



**LIETUVOS BANKO
TEISĖS IR LICENCIJAVIMO DEPARTAMENTO
DIREKTORIUS**

**SPRENDIMAS
DĖL X. X. IR AXIS SPECIALTY EUROPE SE GINČO NAGRINĖJIMO**

2024-06-26 Nr. 429-138
Vilnius

Lietuvos bankas gavo X. X. (toliau – pareiškėja) kreipimąsi, kuriuo pareiškėja prašė išnagrinėti tarp jos ir *AXIS Specialty Europe SE* (toliau – draudikas), atstovaujamos įgalioto atstovo Lietuvoje *Baltic Underwriting Agency, AB*, (toliau – draudiko atstovas), kilusį ginčą.

N u s t a t y t a:

2023 m. gruodžio 31 d. – 2024 m. gruodžio 31 d. draudimo laikotarpiui tarp draudiko ir *Danske Bank A/S*, veikiančios per Lietuvoje įsteigtą filialą, (toliau – draudėja) buvo sudaryta Draudimo nuo nelaimingų atsitikimų sutartis (toliau – Draudimo sutartis). Draudimo sutartimi apdrausti draudėjos darbuotojai, įskaitant ir pareiškėją.

Draudimo liudijime nurodyta, kad, be kitų draudimo rizikų, apdraustieji 3 000 Eur draudimo suma yra apdrausti medicininių išlaidų dėl nelaimingo atsitikimo draudimo rizika. Draudimo liudijime taip pat nurodyta, kad Draudimo sutarčiai taikomos Draudimo nuo nelaimingų atsitikimų taisyklės Nr. *BPAC-2022/09* (toliau – Taisyklės).

Pareiškėja, kaip apdraustoji pagal Draudimo sutartį, 2024 m. kovo 12 d. draudiko atstovui pateikė pranešimą apie 2024 m. kovo 12 d. patirto nelaimingo atsitikimo metu sužalotą (*Duomenys neskelbiami*) (toliau – Įvykis). Dėl Įvykio pareiškėjai buvo išmokėta 30,78 Eur draudimo išmoka, atlyginanti ramentų įsigijimo išlaidas, taip pat išmokėta pagal Draudimo sutarties sąlygas apskaičiuota 400 Eur draudimo išmoka už (*Duomenys neskelbiami*).

Pareiškėja, nesutikdama su išmokėtos draudimo išmokos dydžiu, draudikui kėlė reikalavimą dėl Įvykio taip pat išmokėti jos patirtas (*Duomenys neskelbiami*) magnetinio rezonanso tomografijos tyrimo atlikimo, ortopedo traumatologo konsultacijos, fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo konsultacijos bei kaulų ir raumenų sistemos echoskopijos atlikimo išlaidas atlyginančią draudimo išmoką.

Draudiko atstovas pareiškėjai pateikė paaiškinimus, kad pagal Draudimo sutarties šalių sutartas sąlygas pareiškėjos patirtas medicinos išlaidas atlyginanti draudimo išmoka galėtų būti mokama tik tuo atveju, jei pareiškėjai būtų nustatytas neįgalumas. Kadangi pareiškėjos neįgalumo aplinkybės nebuvo nustatytos, todėl draudiko atstovas informavo pareiškėją apie draudiko sprendimą atsisakyti išmokėti visas pareiškėjos patirtas medicinos išlaidas atlyginančią draudimo išmoką.

Pareiškėja kreipimesi į Lietuvos banką nurodė, kad, gavusi draudiko sprendimą dėl draudimo išmokos dydžio, ji kreipėsi į draudimo brokerių įmonę *UADBB „MARSH LIETUVA“* (toliau – draudimo brokerių įmonė), kuri tarpininkavo sudarant Draudimo sutartį, dėl paaiškinimų apie draudiko įsipareigojimų apimtį suteikimo. Draudimo brokerių įmonė pareiškėjai nurodė, kad draudėjos darbuotojų vidiniame portale buvo pateikta visa informacija apie Draudimo sutarties sąlygas, pagal kurią pareiškėja galėjo aiškiai nustatyti, jog apdraustojai patirtas medicinos išlaidos gali būti kompensuotos tik apdraustajam nustačius neįgalumą.

