



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

SPRENDIMAS

DĖL X. X. IR AAS „BTA BALTIC INSURANCE COMPANY“ GINČO NAGRINĖJIMO

2020 m. balandžio 22 d. Nr. V 2020/(21.27.E-2101)-242-172
Vilnius

Lietuvos bankas gavo X. X. (toliau – pareiškėjas) kreipimąsi, kuriuo pareiškėjas prašė išnagrinėti tarp jo ir AAS „BTA Baltic Insurance Company“, veikiančios Lietuvoje per įsteigtą filialą, (toliau – draudikas) kilusį ginčą.

N u s t a t y t a:

(*Duomenys neskelbtini*) tarp pareiškėjo ir draudiko sudaryta kelionės rizikų draudimo sutartis, apdraustos rizikos – medicinos išlaidų draudimas ir repatriacija, draudimo laikotarpis – nuo (*duomenys neskelbtini*) iki (*duomenys neskelbtini*) (toliau – draudimo sutartis). Draudimo liudijime pareiškėjas nurodomas ir kaip vienas iš apdraustųjų.

(*Duomenys neskelbtini*), viešėdamas (*duomenys neskelbtini*), pareiškėjas nukrito nuo laiptų ir susilaužė (*duomenys neskelbtini*). Tą pačią dieną pareiškėjui uždėtas įtvaras, o (*duomenys neskelbtini*) atlikta operacija.

(*Duomenys neskelbtini*) draudikas savo partneriui (*duomenys neskelbtini*) (*duomenys neskelbtini*) (toliau – partneris) pervedė (*duomenys neskelbtini*) Eur, atlygindamas pareiškėjui suteiktų medicinos paslaugų išlaidas. Taip pat draudikas (*duomenys neskelbtini*) sumokėjo pareiškėjui (*duomenys neskelbtini*) Eur, atlygindamas patirtas vaistų įsigijimo išlaidas, o (*duomenys neskelbtini*)– (*duomenys neskelbtini*) Eur, atlygindamas patirtas pokalbių telefonu su partneriu išlaidas.

Pareiškėjas kreipėsi į draudiką, prašydamas atlyginti draudiko partnerio veiksmais padarytą žalą, kurią pareiškėjas įvertino 3 000 Eur. Pareiškėjo teigimu, dėl partnerio manipuliacijų, siekiant kuo labiau sumažinti pareiškėjui suteiktos medicinos pagalbos išlaidas, pareiškėjo sveikatai padaryta tiek moralinė, tiek fizinė žala. Pareiškėjo teigimu, tarp dviejų ligoninių (*duomenys neskelbtini*), su kuriomis bendradarbiauja draudikas (ligoninė 1 ir ligoninė 2), vyksta kova dėl pacientų. (*duomenys neskelbtini*), pareiškėjo būklei pablogėjus, abiejų ligoninių atstovai siekė įtikinti pareiškėją operaciją atlikti pas juos. Ligoninė 1 susisiekė su draudiku ir užregistravo įvykį, tačiau, draudiko atstovo verčiamas, pareiškėjas galiausiai sutiko vykti į ligoninę 2, kur pareiškėjui netinkamai atlikta operacija (kurios poreikio ta pati ligoninė iš karto po įvykio nepagrįstai nenustatė). Draudikas pareiškėjo reikalavimų netenkino.

Pareiškėjas kreipėsi į Lietuvos banką, prašydamas rekomenduoti draudikui atlyginti 3 000 Eur žalą. Pareiškėjas nurodė, kad po patirtos traumos kreipėsi į viešbučio gydytoją, pastarasis pareiškėją nukreipė į artimiausią medicinos punktą (*duomenys neskelbtini*). Taip pat viešbučio gydytojas susisiekė su draudiko partnerio atstovu Y. Y. ir informavo jį apie padėtį. Partnerio atstovas nukreipė pareiškėją į ligoninę 1. Minėtoje ligoninėje pareiškėją apžiūrėjo, padarė rentgeno nuotrauką ir pradėjo ruošti operacijai. Vis dėlto vėliau ligoninės atstovas pareiškėją informavo, kad draudikas nepatvirtino mokėtinų medicinos išlaidų ir pateikė pareiškėjui pasirašyti atsisakymo operuotis formą. Partnerio atstovas pareiškėją informavo, kad jam teks vykti į kitą ligoninę – ligoninę 2. Pareiškėjui pasidomėjus, kodėl reikia vykti į kitą gydymo įstaigą, jam buvo atsakyta, kad šioje ligoninėje jam nebuvo uždėtas įtvaras, nors pareiškėjui prieš tai buvo pasakyta, kad jam reikalinga operacija. Pareiškėjas teigia tuo metu dar nesupratęs, kad draudiko partnerio atstovas siekia išvengti operacijos išlaidų. Nuvykęs į antrąją partnerio nurodytą gydymo įstaigą ir joje praleidęs naktį,

