



**LIETUVOS BANKO
TEISĖS IR LICENCIJAVIMO DEPARTAMENTO
DIREKTORIUS**

**SPRENDIMAS
DĖL X. X. IR AB „LIETUVOS DRAUDIMAS“ GINČO NAGRINĖJIMO**

2025-05-20 Nr. 429-97
Vilnius

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

N u s t a t y t a:

Pareiškėja su draudiku sudarė Asmens draudimo sutartį (draudimo liudijimo Nr. TIA (*duomenys neskelbtini*)) (toliau – Draudimo sutartis), kuria draudiko parengtų Asmens draudimo taisyklių Nr. 69¹ (toliau – Taisyklės) pagrindu apdraudė savo vaikus (*duomenys neskelbtini*) ir (*duomenys neskelbtini*) (toliau – apdraustieji). Draudimo laikotarpiu nuo 2024 m. sausio 27 d. iki 2025 m. sausio 26 d. apdraustieji buvo draudžiami asmens draudimu nuo nelaimingų atsitikimų (įskaitant kaulų lūžius ir išnirimus, minkštųjų audinių ir vidaus organų sužeidimus, ilgalaikes ir negrįžtamas traumų pasekmes, ligonpinigius, mirtį) ir ligos arba darbingumo netekimo (toliau – ankstesnis draudimo laikotarpis). Pasibaigus minėtam laikotarpiui, pareiškėja pratęsė Draudimo sutartį laikotarpiui nuo 2025 m. sausio 27 d. iki 2026 m. sausio 26 d., pasirinkdama tas pačias draudimo rizikas ir papildomai pasirinkdama „paslaugą PLIUS“ – „Gydymo išlaidos“ (toliau – vėlesnis draudimo laikotarpis).

2025 m. sausio 29 d. pareiškėja draudikui pateikė pranešimą, kad jos sūnui (*duomenys neskelbtini*) (toliau – apdraustasis) 2024 m. gruodžio 23 d. „valgant nuskilo viršutinio priekinio 11 danties vainikas“ (toliau – Įvykis). Kartu su pranešimu pareiškėja pateikė draudikui išrašą iš medicininių dokumentų ir patirtas gydymo išlaidas patvirtinančius dokumentus.

2025 m. vasario 6 d. draudikas pareiškėją informavo apie apskaičiuotą ir išmokėtą 143,12 Eur draudimo išmoką dėl patirtos traumos pagal draudimo riziką „Minkštųjų audinių ir vidaus organų sužeidimai (T2)“. Draudikas paaiškino, kad gydymo išlaidos nebus kompensuotos, nes Įvykio dieną galiojusioje Draudimo sutartyje nebuvo pasirinkta draudimo rizika „Gydymo išlaidos“.

2025 m. vasario 6 d. pareiškėja draudiką informavo, kad nesutinka su priimtu sprendimu bei reikalavo atlyginti dėl Įvykio patirtas apdraustojo gydymo išlaidas. Pareiškėja nurodė, kad gydymo išlaidas patyrė 2025 m. sausio 29 d., t. y. vėlesniu draudimo laikotarpiu, kuomet į Draudimo sutartį jau buvo įtraukta draudimo rizika „Gydymo išlaidos“, todėl gydymo išlaidos turi būti atlygintos.

2025 m. vasario 19 d. draudikas, atsakydamas į pareiškėjos pretenziją, nurodė, kad pagal Taisyklių 17.4 papunktį nedraudžiamuoju įvykiu laikomos išlaidos dėl kūno sužalojimo (traumos), atitinkančio T1, T2, T3 traumų lenteles, įvykusio galiojant sutarčiai, kurioje nebuvo pasirinktas gydymo išlaidų draudimo variantas. Draudikas paaiškino, kad pagal Taisyklių 17.4 papunktį, gydymo išlaidos dėl traumų, patirtų galiojant Draudimo sutarčiai be gydymo išlaidų rizikos, yra laikomos nedraudžiamuoju įvykiu, net jei išlaidos patirtos vėliau.

Pareiškėja nesutiko su draudiko sprendimu ir kreipėsi į Lietuvos banką, prašydama išnagrinėti kilusį ginčą. Pareiškėja prašė įpareigoti draudiką išmokėti 180 Eur draudimo išmoką, atlyginančią dėl Įvykio patirtas apdraustojo gydymo išlaidas.

