



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

**SPRENDIMAS  
DĖL X. X. IR AIG EUROPE LIMITED GINČO NAGRINĖJIMO**

2020 m. spalio 21 d. Nr. V 2020/(21.27.E-2101)-242-417  
Vilnius

Lietuvos bankas gavo X. X. (toliau – pareiškėjas) kreipimąsi, kuriuo pareiškėjas prašė išnagrinėti tarp jo ir *AIG Europe Limited* (toliau – draudikas), atstovaujamo UAB „Transcom Worldwide Vilnius“ (toliau – draudiko atstovė), kilusį ginčą.

**N u s t a t y t a:**

2017 m. birželio 30 d. pareiškėjas su banku *Luminor Bank AS*, veikiančiu per Lietuvoje įsteigtą skyrių, (toliau – Bankas) sudarė mokėjimo kortelės „MasterCard Gold“ sutartį, kuriai taip pat taikoma kelionių draudimo apsauga pagal Kelionių į užsienį draudimo sąlygas „Nordea Gold“ kortelių turėtojams (toliau – Taisyklės).

2018 m. kovo 2 d. pareiškėjas užpildė draudiko parengtą Kelionės draudimo išmokos prašymo (toliau – Prašymas) formą. Prašyme pareiškėjas nurodė: „vasario 20 d. slidėmis leidausi nuo kalno Zell an See (Austrija) slidinėjimo trasoje. Apie 10:00 valandą besileisdamas nuo kalno nukritau ir pajutau veriantį skausmą dešinės kirkšnies vietoje. Supratau, kad sužalojau kirkšnį ir daugiau negalėjau tęsti nusileidimo savarankiškai. Telefonu išsikviečiau slidinėjimo trasos medicinos pagalbos darbuotojus, kurie apžiūrėję mane iškvietė *pirmosios pagalbos sraigtasparnį*. *Sraigtasparniu buvau nugabentas į vietos ligoninę*, kurioje man buvo suteikta pirmoji medicininė pagalba ir diagnozuotas (kiek supratau) stiprus kirkšnies patempimas. Po 2 valandų ligoninėje buvau išleistas į namus.“

Prašyme pareiškėjas pažymėjo, kad dėl 2018 m. vasario 20 d. įvykio (toliau – Įvykis) prašoma draudimo išmoka turi būti išmokėta pagal draudžiamąjo įvykio, dėl kurio yra išmokama medicinos išlaidas atlyginanti draudimo išmoka, sąlygas. Pareiškėjas taip pat nurodė, kad už ligoninėje suteiktą medicinos pagalbą sumokėjo 320,30 Eur.

2018 m. kovo 13 d. raštu draudikas pareiškėją informavo, kad Taisyklių Specialiųjų sąlygų 5 punkte nustatyta, kad draudimo išmokos, atlyginančios dėl nelaimingo atsitikimo apdraustojo patirtas medicininės išlaidas, mokėjimo atveju yra taikoma 50 Eur išskaita. Draudikas nurodė, kad, atsižvelgiant į tai, kad pareiškėjas dėl Įvykio patyrė 320,30 Eur medicinos paslaugų išlaidas, ir į tai kad, pagal Taisyklių Bendrųjų sąlygų 5 punkto sąlygas, iš šias išlaidas atlyginančios draudimo išmokos turi būti išskaičiuota 50 Eur išskaita, pareiškėjui bus išmokėta 270,30 Eur draudimo išmoka.

Pareiškėjas kreipimesi į Lietuvos banką nurodė, kad 2020 m. liepos mėn. su juo telefonu susisiekė skolų išieškojimo įmonė *Progress West GmbH* (toliau – skolų išieškojimo įmonė) ir pareiškėjo bei draudiko atstovės elektroninio pašto adresais išsiuntė reikalavimą atlyginti 4 452,18 Eur: 3 288,81 Eur – už pareiškėjo transportavimą sraigtasparniu į ligoninę, kurioje buvo suteikta būtinoji medicinos pagalba, likusi suma – palūkanos bei skolos išieškojimo išlaidos. Siekdamas pagrįsti nurodytas aplinkybes, pareiškėjas Lietuvos bankui pateikė 2020 m. liepos 29 d. skolų išieškojimo įmonės raštą, kuriame pateiktas reikalavimas atlyginti 4 452,18 Eur nuostolių.