pareiškėjas joje dirbusio gydytojo buvo informuotas, kad jam diagnozuotas (*duomenys neskelbtini*) lūžis, tačiau operacija nebūtina, o pakanka įtvoro ir vaistų nuo skausmo. Uždėjęs įtvorą, pareiškėjas buvo išleistas iš ligoninės į viešbutį. Po dviejų dienų, (*duomenys neskelbtini*), sužeistas (*duomenys neskelbtini*) ištino ir pamėlynavo. Pareiškėjas kreipėsi į viešbučio gydytoją, pastarasis nurodė, kad pareiškėjui reikalinga skubi operacija. Pareiškėjas vėl vyko į artimiausią medicinos įstaigą (*duomenys neskelbtini*). Šioje įstaigoje pareiškėjui buvo rekomenduota operuoti ligoninėje 1, kuri teikia kokybiškas (nors ir brangesnes) medicinos paslaugas. Vis dėlto draudiko partnerio atstovas, pareiškėjo teigimu, priverstė pareiškėją atsisakyti šios ligoninės paslaugų ir pareiškėjas (*duomenys neskelbtini*) buvo nuvežtas į ligoninę 2. Kitą dieną (*duomenys neskelbtini*) šioje klinikoje pareiškėjui atlikta operacija. Operacija buvo atlikta netinkamai ir tai iki šiol kelia didelių sveikatos problemų: (*duomenys neskelbtini*). Pareiškėjui rekomenduojama pakartotinė operacija. Pareiškėjas pažymėjo, kad ligoninė 1 patvirtino turinti sutartį su partneriu, į ją pirmiausia pareiškėją siuntė pats partneris, tačiau joje operacija nebuvo atlikta, nes partneriui nebuvo priimtina paslaugų kaina. Antroje partnerio parinktoje ligoninėje 2, pareiškėjui kreipusis pirmą kartą, buvo nutarta apsiriboti įtvoru ir vaistais nuo skausmo. Aplinkybę, kad šis sprendimas buvo neteisingas ir padarytas tik taupymo sumetimais, patvirtina tai, kad jau po dviejų dienų pareiškėjo būklė smarkiai pablogėjo ir toje pačioje ligoninėje buvo skubiai atlikta operacija.

Pateiktame atsiliepime į pareiškėjo kreipimąsi draudikas nurodė su reiškiamu reikalavimu nesutinkantis. Draudikas pateikė partnerio paaiškinimus, kuriuose nurodoma, kad (*duomenys neskelbtini*) pareiškėjas susisiekė su partneriu iš (*duomenys neskelbtini*) gydymo įstaigos. Kadangi pareiškėjui buvo diagnozuotas (*duomenys neskelbtini*) lūžis, o (*duomenys neskelbtini*) yra maža ligoninė (*duomenys neskelbtini*), neturinti siauro profilio gydytojų specialistų, joje neatliekamos sudėtingos operacijos, gydytojas priėmė sprendimą pervežti pareiškėją į ligoninę 1 (*duomenys neskelbtini*) operacijai. Partneris susisiekė su ligoninės 1 gydytoju, gavo medicinos dokumentus ir medikų pranešimą, kad operaciją galima atidėti, tereikia „stabilizuoti“ (*duomenys neskelbtini*). Partneris nurodė, kad nutarė pervežti pareiškėją į ligoninę 2, nes siekė įsitikinti nustatytos diagnozės tikslumu. Partnerio teigimu, ligoninė 2 yra patikima ligoninė, joje diagnozuojami ir operuojami trauminiai sužalojimai, operacijos atliekamos tik jei tai yra būtina, o ne „komerciniam tikslui“ pasiekti. Šioje ligoninėje po atlikto rentgenologinio tyrimo pareiškėjui buvo diagnozuotas (*duomenys neskelbtini*). Įvertinęs paciento sveikatos būklę, gydytojas traumatologas patvirtino, kad operacija nėra būtina, stabilizavo (*duomenys neskelbtini*) (uždėjo įtvorą), išrašė vaistų ir nurodė laikytis duotų nurodymų.

