saistības pārņēma AS "Swedbank", piešķirot šiem diviem līgumiem savus numurs – Nr.12-046173-PK un Nr.12-046172-PK), un citi līgumi ar šādiem sākotnējiem numuriem nav slēgti. Lai arī polisē norādīts, ka abi minētie līgumi ir slēgti 2008.gada 15.oktobrī, bet no pievienotajiem līgumiem redzams, ka tie ir slēgti attiecīgi 2006.gada 15.decembrī un 2008.gada 12.februārī, taču 2008.gada 21.oktobrī līgumā Nr.11217902 tika veiktas izmaiņas, savukārt līguma Nr.138291/01 numurs atšķiras tikai ciparā aiz šķērssvītras, kā arī, vadoties pēc lietas materiāliem to kopsakarā, tiesas ieskatā, līdz ar ko tieši konkrētās saistības attiecināmas uz /pers. F/ neizpildītajām kredītsaistībām. Savukārt trešais AS "Swedbank" norādītais līgums - 2008.gada 30.septembra aizdevuma līgums Nr.112179/03 jeb Nr.12-046174-PK (ar saistību atlikumu 5633,42 EUR) polisē Nr.LV01-205-003251 nav iekļauts, līdz ar ko nav attiecināms uz šo polisi.

Starp AAS "Citadele Life" kā apdrošinātāju un /pers. F/ kā apdrošinājuma ņēmēju 2011.gada 17.maijā noslēgts kredītņēmēju dzīvības apdrošināšanas līgums - polise Nr.LV01-205-003252 ar darbības termiņu līdz 2015.gada 17.maijam. Apdrošinātā nāves gadījumā kā labuma guvēja neizpildīto kredītsaistību apmērā, kas izriet no 2008.gada 1.septembra līguma Nr.3250015397, norādīta AS "GE Money Bank" (sprieduma taisīšanas brīdī – AS "GE Capital Latvia"). Līgumā nav norādīts pēc kredītsaistību izpildes atlikušās summas cits labuma guvējs, līdz ar ko līdzēji vienojās, ka pēc neizpildīto saistību izpildes atlikušās summas labuma guvējs ir likumīgais mantinieks. Atbilstoši polises Nr.LV01-205-003252 1.pielikumam dzīvības apdrošināšanas summa pirmajā gadā ir 10000 EUR, otrajā – 7500 EUR, trešajā – 5000 EUR. Ņemot vērā, ka polise noslēgta 2011.gada 17.maijā un apdrošinājuma ņēmēja mirusi 2012.gada 19.decembrī, tad dzīvības apdrošināšanas summa nepārsniedz 7500 EUR.

2008.gada 2.septembrī noslēgts pirkuma līgums Nr.3250015397, ar kuru /pers. F/ (vēlāk – /pers. F/) kā līzinga ņēmēja, SIA "Serviss Vidzemē 2" kā pārdevēja un AS "GE Money" kā pircēja vienojās par automašīnas iegādi, kuras cena 18000 EUR, savukārt līzinga līguma Nr.3250015397 speciālajos noteikumos noteikts, ka līguma beigu termiņš ir 2016.gada 15.septembris.

AS "MG Capital" (iepriekšējais nosaukums – AS "GE Money") 2014.gada 7.janvāra atbildē prasītājam /pers. B/ norādīts, ka /pers. F/ neizpildīto saistību apmērs pēc līguma Nr.3250015397 ir 9592,32 EUR, kas sastāv no nomas maksājumiem 9149,99 EUR, procentiem 190,93 EUR, līgumsoda 251,01 EUR un komisijas maksas 0,39 EUR.

Tiesa vadījusies pēc Civillikuma 1504., 1505., 1507.panta, secinājusi, ka labuma guvēja apdrošinātā nāves gadījumā ir AS "MG Capital" (iepriekšējais nosaukums – AS "GE Money") pēc līguma Nr.3250015397 un AS "Swedbank" pēc valsts AS "Latvijas Hipotēku un zemes banka" 2006.gada 15.septembrī noslēgtā aizdevuma līguma Nr.112179/02 (ar grozījumiem 2008.gada 21.oktobrī) jeb AS "Swedbank" piešķirtais numurs - Nr.12-046173-PK, un 2008.gada 12.februārī noslēgtā aizdevuma līguma Nr.138291/01 jeb AS "Swedbank" piešķirtais numurs - Nr.12-046172-PK. Tiesa atzīst, ka no polisē Nr.LV01-205-003251 izrietošo atlīdzības apmēru prasītājiem neietekmē prasības pieteikumā norādītais 2008.gada 30.septembra līgums Nr.112179/03 (AS "Swedbank" piešķirtais numurs - Nr.12-046174-PK), jo tas nav norādīts dzīvības apdrošināšanas polisē.

Spriedumā minēts, ka /pers. F/ 2011.gada 17.maijā aizpildīja pieteikumu kredītņēmēju dzīvības apdrošināšanai Nr.LV-01-205-003251 un Nr.LV-01-205-003252 un tajā pašā datumā noslēgti attiecīgie kredītņēmēju dzīvības apdrošināšanas līgumi.

Apdrošināšanas līgums ir apdrošinātāja un apdrošinājuma ņēmēja vienošanās, saskaņā ar kuru apdrošinājuma ņēmējs uzņemas saistības maksāt apdrošināšanas prēmiju līgumā noteiktajā veidā, termiņos un apmērā, kā arī izpildīt citas līgumā noteiktās saistības un apdrošinātājs uzņemas saistības, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, izmaksāt līgumā norādītajai personai apdrošināšanas atlīdzību atbilstoši apdrošināšanas līgumam (likuma "Par apdrošināšanas līgumu" 1.panta 5.punkts).

Abiem /pers. F/ un apdrošinātāja starpā noslēgtajiem kredītņēmēju dzīvības apdrošināšanas līgumiem pievienotie Individuālās apdrošināšanas ar garantētu procentu likmi noteikumi GA-01. Noteikumu GA-01 4.2.apakšpunktā noteikts apdrošinātā pienākums, slēdzot līgumu, sniegt patiesu informāciju par savu veselības stāvokli un medicīniskās izmeklēšanas rezultātiem. Līdzīgs regulējums ietverts arī likuma "Par apdrošināšanas līgumu" 5.panta pirmajā daļā, 14.pantā. Tādējādi /pers. F/ kā apdrošinātās personas pienākums bija sākotnēji - slēdzot līgumu, sniegt patiesu informāciju par savu veselības stāvokli un medicīniskās izmeklēšanas rezultātiem, un sniegt to informāciju, kuru pieprasījis apdrošinātājs. Tiesa novērtējusi, ka, parakstot līgumu ar šādiem noteikumiem, apdrošinātājs būtībā apstiprinājis savu piekrišanu tam, ka līguma noslēgšanas brīdī nekādi šķēršļi līguma noslēgšanai un turpmākai spēkā esamībai nepastāvēja.

Spriedumā teikts, ka no lietas materiāliem redzams, ka laikā, kad apdrošinājuma ņēmēja atbildēja uz anketas jautājumiem, viņai pilna diagnoze nebija noteikti uzstādīta. Nav viennozīmīgi pierādīts, ka laikā, kad apdrošinājuma ņēmēja noslēdza ar atbildētāju līgumus, viņai jau bija zināma pilna diagnoze. Apdrošinājuma ņēmēja ir patērētāja atbilstoši Patērētāju tiesību aizsardzības likuma 1.panta 3.punktam, viņai nav attiecīgo medicīnisko zināšanu. Fakts, ka personai izsniegts norīkojums veikt medicīniska rakstura pārbaudes, vēl neapliecina noteiktas diagnozes esamību. Ņemot vērā minēto, tas pirmās instances tiesas ieskatā neliecina par apdrošinājuma ņēmēja vai apdrošinātā ļaunu nolūku (Civillikuma 1641.pants) vai rupju neuzmanību (Civillikuma 1645.pants), kas būtu pamats apdrošināšanas līgumu atzīšanai par spēkā neesošiem. Tiesa atsaukusies arī uz to, ka /pers. F/ iesniegusi atbildētājai aktuālu ģimenes ārstes /pers. G/ 2011.gada 16.maijā izdotu izrakstu par savu veselības stāvokli ar to informāciju, kuru tieši ģimenes ārste uzskatīja par nepieciešamu norādīt kā apdrošinājuma ņēmējas aktuālo veselības stāvokli raksturojošu, kā arī apdrošinājuma ņēmēja norādīja ģimenes ārstes /pers. G/ kontakttālruni. Līdz ar ko atbildētājai bija iespējas savlaicīgi pārbaudīt vai precizēt tai sniegto informāciju. Nav konstatēts, kā līgumu noslēgšanu ietekmēja tas, ka apdrošinājuma ņēmēja atsaukusies uz 2011.gada janvāra analīzēm, jo viņas analīžu rezultāti netika pieprasīti, un apdrošinājuma ņēmēja nav persona ar medicīnisko izglītību, lai analizētu analīžu rezultātus.

Nav pierādīts, ka /pers. F/ veselības stāvoklis būtu pasliktinājies sakarā ar kādu nenorādītu medikamentu pielietošanu.

Līdz to tiesa secinājusi, ka nav apmierināma pretprasība par līgumu - polišu atzīšanu par spēkā neesošām, bet ir apmierināma prasība par to atzīšanu par spēkā esošām.