Pareiškėjas pabrėžė, kad sąskaitos už patirtas transportavimo sraigtasparniu išlaidas buvo siunčiamu kitu nei pareiškėjo gyvenamosios vietos adresu, todėl pareiškėjas iki skolų išieškojimo įmonės 2020 m. liepos 29 d. pranešimo apie susidariusią skolą nežinojo, kad šių išlaidų transportavimo paslaugas suteikusiai įmonei nekompensavo draudikas. Pareiškėjas pabrėžė turėjęs pagrįstą lūkestį, kad „visus apdraustus nuostolius sureguliuos ir padengs draudimo bendrovė“.

Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad pareiškėjas draudikui pateikė reikalavimą išmokėti 4 452,18 Eur išmoką, kuri atlygintų pareiškėjo patirtas transportavimo sraigtasparniu išlaidas ir dėl draudimo išmokos, atlyginančius minėtas išlaidas, neišmokėjimo laiku atsiradusius nuostolius (1 163,37 Eur palūkanas ir skolos išieškojimo išlaidas).

Draudikas 2020 m. liepos 30 d. raštu pareiškėją informavo, kad, remiantis Taisyklių Specialiųjų sąlygų 14.1 papunkčiu, prašymas atlyginti žalą draudikui turi būti pateiktas per 1 (vienus) metus nuo draudžiamąjį įvykio dienos. Jei per šį laikotarpį prašymas atlyginti žalą nėra pateikiamas, besikreipiantis asmuo praranda teisę į draudimo išmoką. Draudikas pabrėžė, kad pareiškėjo prašymas išmokėti 4 452,18 Eur draudimo išmoką buvo pateiktas praleidus Taisyklių Specialiųjų sąlygų 14.1 papunktyje nustatytą terminą. Atsižvelgdamas į tai, draudikas nurodė, kad atsisako pareiškėjui išmokėti reikalaujamą 4 452,18 Eur išmoką.

Draudimo brokerių įmonė UADBB „Aon Baltic“ (toliau – pareiškėjo atstovė), atstovaudama pareiškėjui, draudikui 2020 m. rugpjūčio 4 d. raštu pateikė pretenziją dėl 2020 m. liepos 30 d. raštu pateikto sprendimo. Pareiškėjo atstovė nurodė, kad draudiko 2020 m. liepos 30 d. rašte nurodytos aplinkybės dėl ieškinio senaties termino taikymo yra nepagrįstos, nes pareiškėjas reikalavimą išmokėti 4 452,18 Eur draudimo išmoką draudikui pateikė iš karto, kai tik sužinojo apie draudiko nekompensuotas transportavimo išlaidas.

Pareiškėjo atstovė pabrėžė, kad draudikas nebuvo pareiškėjui pateikęs jokio oficialaus rašto, kuriame būtų nurodyta, jog draudikas nėra išmokėjęs draudimo išmokos, atlyginančios pareiškėjo transportavimo sraigtasparniu į ligoninę išlaidas. Pareiškėjo atstovė nurodė, kad draudiko 2018 m. pateiktame rašte, kuriuo pareiškėjas buvo informuotas apie mokėtiną 270,30 Eur draudimo išmoką, nebuvo nurodyta, kad draudikas nšmoka draudimo išmokos, atlyginančios pareiškėjo patirtas transportavimo į ligoninę išlaidas. Pareiškėjo atstovė draudikui nurodė, kad pareiškėjas po įvykio draudikui pateikė informaciją apie visas įvykio aplinkybes, todėl draudikas turėjo žinoti, kad buvo patirtos transportavimo sraigtasparniu išlaidos, ir būdamas draudimo rinkos profesionalas privalėjo pareiškėją informuoti, kad į mokėtiną 270,30 Eur draudimo išmoką nebuvo įskaičiuotos pareiškėjo transportavimo sraigtasparniu į ligoninę išlaidos. Remdamasi nurodytomis aplinkybėmis, pareiškėjo atstovė draudikui kėlė reikalavimą išmokėti 4 452,18 Eur draudimo išmoką.

Draudikas 2020 m. rugpjūčio 7 d. raštu pateiktame atsakyme į pareiškėjo atstovės pretenziją pakartojo 2020 m. liepos 30 d. rašte nurodytas aplinkybes, kad draudikui pagal Taisyklių Specialiųjų sąlygų 14.1 papunktį nekyla pareiga pareiškėjui mokėti reikalaujamą 4 452,18 Eur draudimo išmoką.