Pareiškėja pabrėžė, kad draudimo brokerių įmonės nurodytos draudėjos darbuotojų vidiniame portale pateiktos sąlygos nėra įtvirtintos Taisyklėse ir apdraustiesiems (įskaitant ir pareiškėją) pateiktame dokumente – Draudimo nuo nelaimingų atsitikimų atmintinėje (toliau – Atmintinė). Pareiškėja pabrėžė, kad Draudimo sutarties sąlygų atskleidimas draudėjos darbuotojų vidiniame portale negali būti laikomas Draudimo sutarties sąlygų įtvirtinimu, kadangi Draudimo sutarties sąlygos, nustatančios medicinos išlaidų kompensavimo tvarką ir pagrindus, turėjo būti nurodytos Taisyklėse.

Pareiškėja taip pat teigė, kad ji nebuvo informuota apie Draudimo sutarties sąlygas dėl medicinos išlaidoms teikiamos draudimo apsaugos apimtys ir kad Taisyklėse nėra įtvirtintas medicinos išlaidų kompensavimo pagrindas – apdraustojo neįgalumas. Remdamasi nurodytomis aplinkybėmis, pareiškėja draudikui kėlė reikalavimą išmokėti visas jos patirtas medicinos paslaugų išlaidas atlyginančią draudimo išmoką.

Draudiko atstovas, pateikdamas paaiškinimus dėl ginčo aplinkybių, nurodė, kad Draudimo sutarties sąlygos, nustatančios draudimo išmokos dėl apdraustojo patirtų medicinos išlaidų mokėjimo pagrindus ir apribojimus, buvo derintos tarp draudėjos ir draudiko. Draudimo sutarties šalys Draudimo sutarties sudarymo metu individualiai susitarė, kad draudimo apsauga dėl apdraustojo patirtų medicinos išlaidų bus teikiama tik tuo atveju, kai apdraustajam bus nustatytas neįgalumas.

Draudimo sutarties šalių individualiame susitarime apdraustojo neįgalumo kriterijaus buvo susitarta netaikyti tik pagal draudimo sumą kompensuojamų apdraustojo ramentų nuomos ar įsigijimo išlaidų atlyginimo atveju.

Draudiko atstovas pabrėžė, kad Draudimo sutarties sąlygos buvo pritaikytos tinkamai ir draudikui nekyla pareiga pareiškėjai išmokėti draudimo išmoką, atlyginančią į draudimo apsaugos apimtį nepatenkančias pareiškėjos patirtas medicinos išlaidas.

K o n s t a t u o j a m a:

Vadovaujantis Lietuvos banko valdybos 2012 m. sausio 26 d. nutarimu Nr. 03-23 patvirtintų Vartotojų ir finansų rinkos dalyvių ginčų neteisminio sprendimo procedūros Lietuvos banke taisyklių 44 punktu, vartojimo ginčai Lietuvos banke nagrinėjami laikantis rungimosi, ginčų nagrinėjimo operatyvumo, koncentracijos, ekonomiškumo ir bendradarbiavimo principų. Vartotojas ir finansų rinkos dalyvis privalo įrodyti tas aplinkybes, kuriomis remiasi kaip savo reikalavimų arba atsikirtimų pagrindu, išskyrus atvejus, kai remiamasi aplinkybėmis, kurių nereikia įrodinėti. Nagrinėdamas ginčą Lietuvos bankas atlieka ginčo šalių pateiktų įrodymų vertinimą ir jo pagrindu priima sprendimą.

Atsižvelgiant į ginčo šalių nurodytas aplinkybes ir pateiktus įrodymus, darytina išvada, kad šalių ginčas kilo dėl draudiko sprendimo atsisakyti išmokėti pareiškėjos reikalaujamą patirtas medicinos išlaidas atlyginančią draudimo išmoką pagrįstumo.

Siekiant išnagrinėti tarp pareiškėjos ir draudiko kilusį ginčą, būtina įvertinti, ar draudikas tinkamai pritaikė Draudimo sutarties sąlygas ir ar pagrįstai atsisakė pareiškėjai išmokėti jos reikalaujamą draudimo išmoką.

Remiantis Lietuvos Respublikos civilinio kodekso (CK) 6.987 straipsnio 1 dalyje įtvirtinta draudimo sutarties samprata, minėta sutartimi draudikas įsipareigoja už sutartyje nustatytą draudimo įmoką sumokėti draudėjui arba trečiajam asmeniui, kurio naudai sudaryta sutartis, įstatyme ar draudimo sutartyje nustatytą draudimo išmoką, apskaičiuotą įstatyme ar draudimo sutartyje nustatyta tvarka, jeigu įvyksta įstatyme ar draudimo sutartyje nustatytas draudžiamasis įvykis.

