



**LIETUVOS BANKO
TEISĖS IR LICENCIJAVIMO DEPARTAMENTO
DIREKTORIUS**

**SPRENDIMAS
DĖL X. X. IR ADB „COMPENSA VIENNA INSURANCE GROUP“ GINČO NAGRINĖJIMO**

2025-10-08 Nr. 429-234
Vilnius

Lietuvos bankas gavo X. X. (toliau – pareiškėjas) kreipimąsi, kuriuo prašoma išnagrinėti tarp pareiškėjo ir ADB „Compensa Vienna Insurance Group“ (toliau – draudikas) kilusį ginčą.

N u s t a t y t a:

Draudikas su *Luminor Bank AS*, veikiančiu per skyrių Lietuvoje, (toliau – bankas) sudarė Kelionių draudimo sutartį (toliau – draudimo sutartis), kuria „Luminor Bank“ individualių kelionių draudimo sąlygų „VISA Gold“ ir „Luminor Black“ kredito kortelių vartotojų draudimui (toliau – Taisyklės)¹ pagrindu buvo apdrausti banko klientų (įskaitant pareiškėją) turtiniai interesai, susiję su įvairiomis rizikomis, tarp jų ir su dėl kelionės atšaukimo, nutraukimo, vėlavimo ir kelionės jungties praradimo atsiradusioms išlaidoms.

2025 m. gegužės 20 d. pareiškėjas, naudodamasis draudiko savitarnos svetaine, informavo draudiką apie neįvykusią kelionę, įvykio aprašyme nurodydamas: „Ūminė liga, dėl kurios, remiantis gydytojo išvada, Apdraustajam reikalinga Neatidėliotina medicininė pagalba, todėl jis negali vykti į kelionę. Tikėdamas pagerėjimu, bilietą keičiau į vėlesnio išvykimo, tačiau būklė ne gerėjo, o paūmėjo“ (toliau – Įvykis).

Draudikas nustatė, kad pareiškėjas 2025 m. gegužės 18 d. turėjo išvykti į kelionę, tačiau neišvyko, o pas gydytoją apsilankė tik 2025 m. gegužės 20 d., t. y. praėjus dviem dienoms nuo numatytos kelionės pradžios dienos. Iš pareiškėjo pateiktame medicinos dokumentų išrašė nurodytos informacijos negalima nustatyti, kad pareiškėjui buvo reikalingas skubus gydymas, dėl kurio pareiškėjas negalėtų vykti į kelionę. Įvertinęs nurodytas aplinkybes, draudikas pripažino Įvykį nedraudžiamuoju, atsisakė išmokėti draudimo išmoką, atlyginančią pareiškėjo dėl neįvykusios kelionės patirtas išlaidas, ir 2025 m. gegužės 27 d. apie tai informavo pareiškėją.

Pareiškėjas nesutiko su draudiko sprendimu ir 2025 m. birželio 2 d. pateikė draudikui pretenziją, reikalaudamas Įvykį pripažinti draudžiamuoju, nes pareiškėjas įvykdė visas Taisyklėse nurodytas sąlygas.

Draudikas, siekdamas nustatyti, ar pareiškėjo liga pasireiškė dar iki suplanuotos kelionės, paprašė pareiškėjo pateikti papildomą informaciją apie tai, kada pareiškėjas registravosi vizitui pas gydytoją. Kadangi pareiškėjas atsisakė tai padaryti, draudikas 2025 m. birželio 19 d. pateikė atsakymą į pareiškėjo pretenziją, joje nurodė, jog sprendimas žalos byloje keičiamas nebus.