Pareiškėjas, nesutikdamas su draudiko sprendimu nemokėti 4 452,18 Eur draudimo išmokos, Lietuvos bankui pateiktame prašyme nagrinėti vartojimo ginčą nurodė, kad draudikas, kaip draudimo rinkos profesionalas, turėjo suprasti, kad pareiškėjo patirta žala yra daug didesnė ir kad draudiko pareiškėjui išmokėta 270,30 Eur draudimo išmoka neatlygino visų pareiškėjo patirtų nuostolių. Be to, pareiškėjas pabrėžė, kad draudikui pateiktame prašyme išmokėti draudimo išmoką prašė išmokėti visas dėl įvykio patirtas medicinos išlaidas atlyginančią draudimo išmoką. Pareiškėjas nurodė, kad draudikas nesuteikė jam informacijos, kad yra būtina draudikui pateikti papildomus duomenis, susijusius su dėl įvykio patirtomis transportavimo išlaidomis, siekiant gauti šias išlaidas atlyginančią draudimo išmoką. Pareiškėjas pabrėžė, kad draudikas jam suformavo pagrįstą lūkestį tikėtis, kad visa reikalaujama informacija draudikui buvo pateikta ir yra pakankama, kad būtų išmokėta draudimo išmoka, atlyginanti ne tik pareiškėjui ligoninėje suteiktų būtinosios medicinos pagalbos paslaugų išlaidas, tačiau ir transportavimo į ligoninę išlaidas. Pareiškėjas papildomai nurodė, kad ir Bankas nesiėmė jokių veiksmų, kad pareiškėjui būtų suteikta visa informacija, būtina draudimo išmokai, atlyginančiai transportavimo į ligoninę išlaidas, išmokėti.

Pareiškėjas taip pat pabrėžė, kad iš draudikui žinomų įvykio aplinkybių „buvo matyti, kad žala realiai yra atsiradusi ir įdėdamas bent minimalias pastangas draudikas galėjo ją atlyginti tiesiogiai sumokėdamas medicininės išlaidas Austrijos Raudonajam kryžiui.“ Pareiškėjas nurodė: „Buvau įsitikinęs, kad draudimo bendrovė apmokės visas reikalingas sąskaitas tiesiogiai, nes turėjo visą būtiną informaciją apie įvykio aplinkybes ir gydymo įstaigą, suteikusią medicininės paslaugas.“ Remdamasis nurodytomis aplinkybėmis, pareiškėjas draudikui kėlė reikalavimą išmokėti 4 452,18 Eur draudimo išmoką.

Lietuvos bankas, įvertinęs pareiškėjo kreipimesi nurodytas aplinkybes ir kartu su kreipimusi pateiktus dokumentus bei Taisyklių sąlygas, vadovaudamasis 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 (toliau – Neteisminio

sprendimo procedūros taisyklės), 46 punktu, 2020 m. rugsėjo 1 d. raštu pasiūlė draudikui vartojimo ginčą užbaigti taikiai. Neteisminio sprendimo procedūros taisyklių 46 punkte nustatyta, kad Lietuvos bankas imasi priemonių vartotojui ir finansų rinkos dalyviui sutaukyti ir siūlo vartojimo ginčą išspręsti taikiai, jeigu, Lietuvos banko nuomone, dėl konkrečių ginčo nagrinėjimo metu paaiškėjusių aplinkybių taikus susitarimas įmanomas.

