



**LIETUVOS BANKO
PRIEŽIŪROS TARNYBOS
FINANSINIŲ PASLAUGŲ IR RINKŲ PRIEŽIŪROS DEPARTAMENTO
DIREKTORIUS**

**SPRENDIMAS
DĖL A. K. IR MANDATUM LIFE INSURANCE COMPANY LIMITED GINČO
NAGRINĖJIMO**

2018 m. birželio 20 d. Nr. 242-248
Vilnius

Lietuvos bankas gavo A. K. (toliau – pareiškėjas) atstovaujančio advokato padėjėjo A. L. (toliau – pareiškėjo atstovas) kreipimąsi, kuriuo prašoma išnagrinėti tarp pareiškėjo ir *Mandatum Life Insurance Company Limited*, veikiančios Lietuvoje per įsteigtą filialą, (toliau – draudikas) kilusį ginčą.

N u s t a t y t a:

Tarp pareiškėjo ir draudiko buvo sudaryta galiojanti nuo 2017 m. rugpjūčio 29 d. iki 2018 m. rugpjūčio 28 d. gyvybės draudimo sutartis TW Nr. (*duomenys neskelbtini*) (toliau – Draudimo sutartis), kuria buvo apdrausti pareiškėjo turtiniai interesai, susiję su pareiškėjo gyvenimo trukme ir sveikata. Draudimo sutartyje nurodyta, kad gyvybės draudimo suma yra 10 000 Eur, o traumas dėl nelaimingo atsitikimo ir neįgalumo dėl nelaimingo atsitikimo draudimo sumos yra 30 000 Eur. Metinė draudimo įmoka – 273,56 Eur.

Pareiškėjas 2017 m. gruodžio 29 d. ir 2018 m. sausio 2 d. draudikui pateikė informaciją apie 2017 m. gruodžio 18 d. patirtą atvirą kairio žastikaulio lūžį su dislokacija (toliau – Įvykis).

Gavęs pranešimus apie Įvykį, draudikas 2018 m. sausio 3 d. ir 2018 m. sausio 5 d. Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikoms (toliau – Kauno klinikos) išsiuntė prašymus pateikti medicinos dokumentus, kuriuose būtų informacija apie 2017 m. gruodžio 18 d. pareiškėjo patirtos traumos pasekmes ir jų gydymą.

Draudikas 2018 m. sausio 11 d. pareiškėjui pateikė prašymą suteikti papildomą informaciją apie Įvykio aplinkybes, į minėtą prašymą pareiškėjas atsakė 2018 m. sausio 11 d. raštu.

2018 m. sausio 15 d. draudikas VšĮ Kauno Dainavos poliklinikos Petrašiūnų pirminės asmens sveikatos priežiūros centrui (toliau – Petrašiūnų pirminės asmens sveikatos priežiūros centras) pateikė prašymą atsiųsti pareiškėjo ambulatorinės kortelės duomenis. Norėdamas pasitikslinti, ar pareiškėjas po traumos į Kauno klinikas buvo atvežtas greitosios pagalbos automobiliu, draudikas 2018 m. sausio 16 d. raštu kreipėsi į VšĮ Kauno miesto greitosios medicinos pagalbos stotį (toliau – Stotis), prašydamas pateikti informaciją, susijusią su pareiškėjo patirta trauma. 2018 m. sausio 16 d. Stoties raštu draudikas buvo informuotas, kad draudiko nurodytu laiku Stotyje „nebuvo registruotas kvietimas pacientui A. K.“.

2018 m. sausio 30 d. raštu pareiškėjas buvo informuotas, kad draudikas 2018 m. sausio 15 d. kreipėsi į Petrašiūnų pirminės asmens sveikatos priežiūros centrą.

2018 m. kovo 1 d. draudikas raštu informavo pareiškėją, kad gavo visų gydymo įstaigų atsakymus į išsiųstus paklausimus ir kad atlieka gautos informacijos ir medicinos dokumentų analizę.

2018 m. kovo 20 d. įvyko draudiko susitikimas su pareiškėju dėl Įvykio aplinkybių patikslinimo. Tą pačią dieną draudikas atliko Įvykio vietos apžiūrą ir padarė Įvykio vietos nuotraukas.