Pareiškėjas nesutiko su draudiko sprendimu ir kreipėsi į Lietuvos banką, prašydamas išnagrinėti kilusį ginčą. Pareiškėjas paaiškino, kad dėl prastos savijautos ir savaitgalio į šeimos gydytoją kreipėsi artimiausią įmanomą dieną – 2025 m. gegužės 20 d. Pareiškėjo teigimu, Taisyklėse numatyta, kad apdraustasis turi pateikti tik gydymo įstaigos pažymą, kurioje nurodyta diagnozė, bei dokumentą, patvirtinantį nedarbingumą, o papildomų duomenų ar dokumentų reikalavimas yra perteklinis. Pareiškėjo teigimu, Taisyklėse nėra nurodyta, per kiek laiko reikia kreiptis į gydytoją (prieš ar po kelionės), ir draudikas neteisingai interpretuoja Taisyklių VIII skyriaus 2.1.1 papunktį, nes gydytojo diagnozė, paskirtas gydymas bei nedarbingumas yra aplinkybės, patikimai patvirtinančios, jog asmuo negali keliauti.

Pareiškėjas draudikui kėlė reikalavimą išmokėti 3 503,78 Eur draudimo išmoką,

¹ Taisyklių redakcija, galiojanti nuo 2024 m. sausio 1 d.

atlyginančią pareiškėjo dėl neįvykusios kelionės patirtas išlaidas, kurias sudaro skrydžio bilieto kaina – 203,95 EUR, skrydžio bilieto keitimo kaina – 293 EUR, dalyvavimo konferencijoje mokestis – 2 650 EUR, nakvynės viešbutyje kaina – 356,83 EUR.

Lietuvos banke buvo gautas draudiko atsiliepimas. Jame draudikas pakartojo atsakyme į pareiškėjo pretenziją išdėstytus argumentus ir aplinkybes ir prašė pareiškėjo reikalavimą laikyti nepagrįstu.

Draudiko teigimu, remiantis Taisyklių VIII skyriaus 2.1 papunkčiu, draudikas atlygina apdraustajam faktiškai patirtas išlaidas dėl apdraustojo staigos ar ūminės ligos, lėtinės ligos paūmėjimo ar nelaimingo įvykio, dėl kurių, remiantis gydytojo išvada, apdraustajam reikalinga neatidėliotina medicinos pagalba arba gydymas ligoninėje, todėl jis negali vykti į kelionę ar jos tęsti (2.1.1 papunktis). Draudikas atsisakė pripažinti įvykį draudžiamuoju, nes pareiškėjo pateikti dokumentai ir paaiškinimai nepatvirtina, kad į suplanuotą kelionę pareiškėjas negalėjo išvykti dėl ligos.

Draudiko teigimu, pareiškėjo vizitas pas gydytoją įvyko tik 2025 m. gegužės 20 d., t. y. praėjus dviem dienoms po kelionės pradžios datos (2025 m. gegužės 18 d.), todėl nėra įrodymų, kad sveikatos sutrikimas egzistavo dar prieš kelionės pradžią ir sutrukdė vykti į kelionę. Be to, pareiškėjo pateiktame medicinos dokumentų išrašė nėra nurodyta, kad kelionės dieną pareiškėjui buvo reikalinga neatidėliotina pagalba ar gydymas ligoninėje, tai pagal Taisykles yra būtina sąlyga pripažinti įvykį draudžiamuoju.

Pareiškėjas teigė, kad tik 2025 m. gegužės 20 d. gavo vietą vizitui pas gydytoją, tačiau atsisakė bendradarbiauti su draudiku ir neteikė jokių įrodymų, kad vizitas pas gydytoją buvo registruotas (dėl jo kreiptasi) iki kelionės pradžios. Draudikas atkreipė dėmesį, kad pareiškėjas, registruodamas įvykį, nurodė ligos pradžios datą – 2025 m. gegužės 18 d., tačiau keitėsi bilietus į vėlesnius jau 2025 m. gegužės 17 d., tai kelia abejonių, ar kelionės atšaukimas tikrai buvo susijęs su nurodoma liga.