Lietuvos bankas, siūlydamas šalių ginčą užbaigti taikiai, atkreipė draudiko dėmesį į tai, kad, remiantis Taisyklių bendrąsias sąlygas įtvirtinančių „AIG kelionių draudimo bendrųjų sąlygų“ (toliau – Bendrosios sąlygos) 6.2 papunkčiu, apdraustojo reikalavimas atlyginti žalą draudikui turi būti pateiktas per vienus metus nuo draudžiamąjį įvykio datos. Pranešimas apie draudžiamąjį prilygsta reikalavimo atlyginti žalą pateikimui. Jei reikalavimas nepateikiamas per nustatytą laikotarpį, pareiškėjas netenka teisės gauti draudimo išmoką. Kadangi, remiantis Lietuvos Respublikos civilinio kodekso (toliau – CK) 6.193 straipsnio 2 dalimi, sutarties sąlygos turi būti aiškinamos atsižvelgiant į jų tarpusavio ryšį (t. y. aiškinamos sistemaiškai), sistemaiškai aiškinant Taisyklių Bendrųjų sąlygų 6.2 papunkčio nuostatas su Taisyklių Specialiosios sąlygų 14.1.1 papunkčio nuostatomis, reglamentuojančiomis prašymų dėl žalos atlyginimo (t. y. apdraustojo reikalavimo atlyginti žalą) pateikimo sąlygas, darytina išvada, kad draudikas pagal Taisyklių Specialiųjų sąlygų 14.1.1 papunktį turi teisę atsisakyti išmokėti draudimo išmoką tik tuo atveju, jei pranešimas apie draudžiamąjį įvykį (kuris pagal Taisyklių Bendrųjų sąlygų 6.2 papunktį yra prilyginamas prašymui atlyginti žalą) pateikiamas praėjus vieniems metams nuo draudžiamąjį įvykio dienos. Kadangi draudikui apie draudžiamąjį įvykį buvo pranešta iš karto po įvykusio nelaimingo atsitikimo, Lietuvos bankas draudiko prašė įvertinti, ar draudiko sprendimas Taisyklių Specialiųjų sąlygų 14.1.1 papunkčio pagrindu atsisakyti mokėti draudimo išmoką neprieštarauja šių sąlygų ir Taisyklių Bendrųjų sąlygų 6.2 papunkčio nuostatų sisteminiam aiškinimui.

Draudikui adresuotame 2020 m. rugsėjo 1 d. rašte Lietuvos bankas taip pat nurodė, kad, pagal Taisyklių Specialiųjų sąlygų 6.3.1 papunktį, į medicininio gydymo išlaidas, patirtas dėl nelaimingo atsitikimo (kurias atlyginanti draudimo išmoka yra mokama pagal draudimo sutarties sąlygas), patenka ne tik sveikatos priežiūros įstaigoje apdraustajam suteiktų medicinos paslaugų išlaidos (t. y. medicinos paslaugų išlaidos, kurias atlyginanti draudimo išmoka pareiškėjui buvo išmokėta 2018 m. kovo 13 d.), tačiau ir transportavimo į gydymo įstaigą išlaidos, todėl pareiškėjo kartu su pranešimu apie nelaimingą atsitikimą (draudžiamąjį įvykį) pateiktas reikalavimas atlyginti žalą, remiantis Taisyklių Bendrųjų sąlygų 6.3 papunkčio ir Specialiųjų sąlygų 14.1.1 papunkčio nuostatomis, aiškintinas kaip reikalavimas atlyginti visas Taisyklių Specialiųjų sąlygų 6.3.1 papunktyje nurodytas medicininio gydymo išlaidas (t. y. ir išlaidas, patirtas dėl pareiškėjo transportavimo į gydymo įstaigą). Remdamasis nurodytomis aplinkybėmis, Lietuvos bankas draudiko prašė įvertinti, kodėl, priimdamas sprendimą nemokėti draudimo išmokos, atlyginančios pareiškėjo patirtas transportavimo į gydymo įstaigą išlaidas, draudikas jas prilygino su draudžiamuoju įvykiu (apie kurį buvo pranešta nedelsiant) nesusijusiai žalai ir netaikė Taisyklių Specialiųjų sąlygų 6.3.1 papunkčio, reglamentuojančio pagal draudimo sutartį kompensuojamų dėl nelaimingo atsitikimo patirtų medicininio gydymo išlaidų apimtį, nuostatų. Be to, Lietuvos bankas draudiko prašė įvertinti, kodėl draudikas neišmokėjo transportavimo išlaidas atlyginančios draudimo išmokos, jei minėtos išlaidos kartu su draudiko 2018 m. kovo 13 d. išmokėta medicininės išlaidas atlyginančia draudimo išmoka neviršija maksimalios dėl minėtų išlaidų mokėtinos draudimo išmokos (t. y. neviršija 500 000 Eur medicinos išlaidų draudimo sumos).