(*duomenys neskelbtini*) pareiškėjas pakartotinai kreipėsi į viešbučio gydytoją (bet ne į partnerį, kaip nurodyta draudimo sutartyje) dėl skausmų ir pamėlynavusio (*duomenys neskelbtini*). Viešbučio gydytojas vėl nukreipė jį į (*duomenys neskelbtini*), kur operacijos nėra atliekamos. Pareiškėjas vykti į partnerio rekomenduojamą ligoninę 2 atsisakė, nes nusprendė vykdyti viešbučio gydytojo nurodymus. Ir tik po to, kai (*duomenys neskelbtini*) medikai patvirtino, kad nebendradarbiauja su partneriu, pareiškėjas sutiko pakeisti gydymo įstaigą į ligoninę 2, kurioje jam buvo suteiktas stacionarus gydymas, atlikta operacija.

Draudikas pateikė gydymo įstaigų dokumentus. Ligoninės 1 išrašė nurodoma, kad (*duomenys neskelbtini*) pareiškėjui buvo siūlyta atlikti operaciją, tačiau jis jos atsisakė ir išvyko iš ligoninės. Ligoninės 2 gydytojo paaiškinyje nurodoma, kad (*duomenys neskelbtini*) nebuvo nustatyta pareiškėjo operacijos būtinybė, todėl paskirtas gydymas įtvoru ir vaistais. Gydytojo pateiktoje informacijoje nurodoma, kad pareiškėjas įtvoro nedėvėjo, tai nulėmė kilusias komplikacijas, kurioms pasireiškus buvo atlikta operacija, ji atlikta sėkmingai. Pareiškėjas gydytas ligoninėje (*duomenys neskelbtini*) dienas, jam buvo siūloma papildomai dar (*duomenys neskelbtini*) dienas gydytis stacionare, tačiau jis šio papildomo gydymo atsisakė. Pateiktame medicinos išrašė nurodoma, kad po gydymo pareiškėjas iš ligoninės (*duomenys neskelbtini*) išrašytas geros būklės, jam skirtas įtvoras ir vaistai.

Draudikas teigė atlyginęs pareiškėjo gydymo išlaidas, išlaidas už įsigytus vaistus ir pokalbius telefonu su partneriu. Draudikas tinkamai taikė draudimo sutarties nuostatas pareiškėjo atžvilgiu, nepažeidė jo teisių ar teisėtų interesų, todėl neturi nei teisinio, nei faktinio pagrindo tenkinti pareiškėjo reikalavimą atlyginti moralinę žalą. Apdraustųjų moralinės žalos atlyginimas pagal Kelionės rizikų draudimo sutartį nepatenka į apdraustų draudimo objektų sąrašą.

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 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, kurio pagrindu priimamas sprendimas.

Kaip matyti iš Lietuvos bankui pateiktų dokumentų ir informacijos, tarp šalių ginčas kilo dėl pareiškėjo reikalavimo draudikui atlyginti 3 000 Eur neturtinę žalą.

Lietuvos Respublikos civilinio kodekso (toliau – Civilinis kodeksas) 6.250 straipsnio 1 dalyje nustatyta, kad neturtinė žala – tai asmens fizinis skausmas, dvasiniai išgyvenimai, nepatogumai, dvasinis sukrėtimas, emocinė depresija, pažeminimas, reputacijos pablogėjimas, bendravimo galimybių sumažėjimas ir kita, teismo įvertinti pinigais. To paties straipsnio 2 dalyje įtvirtinta, kad neturtinė žala atlyginama tik įstatymų nustatytais atvejais. Neturtinė žala atlyginama visais atvejais, kai ji padaryta dėl nusikaltimo, asmens sveikatai ar dėl asmens gyvybės atėmimo bei kitais įstatymų nustatytais atvejais. Teismas, nustatydamas neturtinės žalos dydį, atsižvelgia į jos pasekmes, šią žalą padariusio asmens kaltę, jo turtinę padėtį, padarytos turtinės žalos dydį bei kitas turinčias reikšmės bylai aplinkybes, taip pat į sąžiningumo, teisingumo ir protingumo kriterijus.