Atsižvelgdamas į tai draudikas nurodė, kad surinko pakankamai sprendimą pagrindžiančių duomenų ir pagrįstai įvykį pripažino nedraudžiamuoju, todėl prašė pareiškėjo reikalavimą atmesti kaip nepagrįstą.

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.

Įvertinus ginčo šalių pateiktus dokumentus ir paaiškinimus, darytina išvada, kad ginčas kilo dėl draudiko sprendimo įvykį pripažinti nedraudžiamuoju pagrįstumo.

Siekiant išspręsti tarp šalių kilusį ginčą, būtina įvertinti, ar draudikas pagrįstai, vadovaudamasis Taisyklių nuostatomis, atsisakė įvykį pripažinti draudžiamuoju.

Lietuvos Respublikos civilinio kodekso 6.987 straipsnyje nustatyta, kad draudimo sutartimi viena šalis (draudikas) įsipareigoja už sutartyje nustatytą draudimo įmoką sumokėti kitai šaliai (draudėjai) 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 sutartis, prie kurios, su banku sudaręs kortelės sutartį, prisijungė ir pareiškėjas, yra savanoriška, todėl draudikas, vadovaudamasis Civilinio kodekso 6.156 straipsnio 1 dalies nuostatomis, 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.

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

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 prisiimtos draudimo rizikos laipsnį³.

Draudiko prievolės išmokėti draudimo išmoką pagal įstatymuose nustatytą teisinį reglamentavimą ir draudimo sutartį atsiradimas siejamas su draudžiamojo įvykio fakto nustatymu (Civilinio kodekso 6.987 straipsnis)⁴.

Teisine prasme draudžiamasis įvykis yra juridinis faktas, t. y. realaus gyvenimo reiškiny, su kuriuo įstatymas sieja teises pasekmes, konkrečiai – draudiko pareigą išmokėti draudimo išmoką. Nedraudžiamuoju įvykiu laikytinas atsitikimas, kai įvyksta į draudimo rizikos apibrėžtį patenkančias įvykis, tačiau šalys yra susitariusios, kad dėl konkrečių aplinkybių ir savitų, aiškiai draudimo sutartyje nustatytų sąlygų šis įvykis nelemia draudiko pareigos išmokėti draudimo išmoką. Kaip ne kartą yra nurodęs Lietuvos Aukščiausiasis Teismas savo praktikoje, nedraudžiamieji įvykiai pašalina draudiko pareigą mokėti draudimo išmoką *ab initio* (nuo pradžių). Taigi, pareiga mokėti draudimo išmoką draudikui kyla tik tada, kai įvykio aplinkybės atitinka konkrečius draudimo sutartyje nurodytus draudžiamojo įvykio požymius, ir nėra aplinkybių, atitinkančių nedraudžiamųjų įvykių apibrėžimus.⁵

Nagrinėjamu atveju kelionių draudimo sutartimi pareiškėjas buvo apdraustas ir, be kita ko, „Kelionės atšaukimo, nutraukimo, vėlavimo ir kelionės jungties praradimo draudimu“. Remdamasis Taisyklių VIII skyriaus 2.1.1 papunkčiu, draudikas atlygina apdraustajam faktiškai patirtas išlaidas dėl apdraustojo staigos ar ūminės ligos, lėtinės ligos paūmėjimo ar nelaimingo įvykio, dėl kurių, remiantis gydytojo išvada, apdraustajam reikalinga neatidėliotina medicininė pagalba arba gydymas ligoninėje, todėl jis negali vykti į kelionę ar jos tęsti.

Pagal Taisyklių VIII skyriaus 2.2.1 papunktį, kelionės atšaukimo, nutraukimo ar pavėlavimo atvykti į kelionės pradžios vietą atveju draudikas, nevirsydamas draudimo sumos, atlygina apdraustojo patirtas faktines išlaidas už bilietus ir kitas paslaugas, įeinančias į kelionės paketą, už kurias yra sumokėta, tačiau jomis nepasinaudota, arba papildomas išlaidas už bilietų keitimą ar įsigytus naujus bilietus.

