



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

**SPRENDIMAS
DĖL A. K. IR UAGDPB „AVIVA“ GINČO NAGRINĖJIMO**

2018 m. birželio 20 d. Nr. 242-249
Vilnius

Lietuvos bankas gavo A. K. (toliau – pareiškėjas) atstovaujancio advokato padėjėjo A. L. (toliau – pareiškėjo atstovas) kreipimąsi, kuriuo prašoma išnagrinėti tarp pareiškėjo ir UAGDPB „Aviva“ (toliau – draudikas) kilusį ginčą.

N u s t a t y t a:

2017 m. rugpjūčio 8 d. pareiškėjas su draudiku sudarė gyvybės draudimo sutartį (draudimo liudijimo Nr. *(duomenys neskelbtini)*) (toliau – Draudimo sutartis), kuria, be kitų draudimo rizikų, buvo apdrausta draudimo nuo nelaimingų atsitikimų rizika. Draudimo sutartyje nurodyta 30 000 Eur draudimo nuo nelaimingų atsitikimų suma.

Pareiškėjas draudikui 2017 m. gruodžio 28 d. pateikė prašymą pagal Draudimo sutartį išmokėti draudimo išmoką dėl 2017 m. gruodžio 18 d. traumos (toliau – Įvykis). Pranešime apie Įvykį pareiškėjas nurodė, kad, prieš vykdamas į darbą, krito ant šalia namų esančių laiptų ir susižeidė, todėl buvo nuvežtas į Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikas (toliau – Kauno klinikos) apžiūrai.

Draudikas 2018 m. sausio 2 d. Kauno klinikoms nusiuntė prašymą pateikti medicinos dokumentus, susijusius 2017 m. gruodžio 18 d. diagnozuota pareiškėjo trauma ir jos gydymu. Draudiko prašoma informacija buvo gauta 2018 m. sausio 2 d.

Įvertinęs medicinos dokumentuose nurodytą informaciją apie Įvykio aplinkybes, 2018 m. sausio 19 d. draudikas pareiškėjui pateikė prašymą draudimo įmonės patalpose pateikti papildomus paaiškinimus apie Įvykį.

2018 m. sausio 26 d. pareiškėjas užpildė draudiko parengtos Anketos formą, joje nurodė, kad Įvykis įvyko prieš pareiškėjui vykstant į darbą. Pareiškėjas teigė bėgęs link laiptų (iš apačios į viršų) ir paslydęs, nes buvo labai slaidu. Pareiškėjo teigia kritęs „visu svoriu ant šono“, Įvykis įvyko 8 h. 20–30 min. Smetonos alėjoje, Kaune, prie namų (garažų). Pareiškėjas Anketoje pažymėjo, kad jam pirmąją pagalbą suteikė ir į ligoninę nuvežė netoliese buvęs kaimynas, ir nurodė, kad „turi kaupiamuosius draudimus daugelyje bendrovių“.

Atsižvelgdamas į tai, kad pareiškėjas teigė draudimo sutartis sudaręs su keliomis draudimo bendrovėmis, ir į tai, kad pareiškėjas davė sutikimą rinkti informaciją, draudikas 2018 m. vasario 15 d. raštu kreipėsi į UAB „SEB gyvybės draudimas“, UAB „PZU Lietuva gyvybės draudimas“, *ERGO Life Insurance SE*, veikiančią Lietuvoje per įsteigtą filialą, *Swedbank Life Insurance SE*, veikiančią Lietuvoje per įsteigtą filialą, gyvybės draudimo UAB „Bonum publicum“, *Compensa Life Vienna Insurance Group SE*, veikiančią Lietuvoje per įsteigtą filialą, ir *Mandatum Life Insurance Company Limited*, veikiančią Lietuvoje per įsteigtą filialą, prašydamas suteikti informaciją, ar pareiškėjas su šiomis draudimo įmonėmis yra sudaręs draudimo sutartis ir ar yra pateikęs prašymą mokėti draudimo išmokas dėl Įvykio.

Draudikas 2018 m. vasario 21 d. raštu taip pat AAS „BTA Baltic Insurance Company“, veikiančią Lietuvoje per įsteigtą filialą, *If P&C Insurance AS*, veikiančią Lietuvoje per įsteigtą filialą, ADB „Gjensidige“, *Seesam Insurance AS*, veikiančią Lietuvoje per įsteigtą filialą, AB

„Lietuvos draudimas“, taip pat pakartotinai *Swedbank Life Insurance SE*, veikiančiai Lietuvoje per įsteigtą filialą, ir gyvybės draudimo UAB „Bonum publicum“ išsiuntė prašymą suteikti informaciją, ar pareiškėjas dėl Įvykio pagal su šiomis draudimo įmonėmis sudarytas sveikatos ar nelaimingų atsitikimų draudimo sutartis pateikė prašymus mokėti draudimo išmokas.

Draudikas 2018 m. vasario 23 d. ir 2018 m. kovo 23 d. raštais informavo pareiškėją apie Įvykio tyrimo eigą. Draudikas 2018 m. balandžio 11 d. raštu UAB „Baltic Underwriting Agency“ pateikė prašymą suteikti informaciją, ar pareiškėjas yra sudaręs draudimo sutartį ir ar pateikė prašymą dėl Įvykio išmokėti draudimo išmoką.