Vartotojo teisė į neturtinės žalos atlyginimą įtvirtinta Vartotojų teisių apsaugos įstatymo 3 straipsnio 1 dalies 5 punkte. Sprendžiant dėl vartotojo teisės į neturtinės žalos atlyginimą įgyvendinimo, taikytinos bendrosios Civilinio kodekso normos, reglamentuojančios civilinę atsakomybę. Civilinio kodekso 6.246 straipsnio 1 dalyje nustatyta, kad civilinė atsakomybė atsiranda neįvykdžius įstatymuose ar sutartyje nustatytos pareigos (neteisėtas neveikimas) arba atlikus veiksmus, kuriuos įstatymai ar sutartis draudžia atlikti (neteisėtas veikimas), arba pažeidus bendro pobūdžio pareigą elgtis atidžiai ir rūpestingai.

Civilinio kodekso 6.256 straipsnio 4 dalyje nustatyta, kad, kai sutartinės prievolės neįvykdo ar netinkamai ją įvykdo įmonė (verslininkas), tai ji atsako visais atvejais, jei neįrodo, kad prievolės neįvykdė ar netinkamai ją įvykdė dėl nenugalimos jėgos, jeigu įstatymai ar sutartis nenumato ko kita.

Teismų praktikoje pripažįstama, kad neturtinės žalos atlyginimą reglamentuojančiose teisės normose nėra nustatyto ribojimo priteisti neturtinę žalą, tačiau neturtinės žalos atlyginimas yra civilinės atsakomybės forma, todėl neturtinei žalai priteisti taip pat būtina nustatyti visas civilinės atsakomybės sąlygas (Lietuvos Aukščiausiojo Teismo civilinių bylų skyriaus teisėjų kolegijos 2006 m. birželio 12 d. nutartis byloje Nr. 3K-3-394/2006). Įrodyti neturtinės žalos faktą, kaip ir kitas būtinas civilinės atsakomybės sąlygas neturtinei žalai atlyginti, yra pareiškėjo pareiga.

Atsižvelgiant į tai, kad nagrinėjamu atveju keliamas draudiko civilinės atsakomybės klausimas, konstatuotina, kad turi būti nustatytos trys civilinės atsakomybės sąlygos: draudiko neteisėti veiksmai, pasireiškiantys sutartinės prievolės nevykdymu ar netinkamu vykdymu, pareiškėjui dėl to atsiradusi žala ir priežastinis draudiko veiksmų ir pareiškėjo žalos ryšys. Nenustačius bent vienos iš šių civilinės atsakomybės sąlygų, draudiko civilinė atsakomybė negalima.

Kaip matyti, pareiškėjas reikalavimą draudikui atlyginti neturtinę žalą grindžia tuo, kad draudiko partneris (*duomenys neskelbtini*), veikiantis kaip draudiko atstovas, vykdydamas draudimo sutartį, pažeidė pareiškėjo interesus. Žalą pareiškėjas sieja su tuo, kad draudiko atstovas pareiškėją siuntė į sveikatos priežiūros įstaigą, kuri iš pradžių netinkamai įvertino ir gydė pareiškėjo patirtą traumą, o vėliau – netinkamai atliko (*duomenys neskelbtini*) operaciją. Visa tai pareiškėjui sukėlė fizines ir emocines kančias.

Pažymėtina, kad draudimo sutartimi draudikas įsipareigojo „mokėti draudimo išmoką asmeniui, nurodytam draudimo sutartyje, įvykus draudžiamajam įvykiui, sutinkamai su draudimo sutarties nuostatomis“ (Kelionės rizikų draudimo taisyklių Nr. 55.2 (toliau – Taisyklės) bendrųjų sąlygų 1.9 papunktis). Kaip minėta, draudimo sutartimi apdraustos rizikos – medicinos išlaidų draudimas ir repatriacija.