Vertinant įvykio požymius draudimo sutarties sąlygų kontekste, pažymėtina, kad pareiškėjas kelionės atšaukimo išlaidas patyrė, kaip teigia, dėl kelionės dieną (2025 m. gegužės 18 d.) prasidėjusios ūminės ligos ((duomenys neskelbtini)). Kadangi kelionės diena buvo savaitgalis (sekmadienis), pareiškėjas teigia į šeimos gydytoją kreipėsis artimiausią dieną, kai buvo įmanoma – 2025 m. gegužės 20 d. (antradienį). Šeimos gydytojas diagnozavo ligą, išdavė medicinos dokumentų išrašą bei nedarbingumo pažymėjimą laikotarpiui nuo 2025 m. gegužės 20 d. iki 2025 m. gegužės 23 d.

Pareiškėjas kreipėsi į draudiką dėl patirtų nuostolių atlyginimo, pateikė visus, jo manymu, būtinus dokumentus (medicinos dokumentų išrašą su tikslia diagnoze ir oficialų nedarbingumo pažymėjimą iš „Sodros“ sistemos). Vis dėlto draudikas atsisakė mokėti draudimo išmoką, motyvuodamas tuo, kad į gydytoją pareiškėjas kreipėsi vėliau, nei turėjo prasidėti kelionė, ir pareikalavo pateikti papildomus, pareiškėjo nuomone, Taisyklėse nenumatytus įrodymus.

Pareiškėjas, nesutikdamas su draudiko sprendimu, teigia, kad įvykdė Taisyklėse nustatytus reikalavimus dėl dokumentų pateikimo. Pareiškėjo teigimu, Taisyklių VIII skyriaus 5.1.1 papunktyje aiškiai nurodyta, kad kelionės atšaukimo dėl ligos atveju apdraustasis turi pateikti: „gydymo įstaigos pažymą, kurioje nurodyta diagnozė ir dokumentą patvirtinantį nedarbingumą“. Taisyklėse nėra jokių papildomų reikalavimų dėl laboratorinių tyrimų rezultatų ar kitų medicinos duomenų pateikimo.

Draudikas, savo ruožtu, neginčija fakto, kad po apsilankymo pas šeimos gydytoją pareiškėjas pateikė draudikui medicinos dokumentų išrašą, kuriame nurodyta diagnozė – (duomenys neskelbtini), ir išrašą iš „Sodros“, kuriame nurodyta, jog pareiškėjui nedarbingumas skirtas laikotarpiu nuo 2025 m. gegužės 20 d. iki 2025 m. gegužės 23 d.

Draudikas, norėdamas įsitikinti draudžiamojo įvykio buvimu, atsižvelgęs į tai, jog apsilankymas pas gydytoją buvo jau po kelionės pradžios, o pareiškėjo pateiktame medicinos dokumentų išraše nėra nurodoma, kad neatidėliotinas gydymas ir medicinos pagalba pareiškėjui buvo reikalingi kelionės dieną, taip pat nesant jokių duomenų, kad dėl patirto sveikatos sutrikimo pareiškėjas turėtų gydytis ligoninėje ir negalėtų vykti į suplanuotą kelionę, paprašė pareiškėjo pateikti papildomus duomenis, įrodančius, kad pareiškėjas į gydymo įstaigą

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

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 Nr. 3K-3-316/2013.

dėl ligos kreipėsi iki kelionės pradžios. Draudiko teigimu, pareiškėjas nurodė, jog papildomų dokumentų neteiks, nes Taisyklėse tokių dokumentų pateikti nereikalaujama.