2018 m. kovo 30 d. draudiko raštu pareiškėjas buvo informuotas, kad 2018 m. kovo 20 d. įvykusio draudiko ir pareiškėjo susitikimo metu buvo susitarta, kad į dalį susitikimo metu pateiktų klausimų bus atsakyta elektroniniu paštu, tačiau iki 2018 m. kovo 30 d. rašto išsiuntimo pareiškėjui dienos pareiškėjo atsakymai į draudiko klausimus nebuvo gauti. Atsižvelgdamas į tai, draudikas pareiškėjui nurodė, kad įvykio tyrimas bus atnaujintas, kai draudikas gaus trūkstamus pareiškėjo atsakymus į draudiko nurodytus klausimus.

2018 m. balandžio 3 d. pareiškėjo atstovas draudikui pateikė pretenziją, nurodydamas, kad, atsižvelgiant į tai, kad, praėjus 3 mėnesiams nuo pareiškėjo pranešimo apie įvykį pateikimo, pareiškėjui nebuvo išmokėta draudimo išmoka, draudikui kyla pareiga nedelsiant apskaičiuoti ir pareiškėjui išmokėti draudimo išmoką dėl įvykio.

Draudikas 2018 m. balandžio 17 d. raštu pateiktame atsakyme į pareiškėjo atstovo pretenziją teigė nustatęs, kad, prieš sudarydamas Draudimo sutartį, pareiškėjas kreipėsi ir į kitas draudimo įmones dėl draudimo sutarčių, kuriomis teikiama traumų dėl nelaimingų atsitikimų draudimo apsauga. Draudikas nustatė, kad pareiškėjas draudimo įmonėje *Compensa Life Vienna Insurance Group SE*, veikiančioje Lietuvoje per įsteigtą filialą, yra sudaręs draudimo sutartį, kuria buvo susitarta, kad traumų dėl nelaimingų atsitikimų draudimo suma – 30 000 Eur; su draudimo įmone UADDPB „Aviva“ yra sudaręs draudimo sutartį, kuria buvo nustatyta, kad traumų dėl nelaimingų atsitikimų draudimo suma – 30 000 Eur, tokia pati draudimo suma buvo nustatyta ir su gyvybės draudimo UAB „Bonum Publicum“ sudarytoje draudimo sutartyje. Nustatyta, kad pareiškėjas draudimo nuo nelaimingų atsitikimų sutartį sudarė ir su ADB „Compensa Vienna Insurance Group“, taip pat, remiantis pareiškėjo draudikui pateiktais paaiškinimais, nustatyta, kad galbūt pareiškėjas draudimo sutartis, kuriomis yra teikiama traumų dėl nelaimingų atsitikimų draudimo apsauga, yra sudaręs ir su kitomis Lietuvoje gyvybės ir ne gyvybės draudimo veiklą vykdančiomis draudimo įmonėmis.

Atsakyme į pareiškėjo pretenziją draudikas teigė nesuprantantis, kodėl pareiškėjas sudarė kelias draudimo sutartis, kuriomis teikiama draudimo apsauga dėl tokios pačios arba panašios draudimo rizikos. Atsižvelgiant į pareiškėjo patirto lūžio pobūdį, draudikui kilo abejonų dėl traumos aplinkybių ir mechanizmo. Draudikas nurodė, kad įvykio aplinkybių tyrimas yra sustabdytas, nes pareiškėjas nėra pateikęs 2018 m. kovo 20 d. įvykusio susitikimo metu prašytų pateikti duomenų: įvykio dieną galiojusių draudimo sutarčių su kitomis draudimo įmonėmis sąrašo, duomenų apie draudimo įmones, kurioms pareiškėjas yra pateikęs prašymą išmokėti draudimo išmokas dėl įvykio, taip pat duomenų apie pajamų, iš kurių buvo mokamos draudimo įmokos už traumų dėl nelaimingų atsitikimų draudimo apsaugą, kilmę.

