



**LIETUVOS BANKO
TEISĖS IR LICENCIJAVIMO DEPARTAMENTO
DIREKTORIUS**

**SPRENDIMAS
DĖL X. X. IR IF P&C INSURANCE AS GINČO NAGRINĖJIMO**

2024-09-05 Nr. 429-187
Vilnius

Lietuvos bankas gavo X. X. (toliau – pareiškėjas) kreipimąsi, kuriuo pareiškėjas prašė išnagrinėti tarp jo ir *If P&C Insurance AS*, veikiančios Lietuvoje per įsteigtą filialą, (toliau – draudikas) kilusį ginčą.

N u s t a t y t a:

2024 m. balandžio 29 d., tarpininkaujant UADBB „Perlo draudimo brokeris“, tarp pareiškėjo ir draudiko buvo sudaryta Kelionių draudimo sutartis (draudimo liudijimo Nr. (*duomenys neskelbtini*)) (toliau – Draudimo sutartis). Draudimo sutartimi buvo apdraustos „būtiniosios medicininės pagalbos“, „kelionės išlaidų draudimo“, „draudimo nuo nelaimingų atsitikimų (mirties, neįgalumo, traumų)“ draudimo rizikos. Draudimo sutartyje nurodyti šie apdrausti asmenys: pareiškėjas, X. Y. ir Y. Y.

2024 m. gegužės 5 d. UADBB „Perlo draudimo brokeris“ draudikui pateikė pranešimą apie pareiškėjo ir apdraustųjų negalėjimą išvykti į kelionę dėl apdraustosios X. Y. (toliau – apdraustoji) 2024 m. balandžio 29 d. hospitalizavimo į stacionarinę sveikatos priežiūros įstaigą (toliau – Įvykis) VšĮ Vilniaus universiteto ligoninę Santaros klinikas (toliau – Santaros klinikos). Pranešime apie Įvykį nurodyta reikalaujama draudimo išmokos suma yra 1 600 Eur.

Draudikas, vadovaudamasis Draudimo sutarčiai taikomų Kelionių draudimo taisyklių Nr. KD-20231¹ (toliau – Taisyklės) 54.1 papunkčiu, 2024 m. gegužės 23 d. raštu pareiškėją informavo apie sprendimą atsisakyti išmokėti reikalaujamą 1 600 Eur draudimo išmoką. Draudikas nurodė, kad kelionė buvo atšaukta dėl apdraustosios sveikatos sutrikimo, kuris turėjo būti žinomas ir pradėtas gydyti dar prieš sudarant Draudimo sutartį.

Pareiškėjas, nesutikdamas su draudiko sprendimu, pretenzijoje draudikui ir kreipimesi į Lietuvos banką nurodė, kad 2024 m. balandžio 27 d. Santaros klinikų išrašė iš medicinos dokumentų nebuvo nurodyta jokių duomenų apie būtinybę gydyti apdraustosios sveikatos sutrikimą. Pareiškėjas pabrėžė, kad iki Draudimo sutarties sudarymo sveikatos priežiūros įstaigose vykę apdraustosios sveikatos patikrinimai nebuvo susiję su Įvykio metu nustatyta liga ir šių patikrinimų metu nebuvo nustatyta būklės, reikalaujančios Įvykio metu nustatyto apdraustosios sveikatos sutrikimo gydymo Santaros klinikose.

Pareiškėjas kreipimesi į Lietuvos banką nurodė, kad Įvykio dieną apdraustoji Santaros klinikų medikų buvo informuota, kad iš ligoninės bus išrašyta tik 2024 m. gegužės 8 d. 2024 m. gegužės 3 d. apie šias aplinkybes buvo pranešta kelionių organizatoriui, šis pareiškėjui gražino 459,39 Eur sumą dėl neįvykusios kelionės. Pareiškėjas pabrėžė, kad draudikas nepagrįstai teigia, jog Įvykio metu apdraustajai diagnozuoto sveikatos sutrikimo ryški simptomatika buvo nustatyta per 2024 m. balandžio 27 d. Santaros klinikose atliktą apdraustosios patikrą. Pareiškėjo teigimu, šiuos duomenis paneigia draudikui pateikti medicinos dokumentai.