2018 m. balandžio 3 d. pareiškėjo atstovas draudikui pateikė pretenziją, nurodydamas, kad, atsižvelgiant į tai, jog, praėjus 3 mėnesiams nuo pareiškėjo pranešimo apie Įvykį pateikimo, draudikas pareiškėjui nėra išmokėjęs draudimo išmokos, draudikui kyla pareiga nedelsiant apskaičiuoti ir pareiškėjui išmokėti draudimo išmoką dėl Įvykio.

2018 m. balandžio 14 d. raštu pateiktame atsakyme į pareiškėjo atstovo pretenziją draudikas nurodė, kad Įvykio aplinkybių tyrimas nėra baigtas, nes draudikas yra kreipęsis į kitas draudimo įmones, prašydamas suteikti informaciją apie su pareiškėju sudarytas draudimo sutartis. Draudikas nurodė, kas sprendimas dėl draudimo išmokos mokėjimo gali būti priimtas tik gavus visą sprendimui priimti reikšmingą informaciją.

Pareiškėjo atstovas nesutiko su draudiko sprendimu nemokėti draudimo išmokos, todėl kreipėsi į Lietuvos banką dėl vartojimo ginčo nagrinėjimo. Pareiškėjo atstovas kreipėsi į Lietuvos banką nurodė, kad draudiko 2018 m. balandžio 14 d. raštu pateiktas atsakymas į 2018 m. balandžio 3 d. pareiškėjo atstovo pretenziją buvo formalus ir kad draudikas įrodymais nepatvirtino sprendimo nemokėti draudimo išmokos pagrįstumo. Pareiškėjo atstovo manymu, draudikas nepagrindė, kaip 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 neišmokėti draudimo išmokos. Pareiškėjo atstovo teigimu, draudikas įrodymais nepagrindė, kad Įvykis įvyko dėl pareiškėjo kaltės. Remdamasis kreipimesi į Lietuvos banką nurodytomis aplinkybėmis, pareiškėjo atstovas draudikui kėlė reikalavimą pareiškėjui išmokėti draudimo išmoką dėl Įvykio.

Atsiliepime į pareiškėjo atstovo kreipimąsi draudikas teigė neprivalantis mokėti draudimo išmokos, nes nėra baigęs išsamaus Įvykio aplinkybių tyrimo. Draudikas pabrėžė, kad pareiškėjas apie draudiko atliekamą Įvykio aplinkybių tyrimą buvo informuotas 2018 m. balandžio 23 d. ir 2018 m. gegužės 24 d. raštais.

Draudikas atkreipė dėmesį, kad draudimo tarpininkė, tarpininkavusi sudarant Draudimo sutartį, draudikui nurodė, kad prieš sudarant Draudimo sutartį pareiškėjas pateikė prašymą Draudimo sutartyje nustatyti sąlygą dėl maksimalios draudimo nuo nelaimingų atsitikimų draudimo sumos. Draudikas pabrėžė, kad draudimo tarpininkės pateikta informacija, taip pat iš kitų draudimo įmonių gauta informacija, kad pareiškėjas draudimo sutartis, kuriomis teikiama draudimo nuo nelaimingų atsitikimų draudimo apsauga, yra sudaręs mažiausiai su devyniomis draudimo įmonėmis, kelia pagrįstų abejonų, ar pareiškėjas Įvykio metu nesusižalojo tyčia.

Draudiko abejones sustiprino draudiko gydytojo eksperto M. T. pareiškėjui po traumos atlikto rentgenologinio tyrimo vertinimas – gydytojas negali patvirtinti, kad pareiškėjo traumą lėmė kritimas nuo laiptų. Remdamasis nurodytomis aplinkybėmis ir vadovaudamasis teisės aktų nuostatomis, įpareigojančiomis draudiką išmokėti draudimo išmoką tik įsitikinus draudžiamąjo įvykio buvimu, draudikas teigė vykdomas Įvykio aplinkybių tyrimą, todėl pagrįstai pareiškėjui neišmoka 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 draudžiamojo įvykio 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 draudžiamojo įvykio ir įvykio, 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 draudžiamojo įvykio buvimu.

Draudimo sutarčiai taikomų Draudimo nuo nelaimingų atsitikimų „Būk atsargus“ sąlygų (toliau – Sąlygos) 6.1.10 papunktyje nustatyta, kad draudimo išmoka pagal šias Sąlygas nebus mokama, jei įvykis tiesiogiai ar netiesiogiai atsitiko dėl apdraustojo tyčinio susižalojimo. CK 6.1014 straipsnio 1 dalyje nustatyta, kad draudikas atleidžiamas nuo išmokos mokėjimo, jeigu draudžiamasis įvykis įvyko dėl draudėjo, apdraustojo 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 apdraustojo mirties atveju, o mirtis įvyko dėl savižudybės, bet draudimo sutartis galiojo daugiau kaip trejus metus (CK 6.1014 straipsnio 3 ir 4 dalis).