Pareiškėjo atstovas nesutiko su draudiko sprendimu nemokėti draudimo išmokos, todėl kreipėsi į Lietuvos banką dėl vartojimo ginčo išnagrinėjimo. Pareiškėjo atstovas kreipimesi į Lietuvos banką nurodė, kad draudiko 2018 m. balandžio 17 d. raštu pateiktas atsakymas į 2018 m. balandžio 3 d. pareiškėjo atstovo pretenziją buvo formalus ir kad draudikas įrodymais nepatvirtino sprendimo neišmokėti draudimo išmokos pagrįstumo. Pareiškėjo atstovas taip pat nurodė, kad draudikas nepagrindė, kaip jis vykdė Lietuvos Respublikos draudimo įstatymo (toliau – Draudimo įstatymas) 98 straipsnio 7 dalyje įtvirtintą pareigą įrodyti aplinkybes, atleidžiančias draudiką nuo draudimo išmokos mokėjimo. Pagal Lietuvos Respublikos civilinio kodekso 6.1014 straipsnio 1 ir 2 dalis, draudikas atleidžiamas nuo draudimo išmokos mokėjimo, jei draudžiamasis įvykis įvyko dėl draudėjo tyčios ar dėl jo neatsargumo, jei įstatymas numato draudiko teisę dėl draudėjo neatsargumo įvykusio draudžiamąjo įvykio nemokėti draudimo išmokos. Pareiškėjo atstovo teigimu, draudikas įrodymais nepagrindė, kad įvykis įvyko dėl pareiškėjo kaltės. Remdamasis kreipimesi į Lietuvos banką nurodytomis aplinkybėmis, pareiškėjo atstovas reikalavo, kad draudikas išmokėtų draudimo išmoką dėl įvykio.

Atsiliepiame į pareiškėjo atstovo kreipimąsi draudikas nurodė, kad prieš sudarant Draudimo sutartį pareiškėjas nurodė, kad jo vidutinės mėnesio išlaidos yra apie 800 Eur. Vėliau pareiškėjas pateikė nurodytiems duomenims prieštaraujančią informaciją, nurodė, kad „jo vidutinės mėnesio pajamos (atskaičius mokesčius) per paskutinius 2 metus svyravo nuo 350 Eur

iki 700 Eur“. 2018 m. kovo 20 d. įvykusio susitikimo metu pareiškėjas informavo draudiką, kad 1,5 metų dirba UAB „Georaimonda“. Draudiko teigimu, pagal viešai prieinamą informaciją, 2017 m. balandžio–gruodžio mėnesiais UAB „Georaimonda“ mokamas vidutinis darbo užmokestis (neatskaičius mokesčių) svyravo nuo 314 iki 388 Eur. Draudiko manymu, šios aplinkybės pagrindžia, kad kelių draudimo sutarčių tam pačiam draudimo laikotarpiui sudarymas ir didelių draudimo sumų pasirinkimas turėjo būti didelė finansinė našta pareiškėjui. Draudikas atkreipė dėmesį, kad pareiškėjas sumokėjo 273,56 Eur draudimo įmoką, todėl tikėtina, kad pareiškėjas „pagal kitas tuo pačiu laikotarpiu galiojančias draudimo sutartis už panašios apimties draudimo apsaugas turėjo mokėti panašaus dydžio draudimo įmokas“.

Draudikas teigė, kad prieš sudarant Draudimo sutartį pareiškėjas neatskleidė tikslios informacijos apie draudimo sutartis, sudarytas su kitomis draudimo įmonėmis. Draudikui kilo klausimas, „kokia tikroji tokio vienkartinio sprendimo pareiškėjo pasirinktoje laiko atkarpoje turėti didelę traumų dėl nelaimingų atsitikimų draudimo apsaugą iš kelių draudikų priežastis. Dėl kokių priežasčių ar tikslų buvo verta pareiškėjui mokėti jo finansinių galimybių neatitinkančias draudimo įmokas kelioms draudimo bendrovėms?“ Remdamasis surinkta informacija, draudikas konstatavo, kad „toks pareiškėjo elgesys leidžia daryti prielaidą, kad draudimo įmokų mokėjimas už tas pačias ar panašias draudimo apsaugas kelioms gyvybės ir ne gyvybės draudimo bendrovėms veikia buvo pareiškėjo „investicija“ į tikėtinas patrauklias pajamas draudimo apsaugų galiojimo laikotarpiu.“