Pareiškėja nurodė, kad odontologinis gydymas vyksta etapais. Nors Įvykis įvyko 2024 m. gruodžio 23 d., gydymo išlaidos, kurias prašoma kompensuoti, buvo patirtos 2025 m. sausio 29 d., t. y. galiojant Draudimo sutarčiai, kurioje buvo pasirinktas draudimo variantas „Gydymo išlaidos“. Pareiškėja teigė, kad draudikas, sprenddamas dėl gydymo išlaidų kompensavimo, turėtų atsižvelgti į faktinę gydymo išlaidų patyrimo datą, o ne Įvykio datą, ir atlyginti

¹ 2023 m. gegužės 16 d. redakcija, galiojanti nuo 2023 m. birželio 16 d.

pareiškėjos patirtas išlaidas.

Lietuvos banke buvo gautas draudiko atsiliepimas. Draudikas paaiškino, kad pareiga mokėti draudimo išmoką draudikui kyla tik tada, kai įvykio aplinkybės atitinka konkrečius draudimo sutartyje nurodytus draudžiamojo įvykio požymius ir kai įvykis neatitinka nedraudžiamųjų įvykių sąlygų. Draudikas nurodė, kad nors gydymo išlaidos buvo patirtos tuo metu, kai buvo taikomas Draudimo sutartimipasirinktas draudimo variantas „Gydymo išlaidos“, tačiau ši apsauga galioja tik draudžiamiesiems įvykiams, kurie įvyksta būtent šios platesnės draudimo apsaugos galiojimo laikotarpiu. Kadangi įvykis įvyko tuo metu, kai galiojusioje Draudimo sutartyje nebuvo pasirinktas ir taikomas draudimo variantas „Gydymo išlaidos“ (ankstesniuoju draudimo laikotarpiu), pareiškėjos patirtos gydymo išlaidos atitinka nedraudžiamojo įvykio sąlygas, nurodytas Taisyklių 17.4 papunktyje.

Remdamasis nurodytomis aplinkybėmis, draudikas prašė pareiškėjos reikalavimą atmesti.

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 pateiktus dokumentus ir paaiškinimus, darytina išvada, kad šalių ginčas kilo dėl draudiko atsisakymo mokėti draudimo išmoką, atlyginančią dėl įvykio pareiškėjos patirtas apdraustojo gydymo išlaidas, pagrįstumo.

Siekiant išnagrinėti tarp šalių kilusį ginčą, būtina įvertinti administruojant žalą nustatytas įvykio aplinkybes ir nustatyti, ar pagal taikomos šalių sudarytos Draudimo sutarties sąlygas draudikas pagrįstai, vadovaudamasis Taisyklių nuostatomis, pareiškėjos patirtas gydymo išlaidas pripažino nedraudžiamuoju įvykiu.

Lietuvos Respublikos civilinio kodekso (toliau – CK) 6.987 straipsnyje nustatyta, kad draudimo sutartimi viena šalis (draudikas) įsipareigoja už sutartyje nustatytą draudimo įmoką (premiją) sumokėti kitai šaliai (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.

CK 6.156 straipsnio 1 dalyje įtvirtintas sutarčių laisvės principas leidžia sutarties šalims laisvai sudaryti sutartis ir savo nuožiūra nustatyti tarpusavio teises bei pareigas, jei tai neprieštarauja teisės aktams. Sutarties laisvės principas reiškia civilinių teisinių santykių subjektų teisę laisvai spręsti, sudaryti konkrečią sutartį ar jos nesudaryti, pasirinkti, su kuo sudaryti sutartį, be to, savarankiškai spręsti dėl sutarties turinio (sutarties sąlygų ir jų pakeitimo) bei formos, išskyrus atvejus, kai tam tikras sutarties sąlygas (jų turinį) nustato imperatyviosios teisės normos arba tam tikrų sąlygų reikalauja viešoji tvarka, sąžiningumo, protingumo, teisingumo principai, gera moralė. Teisėtai sudaryta ir galiojanti sutartis jos šalims turi įstatymo galią (CK 6.189 straipsnio 1 dalį).