Draudimo sutartimi draudimo objektui (draudėjo ar naudos gavėjo turciniams interesams) suteikiama apsauga – įsipareigojimas mokėti draudimo išmoką įvykus draudžiamajam įvykiui¹. Draudimo apsauga nustatoma tiek draudiko parengtomis draudimo rūšies taisyklėmis (standartinės sąlygos), tiek draudimo liudijime aptartomis individualiomis sąlygomis. Kasacinio teismo praktikoje pažymėta, kad draudimo taisyklės yra standartinės, bendros sąlygos, paprastai taikomos visiems draudėjams, sudarantiems atitinkamos draudimo rūšies sutartį su tuo pačiu draudiku, o draudimo liudijime nurodomi ne bendri, bet konkrečią sutartį individualizuojantys duomenys².

Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad draudikas, vertindamas pareiškėjos reikalavimą išmokėti patirtas medicinos išlaidas atlyginančią draudimo išmoką, rėmėsi Draudimo sutarties šalių sutartomis ir draudimo liudijime įtvirtintomis individualiomis Draudimo sutarties sąlygomis.

¹ Lietuvos Respublikos draudimo įstatymo 2 straipsnio 2 dalies 10 punktas.

² Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2019 m. birželio 27 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-221-403/2019; 2016 m. kovo 10 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-3-143-313/2016.

Draudimo liudijime, be kitų duomenų, buvo nurodyta, kad draudikas ir draudėja „susitaria, kad taikomi taisyklių pakeitimai punktui 17. Medicininių išlaidų, patirtų dėl nelaimingo atsitikimo, draudimas kaip nurodyta žemiau. Keičiami punktai nuo 17.1.1. iki 17.1.7. į žemiau išvardijamus: 1) psichologinės pagalbos išlaidos – kompensuojame psichologo, psichiatro, psichoterapeuto konsultacijų išlaidas, jeigu šios konsultacijos apdraustajam buvo suteiktos dėl neįgalumo, nustatyto pagal šias draudimo taisykles, pagal gydytojo išduotą siuntimą psichologinei pagalbai gauti iki 300 Eur; 2) išlaidos reabilitacijai, galūnių, sąnarių, organų protezavimui, protezų ir ortopedijos techninių priemonių įsigijimui apdraustojo neįgalumo, nustatyto pagal šias draudimo taisykles, atveju: 2.1. atlyginame patirtas išlaidas reabilitacijai gydymo įstaigoje, galūnių, sąnarių, organų protezavimui, protezų ir ortopedijos techninių priemonių įsigijimui, jeigu šios išlaidos nėra kompensuojamos iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto ar savanoriškojo sveikatos draudimo lėšų arba yra kompensuojamos tik iš dalies; 2.2. reabilitacijos išlaidas sudaro apdraustojo sumokėtos pinigų sumos už šias medicinos paslaugas: fizioterapijos procedūras, kineziterapijos užsiėmimus ir 10 masažo seansų; 3) neįgaliojo vežimėlio nuomos ar įsigijimo išlaidos – apdraustojo neįgalumo, nustatyto pagal sutarčiai galiojančias draudimo taisykles, atveju atlyginame neįgaliojo vežimėlio nuomos arba įsigijimo išlaidas iki 300 Eur; 4) ramentų nuomos ar įsigijimo išlaidos – atlyginame ramentų nuomos ar įsigijimo išlaidas, neviršijant 50 Eur, jeigu apdraustasis patyrė traumą, kurios rezultate yra reikalingi ramentai, o trauma pripažinta draudžiamuoju įvykiu pagal šias draudimo taisykles.“

Draudikas, vadovaudamasis Draudimo sutarties šalių sutartomis individualiomis Draudimo sutarties sąlygomis, išmokėjo pareiškėjos ramentų įsigijimo išlaidas atlyginančią draudimo išmoką. Draudikas dėl kitų pareiškėjos patirtų išlaidų atsisakė išmokėti draudimo išmoką, kadangi pagal Draudimo sutarties šalių individualiai sutartas sąlygas minėtas išlaidas atlyginanti draudimo išmoka būtų mokama tik nustačius pareiškėjos neįgalumą.