Atsižvelgdamas į tai, pareiškėjas draudikui kėlė reikalavimą vykdyti Draudimo sutartimi prisiimtus įsipareigojimus ir pagal sutarties sąlygas išmokėti priklausančią draudimo išmoką. Pareiškėjas pabrėžė, kad dėl jo pastangų, kreipiantis į kelionių organizatorių, draudiko įsipareigojimų pagal Draudimo sutartį (reikalaujamos mokėti draudimo išmokos) suma buvo sumažinta.

¹ Galioja nuo 2023 m. gruodžio 1 d.

Draudikas atsiliepime dėl kilusio ginčo nurodė, kad medicinos dokumentų išrašų duomenys aiškiai patvirtina, kad dar iki sudarant Draudimo sutartį pasireiškę apdraustosios sveikatos sutrikimo simptomai yra susiję su įvykio metu diagnozuota apdraustosios liga. Draudikas taip pat atkreipė dėmesį į Taisyklių 55 punktą ir draudimo liudijime įtvirtintas sąlygas, nustatančias, kad draudimo išmoka yra nemokama, jei draudėjas kelionę atšaukia per pirmas 3 kalendorines dienas nuo draudimo sutarties sudarymo.

Draudikas pabrėžė, kad Draudimo sutartis buvo sudaryta apdraustosios paguldymo į Santaros klinikas dieną. Pareiškėjo ir apdraustųjų kelionė turėjo įvykti 2024 m. gegužės 5 d., todėl kelionė buvo atšaukta laikotarpiu, kuris Draudimo sutartyje nurodytas kaip terminas, per kurį atšaukus kelionę draudimo išmoka yra nemokama.

Draudikas taip pat nurodė, kad draudiko sistemoje 2024 m. balandžio 29 d. 17:34 val. buvo suformuota Draudimo sutartis. Tos pačios dienos 18:53 val. dėl apdraustosios sveikatos būklės pablogėjimo Santaros klinikose buvo atliekami laboratoriniai ir instrumentiniai tyrimai, o 21:24 val. apdraustoji buvo hospitalizuota. Draudikas pabrėžė, kad sveikatos sutrikimo, dėl kurio apdraustoji buvo hospitalizuota, simptomai pasireiškė dar 2024 m. balandžio 25 d., todėl Draudimo sutartis buvo sudaryta pareiškėjui žinant apie galimą draudžiamąjį įvykį.

Draudikas teigė, kad jo sprendimas atsisakyti mokėti draudimo išmoką, atlyginančią pareiškėjo nurodytas išlaidas už lėktuvo bilietus ir viešbučio paslaugas atitinka Draudimo sutarties, kaip rizikos sutarties, sampratą ir Draudimo sutarties šalių sutartas sutarties sąlygas. Atsižvelgdamas į tai, draudikas pabrėžė, kad jam nekyla pareiga tenkinti pareiškėjo reikalavimo mokėti draudimo išmoką pagal „kelionės atšaukimo“ draudžiamojo įvykio sąlygas.

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 mokėti draudimo išmoką pagal draudžiamojo įvykio „kelionės atšaukimas“ sąlygas pagrįstumo.

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

Remiantis Lietuvos Respublikos civilinio kodekso (toliau – 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 turtiniams interesams) suteikiama apsauga – įsipareigojimas mokėti draudimo išmoką įvykus draudžiamajam įvykiui². 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 duomenys³.

Taisyklių 50.1 papunktyje nustatyta, kad yra draudžiamas turtinis interesas, susijęs su numatytos kelionės atšaukimu arba nutrūkimu. Taisyklių 51.1 papunktyje įtvirtinta, kad

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

³ 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.

draudikas apdraudžia nuo draudėjo numatytos kelionės atšaukimo ar nutrūkimo, kuris įvyksta dėl nelaimingo atsitikimo arba mediciniais dokumentais patvirtintos staigios draudėjo, apdraustojų ar jų artimųjų ligos, dėl kurios kelionė negali įvykti.

Taisyklių 54.1 papunktyje nustatyta, kad draudimo išmoka nemokama, jei įvykis įvyko dėl apdraustojų sveikatos sutrikimo (ligos arba kūno sužalojimo), kuris buvo žinomas ir kuris buvo (turėjo būti) gydomas per paskutinius 6 mėnesius iki draudimo sutarties sudarymo arba kelionės įsigijimo.