2020 m. rugsėjo 17 d. pareiškėjas Lietuvos banką informavo, kad 2020 m. rugsėjo 14 d. į pareiškėjo banko sąskaitą draudikas pervadė 3 288,81 Eur draudimo išmoką, atlyginančią pareiškėjo transportavimo sraigtasparniu į ligoninę išlaidas. Todėl, remiantis pareiškėjo nurodytomis aplinkybėmis ir pateiktais įrodymais, kad buvo išmokėta 3 288,81 Eur draudimo išmoka, darytina išvada, kad šalių ginčas dėl 3 288,81 Eur draudimo išmokos mokėjimo buvo išspręstas taikiai.

Kadangi taikiai susitarimu nepavyko užbaigti ginčo dėl to, ar draudikas privalo atlyginti pareiškėjo patirtus 1 163,37 Eur nuostolius (kadangi 3 288,81 Eur draudimo išmoka nebuvo išmokėta laiku, taigi, susidarė palūkanos ir skolos išieškojimo išlaidos), pareiškėjas 2020 m. rugsėjo 17 d. raštu papildomai pareikalavo atlyginti 1 163,37 Eur nuostolius.

Pareiškėjas 2020 m. rugsėjo 17 d. papildomame kreipimesi Lietuvos bankui nurodė, kad draudikas, 2020 m. rugsėjo 14 d. išmokėdamas transportavimo išlaidas atlyginančią draudimo išmoką, patvirtino savo veiksmų neteisėtumą. Pareiškėjas papildomai pakartojo, kad draudikas privalėjo pareiškėją informuoti, kokius veiksmus reikia atlikti, kad transportavimo išlaidas

atlyginanti draudimo išmoka būtų išmokėta laiku. Pareiškėjas taip pat pabrėžė, kad draudikas turėjo pareigą „tiesiogiai kreiptis į Austrijos Raudonąjį kryžį dėl realiai atsiradusios žalos. Dėl tokio finansų rinkos dalyvio aplaidumo Austrijos Raudonasis kryžius perdavė reikalavimą skolų išieškojimo paslaugas teikiančiai bendrovei, patirdamas skolos išieškojimo išlaidas, o taip pat apskaičiavo susidariusias įstatymines palūkanas.“

Pareiškėjas nurodė, kad draudikui atsisakius atlyginti dėl netinkamo iš draudimo sutarties kylančių įsipareigojimų vykdymo (neteisėtų veiksmų) susidariusius 1 163,37 Eur nuostolius, susidarytų situacija, kai pareiškėjui atsirastų pareiga kompensuoti nuostolius, kurie susidarė išimtinai dėl draudiko neteisėtų veiksmų (neveikimo). Pareiškėjas nurodė, kad draudikas netinkamai vykdė Lietuvos Respublikos draudimo įstatymo (toliau – Draudimo įstatymas) 98 straipsnio 2 dalies reikalavimus ir netyrė draudimo išmokos dydžiui nustatyti reikšmingų aplinkybių. Pareiškėjas pabrėžė, kad „draudikas galėjo gauti visą informaciją dėl draudžiamąjį įvykį dar 2018 m. kovo 13 d. ir tinkamai įgyvendinti draudiko pareigą išmokėti draudimo išmoką, tačiau to nepagrįstai nepadarė.“ Remdamasis nurodytomis aplinkybėmis, pareiškėjas draudikui kėlė reikalavimą atlyginti 1 163,37 Eur nuostolius.

Lietuvos bankas 2020 m. rugsėjo 30 d. ir spalio 1 d. raštais kreipėsi į draudiko atstovę ir pateikė konkrečius klausimus dėl aplinkybių, kurių vertinimas yra reikšmingas nagrinėjant vartojimo ginčo dalį, susijusią su pareiškėjo reikalavimu atlyginti 1 163,37 Eur nuostolius, taip pat draudiko atstovei persiuntė kartu su pareiškėjo 2020 m. rugsėjo 17 d. raštu Lietuvos bankui pateiktą papildomą kreipimąsi.

Atsakyme dėl Lietuvos banko ir pareiškėjo papildomuose kreipimuose nurodytų aplinkybių (2020 m. spalio 9 d. rašte) draudikas nurodė neprivalantis atlyginti 1 163,37 Eur nuostolių, patirtų dėl laiku neišmokėtos 3 288,81 Eur išmokos už pareiškėjo transportavimo į ligoninę paslaugas susidariusių palūkanų ir skolos išieškojimo išlaidų. Draudikas pabrėžė, kad iš pareiškėjo „anksčiau negavo nei sąskaitos, nei prašymo padengti transportavimo išlaidas“. Draudikas nurodė, kad Taisyklės nenustato draudiko pareigos kompensuoti palūkanų (delspinigių) ir išieškojimo išlaidų. Draudiko teigimu, atsižvelgiant į tai, kad draudikui „nebuvo pateiktas prašymas ar transportavimo išlaidas pagrindžiantys dokumentai, žalos administravimas ar kiti veiksmai neturėjo reikšmės papildomoms išlaidoms, atsiradusioms dėl vėluojančio apmokėjimo“.