Šalių sudaryta Draudimo sutartis yra savanoriška, todėl draudikas, vadovaudamasis CK 6.156 straipsnio 1 dalimi, tokio pobūdžio sutartyse gali savo nuožiūra pasiūlyti sąlygas, susijusias su teikiamos draudimo apsaugos apimtimi. Lietuvos kasacinis teismas savo praktikoje yra ne kartą konstatavęs, kad draudimo sutartimi draudimo objektui suteikiama apsauga nėra absoliuti. Prisiimdamas draudimo riziką, draudikas nustato draudimo sutartimi suteikiamos draudimo apsaugos ribas ir sąlygas. Draudimo apsauga ir jos teikimo sąlygos nustatomos tiek draudiko parengtose draudimo rūšies taisyklėse, tiek draudimo liudijime aptartose individualiosiose sąlygose².

Draudimo apsaugos apimtį lemia draudimo objektas, draudžiamųjų įvykių, nedraudžiamųjų įvykių sąrašas ir kitos draudimo sutarties sąlygos, nustatančios draudimo sutarties šalių įsipareigojimų turinį, kuris leidžia spręsti apie draudiko prisiimtą draudimo rizikos laipsnį³. Taigi, draudiko prievolės išmokėti draudimo išmoką pagal įstatymuose nustatytą teisinį reglamentavimą ir draudimo sutartį atsiradimas siejamas su draudžiamojo įvykio fakto

² Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2015 m. gegužės 22 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-3-283-695/2015 ir kt.

³ Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2007 m. lapkričio 29 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-3-536/2007.

nustatymu (CK 6.987 straipsnis)⁴.

Draudžiamasis įvykis – tai draudimo sutartyje nurodytas atsitikimas, kuriam įvykus draudikas privalo mokėti draudimo išmoką. Teisine prasme draudžiamasis įvykis yra juridinis faktas, t. y. realaus gyvenimo reiškinys, su kuriuo įstatymas sieja teisinius padarinius, konkrečiai – draudiko pareigą išmokėti draudimo išmoką⁵. Įstatyme ir konkrečiose draudimo rūšies taisyklėse nustatytos išimtys, kai draudėjo patirta žala visiškai ar iš dalies nekompensuojama, dėl to, draudėjui kreipusis dėl draudimo išmokos išmokėjimo, draudikas turi teisę jos visiškai arba iš dalies nemokėti. Tokią teisę draudikas turi nedraudžiamąjo įvykio atveju⁶. Nedraudžiamasis įvykis – draudžiamąjo įvykio požymius turintis įvykis, tačiau taip pat atitinkantis įstatyme ar draudimo sutartyje apibrėžtus papildomus požymius, kuriems esant draudikas atleidžiamas nuo prievolės mokėti draudimo išmoką⁷.

Lietuvos Respublikos draudimo įstatymo 98 straipsnio 3 dalies 2 punktą įpareigoja draudiką prieš atsisakymą mokėti draudimo išmoką patikrinti visą prieinamą informaciją ir įrodyti aplinkybes, atleidžiančias nuo draudimo išmokos mokėjimo. Draudikui įrodymais nepagrindus, kad įvykis yra nedraudžiamasis ar yra kiti išmokos nemokėjimo pagrindai, jam atsiranda pareiga mokėti draudimo išmoką.

Iš bylos duomenų matyti, kad pareiškėja pranešė draudikui apie įvykį, kurio metu apdraustajam nuskilo danties vainikas, ir pateikė patirtas gydymo išlaidas patvirtinančius dokumentus.

Draudikas įvykį administravo atsižvelgdamas į draudimo rizikas „Minkštųjų audinių ir vidaus organų sužalojimai (T2)“ ir „Gydymo išlaidos“. Draudikas įvykį pripažino draudžiamuoju pagal draudimo riziką „Minkštųjų audinių ir vidaus organų sužeidimai (T2)“ ir dėl patirtos traumos išmokėjo 143,12 Eur draudimo išmoką. Ginčo tarp šalių dėl įvykio vertinimo ir draudimo išmokos dydžio pagal šią riziką nėra.