Pareiškėjas, nesutikdamas su Taisyklių 54.1 papunkčio sąlygų taikymu įvykiui, nurodė, kad dar iki sudarant Draudimo sutartį apdraustajai pasireiškę simptomai neturėjo būti gydomi. Minėtas aplinkybes pareiškėjas grindė teiginiais, kad 2024 m. balandžio 27 d. apdraustoji kreipėsi į ambulatorinę sveikatos priežiūros įstaigą, siekdama patikrinti sveikatą dėl galimo (*duomenys neskelbtini*) ar kitų sveikatos sutrikimų. Pareiškėjas pabrėžė, kad, apdraustosios prašymo pagrindu buvo gautas siuntimas į Santaros klinikas gydytojo neurologo konsultacijai.

Pareiškėjas nurodė, kad per 2024 m. balandžio 27 d. Santaros klinikose vykusią gydytojo konsultaciją nebuvo nustatyta jokių apdraustosios sveikatos sutrikimų, apdraustajai tik buvo rekomenduotas (*duomenys neskelbtini*). Remdamasis nurodytomis aplinkybėmis, pareiškėjas pabrėžė, kad draudikas nepagrįstai vertino, jog įvykio požymiai atitinka Taisyklių 54.1 papunkčio sąlygas, pagal kurias įvykio metu diagnozuotas ir gydytas apdraustosios sveikatos sutrikimas pareiškėjui ir apdraustajam turėjo būti žinomas iki Draudimo sutarties sudarymo.

Vertinant pareiškėjo nurodytas aplinkybes, turi būti vadovaujama 2024 m. balandžio 27 d. Ambulatorinio apsilankymo aprašyme (toliau – Aprašymas) nurodytais medicinos duomenimis. Aprašyme pateiktoje „nusiskundimų ir anamnezės“ informacijoje nurodyta, kad apdraustoji jautė „(*duomenys neskelbtini*)“. Aprašyme taip pat nurodyta, kad 2024 m. balandžio 27 d. ryte apdraustoji „(*duomenys neskelbtini*)“. Ligos anamnezė: 04 25 (*duomenys neskelbtini*). 04 26 (*duomenys neskelbtini*)“.

Todėl, remiantis Aprašyme nurodytais medicinos duomenimis, aprašyta apdraustosios sveikatos būkle gydytojo konsultacijos dieną ir iki konsultacijos pasireiškusiais apdraustosios sveikatos būklės simptomais, nėra pagrindo pagrįstomis pripažinti pareiškėjo nurodytų aplinkybių, kad apdraustoji į sveikatos priežiūros įstaigas kreipėsi dėl profilaktinio sveikatos patikrinimo, kad būtų įvertintos (*duomenys neskelbtini*) priežastys.

Taip pat kyla abejonių dėl pareiškėjo nurodytų aplinkybių, kad nebuvo apdraustosios sveikatos sutrikimo požymių, dėl kurių būtų išduotas siuntimas, skirtas apdraustosios sveikatos būklei stacionarinėje gydymo įstaigoje patikrinti, pagrįstumo. Aprašyme nurodyti duomenys suteikia pagrindą spręsti, jog apdraustoji nuo 2024 m. balandžio 25 d. jautė sveikatos sutrikimo simptomus, kuriuos buvo būtina įvertinti gydytojui neurologui, siekiant nustatyti, ar dėl 2024 m. balandžio 27 d. sveikatos būklės apdraustajai reikia skubios medicinos pagalbos ir gydymo stacionarinėje sveikatos priežiūros įstaigoje.

Svarbu pažymėti, kad Aprašyme buvo taip pat nurodyta, jog pareiškėja yra siunčiama ambulatoriniam gydymui, nes „indikacijų skubiam stacionariniam ištyrimui ir gydymui (*duomenys neskelbtini*) nėra“. Be to, Aprašyme buvo nurodyta, kad reikalinga tolimesnė šeimos gydytojo kontrolė. Remiantis Aprašyme nurodytais medicinos duomenimis ir aprašyta apdraustosios sveikatos būkle gydytojo konsultacijos dieną ir iki konsultacijos pasireiškusiais apdraustosios sveikatos būklės simptomais, nėra pagrindo sutikti su pareiškėjo teiginiais, kad per 2024 m. balandžio 27 d. Santaros klinikose atliktą apdraustosios sveikatos būklės vertinimą nebuvo nustatyto sveikatos sutrikimų gydymo poreikio.