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

Vadovaujantis Neteisminio sprendimo procedūros 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 ir jo pagrindu priimamas sprendimas.

Kadangi buvo pasiektas taikus susitarimas nagrinėjant vartojimo ginčą, susijusį su pareiškėjo reikalavimudraudikui išmokėti 3 288,81 Eur draudimo išmoką, atlyginančią pareiškėjo transportavimo sraigtasparniui į ligoninę išlaidas, darytina išvada, kad šalių ginčas kilo dėl pareiškėjo reikalavimo atlyginti 1 163,37 Eur nuostolius pagrįstumo.

#### *1. Dėl to, ar draudikas tinkamai vykdė nustatytas pareigas*

Vertinant pareiškėjo teiginius, kad draudikas netinkamai vykdė sutartines pareigas, todėl privalo atlyginti susidariusius 1 163,37 Eur nuostolius, visų pirma svarbu pažymėti, kad Taisyklių Bendrųjų sąlygų 10 punkte nustatyta, kad draudimo sutarčiai yra taikoma Lietuvos Respublikos teisė. Taigi, vertinant draudiko veiksmus svarbios Draudimo įstatymo 98 straipsnio 2 ir 3 dalių nuostatos, įpareigojančios draudiką, dedant reikiamas pastangas, tirti aplinkybes, būtinas draudžiamąjį įvykį faktui, pasekmėms ir draudimo išmokos dydžiui nustatyti, taip pat administruojant įvykį, kuris gali būti pripažintas draudžiamuoju, patikrinti visą prieinamą informaciją.

Taisyklių Bendrųjų sąlygų 6.3 papunktyje pakartojamos Draudimo įstatymo 98 straipsnio 3 dalyje draudikui įtvirtintos pareigos patikrinti visą jam prieinamą informaciją ir atsisakyti išmokėti draudimo išmoką, tik patikrinus sprendimui dėl atsisakymo išmokėti draudimo išmoką priimti visa būtina ir draudikui prieinamą informaciją. Be to, šiame papunktyje yra nustatyta, jog, įvykus draudžiamajam įvykiui, draudikas apdraustajam privalo pateikti informaciją apie draudimo turinį ir reikalavimo atlyginti žalą pateikimo tvarką.

CK 6.189 straipsnio 1 dalyje nustatyta, kad sutartis įpareigoja atlikti ne tik tai, kas tiesiogiai joje nustatyta, bet ir visa tai, ką lemia sutarties esmė arba įstatymai. Sutarčių vykdymo principai įtvirtinti CK 6.200 straipsnyje: šalys privalo vykdyti sutartį tinkamai ir sąžiningai; vykdydamos sutartį, šalys privalo bendradarbiauti ir kooperotis; sutartis turi būti

vykdoma kuo ekonomiškiau kitai šaliai būdu; jeigu pagal sutartį ar jos prigimtį šalis, atlikdama tam tikrus veiksmus, turi dėti maksimalias pastangas sutarčiai įvykdyti, tai ši šalis privalo imtis tokių pastangų, kokių būtų ėmęsis tokiomis pat aplinkybėmis protingas asmuo. Jei vienai iš šalių prievolės vykdymas kartu yra ir profesinė veikla, ši šalis turi vykdyti prievolę taip pat pagal tai profesinei veiklai taikomus reikalavimus (CK 6.38 straipsnio 2 dalis). Kasacinio teismo praktikoje taip pat ne kartą pažymėta, kad prievolė yra laikoma įvykdyta netinkamai, jei pažeidžiama bendradarbiavimo pareiga, imperatyviosios teisės normos ar bendro pobūdžio pareiga elgtis atidžiai ir rūpestingai (Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2015 m. gegužės 28 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-327-687/2015; 2012 m. gruodžio 20 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-599/2012).