Tā kā prasītāji prasības pieteikumā sākotnēji norādījuši kopējo saistību apmēru pret AS "Swedbank" lielāku, t.i., 18666,36 EUR, pirmās instances tiesa vadījusies pēc tā AS "Swedbank" pilnvarotā pārstāvja precizētā saistību apmēra, kas pastāvēja uz /pers. F/ miršanas laiku, t.i., 17633,13 EUR, kā arī pēc prasītāju prasības pieteikumā norādītā kopējo saistību apmēra pret AS "MG Capital" - 9340,92 EUR. Tādējādi tiesa secinājusi, ka /pers. F/ kopējās neizpildītās saistības, kas iekļautas abos 2011.gada 17.maija līgumos – polisēs, uz /pers. F/ miršanas laiku ir kopsummā 26974,05 EUR (17633,13 EUR + 9340,92 EUR), un šajā daļā prasījums ir pamatots un apmierināms, savukārt prasījums ir nepamatots 1033,23 EUR apmērā.

Prasība daļā par morālā kaitējuma kompensācijas 6000 EUR piedziņu noraidīta, jo, tiesas ieskatā, apdrošināšanas atlīdzības izmaksas atteikums, kas pamatots uz likuma "Par apdrošināšanas līgumu" 8.pantu un papildu pierādījumu izprasīšana un pārbaudīšana, atbildētājai izvērtējot apdrošināšanas atlīdzības izmaksas pamatu, nav ne prettiesiska rīcība, ne arī neatļauta darbība. Atteikums pats par sevi nepierāda prasītājiem nodarītu morālo kaitējumu, taču citi pierādījumi par to, kādas ciešanas radītas prasītājiem, nav iesniegti.

Ņemot vērā, ka saskaņā ar Civilprocesa likuma 36.panta otro daļu prasītāji daļēji atbrīvoti no valsts nodevas samaksas, tad no atbildētājas valsts ienākumos noteikts piedzīt tiesas izdevumus proporcionāli apmierināto prasījumu apmēram – valsts nodevu 1154,82 EUR apmērā.

AAS "CBL Life" par spriedumu iesniegusi apelācijas sūdzību, lūdzot atcelt spriedumu daļā, ar kuru noraidīta AAS "CBL Life" pretprasība, pretprasību apmierināt, kā arī atcelt spriedumu daļā, ar kuru apmierināta /pers. A/ un /pers. B/ prasība, prasību noraidīt.

Apelācijas sūdzībā (2.sēj.l.l.54-61) norādīts, ka tiesa lielākoties akcentējusi tikai prasītāju argumentus, kuriem ir faktiski pievienojusies, bet nav devusi savu vērtējumu. Tiesa nav noskaidrojusi likuma "Par apdrošināšanas līgumu" 5. un 8.panta mērķi un sprieduma atbilstību minēto tiesību normu mērķim, kā arī nav devusi vērtējumu lietas apstākļiem un pierādījumiem, uz kuriem balstījusies atbildētāja, kas novedis pie lietas nepareizas izspriešanas.

Likuma "Par apdrošināšanas līgumu" 5.panta pirmā un otrā daļa noteic, ka, noslēdzot apdrošināšanas līgumu, apdrošinātā pienākums ir sniegt visu apdrošinātāja pieprasīto informāciju par apstākļiem, kas nepieciešama apdrošinātājam apdrošinātā riska iestāšanās iespējamības novērtēšanai un ir svarīga, slēdzot apdrošināšanas līgumu, ka apdrošinātais ir atbildīgs par sniegtās informācijas patiesīgumu.

/pers. F/ nesniedza šādu informāciju, bet to noklusēja. Atbildētāja skaidri zināja, kāda informācija tai bija nepieciešama, un lai to iegūtu, ir izveidota anketa ar jautājumiem. Nepamatots ir arguments, ka anketas aizpildīšanā nebija metodikas. Tāda nav vajadzīga, jo uz anketas jautājumiem ir jāsniedz tā informācija, kas ir zināma anketas aizpildītajam. Piemēram, uz jautājumiem, vai ir plānota izmeklēšana, vai lieto medikamentus, nav nepieciešamas kādas speciālas zināšanas, ir tikai jāatbild apstiprinoši vai noliedzoši. Turklāt līdzīga satura anketu /pers. F/ ir aizpildījusi arī slimnīcā.

Nevietā ir tiesas atsaukšanās uz /pers. F/ kā patērētāju, norādot, ka /pers. F/ nebija medicīniskās zināšanas, lai vērtētu medicīniski savu veselības stāvokli anketā. Nav šaubu, ka /pers. F/ nav medicīniskā izglītība. Tomēr šim argumentam nav būtiska nozīme šajā lietā, jo /pers. F/ tiešām nebija pienākums izvērtēt savu veselības stāvokli. Svarīgi ir tikai tas, ka viņas pienākums bija sniegt patiesas atbildes uz anketā uzdotajiem jautājumiem.

Piemēram, neraugoties uz iepriekš minēto, /pers. F/ 2011.gada 3.marta, 3.maija analīžu testēšanas rezultātā konstatēti paaugstināti rādītāji, kamdēļ /pers. F/ nosūtīta uz ultrasonogrāfiju. /pers. F/ 2011.gada 13.maijā uz anketas 16.2.jautājumu - kad pēdējo reizi tika veiktas analīzes - uzraksta, ka pēdējās analīzes ir janvāra analīzes. Savukārt tabulā zem anketas 16.2.punkta /pers. F/ norāda - profilaktiskā pārbaude, asins analīzes.

Atbilstoši radiologa /pers. H/ 2011.gada 11.maija ultrasonogrāfijas slēdzienam /pers. F/ konstatēts - Kr.puses žultsceļu dilatācija. Kalckin Tu?, ārste /pers. G/ 2011.gada 12.maijā /pers. F/ nosūta uz Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcu ar norādi - lūdzu ķirurga ārstēšanu, onkologs; pie pamatslimības tiek norādīts – Kalckina Tu-?. Neraugoties uz to, /pers. F/ 2011.gada 13.maijā uz anketas 9.jautājumu: "Vai Jums ir bijušas vai tiek plānotas izmeklēšanas, ārstēšana, operācijas vai staru terapija slimnīcā vai citā ārstniecības iestādē" ievelk krustiņu zem atbildes "Nē". Līdz ar to /pers. F/ neatbildēja uz 9.jautājuma papildjautājumiem: "Kad? Kāda izmeklēšana vai ārstēšana? Kādēļ? Ārstniecības iestādes nosaukums, ārstējošā ārsta uzvārds."

Anketas 14.jautājumam: "Vai ir kādi iepriekš neminēti apstākļi, kas varētu ietekmēt apdrošināšanas risku" apdrošinājuma ņēmēja ievilka krustiņu zem atbildes "Nē". Līdz ar to viņa neatbildēja uz 14.jautājuma papildjautājumu: "Paskaidrojiet sīkāk."

Uz anketas 16.1.jautājumu: "Kad Jūs pēdējo reizi bijāt pie ārsta un kāds bija vizītes iemesls?" /pers. F/ vispār atbildi nesniedza.

Tāpat, neskatoties uz anketā nepatiesi sniegto un noklusēto informāciju, /pers. F/ pirms apdrošināšanas līguma parakstīšanas (2011.gada 17.maijā), pamatojoties uz /pers. H/ ultrasonogrāfijas slēdziena, asinsanalīžu rezultātiem, /pers. G/ nosūtījumu pamata, 2011.gada 16.maijā ir bijusi pie ķirurga-onkologa /pers. I/ uz konsultācijām, kurš pēc pacientes apskates ir pieteicis /pers. F/ vietu Latvijas Onkoloģijas centra 4.nodaļā - iestāšanās 25.maijā un 2011.gada 23.maijā nozīmējis datortomogrāfiju (CT).

Par šādiem izmeklējumiem un daktera /pers. I/ norīkojumiem /pers. F/ neuzskatīja par vajadzīgu informēt atbildētāju pirms apdrošināšanas līguma noslēgšanas, kā rezultātā tika noslēgts apdrošināšanas līgums. Tādejādi var secināt, ka, atbildot uz jautājumu ar atbildi "Nē", /pers. F/ ir nepārprotami sniegusi atbildētajai nepatiesu informāciju un noklusēja patieso informāciju.

Līguma slēgšanas brīdī atbildētāja uzskatīja, ka nav risku slēgt apdrošināšanas līgumu, jo gan /pers. F/, gan pat ģimenes ārste bija sniegušas informāciju, kurā nebija nekādu risku slēgt apdrošināšanas līgumu. /pers. F/, atbildot uz anketas jautājumiem, ir atbildējusi noliedzoši, tādā veidā nesniedzot un noklusējot informāciju gan par to, ka dienu pirms anketas aizpildīšanas ir saņēmusi nosūtījumu uz izmeklējumiem un uz ārstēšanu pie onkologa, gan noklusējot pēdējo analīžu veikšanas datumus, gan par ilgstoši lietotajiem medikamentiem.

Likuma "Par apdrošināšanas līgumu" 8.pants noteic, ka ja apdrošinājuma ņēmēja vai apdrošinātā ļauns nolūks (Civillikuma 1641.pants) vai rupja neuzmanība (Civillikuma 1645.pants) ir bijusi par iemeslu apdrošinātāja maldināšanai par apstākļiem, kas tam jāzina apdrošinātā riska iestāšanās iespējamības novērtēšanai, apdrošināšanas līgumu atzīst par spēkā neesošu no tā noslēgšanas brīža. Iemaksāto apdrošināšanas prēmiju apdrošinātājs neatmaksā.