Įvertinus sveikatos priežiūros įstaigų pateiktuose medicinos dokumentuose nurodytus duomenis, draudikui kilo abejonių, ar pareiškėjo patirta trauma buvo netikėta. Kadangi pareiškėjas buvo sudaręs daugiau draudimo sutarčių su traumų dėl nelaimingo atsitikimo draudimo apsauga, draudikas mano, kad yra tikėtina tai, kad pareiškėjas dėl patirtos traumos su prašymu išmokėti draudimo išmokas kreipėsi ir į kitas draudimo įmones. Remdamasis nurodytomis aplinkybėmis, draudikas teigė turintis „pagrindo manyti, kad pareiškėjas, sudarydamas daug draudimo sutarčių su tokiomis traumų draudimo sumomis, veikė tikslingai ir kad 2017 m. gruodžio 18 d. trauma nebuvo atsitiktinė.“

Draudikas teigė, kad gautuose medicinos dokumentuose nurodyti duomenys apie traumos pobūdį jam kelia abejonių: draudikas nėra tikras, ar minėta trauma buvo patirta esant nurodytoms aplinkybėms. Draudikas pabrėžė, kad pareiškėjas negalėjo pateikti tikslų duomenų apie įvykio liudininkus, galinčius patvirtinti pareiškėjo draudikui nurodytas traumos priežastis.

Draudikas mano teisėtai sustabdęs įvykio tyrimą, nes kilo pagrįstų abejonių dėl pareiškėjo sudarytų sutarčių tikslingumo. Įvykio tyrimas buvo sustabdytas ir dėl to, kad prieš sudarant Draudimo sutartį nebuvo atskleista tiksli informacija, be to, kilo abejonių dėl paties įvykio mechanizmo: ar tikrai trauma buvo netikėta ir atsitiktinė. Tai, kad pareiškėjas nepateikė atsakymų į draudiko užduotus klausimus, taip pat yra pagrindas draudikui sustabdyti įvykio administravimą. Remdamasis nurodytomis aplinkybėmis, draudikas mano, kad jam nekyla pareiga mokėti draudimo išmokos, kol nėra gauta visa sprendimui dėl draudimo išmokos mokėjimo priimti reikšminga informacija.

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

Vadovaujantis Vartotojų ir finansų rinkos dalyvių ginčų neteisminio sprendimo procedūros Lietuvos banke taisyklių, patvirtintų Lietuvos banko valdybos 2012 m. sausio 26 d. nutarimu Nr. 03-23, 45 punktu, vartojimo ginčai Lietuvos banke nagrinėjami laikantis rungimosi, ginčų nagrinėjimo operatyvumo, koncentracijos, ekonomiškumo ir bendradarbiavimo principų. Nagrinėdamas ginčą Lietuvos bankas atlieka pateiktų įrodymų vertinimą ir jo pagrindu priimamas sprendimas.

Atsižvelgiant į ginčo šalių paaiškinimus ir pateiktus įrodymus, darytina išvada, kad šalių ginčas kilo dėl draudiko sprendimo nemokėti draudimo išmokos, kol nėra gauta visa sprendimui priimti reikšminga informacija.

Vertinant pareiškėjo draudikui keliamą reikalavimą išmokėti draudimo išmoką, visų pirma pabrėžtina tai, kad Draudimo įstatymo 98 straipsnio 2 dalyje nustatyta, jog draudikas

privalo tirti aplinkybes, būtinas draudžiamą įvykiui faktui, pasekmėms ir draudimo išmokos dydžiui nustatyti, dėdamas reikiamas pastangas. Minėto Draudimo įstatymo straipsnio 3 dalyje nurodyta, kad draudikas neturi teisės išmokėti draudimo išmoką ar atsisakyti ją išmokėti, neįsitikinęs, kad draudžiamasis įvykis buvo, arba atsisakyti išmokėti draudimo išmoką, nepatikrinęs visos jam prieinamos informacijos. Draudiko reikalavimu fiziniai ir juridiniai asmenys privalo pateikti turimą informaciją apie draudžiamą įvykiui ir įvykiui, kuris gali būti pripažintas draudžiamuoju, aplinkybes ir pasekmes (Draudimo įstatymo 98 straipsnio 4 dalis). Taigi teisės aktuose draudimo išmokos mokėjimas imperatyviai siejamas su draudiko pareiga įsitikinti draudžiamą įvykiui buvimu.