*1.1. Dėl draudiko argumentų, kad jis turi būti atleistas nuo civilinės atsakomybės, nes pareiškėjas nepateikė prašymo išmokėti transportavimo išlaidas atlyginančią draudimo išmoką*

Nagrinėjamu atveju draudikas, atsisakydamas atlyginti 1 163,37 Eur nuostolius, nurodė, kad nepažeidė iš draudimo sutarties kylančio įpareigojimo laiku išmokėti transportavimo išlaidas atlyginančią draudimo išmoką, nes pareiškėjas draudikui nebuvo pateikęs prašymo išmokėti minėtą draudimo išmoką.

Vertinant šiuos draudiko argumentus, svarbu tai, kad pareiškėjo iš karto po įvykio pateiktame Prašyme buvo nurodyta, kad jis į ligoninę, kurioje jam buvo suteikta būtinoji medicinos pagalba, buvo transportuotas sraigtasparniu. Kaip minėta, pagal Taisyklių Specialiųjų sąlygų 6.3.1 papunktį, į draudiko dėl draudžiamąjį įvykio kompensuojamų medicinai išlaidų apimtį patenka ne tik išlaidos, patirtos dėl būtino ir skubaus gydymo ir medicinos apžiūros, tačiau ir būtinosios išlaidos, susijusios su apdraustąjį transportavimu pas vietos gydytoją arba į gydymo vietą kelionės užsienyje metu. Atkreiptinas dėmesys, kad pareiškėjas Prašyme pažymėjo, kad prašo išmokėti draudimo išmoką, atlyginančią dėl įvykio patirtas medicinos išlaidas.

Kaip nurodyta Lietuvos banko 2020 m. rugsėjo 1 d. draudikui adresuotame rašte, remiantis Taisyklių Bendrųjų sąlygų 6.2 papunkčio ir Taisyklių Specialiųjų sąlygų 14.1.1 papunkčio nuostatų sisteminiu aiškinimu, draudikas pagal Taisyklių Specialiųjų sąlygų 14.1.1 papunktį turi teisę atsisakyti išmokėti draudimo išmoką tik tuo atveju, jei pranešimas apie draudžiamąjį įvykį (kuris pagal Taisyklių Bendrųjų sąlygų 6.2 papunktį yra prilyginamas prašymui atlyginti žalą) pateikiamas praėjus vieniems metams nuo draudžiamąjį įvykio dienos. Kadangi draudikui apie draudžiamąjį įvykį buvo pranešta iš karto po įvykusio nelaimingo atsitikimo, pateikiant Prašymą, ir Prašyme buvo aiškiai nurodyta, kad pareiškėjas reikalauja išmokėti draudimo išmoką, atlyginančią visas dėl įvykio patirtas medicinos išlaidas, į kurias pagal Taisyklių Specialiųjų sąlygų 6.3.1 papunktį patenka būtinos transportavimo į gydymo įstaigą išlaidos, darytina išvada, kad draudikas nepagrįstai teigia, jog pareiškėjas po įvykio jam nepateikė prašymo išmokėti transportavimo į ligoninę išlaidas atlyginančią draudimo išmoką.

Nagrinėjamu atveju draudikas, priimdamas sprendimą užbaigti vartojimo ginčo dalį, susijusią su pareiškėjo reikalavimu išmokėti 3 288,81 Eur transportavimo išlaidas atlyginančią draudimo išmoką, pripažino, kad, sistemiskai aiškinant Taisyklių Bendrųjų sąlygų 6.2 papunkčio ir Taisyklių Specialiųjų sąlygų 14.1.1 papunkčio nuostatas, darytina išvada, kad pareiškėjas, pildydamas Prašymą išmokėti medicinos išlaidas atlyginančią draudimo išmoką, paprašė kompensuoti ir prie šių išlaidų (Taisyklių Specialiųjų sąlygų 6.3.1 papunktis) priskirtinas transportavimo išlaidas. Be to, svarbu pažymėti, kad draudikas, išmokėdamas 3 288,81 Eur transportavimo išlaidas atlyginančią draudimo išmoką, pripažino, kad šios išlaidos atitinka Taisyklių Specialiųjų sąlygų 6.3.1 papunktį, kuriame nurodyta, kad transportavimo išlaidos priskirtinos prie kompensuojamų medicinai išlaidų. Taigi, draudikas pripažino, kad pareiškėjo transportavimo į gydymo įstaigą išlaidos buvo pagrįstos ir būtinos. Remiantis Lietuvos banko nustatytais aplinkybėmis, darytina išvada, kad, pareiškėjui pateikus draudikui Prašymą, draudikas buvo informuotas ne tik apie pareiškėjo patirtas 320,30 Eur išlaidas už ligoninėje suteiktą būtinąją medicinos pagalbą, tačiau ir apie patirtas būtinas ir pagrįstas išlaidas už ligonio transportavimą į ligoninę.