Tādējādi tiesai bija jāvērtē visi lietā minētie fakti, lai noskaidrotu, vai, apzināti nenorādot sev zināmu informāciju par sevi un veselības stāvokli, /pers. F/ ir rīkojusies ar rupju neuzmanību. Taču tiesa ir atreferējusi likuma normas par vieglu neuzmanību, turklāt

ignorējusi faktus, kas pierāda atbildētājas apzinātu maldināšanu. Tā vietā tiesa pieņēmumu formā analizējusi to, vai bija zināma pilna diagnoze uz apdrošināšanas līguma noslēgšanu, kā arī /pers. F/ spēju vai nespēju izprast medicīnisku informāciju. Taču tas neattiecas uz lietas būtiskajiem apstākļiem, jo, tikai noslēpjot kādu informāciju, maldinot līguma otru pusi, sekas bija līguma noslēgšana. Nav pamatota tiesas norāde, kā atbildētājai vajadzēja kādā situācijā rīkoties, piemēram, ka atbildētājai pašai bija iespēja sazināties ar ģimenes ārstu. Ja apdrošināšanas klients, aizpildot anketu, norāda, ka nav plānoti izmeklējumi, nav saslimšanu, turklāt iesniegtajā ģimenes ārsta izrakstā ģimenes ārsts norādījis tādas saslimšanas, kas nav tādas, kas palielinātu apdrošināšanas riskus, jo minētās saslimšanas ir lielākajai daļai cilvēku /pers. F/ vecumā, tad apdrošinātājam nav vēlreiz jāvēršas pie ģimenes ārsta pēc informācijas, jo visu informāciju ģimenes ārsts un /pers. F/ bija jau snieguši. Šī informācija bija sniegta tāda, ka nebija nekādu risku slēgt apdrošināšanas līgumus.

Tiesa vispār nav vērtējusi rupju neuzmanību no /pers. F/ puses. No viņas puses ir konstatējama rupja neuzmanība, nesniedzot atbildētājai pirms apdrošināšanas līguma noslēgšanas pilnu un patiesu informāciju, kas tai jāzina apdrošinātā riska iestāšanās iespējamības novērtēšanai. AAS "CBL Life" uzskata, ka /pers. F/ rīcībā ir saskatāms saprātīgas personas rūpības trūkums, līdz ar ko /pers. F/ rīcība ir vērtējama kā rupja neuzmanība Civillikuma 1645.panta izpratnē. Ņemot vērā minēto, ir konstatējams apdrošināšanas līguma, polišu 4.2.apakšpunkta pārkāpums no /pers. F/ puses.

Uz to, ka pirmās instances tiesa paviršiizskatījusi strīdu, norāda arī jautājuma izskatīšana, kas attiecas par apdrošināšanas atlīdzības apmēru. Pirmās instances tiesa nav ņēmusi vērā, kā arī nav motivējusi, kāpēc nav ņemts vērā atbildētājas rakstveida paskaidrojumos norādītais. Proti, no kredītņēmēja dzīvības apdrošināšanas līguma polises Nr.LV01-205-003251 1.pielikuma izriet, ka dzīvības apdrošinājuma summa ir atkarīga no apdrošināšanas gada. Attiecīgi pirmajā gadā – 19000 EUR, otrajā – 17272 EUR, trešajā – 15545 EUR. Tā kā /pers. F/ mirusi 2012.gada 19.decembrī, tad atbilstoši otrajam apdrošināšanas gadam dzīvības apdrošinājuma summa nepārsniegtu 17272 EUR.

Kredītņēmēja dzīvības apdrošināšanas līguma 1.pielikumā pie polises Nr.LV01-205-003252 norādīts, ka dzīvības apdrošinājuma summa atkarīga no apdrošināšanas gada. Attiecīgi pirmajā gadā – 10000 EUR, otrajā – 7500 EUR, trešajā – 5000 EUR, ceturtajā – 2500 EUR. Tā kā /pers. F/ mirusi 2012.gada 19.decembrī, tad atbilstoši otrajam apdrošināšanas gadam dzīvības apdrošinājuma summa nepārsniedz 7500 EUR.

Līdz ar ko maksimālā summa, kura atbildētājai būtu jāmaksā, ja nepastāvētu strīds, par abām apdrošināšanas polisēm būtu 24772 EUR, nevis kā tiesa norāda spriedumā – 26974,05 EUR.

Atbildētājas ieskatā, pirmās instances tiesa vadījusies no lietas emocionālās puses, ņemot vērā, ka lietas apstākļi liek cilvēcīgi nosvērties par labu prasītājiem, taču tiesai ir pienākums izspriest lietu tikai saskaņā ar likumu.

Rakstveida paskaidrojumā par apelācijas sūdzību (2.sēj.l.l.66-70) Aigars un /pers. B/ minējuši, ka pirmās instances tiesas spriedums ir taisnīgs, tas pieņemts, ievērojot pastāvošo tiesisko regulējumu, rūpīgi izvērtējot lietā esošos faktiskos apstākļus, noslēgtos līgumus un pušu savstarpēji uzņemtās saistības un iegūtās tiesības.

/pers. F/ sniegusi anketā pieprasīto informāciju, anketas aizpildīšana veikta atbildētājas darbinieka uzraudzībā un pavadībā, līdz ar to darbinieks sniedz mutisku informāciju par to, kādi dati norādāmi anketā. Saskaņā ar anketu un noslēgto apdrošināšanas līgumu /pers. F/ ir piešķīrusi neierobežotas tiesības atbildētājai iegūt visu papildu nepieciešamo informāciju par viņas veselības stāvokli, ārstēšanu, medikamentu lietošanu, izmeklēšanu, u.tml..

Atbildētājai šajā lietā bija pienākums rīkoties kā krietnam un rūpīgam saimniekam, un kā nozares speciālistam tai vislabāk bija zināms, kāda informācija tieši nepieciešama, lai izlemtu jautājumu par apdrošināšanas līguma noslēgšanu un tieši tādu informāciju arī iegūt.

No lietā saņemtajiem medicīniskajiem dokumentiem konstatējams, ka /pers. F/ apdrošināšanas periodā ir bijusi izveseļojusies, proti, izmeklēšanā konstatēts, ka audzējs ir izzudis.

Apdrošināšanas līgumu noslēgšanas brīdī /pers. F/ nav bijusi uzstādīta vēža saslimšanas diagnoze, jebkādu izmeklējumu veikšana liecina par iespējamām aizdomām par saslimšanu. Pārmest personai, ka tā nav norādījusi par iespējamu saslimšanu, ir nekorekti un neētiski, jo persona līdz brīdim, kamēr nav uzstādīta diagnoze, paļaujas, ka saslimšana netiks konstatēta.

Atbildētājas atteikums izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību ir formāls. /pers. F/ izpildījusi savas saistības – veikusi apdrošināšanas maksājumus ilgstošā periodā. Noslēgtie līgumi tieši paredz kārtību apdrošināšanas atlīdzības izmaksai gadījumos, kad personas nāve iestājas pirms līguma termiņa beigām.

No likuma "Par apdrošināšanas līgumu" 1.panta 5., 9.punkta, 6.panta trešās daļas izriet, ka, noslēdzot apdrošināšanas līgumu, apdrošinātājs, saņemot apdrošināšanas prēmiju, uzņemas samaksāt atlīdzību par zaudējumiem, ko apdrošinājuma ņēmējs varētu ciest, iestājoties no viņa gribas neatkarīgam notikumam – apdrošināšanas gadījumam, bet apdrošinājuma ņēmējs uzņemas samaksāt apdrošināšanas prēmiju, kā arī izpildīt citas līgumā, apdrošināšanas vispārīgos un sevišķos noteikumos noteiktās saistības.

Saskaņā ar Civilprocesa likuma $32.^1$ pantu un pamatojoties uz Augstākās tiesas priekšsēdētāja 2016.gada 2.maija lēmumu lieta no Rīgas apgabaltiesas nodota izskatīšanai Vidzemes apgabaltiesai.

Ar Vidzemes apgabaltiesas Civillietu tiesas kolēģijas 2016.gada 13.decembra lēmumu tiesas sēdē (tiesas sēdes protokols – 2.sēj.l.l.87-88) trešā persona AS "MG Capital" aizstāta ar SIA "Aizdevums.lv".

Apelācijas instances tiesas sēdē atbildētājas AAS "CBL Life" pilnvarotais pārstāvis /pers. D/ apelācijas sūdzību un pretprasību uzturēja, prasību neatzina. Pārstāvis tiesas sēdēs 2016.gada 13.decembrī un 2017.gada 15.februārī sniedza paskaidrojumus atbilstoši pretprasības pieteikumā, paskaidrojumā par prasību un apelācijas sūdzībā norādītajiem apstākļiem. No paskaidrojumiem izriet, ka /pers. F/ nav sniegusi apdrošinātājai patiesu informāciju, ir to maldinājusi. Pretējā gadījumā apdrošinātāja līgumus nebūtu noslēgusi. /pers. F/ zinājusi par savu veselības stāvokli, to, ka tiek nosūtīta uz onkoloģijas pārbaudi, to, ka ir sliktas asins analīzes, bet par to apdrošinātāju nav informējusi. Zinot par slimību - vēzi, viņa vēlējusies, lai viņas mantinieki ir bez saistībām, un tāpēc noslēgusi šos līgumus. Vēl arī papildus apelācijas sūdzībā norādītajam pārstāvis minēja, ka apdrošinājuma ņēmēja anketā norādījusi, ka tuviniekiem nav nekādu kaišu, savukārt slimnīcai (1.sēj.l.l.214) viņa minējusi, ka pa tēva līniju ir onkoloģiskas saslimšanas. Iesniegtie materiāli apelācijas instancē par datu ievadīšanas rezultātu dzīvības riska izvērtēšanas pārapdrošinātāja SwissRe sistēmā vēl papildus

apliecina to, ka ja atbildētājas rīcībā būtu bijusi informācija, kura bija /pers. F/ rīcībā, tad atbildētāja dzīvības apdrošināšanas līgumu nebūtu noslēgusi. Šī programma tikusi lietota arī attiecīgo līgumu slēgšanas laikā, tad ievadīti tie dati, ko apdrošinājuma ņēmēja sniegusi. /pers. F/ mirusi no vēža radītajām sekām, tā metastāzēm, t.i., audzēja šūnām aizceļojot uz citām ķermeņa daļām, ko apliecina lietas materiāli (1.sēj.l.l.203. un l.l.109).