Taisyklių Specialiųjų sąlygų (toliau – Specialiosios sąlygos) 5.1 papunktyje nustatyta, kad medicinos išlaidų draudimo objektas yra turtinis interesas, susijęs su apdraustojo sveikata ir gyvybe. Draudimo rizika šiuo atveju apibrėžiama kaip medicinos išlaidų draudimo rizikai liudijime nurodytos draudimo sumos neviršijančios išlaidos, kurias patirtų apdraustasis

dėl jam suteiktų būtinosios medicinos pagalbos¹, medicininės evakuacijos ar repatriacijos paslaugų, nurodytų Taisyklių 6.1 papunktyje, ir kurios buvo būtinos dėl staigaus sunkaus susirgimo arba lėtinio susirgimo paūmėjimo arba nelaimingo atsitikimo arba mirties. (Specialiųjų sąlygų 5.2 papunktis).

Draudikas pagal Specialiųjų sąlygų 6.1.1 papunkčio nuostatą įsipareigojo atlyginti išlaidas būtinajai medicinos pagalbai, kuri apdraustajam buvo suteikta kelionės metu ir iki to momento, kai tapo įmanoma apdraustojo medicininė evakuacija iki gyvenamosios šalies. Taip pat atlyginamos išlaidos už apdraustojo transportavimą iki artimiausios gydymo įstaigos šalyje, kurioje įvyko įvykis, su sąlyga, kad ten apdraustajam buvo suteikta būtinoji pagalba (Specialiųjų sąlygų 6.1.2 papunktis); apdraustojo išlaidos telefono pokalbiams su draudiku ar draudiko partneriais iki 50 Eur (Specialiųjų sąlygų 6.1.6 papunktis).

Specialiųjų sąlygų 6.1.8 papunktyje nustatyta, kad išlaidos už chirurgines operacijas atlyginamos tik su sąlyga, kad ši operacija buvo būtina ir negalėjo būti atidėta iki apdraustojo grįžimo į gyvenamąją šalį, t. y. išmoka išmokama tik tada, kai, pagal medicinos tyrimų duomenis, nedelsiant (ne vėliau kaip 24 valandas nuo hospitalizacijos dienos) neatlikus operacijos, kyla pavojus apdraustojo gyvybei arba tai gresia sunkiomis komplikacijomis, ir tos išlaidos raštu suderintos su draudiku iki paslaugos suteikimo pradžios.

Specialiųjų sąlygų 6.1.9 papunktyje nurodyta, kad, jei draudimo liudijime nurodyta, kad įvykus įvykiui prieš kreipiantis į gydymo įstaigą būtina paskambinti draudimo liudijime nurodytu telefonu, išlaidas už tose šalyse suteiktas medicinos paslaugas draudikas atlygina tik tokiu dydžiu, koku jas atlygintų, sumokėdamas už tokias pačias paslaugas draudiko partneriams, kurių telefono numeriai nurodyti draudimo liudijime. Šiuo atveju draudimo liudijime buvo nurodyta, kad, prireikus medicinos pagalbos užsienyje, būtina susisiekti su draudiko partneriais, nurodant atstovo telefono numerį (*duomenys neskelbtini*).

Kaip matyti iš pateiktų duomenų, draudiko atstovas (*duomenys neskelbtini*) – partneris, informuotas apie pareiškėjo patirtą traumą, pareiškėjui nurodė medicinos įstaigas, kur jam gali būti suteikta reikalinga medicinos pagalba. Pareiškėjo teigimu, partnerio nurodytoje įstaigoje pareiškėjo trauma nebuvo tinkamai įvertinta ir gydyta: nors reikėjo operacijos, buvo uždėtas įtvaras, o vėliau – netinkamai atlikta operacija. Taigi, pareiškėjas neginčija, kad partnerio buvo nusiųstas į gydymo įstaigą ir jam buvo suteikta medicinos pagalba, tačiau teigia, kad ji nebuvo suteikta tinkamai. Atkreiptinas dėmesys, kad tokio pobūdžio sutartimi draudikas įsipareigoja išmokėti draudimo išmoką, atlyginančią būtinosios medicinos pagalbos kelionės metu išlaidas, tačiau neprisiima atsakomybės už gydymo įstaigų teikiamų paslaugų kokybę (Bendrųjų sąlygų 1.9 papunktis, Specialiųjų sąlygų 6.1 papunktis).