Svarbu pažymėti, kad nėra šalių ginčo dėl to, jog pareiškėjai dėl įvykio padarinių neįgalumas nebuvo nustatytas. Pareiškėja, keldama reikalavimą draudikui, rėmėsi Taisyklių 17 punkto sąlygomis, apibrėžiančiomis draudiko įsipareigojimą, apdraustajam patyrus medicinos išlaidas, apimtį. Tačiau Draudimo sutarties šalių buvo individualiai susitarta ir draudimo liudijime įtvirtinta, kad Draudimo sutarčiai Taisyklių 17 punktą netaikomas ir draudiko įsipareigojimus dėl apdraustojo medicinos išlaidų kompensavimo apibrėžia ne standartinės (Taisyklių) sąlygos, o individualios draudimo liudijime įtvirtintos Draudimo sutarties sąlygos.

Atsižvelgiant į tai, darytina išvada, kad pareiškėja, draudikui keldama reikalavimą dėl medicinos išlaidas atlyginančios draudimo išmokos mokėjimo, nepagrįstai rėmėsi Taisyklių 17 punkto sąlygomis.

Pareiškėja, nesutikdama su draudiko sprendimu įvykiui taikyti individualiai Draudimo sutarties šalių sutartas sąlygas, taip pat rėmėsi aplinkybėmis, kad draudiko pritaikytos medicinos išlaidų kompensavimo sąlygos nebuvo nustatytos Taisyklėse ir kad individualios Draudimo sutarties sąlygos pareiškėjai nebuvo tinkamai atskleistos.

Pažymėtina, kad Taisyklės (standartinės draudimo sutarties sąlygos) yra sudėtinė Draudimo sutarties dalis, tačiau Draudimo sutarties šalys Draudimo sutarties sudarymo metu gali individualiai susitarti dėl kitų, nei standartinės, draudimo sutarties sąlygų taikymo. Remiantis CK 6.187 straipsniu, akcentuotina, kad individualios sutarties sąlygos turi pirmenybę prieš standartinės³ sąlygas. Todėl medicinos išlaidoms teikiamos draudimo apsaugos apimtį nustatančias individualiai sutarties šalių sutartas sąlygas įtvirtinus draudimo liudijime, jos turi pirmenybę prieš Draudimo sutarčiai netaikytinas Taisyklių 17 punkto sąlygas.

Vertinant pareiškėjos nurodytas aplinkybes, kad jai nebuvo žinomos Taisyklių 17 punkto išimtis įtvirtinančios Draudimo sutarties sąlygos, pažymėtina, jog draudimo brokerių įmonė, tarpininkavusi sudarant Draudimo sutartį, draudiko atstovui pateikė paaiškinimus, kad vidiniame draudėjos portale buvo paskelbtas „DanskeBank pristatymas darbuotojams 2023“ (toliau – Pristatymas).

Draudimo brokerių įmonė taip pat nurodė, kad visi apdraustieji (įskaitant ir pareiškėją) draudėjos Personalo skyriaus buvo informuoti apie tarp draudėjos ir draudiko sudarytos Draudimo sutarties sąlygas.

³ Joms, remiantis CK 6.992 straipsnio 1 dalimi, priskiriamos draudimo taisyklės.

Draudimo brokerių įmonės pareiškėjai Įvykio administravimo metu pateiktuose paaiškinimuose taip pat nurodyta, kad Atmintinėje pateikta tik bendro pobūdžio informacija apie draudimo variantus ir skirtingoms draudimo rizikoms taikomas draudimo sumas. Detali informacija apie Draudimo sutarties sąlygas ir teikiamos draudimo apsaugos apimtį nurodyta draudėjos darbuotojams atskleistame ir vidiniame portale paskelbtame Pristatyme apie sutarties sąlygas ir draudžiamųjų įvykių kriterijus.

Draudimo brokerių įmonė pareiškėjai pateiktuose paaiškinimuose taip pat pabrėžė, kad pareiškėjos „išlaidos už konsultacijas, papildomus tyrimus, paskirtą reabilitaciją gali būti kompensuotos iš turimo Sveikatos draudimo“.