Prasītāju/pers. A/ un /pers. B/ pilnvarotā pārstāve /pers. C/ prasību uzturēja, pretprasību un apelācijas sūdzību neatzina. Pārstāve tiesas sēdēs 2016.gada 13.decembrī u n 2017.gada 15.februārī sniedza paskaidrojumus atbilstoši prasības pieteikumā, paskaidrojumā par pretprasību un paskaidrojumā par apelācijas sūdzību norādītajiem apstākļiem. Aizpildot anketu 2011.gada 13.maijā, /pers. F/ pierādījumi par savu slimību ar vēzi nav bijuši, diagnoze nav bijusi uzstādīta. Domā, ka viņai 2011.gada 11.maijā bijis zināms par ultrasonogrāfiju. Par personas rīcību anketas 9.punkta aizpildīšanā komentēt nevar. Uzskata, ka atbildētāja nav veikusi savus pienākumus, lai novērtētu riskus. Tā nav veikusi darbības, lai iegūtu nepieciešamo informāciju, piemēram, nav pieprasījusi analīzes, nav sazinājusies ar ģimenes ārstu, tāpat pieņemta nepilnīga anketa. Nav saprotams, vai, noslēdzot apdrošināšanas līgumus, dati prasītāja pārstāvja minētajā dzīvības riska izvērtēšanas pārapdrošinātāja SwissRe sistēmā tikuši ievadīti. Anketas jautājumā par radiniekiem nav prasīts par vēzi.

Trešās personas AS "Swedbank" pilnvarotais pārstāvis /pers. E/ uzskatīja, ka prasība ir apmierināma. No pārstāvja paskaidrotā tiesas sēdē 2017.gada 15.februārī izriet, ka uz /pers. F/ nāves dienu bankas pārņemtās, neizpildīto kredīta saistību apmērs (pamatsummas) pēc lietā norādītajiem trīs līgumiem ir attiecīgi 177,32 EUR, 12478,84 EUR un 4976,97 EUR, un tas nav samazinājies. Polisē norādīti divi līgumi, par trešo līgumu nav pierādījumu, ka tas attiecināms uz šo apdrošināšanas gadījumu.

Lietas dalībnieku paskaidrojumu fiksēti tiesas sēdes skaņu ierakstā.

Trešās personas SIA "Aizdevums.lv" pārstāvis tiesas sēdē nav ieradies. Tiesā saņemts trešās personas iesniegums ar lūgumu izskatīt lietu bez tās pārstāvja klātbūtnes, šim lietas dalībniekam par tiesas sēdi paziņots. Ievērojot minēto, lieta izskatāma bez trešās personas SIA "Aizdevums.lv" pārstāvja klātbūtnes tiesas sēdē.

Rīgas pilsētas Ziemeļu rajona tiesas 2015.gada 23.novembra spriedums nav pārsūdzēts un līdz ar to stājies likumīgā spēkā daļā, ar kuru Aigara un /pers. B/ prasība pret AAS "CBL Life" noraidīta, t.i., daļā par uzņemtās saistības izpildi 1033,23 EUR apmērā un morālā kaitējuma kompensācijas 6000 EUR piedziņu.

Motīvu daļa

Novērtējusi prasības pieteikumā, pretprasības pieteikumā un apelācijas sūdzībā norādītos motīvus, lietā esošos rakstveida pierādījumus, lietas dalībnieku paskaidrojumus, Civillietu tiesas kolēģija atzīst, ka /pers. A/ un /pers. B/ prasība daļā, kurā tā izskatāma apelācijas instances tiesā, ir noraidāma, bet AAS "CBL Life" pretprasība ir apmierināma.

2011.gada 17.maijā starp AAS "Citadele Life" (tagadējais nosaukums - "CBL Life") kā apdrošinātāju un /pers. F/ kā apdrošinājuma ņēmēju noslēgts kredītņēmēju dzīvības apdrošināšanas līgums - polise Nr.LV01-205-003251 (1.sēj.l.l.113), ar darbības termiņu līdz 2022.gada 17.maijam. Apdrošinātā nāves gadījumā kā labuma guvēja neizpildīto kredītsaistību apmērā, kas izriet no 2008.gada 15.oktobra līguma Nr.11217902 un 2008.gada 15.oktobra līguma Nr.13829103, norādīta valsts AS "Latvijas Hipotēku un zemes banka". Līgumā nav norādīts pēc kredītsaistību izpildes atlikušās summas cits labuma guvējs. Lietā nav strīda, ka līdz ar to līdzēji vienojušies, ka pēc neizpildīto saistību izpildes atlikušās summas labuma guvējs ir apdrošinājuma ņēmējas mantinieks. Atbilstoši kredītņēmēja dzīvības apdrošināšanas līguma polises Nr.LV01-205-003251 1.pielikumam dzīvības apdrošināšanas summa pirmajā gadā ir 19000 EUR, otrajā – 17272 EUR, trešajā – 15545 EUR.

No lietā iesniegtajiem aizdevuma līgumiem ar valsts AS "Latvijas Hipotēku un zemes banka" redzams, ka 2006.gada 15.septembrī noslēgts aizdevuma līgums Nr.112179/02 ar /pers. F/ (vēlāk uzvārds– /pers. F/) un /pers. B/ par 17000 EUR aizdevumu līdz 2018.gada 15.septembrim, bet no līguma 2.pielikuma redzams, ka 2008.gada 21.oktobrī veiktas izmaiņas līgumā, izslēdzot /pers. B/ kā aizņēmēju un pagarināts aizdevuma atmaksas termiņš līdz 2022.gada 15.septembrim (1.sēj.l.l.78-86). 2008.gada 12.februārī noslēgts aizdevuma līgums Nr.138291/01 ar /pers. F/ (vēlāk uzvārds– /pers. F/) par 3500 EUR aizdevumu līdz 2013.gada 15.februārim (1.sēj.l.l.87-95). 2008.gada 30.septembrī noslēgts aizdevuma līgums Nr.112179/03 ar /pers. F/ (vēlāk uzvārds – /pers. F/) un /pers. B/ par 7000 EUR aizdevumu līdz 2018.gada 15.septembrim, bet no līguma 2.pielikuma redzams, ka 2008.gada 21.oktobrī veiktas izmaiņas līgumā, izslēdzot /pers. B/ kā aizņēmēju (1.sēj.l.l.68-77).

N o 2013.gada 13.maija apliecinājuma par prasījumu pāreju un tā pielikuma (2.sēj.l.l.122-123) redzams, ka valsts AS "Latvijas Hipotēku un zemes banka" nodevusi AS "Swedbank" prasījuma tiesības pret tās klientiem, kas pamatotas ar noslēgtajiem aizdevuma līgumiem un šo aizdevumu līgumu nodrošinājumiem. Ar 2012.gada 24.novembri prasījuma tiesības ar tām saistītām blakustiesībām un blakusprasībām pārgājušas AS "Swedbank", tajā skaitā arī prasījumi no iepriekš noslēgtajiem līgumiem ar /pers. F/.

Lietā nav strīda, ka AS "Swedbank" aizdevumu līgumiem savā uzskaites sistēmā piešķīrusi savus identificējošos numurus, kā izriet no AS "Swedbank" izziņas (1.sēj.l.l.34-35) - attiecīgi Nr.12-046172-PK, Nr.12-046173-PK un Nr.12-046174. Konstatējot neprecizitātes un veicot analīzi, pirmās instances tiesa atzinusi, ka dzīvības apdrošināšanas līguma polisē Nr.LV01-205-003251 ietverti 2006.gada 15.septembra līgums Nr.112179/02 un 2008.gada 12.februāra līgums Nr.138291/01 (kam AS "Swedbank" piešķīrusi savus numurus- Nr.12-046173-PK un Nr.12-046172-PK), bet trešais norādītais līgums - 2008.gada 30.septembra aizdevuma līgums Nr.112179/03 jeb AS "Swedbank" sistēmā ar Nr.12-046174-PK polisē nav iekļauts, līdz ar ko nav attiecināms uz polisi. Minētos secinājumus apelācijas instances tiesai nav pamata apšaubīt, tiem nav iebilduši arī lietas dalībnieki.