Pagal Draudimo sutarčiai taikomų Sąlygų Nr. 252: Trauma dėl nelaimingo atsitikimo (toliau – Sąlygos) 252.1 papunktį, draudžiamuoju įvykiu pripažįstamas nelaimingas atsitikimas, įvykęs apdraustajam galiojant draudimo apsaugai. Nelaimingu atsitikimu laikomas staigus, netikėtas įvykis, kurio laiką ir vietą galima nustatyti ir kurio metu prieš apdraustąjį valią apdraustąjį kūną iš išorės veikianti fizinė jėga pakenkia apdraustąjį sveikatai.

Vertindamas Įvykiui aplinkybių atitiktį Sąlygų 252.1 papunktyje nustatytiems draudžiamą įvykiui požymiams, draudikas nustatė, kad pateiktuose medicinos dokumentuose nurodyta, kad dėl Įvykiui pareiškėjui buvo diagnozuotas žastikaulio apatinės dalies (distalinio galo) lūžis. Medicinos dokumentuose taip pat nurodyta, kad „apatiniam žasto 1/3-lyje, priekiniame paviršiuje stebima žaizda, susisiekianti su lūžiu (TLK-10-AM kodas S41.81), o užpakaliniame paviršiuje odos sumušimo požymiai.“

Pasak draudiko, remiantis įvairių pasaulio šalių medicinos literatūra ir statistika, pilnamečių asmenų žastikaulio apatinės dalies (distalinio galo) lūžiai yra gana reta trauma ir tesudaro apie 2 procentus visų patiriamų traumų ir apie 30 procentų žasto lūžių. Jauni žmonės tokius lūžius dažniausiai patiria dėl „didelės energijos traumos“. Atsižvelgdamas į tai, draudikas padarė išvadą, kad žastikaulis pareiškėjo amžiaus ir kūno sudėjimo asmenims lūžta veikiamas didelės mechaninės jėgos. Draudiko teigimu, tokio pobūdžio traumos dažniausiai įvyksta „eismo įvykių (pvz., automobiliams susidūrus ir keleiviui atsitrengus, pavyzdžiui, į prietaisų skydelį ar automobilio duris), sporto varžybų metu, nukritus iš didelio aukščio, smūgiuojant į ranką su kietu daiktu, pavyzdžiui, beisbolo lazda, ar esant kitoms didelės energijos traumoms. Daugelis iš nurodytų didelės energijos traumų, kai lūžta žastikaulio apatinė dalis, sukelia ir gretutinius sužalojimus.“ Remdamasis nurodytomis aplinkybėmis, draudikas pabrėžė, kad dėl pareiškėjo nurodyto patirtos traumos mechanizmo kilo abejonių, ar trauma atitinka Sąlygų 252.1 papunktyje nustatytus draudžiamą įvykiui požymius, t. y. ar ji buvo atsitiktinė ir ar ji nebuvo netikėta.

Draudiko teigimu, abejones sustiprina ir informacija, kad pareiškėjas draudimo sutartis sudarė ir su kitomis draudimo įmonėmis, taip pat paaiškėjusios aplinkybės, kad prieš sudarant Draudimo sutartį pareiškėjas nepateikė tikslių duomenų apie gaunamas pajamas.