Kaip matyti iš pateiktų gydymo įstaigų dokumentų, dvi su partneriu bendradarbiaujančios gydymo įstaigos pareiškėjui iš karto po traumos siūlė skirtingas gydymo strategijas: pirmojoje ligoninėje siūlyta atlikti operaciją, o antrojoje skirtas įtvaras ir vaistai. Pateikti duomenys patvirtina, kad pareiškėjas pirmoje įstaigoje operacijos atsisakė. Atkreiptinas dėmesys, kad, kol nėra pateiktų objektyvių, specialių žinių turinčių asmenų išvadų dėl galimos gydymo strategijos, nėra jokių galimybių vertinti jų teisingumo ir galimo poveikio. Kartu pažymėtina, kad šioje ginčo byloje sprendžiama dėl draudiko atsakomybės, tačiau nėra pateikta jokių objektyvių įrodymų, patvirtinančių, kad draudikas ar jo atstovas neteisėtai, siekdami išvengti dalies išlaidų atsiradimo pareiškėjo sveikatos sąskaita, darė įtaką gydymo įstaigoms dėl pareiškėjui taikytinos gydymo strategijos ir dėl šio poveikio pareiškėjui nebuvo suteikta visa tuo metu būtina medicinos pagalba.

Pareiškėjas teigia, kad draudiko atstovas jį sąmoningai siuntė į gydymo įstaigą, kurioje paslaugos kainuoja pigiau. Ginčo byloje nėra pateikta šių aplinkybę patvirtinančių įrodymų. Kita vertus, net galimas paslaugų kainų skirtumas savaime neįrodo aplinkybės, kad už paslaugas mažesnius įkainius taikanti gydymo įstaiga neatitinka nustatytų kokybės reikalavimų ir paslaugos buvo suteiktos netinkamai.

Pareiškėjo pateiktame (*duomenys neskelbtini*) UAB (*duomenys neskelbtini*) mediciniame pažymėjime nurodama, kad po (*duomenys neskelbtini*) operacijos pareiškėjo „sveikimo periodas komplikuoatas“, pareiškėjas buvo konsultuotas traumatologo, planuojama operacija. Atkreiptinas dėmesys, kad šis pažymėjimas nepatvirtina aplinkybės, kad partnerio nurodytoje įstaigoje pareiškėjui atlikta operacija buvo nesėkminga, t. y. kad sudėtingą

¹ Pagal Taisykles, būtinoji medicinos pagalba – dėl apdraustojo sveikatai pavojingos sveikatos būklės suteikta pirmoji skubi medicinos pagalba asmens sveikatos priežiūroje įstaigose (ambulatorinėse ir stacionariose) ir jos negalima atidėti iki to momento, kol apdraustajam reikalinga medicinos pagalba bus suteikta gyvenamoje šalyje.

sveikimą ir pakartotinės operacijos poreikį nulėmė būtent netinkama operacijos kokybė, o ne kitos priežastys. Kartu, kaip minėta, draudikas ir jo atstovai neatsako už medicinos paslaugų kokybę, o tik užtikrina šių paslaugų išlaidų atlyginimą.

Kaip minėta, pareiga įrodyti visas būtinas draudiko civilinės atsakomybės sąlygas tenka pareiškėjui. Įvertinus pateiktus įrodymus ir nustatytas aplinkybes, darytina išvada, kad po traumos partneris pareiškėją nusiuntė į gydymo įstaigą, pareiškėjui buvo suteikta medicinos pagalba, o draudikas pareiškėjo gydymo ir susijusias išlaidas atlygino. Taigi, draudikas įvykdė draudimo sutartyje nustatytas pareigas. Atsižvelgiant į nurodytas aplinkybes, nėra pagrindo teigti, kad partneris ar draudikas veikė netinkamai, vykdydami pareiškėjui draudimo sutartimi priimtus įsipareigojimus. Taip pat, įvertinus pateiktus duomenis, nėra jokio pagrindo teigti, kad tarp draudiko ir (arba) jo atstovo veiksmų ir pareiškėjo galimai pažeistų neturtinių interesų yra priežastinis ryšys. Be to, nors pareiškėjas prašė rekomenduoti draudikui atlyginti 3 000 Eur neturtinę žalą, tačiau jos dydžio taip pat jokių būdu nepagrindė.

Atsižvelgiant į nurodytas aplinkybes ir tai, kad nebuvo nustatyta būtinų civilinės atsakomybės taikymo sąlygų, tenkinti pareiškėjo reikalavimo nėra teisinio pagrindo.

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 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