2011.gada 17.maijā starp AAS "Citadele Life" (tagadējais nosaukums "CBL Life") kā apdrošinātāju un /pers. F/ kā apdrošinājuma ņēmēju noslēgts kredītņēmēju dzīvības apdrošināšanas līgums - polise Nr.LV01-205-003252 (1.sēj.l.l.113), ar darbības termiņu līdz 2015.gada 17.maijam. Apdrošinātā nāves gadījumā kā labuma guvējs neizpildīto kredītsaistību apmērā, kas izriet no 2008.gada 1.septembra līguma Nr.3250015397, norādīta AS "GE Money Bank". Līgumā nav norādīts pēc kredītsaistību izpildes atlikušās summas cits labuma guvējs, līdz ar to līdzēji vienojušies, ka pēc neizpildīto saistību izpildes atlikušās summas labuma guvējs ir likumīgais mantinieks. Atbilstoši kredītņēmēja dzīvības apdrošināšanas līguma polises Nr.LV01-205-003252 1.pielikumam dzīvības

apdrošināšanas summa pirmajā gadā ir 10000 EUR, otrajā – 7500 EUR, trešajā – 5000 EUR.

No lietā iesniegtajiem 2008.gada 2.septembra pirkuma līguma Nr.3250015397 un līzinga līguma Nr.3250015397 speciālajiem un vispārējiem noteikumiem (1.sēj.l.l.58-64) izriet, ka šos līgumus noslēguši - pirkuma līgumu SIA "Serviss Vidzemē 2" kā pārdevējs, /pers. F/ (vēlāk uzvārds- /pers. F/) kā līzinga ņēmējs un AS "GE Money" (vēlāk – AS "MG Capital") kā pircējs, bet līzinga līgumu - /pers. F/ (vēlāk uzvārds - /pers. F/) kā līzinga ņēmējs un AS "GE Money" kā līzinga devējs. Pirkuma un līzinga līgumos norādīta pirkuma maksa 18000 EUR, kas atbilstoši līzinga līguma noteikumiem /pers. F/ jāatmaksā AS "GE Money" līdz 2016.gada 15.septembrim.

No pirmās instances tiesas secinātā izriet, ka, ņemot vērā konstatētās neprecizitātes, atzīts, ka uz attiecīgo polisi attiecas tieši šo līgumu saistības ar labuma guvēju konkrēti AS "MG Capital" (iepriekš – AS "GE Money"). Minētos secinājumus apelācijas instances tiesai nav pamata apšaubīt, tiem nav iebilduši arī lietas dalībnieki. AS "MG Capital" vēlāk ar Uzņēmumu reģistra 2015.gada 31.augusta lēmumu (2.sēj.l.l.84) reorganizācijas-apvienošanas rezultātā pievienota SIA "Aizdevums.lv".

/pers. F/ 2012.gada 19.decembrī mirusi (miršanas apliecība - 1.sēj.l.l.98).

Pēc /pers. F/ nāves prasītāji iesnieguši notārei iesniegumu par mantojuma pieņemšanu, mantojuma atklāšanos un apstiprināšanu mantošanas tiesībās (1.sēj.l.l.99). 2013.gada 4.jūnijā notāre izsniegusi mantojuma apliecību (1.sēj.l.l.100), apstiprinot /pers. A/ un /pers. B/ mantojuma tiesībās katru 1/2 domājamās daļas apmērā uz /pers. F/ atstāto mantojumu. Mantojuma apliecībā norādīts, ka mantinieki mantojumu ir pieņēmuši ar inventāra tiesībām.

Prasītāji, kuri ir /pers. F/ mantinieki, prasībā pret AAS "CBL Life" lūguši atzīt par spēkā esošiem 2011.gada 17.maijā noslēgto kredītņēmēju dzīvības apdrošināšanas līgumus (polises Nr.LV01-205-003251 un Nr.LV01-205-003252) un uzlikt atbildētājai par pienākumu izpildīt tajās uzņemtās saistības - izmaksāt apdrošināšanas atlīdzības saskaņā ar līgumiem, t.i., tās izmaksāt labumu guvējiem (AS "Swedbank" un AS "MG Capital" (tagad SIA "Aizdevums.lv")). Savukārt AAS "CBL Life" ar pretprasību lūdz šos norādītos kredītņēmēju dzīvības apdrošināšanas līgumus atzīt par spēkā neesošiem no noslēgšanas brīža.

Civillietu tiesas kolēģija atzīst, ka AAS "CBL Life" pretprasība ir apmierināma tālāk norādīto apsvērumu dēļ.

Likuma "Par apdrošināšanas līgumu" 1.panta 5.punktā noteikts, ka apdrošināšanas līgums ir apdrošinātāja un apdrošinājuma ņēmēja vienošanās, ar kuru apdrošinājuma ņēmējs uzņemas saistības maksāt apdrošināšanas prēmiju līgumā noteiktajā veidā, termiņos un apmērā, kā arī izpildīt citas līgumā noteiktās saistības, un apdrošinātājs uzņemas saistības, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, izmaksāt līgumā norādītajai personai apdrošināšanas atlīdzību atbilstoši apdrošināšanas līgumam.

Šī likuma 5.panta pirmajā daļā noteikts, ka, noslēdzot apdrošināšanas līgumu, apdrošinājuma ņēmēja un apdrošinātā pienākums ir sniegt visu apdrošinātāja pieprasīto informāciju par apstākļiem, kas nepieciešama apdrošinātājam apdrošinātā riska iestāšanās iespējamības novērtēšanai un ir svarīga, slēdzot apdrošināšanas līgumu. Likuma 5.panta otrajā daļā paredzēts, ka apdrošinājuma ņēmējs un apdrošinātais ir atbildīgi par sniegtās informācijas patiesīgumu.

Minētais izriet arī no /pers. F/ un atbildētājas savstarpēji 2011.gada 17.maijā noslēgtajiem kredītņēmēju dzīvības apdrošināšanas līgumu (polises Nr.LV01-205-003251 un LV01-205-003252 - 1.sēj.l.l.113) individuālās apdrošināšanas ar garantētu procentu likmi līguma noteikumu GA-01 4.2.apakšpunkta, kurā paredzēts apdrošinātā pienākums, slēdzot līgumu, sniegt patiesu informāciju par savu veselības stāvokli un medicīniskās izmeklēšanas rezultātiem.

Savukārt likuma "Par apdrošināšanas līgumu" 8.pantā paredzēts, ka ja apdrošinājuma ņēmēja vai apdrošinātā ļauns nolūks (Civillikuma 1641.pants) vai rupja neuzmanība (Civillikuma 1645.pants) ir bijusi par iemeslu apdrošinātā maldināšanai par apstākļiem, kas tam jāzina apdrošinātā riska iestāšanās iespējamības novērtēšanai, apdrošināšanas līgumu atzīst par spēkā neesošu no noslēgšanas brīža. Iemaksāto apdrošināšanas prēmiju apdrošinātājs neatmaksā.

Minētais norādīts ne tikai likumā, bet arī iepriekš minēto /pers. F/ un atbildētājas noslēgto kredītņēmēju dzīvības apdrošināšanas līgumu noteikumu GA-01 14.punktā.

Civillikuma 1641.pantā paredzēts, ka ar ļaunu nolūku jāsaprot katrs tīšs kaitējums. Civillikuma 1645.panta pirmajā daļā sniegts rupjas neuzmanības vispārējais jēdziens, un konkrēti norādīts, ka neuzmanība ir rupja, ja kāds rīkojas augstākā mērā vieglprātīgi vai nevērīgi, vai mazāk rūpējas par viņam uzticētām svešām lietām un darīšanām nekā par savām paša, vai arī uzsāk tādu darbību, kuras kaitīgums un bīstamība nevarēja un nedrīkstēja palikt viņam nezināmi.

Juridiskajā literatūrā norādīts, ka "augstākā mērā vieglprātīga un nevērīga rīcība konstatējama pēc pretnostatījuma vieglas neuzmanības raksturojumam. No šī viedokļa rupju neuzmanību var konstatēt tad, ja tiesību aizskārējs ne tikai nav izrādījis krietna un rūpīga saimnieka rūpību un čaklību un tātad nav veicis apstākļiem parasti atbilstošus pasākumus, lai nerastos tiesību pārkāpums, bet nav vispār neko darījis vai veicis tikai dažus nebūtiskus, formālus pasākumus, lai pārkāpums nenotiktu, vai kaut nevēlēdamies negatīvas sekas, tomēr ignorējis drošības pasākumus. Šis kritērijs ir saistāms ar objektīvu vērtējumu, salīdzinot pārkāpēja attieksmi ar citu subjektu parasto rīcību atbilstīgos apstākļos." (*Latvijas Republikas Civillikuma komentāri. Saistību tiesības (1401.-2400.p.). Sagatavojis autoru kolektīvs prof. K.Torgāna vispārīgā zinātniskā redakcijā. Rīga. 1998. 151.lpp.*). Tādejādi juridiskajā literatūrā atzīts, ka rupja neuzmanība konstatējama, to pretnostatot vieglas neuzmanības raksturojumam.

No lietas materiāliem izriet, ka /pers. F/ sniegusi informāciju par apstākļiem, kas nepieciešama apdrošinātājam apdrošinātā riska iestāšanās iespējamības novērtēšanai 2011.gada 13.maijā, aizpildot apdrošinātāja sagatavoto anketu ar jautājumiem (1.sēj.l.l.96-97).

Anketā iekļauts 9.jautājums "Vai jums ir bijušas vai tiek plānotas izmeklēšanas, ārstēšana, operācijas vai staru terapija slimnīcā vai citā ārstniecības iestādē?" uz ko /pers. F/ sniegusi atbildi "Nē". Līdz ar to viņa nav sniegusi atbildi uz jautājumu, kas būtu jāsniedz apstiprinošas atbildes gadījumā - "Kad? Kāda izmeklēšana vai ārstēšana? Kādēļ? Ārstniecības iestādes nosaukums, ārstējošā ārsta uzvārds."