Iš ginčo šalių pateiktų paaiškinimų nustatyta, kad ginčas tarp šalių kilo dėl įvykio vertinimo pagal draudimo riziką „Gydymo išlaidos“. Iš byloje esančių duomenų matyti, kad draudikas, įvertinęs įvykį pagal draudimo rizikos „Gydymo išlaidos“ sąlygas, įvykį pripažino nedraudžiamuoju ir atsisakė atlyginti pareiškėjos patirtas gydymo išlaidas.

Draudikas, siekdamas pagrįsti savo sprendimą, atsiliepime paaiškino, kad sprendimas atsisakyti kompensuoti pareiškėjos patirtas gydymo išlaidas buvo priimtas vadovaujantis Taisyklių 17.4 papunkčiu, kuriame nustatyta, kad nedraudžiamuoju įvykiu laikomos išlaidos dėl kūno sužalojimo (traumos), atitinkančio T1, T2, T3 traumų lenteles, įvykusio galiojant sutarčiai, kurioje nebuvo pasirinktas gydymo išlaidų draudimo variantas. Draudikas paaiškino, kad įvykis įvyko galiojant ankstesnio laikotarpio Draudimo sutarčiai, kurioje nebuvo pasirinktas draudimo variantas „Gydymo išlaidos“, todėl dėl įvykio patirtos gydymo išlaidos, nors jos patirtos vėlesniu draudimo laikotarpiu (t. y. į Draudimo sutartį esant įtrauktai draudimo rizikai „Gydymo išlaidos“), pagal Taisyklių 17.4 papunktį negali būti atlygintos.

Kreipimesi į Lietuvos banką pareiškėja nurodė, kad draudikas, sprenddamas dėl gydymo išlaidų kompensavimo, turėjo atsižvelgti į faktinę gydymo išlaidų patyrimo datą, o ne į įvykio datą. Pareiškėjos teigimu, odontologinis gydymas vyksta etapais ir pareiškėja prašo atlyginti gydymo išlaidas, patirtas būtent tuo gydymo etapu, kada galiojo atnaujinta Draudimo sutartis.

Siekdamas pagrįsti savo poziciją, draudikas atsiliepime paaiškino, kad nors gydymo išlaidos buvo patirtos tuo metu, kai į atnaujintą Draudimo sutartį buvo įtraukta papildoma draudimo rizika „Gydymo išlaidos“, tačiau ši apsauga galioja draudžiamiesiems įvykiams, kurie įvyks būtent šios platesnės draudimo apsaugos galiojimo laikotarpiu. Kadangi įvykis įvyko ankstesniu draudimo laikotarpiu, kada draudimo rizika „Gydymo išlaidos“ į Draudimo sutartį dar nebuvo įtraukta ir nebuvo taikoma, pareiškėjos patirtos gydymo išlaidos dėl šio konkretaus įvykio, vadovaujantis Taisyklių 17.4 papunkčiu, buvo pripažintos nedraudžiamuoju įvykiu. Draudiko teigimu, priešingas Draudimo sutarties aiškinimas būtų nepagrįstas ir neatitiktų šalių sutartų Draudimo sutarties sąlygų.

Draudikas pabrėžė, kad nedraudžiamuoju įvykiu laikytinas atsitikimas, kai įvyksta į draudimo rizikos apibrėžtį patenkančias įvykis, tačiau šalys yra susitarusios, kad dėl konkrečių aplinkybių ir savitų aiškiai draudimo sutartyje nustatytų sąlygų šis įvykis nelemia draudiko pareigos išmokėti draudimo išmoką. Taigi, pareiga mokėti draudimo išmoką draudikui kyla tik tada, kai įvykio aplinkybės atitinka konkrečius draudimo sutartyje nurodytus draudžiamąjo įvykio požymius, ir nėra aplinkybių, atitinkančių nedraudžiamųjų įvykių apibrėžimus.

⁴ Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2013 m. balandžio 19 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-3-215/2013.

⁵ Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2013 m. birželio 26 d. nutartis civilinėje byloje 3K-3-316/2013.

⁶ Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2009 m. vasario 9 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-3-32/2009.

⁷ Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2017 m. lapkričio 23 d. nutartis civilinėje byloje Nr. e3K-3-426-684/2017.