Vertinant šias draudiko nurodytas aplinkybes, pažymėtina, kad CK 6.1014 straipsnio 1 dalyje nustatyta, kad draudikas atleidžiamas nuo išmokos mokėjimo, jeigu draudžiamasis įvykis įvyko dėl draudėjo, apdraustąjį ar naudos gavėjo tyčios, išskyrus atvejus, kai draudimo išmoka mokama pagal civilinės atsakomybės draudimo sutartį dėl atsakingo už žalą asmens kaltės padarytos žalos gyvybei ar sveikatai, taip pat kai pagal draudimo sutartį draudimo išmoka turi būti mokama apdraustąjį mirties atveju, o mirtis įvyko dėl savižudybės, bet draudimo sutartis galiojo daugiau kaip trejus metus (CK 6.1014 straipsnio 3 ir 4 dalys).

Sąlygų 252.2 papunktyje nustatyta, kad nedraudžiamuoju įvykiu pripažįstamas nelaimingas atsitikimas, tiesiogiai ar netiesiogiai susijęs su apdraustąjį tyčiniu susižalojimu.

Siekdamas patikrinti Įvykiui atitiktį Sąlygų 252.1 papunktyje įtvirtintiems draudžiamą įvykiui požymiams, taip pat nustatyti, ar Įvykiui negali būti taikomi CK 6.1014 straipsnio 1 dalyje ir Sąlygų 252.2 papunktyje nustatyti draudiko atsisakymo mokėti draudimo išmoką pagrindai, draudikas pareiškėjo paprašė pateikti Įvykiui dieną galiojusią draudimo sutarčių su kitomis draudimo įmonėmis sąrašą, duomenis apie draudimo įmones, kurioms pareiškėjas yra pateikęs prašymą išmokėti draudimo išmokas dėl Įvykiui, taip pat duomenis apie pajamų, iš kurių buvo

mokamos draudimo įmokos už traumų dėl nelaimingų atsitikimų draudimo apsaugą, kilnę. Kadangi pareiškėjo paaiškinimai apie draudimo sutarčių su kitomis draudimo įmonėmis sudarymą ir draudimo įmokų pagal šias draudimo sutartis mokėjimą draudikui nebuvo pateikti, draudikas atidėjo draudimo išmokos mokėjimą.

Atsižvelgiant į tai, kad pareiškėjas draudikui suteikė netikslią ikisutartinę informaciją ir , draudimo sutartis sudarė su keliomis draudimo įmonėmis, remiantis draudiko nustatytomis aplinkybėmis apie traumas pobūdį, darytina išvada, kad draudikas pagrįstai atidėjo draudimo išmokos mokėjimą ir tęsė Įvykio administravimo veiksmus, siekdamas įvykdyti Draudimo įstatyme nustatytas pareigas ir įsitikinti draudžiamojo įvykio buvimu.

Vertinant pareiškėjo atstovo argumentus, kad draudikas nepagrindė sprendimo atidėti draudimo išmokos mokėjimą, pažymėtina, kad Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad administruodamas Įvykį draudikas prašė, kad pareiškėjas pateiktų papildomos informacijos apie Įvykio aplinkybes, taip pat aktyviai rinko medicininę informaciją, reikšmingą draudžiamojo įvykio faktui ir pasekmėms patvirtinti. Draudikas taip pat siekė patikrinti gautą prieštarinę informaciją – ar pareiškėjas į Kauno klinikas buvo atvežtas greitosios pagalbos automobiliu, ar atvyko pats. Remiantis Lietuvos banko nustatytomis aplinkybėmis, nėra pagrindo pareiškėjo atstovo nurodytų teiginių, kad draudikas tris mėnesius nuo pareiškėjo pranešimo apie Įvykį gavimo datos nerinko įrodymų, reikšmingų sprendimui dėl draudimo išmokos mokėjimo priimti, ir kad draudikas įrodymais nepavirtino sprendimo nemokėti draudimo išmokos, laikyti pagrįstais.