/pers. F/ noliedzošu atbildi sniegusi pie apstākļiem, kad divas dienas iepriekš - 2011.gada 11.maijā radiologs /pers. H/ sniedzis ultrasonogrāfijas slēdzienu "Kr.puses žultsceļu dilatācija. Klackina Tu?" (2.sēj.l.l.11). Savukārt dienu iepriekš - 2011.gada 12.maijā ģimenes ārste /pers. G/ sniegusi izrakstu - nosūtījumu uz Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcu, kurā norādīts "Lūdzu ķirurga ārstēšanu. Onkologs" (2.sēj.l.l.12-13). Tāpat par nosūtījumu ar atzīmi "Klackina Tu" norādīts ambulatorā slimnieka medicīniskajā kartē (1.sēj.l.l.237). Minēto faktu apstiprina arī Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas 2013.gada 12.aprīļa izziņa (1.sēj.l.l.109), kurā norādīts, ka /pers. F/ 2011.gada 16.maijā stājusies uzskaitē stacionāra "Latvijas Onkoloģijas centrs"

Ambulatorajā daļā, kad ar ģimenes ārsta nosūtījumu ar aizdomām par onkoloģisku saslimšanu ieradās uz konsultāciju pie ķirurga-onkologa. Savukārt no slimnīcas 2013.gada 10.jūnija izziņas (2.sēj.l.l.110) izriet, ka 2011.gada 17.maijā onkologs pacienti /pers. F/ nosūtījis uz stacionāru ar diagnozi "C24 Citu un neprecizētu žultsceļu daļu ļaundabīgs audzējs".

No iepriekš norādītā nepārprotami izriet, ka /pers. F/ 2011.gada 13.maijā neuzrādīja apdrošinātājam būtisku informāciju - par plānoto izmeklēšanu un ārstēšanu sakarā ar aizdomām par onkoloģisku saslimšanu (iespējamo Klackina audzēju).

No prasītāju pārstāves norādītā izriet, ka /pers. F/ uz 2011.gada 13.maiju diagnoze nav bijusi uzstādīta, tobrīd nav bijuši pierādījumi par slimību - vēzi (Klackina tumors). Šajā ziņā norādāms, ka attiecīgais anketas 9.jautājums nav par jau neapšaubāmi konstatētu saslimšanu vai diagnozi, bet gan lūgts atbildēt, vai ir plānota izmeklēšana, ārstēšana slimnīcā vai ārstniecības iestādē. Uz minēto jautājumu /pers. F/ atbildējusi nepatiesi, to noliedzot, neraugoties uz ultrasonofogrāfijas slēdzienu un ģimenes ārstes nosūtījumu, kas izrakstīts pavisam neilgi pirms anketas aizpildīšanas. Tiesas kolēģijas ieskatā attiecīgais anketas jautājums ir pietiekoši skaidrs, nav pārprotams. Tāpat šajā ziņā, lai atbildētu uz jautājumu par faktu vai ir plānota izmeklēšana, ārstēšana, nav nepieciešamas kādas attiecīgas medicīniskas zināšanas.

Atbildot noliedzoši uz anketas 9.jautājumu, tādejādi nav aizpildīta arī attiecīgā anketas sadaļa par to, kad un kāda izmeklēšana, ārstēšana tiek plānota. Līdz ar to /pers. F/ neuzrādīja un apdrošinātājs neieguva būtiskas, svarīgas ziņas par apstākļiem, kas nepieciešama apdrošinātājam apdrošinātā riska iestāšanās iespējamības novērtēšanai. Aizpildot anketu atbilstoši faktiskajiem apstākļiem, t.i., uzrādot plānoto izmeklēšanu, ārstēšanu, apdrošinātāja būtu varējusi objektīvi izvērtēt apdrošinātā riska iestāšanās iespējamību (tajā skaitā pēc pašas informācijas - fakta iegūšanas no /pers. F/ aizpildītās anketas par plānotajām darbībām, un iespējams tad arī apdrošinātājam izprasot jau detalizētāku informāciju par veselības stāvokli no ārstniecības personām) un novērtēt, vai piekrīt kredītņēmēja dzīvības apdrošināšanas līgumu noslēgšanai.

Tiesas kolēģijas ieskatā, konkrētajos apstākļos, acīmredzami neatbilstoši faktiskajiem apstākļiem atbildot noliedzoši uz anketas 9.jautājumu un līdz ar to neatbildot uz tālāko saistīto paskaidrojošo anketas jautājumu, /pers. F/ ir pieļāvusi vismaz rupju neuzmanību, tādejādi maldinot apdrošinātāju par svarīgiem apstākļiem, kas tam jāzina apdrošinātā riska iestāšanās iespējamības novērtēšanai. Minētais saskaņā ar likuma "Par apdrošināšanas līgumu" 5. un 8.pantu un /pers. F/ un apdrošinātāja noslēgto līgumu 4.2.apakšpunktam un 14.punktam ir pamats šo līgumu atzīšanai par spēkā neesošiem no noslēgšanas brīža.

Ievērojot minēto, lietā nav būtiskas nozīmes tam, vai uz 2011.gada 13.maiju, kā arī uz līgumu noslēgšanas dienu 2011.gada 17.maiju /pers. F/ jau bija noteikta precīza slimības diagnoze, tāpat nav uzskatāms, ka viņai, atbildot uz attiecīgo anketas jautājumu, būtu nepieciešams vērtēt savu veselības stāvokli, kam nepieciešamas īpašas zināšanas.

Turklāt norādāms, ka /pers. F/ pieteikumus kredītņēmēju dzīvības apdrošināšanai parakstījusi 2011.gada 17.maijā (1.sēj.l.l.113), kuros tāpat norādījusi, ka visa viņas sniegtā informācija ir pilnīga un patiesa un ka apņemas nekavējoties rakstveidā informēt apdrošinātāju par jebkurām būtiskām minētās informācijas izmaiņām. 2011.gada 17.maijā /pers. F/ un atbildētāja noslēgusi attiecīgos kredītņēmēju dzīvības apdrošināšanas līgumus. Tomēr dienu iepriekš - 2011.gada 16.maijā /pers. F/ bijusi pie ķirurga-onkologa /pers. I/, kurš viņai pieteicis vietu Latvijas Onkoloģijas centra 4.nodaļā (izraksts - 2.sēj.l.l.14). Par šo apstākli - veicamajām izmeklēšanām, ārstēšanām (kas arī atbilst anketas 9.jautājumam) /pers. F/ apdrošinātāju tāpat netika informējusi arī pirms līguma noslēgšanas.

Piebilstams tas, ka no Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas Diagnostikas radioloģijas centra magnētiskās rezonanses 2011.gada 26.maija izmeklējuma (2.sēj.l.l.15) secināts, ka tās vizuālā aina ar lielāko varbūtību atbilst Klackina tumoram. Precīza diagnoze - Klackina audzējs fiksēta Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas 2011.gada 15.jūnija izrakstā no slimnieka medicīniskās kartes (ārste /pers. J/), kā arī pat jau iepriekš - šīs pašas slimnīcas 2011.gada 17.maija izrakstā no slimnieka medicīniskās kartes (ārsts /pers. I/) fiksēta diagnoze "C24 Citu un neprecizētu žultsceļu daļu ļaundabīgs audzējs".

Tiesas kolēģija atzīst, ka minētā informācija par plānotajām izmeklēšanām un ārstēšanām apdrošinātājam bija svarīga un būtiska apdrošināšanas līguma noslēgšanai. Sekojoši iegūstot informāciju par plānotām izmeklēšanām un ārstēšanām par nopietnām aizdomām par saslimšanu ar vēzi (Klackina tumoru), atbildētājai kļūtu zināmi pavisam citi dati apdrošināšanas riska iestāšanās iespējamības novērtēšanai, ko atbildētājai, slēdzot apdrošināšanas līgumus, līdz ar to nebija iespējams izvērtēt. Apelācijas instances tiesai nav nekāda iemesla apšaubīt atbildētājas pretprasībā norādītos faktus, ka minētais audzējs ir žultsvadu vēzis, kurš medicīniskajā literatūrā tiek aprakstīts kā tāds, kas tiek atklāts vēlā stadijā, un kā žultsceļu ļaundabīgam audzējam atbilstoši statistikas datiem raksturīga īpaši augsta to slimnieku mirstība, piemēram, žultsceļu ļaundabīgo audzēju gadījumā piecu gadu dzīvildze ir no 2,2% līdz 10,1%. Minētos faktus pēc būtības nav apstrīdējusi arī prasītāju puse. Līdz ar to, ja atbildētājai būtu bijis zināms par šāda audzēja iespējamību, tad, tiesas kolēģijas ieskatā, nav nekāda pamata apšaubīt AAS "CBL Life" pārstāvja norādīto, ka, izvērtējot apdrošināšanas riska iestāšanās iespējamību, attiecīgie kredītņēmēja dzīvības apdrošināšanas līgumi, kuru termiņi turklāt ir attiecīgi 11 un četri gadi, nebūtu noslēgti. Turklāt piebilstams, ka apelācijas instances tiesā iesniegts zvērināta tiesu izpildītāja Aināra Šusta sastādīts akts Nr.00044/086/2017-AKT (2.sēj.l.l.98-11119), no kura izriet, ka, lietojot dzīvības riska izvērtēšanas pārapdrošinātāja SwissRE sistēmu un ievadot datus par /pers. F/, t.i., 2011.gada 11.maija ultrasonogrāfijas rezultātus ar norādi par Klackina tumoru, sistēma dod atbildi, ka dotajā situācijā apdrošināšana jāatliek. Tāpat tādu atbildi sistēma dod, ja tiek ievadīti /pers. F/SIA "Centrālā laboratorija" veikto 2011.gada 3.marta un 2011.gada 3.maija testēšanas (analīžu) rezultāti. Lai gan lietā nav tiešu pierādījumu, ka šo sistēmu atbildētāja lietojusi 2011.gada maijā pie apdrošināšanas līgumu slēgšanas ar /pers. F/ (ko norādīja atbildētājas pārstāvis tiesas sēdē), tomēr minētie sistēmas dati paši par sevi apliecina attiecīgās informācijas svarīgumu (par attiecīgā audzēja iespējamību) apdrošināšanas riska iestāšanās novērtēšanai un nozīmīgumu apdrošināšanas līgumu noslēgšanai, un kas papildus jau iepriekš minētajam apliecina, ka, apdrošinātājam saņemot attiecīgu informāciju (patiesu atbildi uz anketas 9.jautājumu), apdrošināšanas līgumi nebūtu noslēgti.