Pareiškėjas Lietuvos bankui pateikė ambulatorinio apsilankymo aprašymo išrašą, iš kurio matyti, kad pareiškėjas pas šeimos gydytoją lankėsi 2025 m. gegužės 20 d., taip pat išrašė matomos nustatytos diagnozės. Pareiškėjas Lietuvos bankui pateikė ir „Sodros“ nedarbingumo pažymėjimą, kuriame nurodytas nedarbingumo laikotarpis – nuo 2025 m. gegužės 20 d. iki 2025 m. gegužės 23 d., nurodoma nedarbingumo priežastis – liga.

Kaip jau buvo minėta, draudžiamuoju įvykiu, remiantis Taisyklėmis, yra laikomas kelionės atšaukimas dėl apdraustojo staigos ar ūminės ligos, dėl kurios, remiantis gydytojo išvada, apdraustasis į kelionę vykti negali. Sutiktina su draudiko argumentu, kad iš pareiškėjo pateiktų dokumentų nėra pagrindo teigti, jog pareiškėjas į kelionę 2025 m. gegužės 18 d. neišvyko dėl jo nurodomų aplinkybių (staigos ir ūmios ligos, dėl kurios vėliau išduotas nedarbingumo žymėjimas). Pareiškėjas taip pat nepateikė jokių įrodymų, patvirtinančių, kada faktiškai prasidėjo minėtos ligos simptomai, taip pat dėl kokių priežasčių vizitas pas gydytoją vyko jau po kelionės pradžios datos (pareiškėjas atsisakė draudikui pateikti informaciją, kuri patvirtintų, jog dėl gydytojo užimtumo ar kitų objektyvių priežasčių nebuvo galimybės apsilankyti pas gydytoją anksčiau).

Pareiškėjo teigimu, draudikas nepagrįstai reikalauja perteklinės informacijos – išsamaus medicinos dokumentų išrašo su skiltimi „Medicininiai duomenys“, įrodymų apie bandymą registruotis pas gydytoją anksčiau (pvz., skambučių išklotinių). Tokie reikalavimai nėra numatyti Taisyklių VIII skyriuje, o draudiko nurodoma bendroji pareiga bendradarbiauti (Taisyklių X skyriaus 2.4 papunktis) negali būti aiškinama per plačiai ir naudojama kaip pagrindas reikalauti dokumentų, kurie nėra įtvirtinti konkrečiame, draudžiamajam įvykiui skirtame Taisyklių punkte.

Kaip jau minėta, siekdamas išsiaiškinti visas aplinkybes, draudikas prašė pareiškėjo pateikti įrodymus (skambučio ekrano nuotrauką su data ir laiku, elektroninį laišką gydymo įstaigai ar pan.), kada pareiškėjas registravosi pas gydytoją, tačiau pareiškėjas atsisakė pateikti prašomą informaciją. Tai patvirtina ir pareiškėjo pateikti elektroniniai laiškai, kuriuose pareiškėjas Lietuvos bankui nurodo su draudiku šia informacija kategoriškai nesidalinsiąs, kadangi šis reikalavimas peržengia draudimo sutarties ribas ir yra teisiškai nepagrįstas.

Atkreiptinas dėmesys, kad Lietuvos Respublikos draudimo įstatymo 98 straipsnio 1 dalyje nustatyta, kad draudėjas, naudos gavėjas ar nukentėjęs trečiasis asmuo privalo pateikti draudikui visus turimus dokumentus ir informaciją apie draudžiamą įvykio aplinkybes ir pasekmes, būtinas nustatant draudimo išmokos dydį. Draudimo įstatymo 98 straipsnio 3 dalyje nustatyta, kad draudikas neturi teisės išmokėti draudimo išmoką ar atsisakyti ją išmokėti, neįsitikinęs, kad draudžiamasis įvykis buvo. Ši nuostata glaudžiai susijusi su draudiko pareiga tirti aplinkybes, būtinas draudžiamą įvykio faktui, pasekmėms ir draudimo išmokos dydžiui nustatyti, dedant reikiamas pastangas (Draudimo įstatymo 98 straipsnio 2 dalis). Tik turėdamas pakankamai patikimos informacijos ir ją išsamiai įvertinęs, draudikas gali priimti objektyvius sprendimus, įskaitant dėl draudimo išmokos dydžio ar draudimo išmokos mokėjimo būdo parinkimo.