Aprašyme buvo tik įtvirtinti duomenys apie nenustatytą būtinybę apdraustajai suteikti skubią medicinos pagalbą stacionarinėje sveikatos priežiūros įstaigoje. Kita vertus, Aprašyme buvo nurodyta, kad apdraustoji yra siunčiama ambulatoriniam gydymui ir kad dėl apdraustosios jungtųjų sveikatos sutrikimo požymių yra būtina šeimos gydytojo kontrolė.

Be to, atkreiptinas dėmesys, kad Aprašyme buvo nurodyta, jog apdraustosios būklei blogėjant „būtina kreiptis į šeimos gydytoją ar priėmimo skyrių“. Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad 2024 m. balandžio 29 d. apdraustoji buvo hospitalizuota į Santaros klinikas. 2024 m. gegužės 8 d. Santaros klinikų Stacionaro epikrizėje (toliau – Stacionaro epikrizė) pateiktoje „Ligos anamnezėje“ buvo pakartoti Aprašyme nurodyti apdraustajai pasireiškę sveikatos būklės simptomai.

Stacionaro epikrizėje nurodyta, kad „ketvirtadienį (2024-04-25) ėmė (*duomenys neskelbtini*), penktadienį (2024-04-26) (*duomenys neskelbtini*). Šeštadienį (2024-04-27) (*duomenys neskelbtini*), konsultuota gyd. neurologo 2024 m. balandžio 27 d. VUL SK SPS,

(*duomenys neskelbtini*) išrašyta ambulatoriniam gydymui. 04-29 pacientei (*duomenys neskelbtini*) Stacionaro epikrizėje nurodyta diagnozė „(*duomenys neskelbtini*).“

Remiantis Stacionaro epikrizės duomenimis, darytina išvada, kad nuo 2024 m. balandžio 25 d. apdraustosios juntami sveikatos sutrikimo simptomai buvo susiję su sveikatos būkle, dėl kurios apdraustajai buvo diagnozuotas (*duomenys neskelbtini*), todėl pareiškėja Draudimo sutarties sudarymo dieną buvo hospitalizuota į Santaros klinikų (*duomenys neskelbtini*).

Vadovaujantis medicinos dokumentuose nurodytomis aplinkybėmis, darytina išvada, kad dar 2024 m. balandžio 25 d. apdraustajai pasireiškė sveikatos sutrikimo, dėl kurio apdraustoji nuo 2024 m. balandžio 29 d. buvo gydoma stacionarinėje sveikatos priežiūros įstaigoje, simptomai. Lietuvos bankui pateikti įrodymai pagrindžia draudiko vertinimą, kad prieš Draudimo sutarties sudarymą apdraustajai buvo pasireiškęs sveikatos sutrikimas, dėl kurio apdraustajai vėliau stacionarinėje sveikatos priežiūros įstaigoje buvo taikytas gydymas.

Be to, Lietuvos bankui pateikti medicinos duomenys paneigia pareiškėjo nurodytas aplinkybes, kad apdraustoji 2024 m. balandžio 27 d. stacionarinėje sveikatos priežiūros įstaigoje buvo konsultuota, nesant aiškių 2024 m. balandžio 29 d. nustatytos ligos indikacijų. Vadovaujantis Lietuvos bankui pateiktų įrodymų visumos vertinimu, darytina išvada, kad iki Draudimo sutarties sudarymo buvusi apdraustosios būklė buvo aiškiai susijusi su sveikatos sutrikimu, dėl kurio buvo atšaukta kelionė.

Atsižvelgiant į tai, pažymėtina, kad draudiko sprendimas įvykį pripažinti nedraudžiamuoju atitinka Taisyklių 54.1 papunkčio sąlygas, todėl pareiškėjo reikalavimas išmokėti draudimo išmoką dėl kelionės atšaukimo 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 pareiškėjo 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 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