Tāpat 2011.gada 13.maijā, atbildot uz anketas 16.2.jautājumu "Kad pēdējo reizi tika veiktas analīzes?", /pers. F/ sniegusi atbildi "janvāra analīzes", un tās raksturojot sīkāk atbildējusi "profilaktoriskā pārbaude, asins analīzes". Minētā atbilde neatbilst patiesībai, jo /pers. F/ (iepriekšējais uzvārds /pers. F/) veiktas analīzes 2011.gada 3.martā, kurā konstatēti nelabvēlīgi rezultāti (testēšanas rezultātu pārskats - 1.sēj.l.l.235, medicīniskie dokumenti - 1.sēj.l.l.206, 214, 221). Tāpat vēlreiz analīzes veiktas 2011.gada 3.maijā, atkal ar nelabvēlīgiem rezultātiem (testēšanas rezultātu pārskats - 1.sēj.l.l.236). No izrakstā-epikrīzē no pacienta medicīniskās kartes (parakstījis ārsts /pers. I/) izdarītajiem ierakstiem sadaļā "Īsa klīniskā epikrīze" izriet, ka sakarā ar analīžu rezultātiem veikti tālāki medicīniski izmeklējumi, kā galarezultātā konstatēts Klackina tumors.

Lai gan atbilde uz šo anketas 16.2.jautājumu individuāli viena pati par sevi citos apstākļos varētu nesniegt apdrošinātājam nozīmīgu informāciju, taču konkrētajā gadījumā atbilde vērtējama kopumā ar atbildi uz anketas 9.jautājumu. Tiesas ieskatā, maz ticams, ka, ņemot vērā divu analīžu veikšanu, turklāt to, ka pēdējā izdarīta neilgi pirms anketas aizpildīšanas, /pers. F/ būtu par tām aizmirsusi,

t.i., norādot, ka pēdējās analīzes izdarītas janvārī. Arī šis ir jautājums par faktu, kur nav nepieciešamas medicīniskas zināšanas un sava veselības stāvokļa vērtēšana. Minētais norāda, ka, vērtējot atbildes uz anketas 9. un 16.2.jautājumu to kopumā, /pers. F/ pieļāvusi vismaz rupju neuzmanību, nenorādot apdrošinātājam svarīgu informāciju apdrošināšanas līgumu noslēgšanai. Nav pamata šaubīties, ka /pers. F/, nesniedzot patiesu informāciju par savu veselību konkrētajā aspektā, noklusējot faktus par plānoto izmeklēšanu, ārstēšanu, kopumā ar atbildi tāpat uz anketas 16.2.jautājumu, ir rīkojusies augstākā mērā vieglprātīgi un nevērīgi, tādejādi izdarot jau iepriekš norādīto likuma "Par apdrošināšanas līgumu" tiesību normu un noslēgto līgumu punktu pārkāpumu, kas ir pamats līgumu atzīšanai par spēkā nesošiem.

Piebilstams arī tas, ka /pers. F/ uz anketas 13.jautājumu par to vai regulāri lieto medikamentus, atbildējusi noliedzoši, kaut gan nedaudz vēlāk, 2011.gada 26.maijā, aizpildot anketu slimnīcā (1.sēj.l.l.218), viņa norādījusi, ka regulāri sešus gadus lieto medikamentu "Activelle". Par minēto medikamentu atbildētāja norādījusi, ka atbilstoši tā lietošanas instrukcijai viena no tā blakus parādībām ir vēzis un to nav ieteicams lietot jebkādu aknu saslimšanas gadījumos. Minētais apstāklis vērtējams kopsakarībā ar spriedumā jau iepriekš norādītajām atbildēm, t.i., secinot, ka /pers. F/ netika sniegusi pilnīgu informāciju apdrošinātājam.

Atbildētājas pārstāvis apelācijas sūdzībā atsaucies arī uz /pers. F/ atbildi uz anketas 14.jautājumu (Vai ir kādi iepriekš neminēti apstākļi, kas varētu ietekmēt apdrošināšanas risku (atkarība no apreibinošam un psihotropām vielām, Jums izteikti draudi, esat ārstējies ārzemēs, strādājat ārpus Latvijas u.c.), kur atbilde ir "Nē"; kā arī tiesas sēdē atsaucās uz atbildi par 15.jautājumu (Vai kādam no Jūsu tuvākajiem radiniekiem ir vai nav bijis paaugstināts asinsspiediens, sirds vai asinsrites slimības vecumā līdz 60 gadiem, cukura diabēts vai jebkādas iedzimtas vai pārmantotas kaites?), kur atbilde ir – "neesmu informēta", par pēdējo atbildi piebilstot, ka savukārt 2011.gada 25.maija medicīniskajā dokumentācijā minēts, ka tēva tēvam ir bijusi onkoloģiska saslimšana. Tiesas kolēģijas ieskatā, nav pamata pārmest /pers. F/ attiecīgo atbilžu sniegšanu uz šo anketas 14. un 15.jautājumu tādā veidā, kā tās sniegtas, jo 14.jautājums iekavās satur citus faktorus, kas nav saistīti ar medicīnisku saslimšanu, bet 15.jautājums konkrēti nenorāda minēt radinieku onkoloģiskas saslimšanas.

Tiesas kolēģija neuzskata, ka AAS "CBL Life" pretprasība būtu noraidāma tādu apstākļu dēļ, ka apdrošinātājs pirms kredītņēmēju dzīvības apdrošināšanas līgumu noslēgšanas nav vērsies pie ģimenes ārstes vai ārstniecības iestādēs, izprasījis kādu informāciju, medicīnisku dokumentāciju, ka pretprasība būtu noraidāma tādēļ, ka atbildētāja nebūtu izpildījusi kādus savus pienākumus.

Šajā sakarā norādāms, ka saskaņā ar likuma "Par apdrošināšanas līgumu" 5.panta pirmo un otro daļu tieši apdrošinātā pienākums ir sniegt apdrošinātāja pieprasīto informāciju, kas apdrošinātajam ir jāsniedz patiesa. Savukārt apdrošinātājs ir tiesīgs uz to paļauties. Tā kā /pers. F/ anketā netika norādījusi paredzēto izmeklēšanu, ārstēšanu, un līdz ar to arī sīkāku informāciju par tām (to iemeslu - saslimšanas vai iespējamās saslimšanas veidu, t.i., šajā gadījumā ar vēzi, tāpat ārstu), turklāt lietā nav strīda, ka pirms apdrošināšanas līgumu noslēgšanas pēc atbildētājas lūguma no /pers. F/ puses apdrošinātājam iesniegts ģimenes ārstes 2011.gada 16.maija izraksts (1.sēj.l.l.120), kurā norādītas tikai tādas saslimšanas, kas nebija šķērslis apdrošināšanas līgumu noslēgšanai (viegla arteriāla hipertenzija, kakla daļas spondiloze, cervikobrahialģija, hronisks gastrīts), tad apdrošinātājam tā brīža situācijā arī nebija objektīvas nepieciešamības vēl pieprasīt kādu papildu informāciju un kādus materiālus no ģimenes ārstes vai citām personām. Ņemams vērā, ka atbildētāja bija saņēmusi gan anketā iekļautās ziņas no /pers. F/, gan arī ģimenes ārstes izrakstu.

Pirmās instances tiesa spriedumā arī norādījusi uz /pers. F/ kā patērētāju, taču apelācijas instances tiesa nekonstatē kādu viņas kā patērētājas tiesību pārkāpumu, un uz to pēc būtības nav balstījušies arī prasītāji.