Siekdamas pagrįsti argumentus, kad surinktos informacijos pagrindu pareiškėjui negali mokėti draudimo išmokos, draudikas remiasi draudiko gydytojo ortopedo traumatologo M. T., turinčio medicinos praktikos licenciją Nr. (*duomenys neskelbinti*), kuri patvirtina, kad draudiko gydytojas ekspertas turi gydytojo ortopedo traumatologo profesinę kvalifikaciją, parengta Ekspertinė išvada. Ekspertinėje išvadoje nurodyta, kad „pareiškėjui diagnozuotas žastikaulio lūžis atsiranda veikiant didelės kinetinės energijos jėgai, veikiančiai labai lokalizuotai (smūgis į tam tikrą vietą), kurios nebūna paprasto griuvimo metu. Pagal aprašytus žasto išorinius sužalojimus galima spręsti, kad traumuojanti jėga veikė tiesiogiai į žasto nugarinį paviršių, o susidarę lūžgalių kraštai praplėšė odą priekinėje žasto pusėje. Griūvant ant šono traumuojanti jėga negalėjo veikti iš nugarinės žasto pusės, ši jėga iš nugarinės žasto pusės galėjo veikti tik griūvant ant nugaros. Tam, kad skersinio lūžimo lūžgaliai praplėštų žasto odą, traumas metu turėjo įvykti labai didelė momentinė lūžgalių dislokacija (turi būti praplėšti raumenys, paodis ir tik tada oda). Remiantis A. K. būklės aprašymu ligos istorijoje, rentgenogramomis bei lūžio atsiradimo biomechanika, akivaizdu, kad griūvant ant laiptų ir atsitrenkus žasto nugariniu paviršiumi į laipto briauną, negalėjo susiformuoti tokia stipri jėga, galinti sukelti aukščiau aprašytą lūžį ir minkštųjų audinių sužalojimą. Toks lūžis galėtų atsirasti tik tam tikrų aplinkybių metu: autoįvykio metu, kritimo iš didelio aukščio metu, rankai patekus į tam tikrus mechanizmus arba stipraus smūgio metu, kai abu kaulo galai turi atramą, o vidurinė dalis – ne“.

Atsižvelgiant į Ekspertinėje išvadoje draudiko gytojo eksperto pateiktą Įvykio aplinkybių ir traumos pobūdžio vertinimą, 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 bankui draudiko pateikti duomenys patvirtina, kad Ekspertinę išvadą parengęs draudiko gydytojas ekspertas turi reikiamą kvalifikaciją vertinti tokio pobūdžio traumas ir jų priežastis, taip pat spręsti, ar trauma galėjo įvykti staiga ir netikėtai, kaip teigė pareiškėjas.

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 6.1.10 papunktyje.

Kilus abejonių, ar Įvykiui nėra taikomi Sąlygų 6.1.10 papunktyje ir 6.1014 straipsnio 1 dalyje nustatyti atsisakymo mokėti draudimo išmoką pagrindai, draudikas pagrįstai tiria Įvykio aplinkybes ir vertina kitų draudimo įmonių suteiktą informaciją apie pareiškėjo kreipimąsi dėl draudimo išmokos ir išmokėtas draudimo išmokas. Remiantis Lietuvos banko nustatytomis aplinkybėmis, darytina išvada, kad draudikui nekyla pareiga pareiškėjui išmokėti draudimo išmokos, kol nėra ištirta visas reikšminga informacija, leidžianti įsitikinti draudžiamojo įvykio buvimu ir patvirtinanti, kad Įvykiui netaikytini Sąlygų 6.1.10 papunktyje ir CK 6.1014 straipsnio 1 dalyje įtvirtinti draudiko atsisakymo mokėti draudimo išmoką pagrindai.

Atsižvelgiant į pareiškėjo atstovo nurodytas aplinkybes, kad draudikas nepagrindė sprendimo atidėti draudimo išmokos mokėjimą, pažymėtina, kad Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, jog draudikas, be atlikto traumos pobūdžio ekspertinio vertinimo, aktyviai rinko duomenis apie pareiškėjo su kitomis draudimo įmonėmis sudarytas draudimo sutartis, kuriomis apdrausta nelaimingų atsitikimų rizika. Darytina išvada, kad nėra pagrindo pareiškėjo atstovo 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 draudimo išmokos nemokėjimo aplinkybių, laikyti pagrįstais.

Apibendrinant Lietuvos banko nustatytas aplinkybes, darytina išvada, kad, draudikui nepabaigus išsamaus Įvykio aplinkybių atitikties draudžiamojo įvykio požymiams vertinimo ir nesurinkus visų įrodymų, kurie patvirtintų, kad Įvykiui nėra taikomi Sąlygų 6.1.10 papunktyje ir 6.1014 straipsnio 1 dalyje nustatyti atsisakymo mokėti draudimo išmoką pagrindai, draudiko sprendimas nemokėti draudimo išmokos, kol nėra gauta visa sprendimui priimti reikšminga informacija, yra pagrįstas, o pareiškėjo reikalavimas 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.