Taisyklių Bendrosios dalies 2.4 papunktyje įtvirtinta nuostata suponuoja tai, kad apdraustasis privalo vykdyti draudiko reikalavimus ir padėti draudikui išsiaiškinti draudžiamą įvykio aplinkybes, teikti visą informaciją bei dokumentus, kurie, draudiko nuomone, yra reikšmingi draudžiamą įvykio aplinkybėms bei draudimo išmokai nustatyti. Lietuvos banko nuomone, draudiko prašymas pareiškėjui patikslinti informaciją ir pateikti įrodymus, kada pareiškėjas kreipėsi į gydytoją ar kada tiksliai prasidėjo ligos simptomai, negali būti laikomas perteklinės informacijos prašymu, nes tokia informacija yra tiesiogiai susijusi su draudžiamą įvykio buvimo fakto nustatymu ir būtina išsamiam įvykio tyrimui.

Atsižvelgiant į išdėstytas aplinkybes, konstatuotina, kad pareiškėjas tik formaliai įvykdė dalį Taisyklėse numatytų pareigų, tačiau faktiškai nesilaikė bendradarbiavimo (kooperavimosi) principo, pagal kurį šalys turi sudaryti tinkamas sąlygas sutarčiai vykdyti, keistis informacija ir padėti viena kitai įgyvendinti sutartines teises bei pareigas.

Atkreiptinas dėmesys, kad kreipimesi į Lietuvos banką pareiškėjas nurodė, kad ūmi liga, dėl kurios neišvyko į suplanuotą kelionę, prasidėjo 2025 m. gegužės 18 d., tačiau iš kreipimosi priedų matyti, kad 2025 m. gegužės 17 d. pareiškėjas keitė bilietų laiką (2025 m. gegužės 18 d. 11:40 val. skrydis keistas į tą pačią dieną vykdytą vėlesnį 20:20 val. skrydį). Ši aplinkybė taip pat kelia abejonių, ar bilietų keitimas ir (ar) kelionės atšaukimas tikrai buvo susiję su liga.

Pareiškėjas reikalavimą įvykį pripažinti draudžiamuoju grindžia argumentu, kad

Taisyklėse nėra nurodyto privalomo termino kreiptis į gydytoją. Draudiko argumentas, kad į gydytoją pareiškėjas kreipėsi praėjus dviem dienoms po numatytos kelionės datos, yra teisiškai nereikšmingas, nes, pareiškėjo teigimu, Taisyklės nenustato jokio konkretaus termino, per kurį asmuo privalo kreiptis dėl medicinos pagalbos. Pareiškėjo nuomone, svarbiausias faktas yra ligos buvimas kelionės dieną, o ne apsilankymo pas gydytoją data.

Sutiktina su pareiškėjo argumentu, kad, pagal Taisyklių sąlygas, įvykis gali būti pripažintas draudžiamuoju tuo atveju, kai asmuo serga kelionės dieną ir būtent dėl ligos neišvyksta į kelionę. Vis dėlto, kaip jau minėta, nei iš draudikui, nei iš Lietuvos bankui pareiškėjo pateiktų duomenų ir įrodymų negalima daryti pagrįstos išvados, kad kelionės dieną (2025 m. gegužės 18 d.) pareiškėjas sirgo ir dėl to neišvyko į kelionę.