Tiesas kolēģija atzīst, ka, ņemot vērā spriedumā jau iepriekš norādītos apsvērumus, lietas iznākumu nevar ietekmēt apstākļu vērtējums par to, kādas slimības rezultātā un kādu faktoru ietekmē pēc apmēram pusotra gada pēc apdrošināšanas līgumu noslēgšanas, 2012.gada 19.decembrī /pers. F/ mirusi. Prasītāju ieskatā, /pers. F/ no vēža (Klackina tumora) izārstējusies, savukārt atbildētājas pārstāvis norādījis, ka /pers. F/ mirusi no vēža radītajām sekām, tā metastāzēm, t.i., audzēja šūnām aizceļojot uz citām ķermeņa daļām. No pēdējiem medicīniskajiem dokumentiem - Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas izrakstiem-epikrīzēm par laiku no 2012.gada 22.oktobra līdz 2012.gada 28.novembrim (1.sēj.l.l.200-201), 2012.gada 31.augusta līdz 12.septembrim (1.sēj.l.l.202-203) izriet, ka pamatdiagnoze ir Klackina tumors, ir konstatēts tumora recidīvs, ir konstatētas metastāzes. 2012.gada 14.decembrī /pers. F/ uzņemta slimnīcā ar nosūtījuma informāciju par holangiokarcinomas recidīvu, saņemtu staru terapiju, elpošanas mazspēju un diagnozi C34 - bronhu un plaušu ļaundabīgu audzēju (1.sēj.l.l.224). Minētie fakti vairāk norāda uz nāvi no vēža izraisītajām metastāzēm, kas pats par sevi papildus norāda uz attiecīgā audzēja (Klackina tumors) bīstamību, taču sīkāk apelācijas instances tiesa šim jautājumam nepievēršas, jo, kā jau norādīts, tas neietekmē lietas iznākumu.

Prasītāju norādītais, ka /pers. F/ no savas puses pildījusi citas apdrošināšanas līguma saistības, neietekmē prasības vai pretprasības apmierināšanu vai noraidīšanu.

Tā kā tiek apmierināta AAS "CBL Life" pretprasība, līdz ar to tiek pilnībā izslēgta prasītāju prasības apmierināšanas iespēja, un sekojoši - Aigara un /pers. B/ prasība ir noraidāma pilnīgi.

Apelācijas sūdzībā norādīts arī arguments, ka pirmās instances tiesa kļūdījusies arī jautājumā par apdrošināšanas atlīdzības apmēru. Tā kā tiek apmierināta AAS "CBL Life" pretprasība citu iepriekš spriedumā norādīto apstākļu dēļ, tad minētajam argumentam nav nozīmes lietas iznākumā. Vienlaikus konstatējams, ka pirmās instances tiesas spriedums šajā ziņā ir pretrunīgs. No vienas puses, spriedumā minēts, ka atbilstoši kredītņēmēja dzīvības apdrošināšanas polisei Nr.LV01-205-003251, tās 1.pielikumam, un tā kā apdrošinājuma ņēmēja mirusi 2012.gada 19.decembrī (tātad otrajā gadā), tad dzīvības apdrošināšanas summa nepārsniedz 17272 EUR, kā arī tiesa secinājusi, ka viens no AS "Swedbank" norādītajiem līgumiem - 2008.gada 30.septembra aizdevuma līgums ar saistību atlikumu 5633,42 EUR vispār neattiecas uz šo polisi. No otras puses, tiesa, nosakot neizpildīto saistību apmēru, vadījusies pēc AS "Swedbank" pārstāvja tiesas sēdē paziņotā saistību apmēra 17633,13 EUR par visiem trim līgumiem, neko neatskaitot un nesamazinot. Apelācijas instances tiesa secina, ka pie šādiem apstākļiem, neievērojot dzīvības apdrošināšanas summu otrajā dzīvības gadā, un to, ka viens no aizdevuma līgumiem - 2008.gada 30.septembra aizdevuma līgums kredītņēmēja dzīvības apdrošināšanas polisēs nav iekļauts, un tātad par šo līgumu atbildētāja nekādus pienākumus nebija uzņēmusies, pirmās instances tiesa bija noteikusi nepamatoti lielu saistību izpildes apjomu atbildētājai. Tomēr, kā jau norādīts iepriekš, tā kā apmierināta atbildētājas pretprasība un paši kredītņēmēja dzīvības apdrošināšanas līgumi (apdrošināšanas polises Nr.LV01-205-003251 un Nr.LV01-205-003252) atzīti par spēkā neesošiem no to noslēgšanas brīža, minēto apstākļu analīzei nav nozīmes lietas iznākumā. Līdz ar to apelācijas instances tiesa tālākai apstākļu vērtēšanai šajā ziņā nepievēršas.

Daļēji apmierinot Aigara un /pers. B/ prasību, Civillietu tiesas kolēģijas ieskatā, pirmās instances tiesa nav pilnīgi novērtējusi lietas faktiskos apstākļus.

Spriedumā nosakāms, kam un kādā apmērā maksājami tiesāšanās izdevumi.

Civilprocesa likuma 41.panta pirmajā daļā paredzēts, ka pusei, kuras labā taisīts spriedums, tiesa piespriež no otras puses tās samaksātos tiesas izdevumus. Ievērojot minēto, no prasītājiem par labu atbildētājai piedzenama samaksātā valsts nodeva par pretprasības pieteikumu 1210,97 EUR (maksājuma dokuments - 1.sēj.l.l.197), valsts nodeva par apelācijas sūdzību 1210,97 EUR (maksājuma dokuments - 2.sēj.l.l.62), ar lietas vešanu saistītie izdevumi 14,09 EUR (maksājuma dokuments - 1.sēj.l.l.198), kopā 2436,03 EUR. Minētie tiesas izdevumi līdzīgās daļās piedzenami no prasītājiem par labu AAS "CBL Life". Lai gan atbildētāja pretprasības pieteikumā lūgusi šos izdevumus no prasītājiem piedzīt solidāri, tomēr tiesas kolēģija nekonstatē normatīvajos aktos paredzētos priekšnoteikumus tiesas izdevumu solidārai piedziņai.

Lietā radušies ar lietas izskatīšanu saistītie izdevumi par tiesas pavēstu un tiesas dokumentu piegādi un izsniegšanu pirmās instances un apelācijas instances tiesā kopā 29,76 EUR (izdevumi pirmās instances tiesā 12,40 EUR, ko apliecina pavēstu uzziņa 2.sēj.l.l.137-138; apelācijas instances tiesā 17,36 EUR, ko apliecina uzziņa 2.sēj.l.l.78). No šiem izdevumiem atbildētāja samaksājusi 14,09 EUR (1.sēj.l.l.198), bet prasītāji 9,39 EUR (maksājuma uzdevums par 6,60 LVL - 1.sēj.l.l.2), tātad nenomaksātā daļa ir 6,28 EUR. Civilprocesa likuma 42.panta otrajā daļā paredzēts, ka ja prasību noraida, tad iepriekš nesamaksātie tiesas izdevumi piedzenami no prasītāja valsts ienākumos. Līdz ar to nenomaksātā daļa līdzīgās daļās piedzenama no prasītājiem valsts labā.

Atbilstoši Civilprocesa likuma 204.[1] pantam nosakāms termiņš sprieduma labprātīgai izpildei par tiesas izdevumu un ar lietas izskatīšanu saistīto izdevumu samaksu 10 dienas no sprieduma likumīgā spēkā stāšanās dienas.

Rezolutīvā daļa

Vadoties no Civilprocesa likuma 432.-434.panta, Vidzemes apgabaltiesas Civillietu tiesas kolēģija

nosprieda:

noraidīt /pers. A/, personas kods /personas kods/, un /pers. B/, personas kods /personas kods/, prasību pret apdrošināšanas akciju sabiedrību "CBL Life", vienotais reģistrācijas Nr.40003786859, par 2011.gada 17.maijā noslēgto kredītņēmēju dzīvības apdrošināšanas līgumu, kuru noslēgšana apliecināta ar polisēm Nr.LV01-205-003251 un Nr.LV01-205-003252, atzīšanu par spēkā esošiem un uzņemto saistību 26974,05 EUR (divdesmit sešu tūkstošu deviņsimt septiņdesmit četru eiro un 5 centu) izpildi.

Apdrošināšanas akciju sabiedrības "CBL Life" pretprasību apmierināt.

Atzīt par spēkā neesošiem no noslēgšanas brīža starp apdrošināšanas akciju sabiedrību "CBL Life", vienotais reģistrācijas Nr.40003786859, un /pers. F/, personas kods /personas kods/, noslēgtos kredītņēmēju dzīvības apdrošināšanas līgumus, kuru noslēgšana apliecināta ar apdrošināšanas polisēm Nr.LV01-205-003251 un Nr.LV01-205-003252.

Piedzīt no /pers. A/ par labu apdrošināšanas akciju sabiedrībai "CBL Life" tiesas izdevumus 1218,02 EUR (vienu tūkstoti astoņpadsmit eiro un 2 centus), par labu valstij ar lietas izskatīšanu saistītos izdevumus 3,14 EUR (trīs eiro un 14 centus).

Piedzīt no /pers. B/ par labu apdrošināšanas akciju sabiedrībai "CBL Life" tiesas izdevumus 1218,02 EUR (vienu tūkstoti astoņpadsmit eiro un 2 centus), par labu valstij ar lietas izskatīšanu saistītos izdevumus 3,14 EUR (trīs eiro un 14 centus).

Noteikt termiņu sprieduma labprātīgai izpildei par tiesas izdevumu un ar lietas izskatīšanu saistīto izdevumu samaksu 10 (desmit) dienas no sprieduma likumīgā spēkā stāšanās dienas.

Spriedumu 30 (trīsdesmit) dienu laikā no pilna sprieduma sastādīšanas dienas 2017.gada 15.marta var pārsūdzēt Augstākās tiesas Civillietu departamentā Civilprocesa likuma 451., 452.pantā paredzētajos gadījumos, iesniedzot kasācijas sūdzību Vidzemes apgabaltiesā.

Tiesas sēdes priekšsēdētājs tiesnesis A.Bukavs

Tiesneši Z.Cera

D.Lazdiņš