Kasacinio teismo praktikoje konstatuojama, kad draudimo sutartis yra fiduciarinė, t. y. grindžiama jos šalių didžiausio tarpusavio pasitikėjimo principu, sutartis; dėl to draudimo sutarties šalys privalo būti viena kitai absoliučiai atviros ir atskleisti viena kitai visą informaciją, kuri gali būti reikšminga šiai sutarčiai sudaryti bei jos sąlygoms nustatyti ir vykdyti. Draudimo santykių ypatumai lemia šių santykių dalyvių pareigą ypač glaudžiai bendradarbiauti ir kooperuotis, padedant įgyvendinti vienas kitam savo teises bei vykdyti pareigas (Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2011 m. sausio 31 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-16/2011). Šiame kontekste taip pat pažymėtina, kad draudimo sutartį, kaip ir bet kurią kitą sutartį, jos šalys privalo vykdyti tinkamai ir sąžiningai (CK 6.38 straipsnio 1 dalis, 6.200 straipsnio 1 dalis). Todėl pareiškėjo veiksmai – draudikui nebuvo suteikta Įvykio tyrimui reikšminga informacija, negali būti vertinami kaip atitinkantys draudimo sutarties šalims keliamus bendradarbiavimo ir sutarties vykdymo sąžiningai reikalavimus.

Nagrinėjamu atveju draudikas taip pat nurodė, kad, atsižvelgiant į traumas pobūdį ir pareiškėjo amžių, galima teigti, kad pareiškėjo žastikaulis lūžo veikiamas didelės mechaninės jėgos. Pareiškėjas tvirtina traumą patyręs krisdamas nuo laiptų, tačiau tai draudikui kelia abejonių, nes kyla klausimas, ar pareiškėjo nurodytos aplinkybės atitinka traumas pasekmes. Be to, draudikas pabrėžė, kad pareiškėjo nurodytos Įvykio aplinkybės ir traumas pasekmių pobūdis negali patvirtinti, kad nelaimingas atsitikimas buvo atsitiktinis ir netikėtas.

Atsižvelgiant į šias draudiko nurodytas aplinkybes, pažymėtina, kad Draudimo įstatymo draudikui nustatyta pareiga tirti ir vertinti įvykio, kuris gali būti pripažintas draudžiamuoju, aplinkybes, šių aplinkybių tyrimo pagrindu priimti sprendimą dėl draudimo išmokos mokėjimo ir draudėjui (apdraustajam, naudos gavėjui) išmokėti draudimo išmoką, įvykus draudžiamajam įvykiui, lemia draudiko pareigą turėti kvalifikuotus darbuotojus, kurie yra kompetentingi įvertinti įvykusio įvykio atitiktį draudžiamojo įvykio – t. y. staigaus ir netikėto įvykio, požymiams.

Lietuvos Aukščiausiasis Teismas teisės aiškinimo ir taikymo praktikoje konstatavo, kad įvykis, kuris neturi netikėtumo požymio, draudėjui žinant, kad jis sutarties įsigaliojimo momentu jau yra įvykęs ar sudarius sutartį neišvengiamai įvyks, negali būti pripažįstamas draudžiamuoju, nes, nesant draudimo rizikos, tai prieštarautų draudimo sutarties esmei (Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2016 m. rugsėjo 29 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. e3K-3-397-248/2016). Pažymėtina, kad būtent tokie – neturintys netikėtumo požymio – įvykiai kaip nedraudžiamieji yra apibrėžti ir Sąlygų 252.2 papunktyje.

Darytina išvada, kad, įvertinus surinktus įrodymus ir kilus abejonių dėl draudžiamojo

įvykio fakto, draudikas pagrįstai pareiškėjui neišmoka draudimo išmokos, kol nėra surinkęs ir ištyręs visos reikšmingos informacijos, leidžiančios įsitikinti draudžiamąjį įvykiu ir patvirtinančios, kad Įvykiui netaikytini Sąlygų 252.2 papunktyje ir CK 6.1014 straipsnio 1 dalyje įtvirtinti draudiko atsisakymo mokėti draudimo išmoką pagrindai. Atsižvelgiant į tai, pareiškėjo draudikui keliamas reikalavimas dėl Įvykio išmokėti draudimo išmoką 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 A. K. reikalavimą.

Lietuvos banko sprendimas dėl ginčo esmės yra rekomendacinio pobūdžio ir teismui neskundžiamas. Vartotojui ir finansų rinkos dalyviui išlieka teisė dėl ginčo sprendimo 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.

Direktorius

Mindaugas Šalčius