Pažymėtina, kad pareiškėjo pateiktame medicinos dokumentų išrašė bei nedarbingumo pažymoje nurodoma vėlesnė data, negu nustatyta kelionės pradžia – 2025 m. gegužės 20 d. Jokios objektyvios informacijos, kuri fiksuotų ankstesnę ligos pradžios datą, pareiškėjas nepateikė. Taip pat pareiškėjas nepateikė jokių įrodymų, kad dėl ligos pas gydytoją galėjo apsilankyti ir dėl nedarbingumo kreiptis tik po dviejų dienų po kelionės pradžios datos. Sutiktina su draudiko argumentu, kad nors Taisyklėse nėra nurodyto konkretaus termino, per kurį asmuo privalo kreiptis į gydymo įstaigą dėl ligos, šiuo atveju draudžiamuoju įvykiu yra laikoma dėl ligos neįvykusi kelionė, taigi ligos aplinkybė turi atsirasti iki suplanuotos kelionės pradžios.

Pažymėtina, kad civilinėje teisėje faktų įrodomumo problema spręstina remiantis vadinamąja tikėtinumo taisykle (tikimybių pusiausvyros principu). Kasacinio teismo jurisprudencijoje ne kartą nurodyta, kad įrodinėjimas civiliniame procese turi savo specifiką – nenustatyta, kad išvadą apie tam tikrų faktų buvimą galima daryti tik tada, kai dėl jų egzistavimo absoliučiai nėra abejonių; išvadą apie faktų buvimą civiliniame procese galima daryti ir tada, kai tam tikros abejonės dėl fakto buvimo išlieka, tačiau byloje esančių įrodymų visuma leidžia manyti esant labiau tikėtina atitinkamą faktą buvus, nei jo nebuvus⁶.

Kaip minėta, pateiktų duomenų pagrindu konstatuoti, kad kelionė neįvyko būtent dėl pareiškėjo ligos, negalima. Pareiškėjas nėra pateikęs jokių objektyvių įrodymų, kurie patvirtintų, kad ginčui aktuali liga prasidėjo 2025 m. gegužės 18 d. ir būtent dėl šios priežasties pareiškėjas neišvyko į kelionę. Anaiptol, draudikui siekiant išsiaiškinti aplinkybes, ar būtent kelionės dieną pareiškėjas siekė užsiregistruoti į gydymo įstaigą, ar ne, pareiškėjas nebendradarbiavo su draudiku ir šių duomenų draudikui nepateikė.

Įvertinus bylos duomenis, pažymėtina, kad, vadovaujantis Taisyklių, kurios yra draudimo sutarties sudėtinė dalis, VIII skyriaus 2.1.1 papunkčiu, draudikas įsipareigojo mokėti draudimo išmoką kelionės atšaukimo atveju tik tuomet, kai kelionė neįvyko dėl kelionės dieną egzistavusios ligos, dėl kurios, remiantis gydytojo išvada, apdraustajam buvo reikalinga neatidėliotina medicinos pagalba arba gydymas ligoninėje, todėl jis negalėjo vykti į kelionę. Šiuo atveju pareiškėjas nepateikė duomenų ir įrodymų, patvirtinančių, kad liga ar jos požymiai egzistavo kelionės dieną, pareiškėjui buvo reikalinga neatidėliotina medicinos pagalba arba gydymas ligoninėje, todėl jis negalėjo išvykti į kelionę, o iš pateiktų duomenų matyti, kad liga buvo objektyviai užfiksuota tik praėjus dviem dienoms, t. y. 2025 m. gegužės 20 d., po suplanuotos kelionės dienos. Įvertinus nustatytas aplinkybes, darytina išvada, kad draudikui šiuo atveju nekilo pareiga įvykio pripažinti draudžiamuoju ir mokėti pareiškėjui draudimo išmokos, atlyginančios pareiškėjo patirtas kelionės atšaukimo išlaidas.

Vadovaujantis Lietuvos bankui pateiktų įrodymų visuma ir draudimo sutarties sąlygomis, darytina išvada, kad draudikas pagrįstai atsisakė pripažinti įvykį draudžiamuoju, todėl pareiškėjo draudikui keliamas reikalavimas 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

⁶ Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2008 m. rugpjūčio 25 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-3-304/2008; 2009 m. kovo 16 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-3-101/2009 ir kt.

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