Siekdamas pagrįsti draudimo brokerių įmonės nurodytas aplinkybes, draudiko atstovas pateikė draudėjos darbuotojams draudimo brokerių įmonės parengto ir su draudiko atstovu suderinto Pristatymo duomenis. Minėtame dokumente nurodoma Draudimo sutartyje nustatytų medicinos išlaidų, dėl kurių gali būti mokama draudimo išmoka, apimtis ir pažymima, kad šias išlaidas atlyginanti draudimo išmoka yra mokama tik tuo atveju, jei nustatomas apdraustojo neįgalumas (išskyrus ramentų nuomos ar įsigijimo išlaidų kompensavimą).

Svarbu pažymėti, jog pareiškėja neginčijo draudimo brokerių įmonės Įvykio administravimo metu jai pateiktą paaiškinimą, kad Pristatymas buvo paskelbtas draudėjos vidiniame portale (prieiga prie jo pareiškėjai buvo suteikta), teisingumo. Draudiko atstovas pateikė duomenis, kad 2024 m. sausio 4 d. informaciniu pranešimu draudėjo darbuotojai buvo informuoti apie Draudimo sutarties sąlygas. Lietuvos bankui draudiko atstovo pateikti duomenys taip pat patvirtina, kad 2024 m. sausio 4 d. informacinis pranešimas pareiškėjos buvo perskaitytas.

Atsižvelgiant į tai, darytina išvada, kad pareiškėja draudėjos Personalo skyriaus buvo tinkamai informuota apie tarp draudėjos ir draudiko sutartas Draudimo sutarties sąlygas, įskaitant individualų susitarimą dėl apdraustojo medicinos išlaidų kompensavimo sąlygų. Todėl nėra pagrindo pagrįstomis pripažinti pareiškėjos nurodytų aplinkybių, kad individualiai sutartos medicinos išlaidų kompensavimo sąlygos pareiškėjai nebuvo žinomos.

Svarbu pažymėti, kad ginčo nagrinėjimo metu draudiko atstovas 2024 m. birželio 20 d. Lietuvos bankui taip pat pateikė 2024 m. birželio 20 d. Compensa Life Vienna Insurance SE, veikiančios Lietuvoje per įsteigtą filialą, draudiko atstovui adresuotame rašte nurodytą informaciją, iš kurios matyti, jog pagal pareiškėjos Lietuvos bankui pateiktus medicinos išlaidas patvirtinančius įrodymus (sąskaitas faktūras) minėta draudimo įmonė išmokėjo draudimo išmoką. Draudimo išmoka, atlyginanti pareiškėjos patirtas medicinos išlaidas, buvo išmokėta draudimo sutarties, kuria buvo apdrausti su pareiškėjos medicinos išlaidų atlyginimu susiję turtiniai interesai, pagrindu.

Apibendrinant Lietuvos banko nustatytas aplinkybes, darytina išvada, kad draudikas priėmė pagrįstą sprendimą pareiškėjai neišmokėti į draudimo apsaugos apimtį nepatenkančias medicinos išlaidas atlyginančią draudimo išmoką. Be to, kaip minėta, pareiškėjos patirtas medicinos išlaidas atlyginanti draudimo išmoka pareiškėjai buvo išmokėta pagal su kita draudimo įmone draudėjos sudarytas draudimo sutarties, pagal kurią pareiškėja yra apdraustoji, sąlygas.

Remiantis nustatytomis aplinkybėmis ir Lietuvos bankui pateiktų įrodymų visumos įvertinimu, pažymėtina, kad pareiškėjos draudikui keliamas reikalavimas dėl papildomos draudimo išmokos mokėjimo yra atmestinas kaip nepagrįstas.

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

Atmesti pareiškėjos X. X. reikalavimą.

Lietuvos banko sprendimas dėl ginčo esmės yra rekomendacinio pobūdžio ir teismui neskundžiamas. Vartotojui ir finansų rinkos dalyviui išlieka teisė dėl tapataus ginčo dalyko kreiptis į teismą arba kitą ginčų nagrinėjimo instituciją įstatymų nustatyta tvarka. Kreipimasis į teismą po Lietuvos banko sprendimo dėl ginčo esmės priėmimo nelaikomas šio sprendimo apskundimu. Ginčo šalys turi pareigą pranešti Lietuvos bankui, jeigu viena iš ginčo šalių pareiškia ieškinį bendrosios kompetencijos teismui prašydama nagrinėti tapatų ginčą iš esmės.

Direktorius

Arūnas Raišutis