Vertinant įvykį ir kilusį ginčą Draudimo sutarties kontekste, pažymėtina, kad draudimo rizikos „Gydymo išlaidos“ sąlygos yra nustatytos Taisyklių C.1. dalyje „Gydymo išlaidų draudimo variantas“. Taisyklių 16 punkte nustatyta, kad „draudžiamuoju įvykiu laikomas mediciniškai pagrįstų gydymo paslaugų ir priemonių, paskirtų gydytojo, gavimas dėl apdraustojo traumų, įvardytų priede „Draudimo išmokų lentelės“ T1, T2 arba T3 traumų lentelėse“. Taisyklių 17.4 papunktyje nustatyta, kad nedraudžiamuoju įvykiu laikomos „išlaidos dėl kūno sužalojimo (traumos), atitinkančio T1, T2, T3 traumų lenteles, įvykusio galiojant sutarčiai, kurioje nebuvo pasirinktas gydymo išlaidų draudimo variantas“.

Lietuvos banko vertinimu, sutiktina su draudiko pozicija, kad šiuo konkrečiu atveju, nors pareiškėjos patirtos gydymo išlaidos iš esmės atitinka Draudimo sutartyje nurodytus draudžiamąjį įvykį pagal draudimo riziką „Gydymo išlaidos“ požymius, tačiau šalys yra aiškiai susitarusios dėl sąlygų, kada toks įvykis nelemia draudiko pareigos mokėti draudimo išmoką, ir šios sąlygos yra nustatytos Taisyklių 17.4 papunktyje. Konstatuotina, kad Taisyklių 17.4 papunktyje aiškiai nurodyta, jog nedraudžiamasis įvykis yra toks, kai trauma įvyksta galiojant Draudimo sutarčiai be „Gydymo išlaidų“ rizikos, net jei gydymas vyksta vėliau.

Dėmesys atkreiptinas į tai, kad Taisyklių 17.4 papunktyje nedraudžiamąjį įvykį požymiai siejami būtent su įvykiu, dėl kurio patiriamos gydymo išlaidos, data. Taigi, pareiškėjos teiginys, kad draudikas, sprenddamas dėl gydymo išlaidų kompensavimo, privalo atsižvelgti į faktinį laiką, kada jos patirtos, o ne įvykio datą, Lietuvos banko vertinimu, yra nepagrįstas.

Byloje esantis duomenys pagrindžia, kad įvykis įvyko tuo metu, kai apdraustasis nebuvo apdraustas draudimo variantu „Gydymo išlaidos“. Tai patvirtina į bylą pateiktas ankstesnio laikotarpio draudimo liudijimas, galiojęs nuo 2024 m. sausio 27 d. iki 2025 m. sausio 26 d., kuriame aiškiai nurodoma, jog „Gydymo išlaidų“ rizika yra „nepasirinkta“. Iš byloje esančio vėlesnio laikotarpio draudimo liudijimo, galiojusio nuo 2025 m. sausio 27 d. iki 2026 m. sausio 26 d., matyti, kad draudimo rizika „Gydymo išlaidos“ yra draudžiama (nurodoma konkreti draudimo suma – 1000 Eur). Taigi, rizika „Gydymo išlaidos“ į teikiamos draudimo apsaugos apimtį buvo įtraukta jau po įvykio.

Taip pat iš bylos duomenų matyti, kad draudimo rizika „Gydymo išlaidos“ į Draudimo sutartį buvo įtraukta dar nepranešus draudikui apie įvykį (nors jis buvo įvykęs prieš mėnesį), ir jau žinant, kad dėl įvykio bus patirtos gydymo išlaidos (pareiškėja paaiškino, kad gydymas vyko etapais, o svarbiausia gydymo dalis buvo atlikta būtent 2025 m. sausio 29 d.).

Remiantis nurodytomis aplinkybėmis, darytina išvada, kad nagrinėjamo ginčo atveju, draudikas tinkamai įvertino įvykio aplinkybes ir pagrįstai taikė aktualias Draudimo sutarties nuostatas.

Lietuvos banko vertinimu, draudiko pateikti duomenys ir paaiškinimai pagrindžia, kad pagal šalių sudarytos Draudimo sutarties sąlygas draudikas pagrįstai, vadovaudamasis Taisyklių nuostatomis, pareiškėjos patirtas gydymo išlaidas pripažino nedraudžiamuoju įvykiu bei atsisakė jas kompensuoti.

Atsižvelgiant į nustatytas aplinkybes, pareiškėjos reikalavimas 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 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.