*1.2. Dėl draudiko argumentų, kad jis turi būti atleistas nuo civilinės atsakomybės, nes pareiškėjas nepateikė turėtų transportavimo išlaidas pagrindžiančių įrodymų (sąskaitų faktūrų)*

Vertinant draudiko teiginius, kad jam nekyla pareiga kompensuoti 1 163,37 Eur nuostolių, nes pareiškėjas draudikui nebuvo pateikęs šių išlaidų patyrimo faktą

pagrindžiančių įrodymų, pažymėtina, kad, kaip pagrįstai nurodo pareiškėjas, draudikui kyla pareiga tirti aplinkybes, reikšmingas draudimo išmokos dydžiui nustatyti, ir patikrinti visą draudikui prieinamą informaciją. Kaip minėta, šias draudiko pareigas įtvirtina Draudimo įstatymo 98 straipsnio 2 ir 3 dalys ir Bendrųjų sąlygų 6.3 papunktis.

Svarbu pažymėti, kad pareiškėjas prašyme nagrinėti vartojimo ginčą ir 2020 m. rugsėjo 17 d. raštu pateiktuose papildomuose paaiškinimuose nurodė, kad draudikas nepagrįstai nesikreipė į „Austrijos Raudonąjį Kryžių“ ir nepatikrino duomenų apie patirtas papildomas medicinos išlaidas, t. y. patirtas Taisyklių Specialiųjų sąlygų 6.3.1 papunktyje nurodytas transportavimo išlaidas, kurios priskirtinos prie pagal draudimo sutartį privalomų kompensuoti medicinos išlaidų.

Lietuvos bankas, atsižvelgdamas į pareiškėjo kreipimesi nurodytas aplinkybes, draudikui 2020 m. rugsėjo 1 d. adresuotame rašte prašė pateikti rašytiniais įrodymais pagrįstus paaiškinimus, kodėl dėl draudžiamąjį įvykio buvo sumokėta tik patirtas 320,30 Eur pareiškėjo gydymo išlaidas atlyginanti suma (t. y. išmokėta 270,30 Eur draudimo išmokos suma, apskaičiuota iš patirtų gydymo išlaidų išskaičiuavus 50 Eur išskaitą), taip pat ar draudikas tinkamai vykdė iš draudimo sutarties kylančius įsipareigojimus ir ar kreipėsi į „Austrijos Raudonąjį Kryžių“, siekdamas įsitikinti, ar visos dėl draudžiamąjį įvykio pareiškėjo patirtos medicinos išlaidos gydymo įstaigai buvo kompensuotos. Kadangi draudiko paaiškinimai 2020 m. rugsėjo 1 d. Lietuvos banko rašte nurodytu terminu Lietuvos bankui nebuvo pateikti, Lietuvos bankas 2020 m. spalio 1 d. pakartotiniu kreipimusi draudiko paprašė pateikti minėtus duomenis ir informaciją apie Draudimo įstatymo 98 straipsnio 2 ir 3 dalyse ir Bendrųjų sąlygų 6.3 papunktyje įtvirtintų pareigų vykdymo tinkamumą.

Svarbu pažymėti, kad draudikas Lietuvos bankui nepateikė jokių paaiškinimų apie minėtų Draudimo įstatyme ir Taisyklėse įtvirtintų pareigų vykdymą ir nenurodė priežasčių, kodėl nesikreipė į Prašyme nurodytą būtinosios medicinos pagalbos paslaugas pareiškėjui po įvykio suteikusia ligoninę, siekdamas patikrinti Prašyme nurodytus duomenis apie patirtas transportavimo į šią ligoninę išlaidas. Kadangi draudikas įrodymais nepaneigė aplinkybių, kad pareiškėjo transportavimo sraigtasparniu į ligoninę išlaidas patvirtinantys dokumentai (sąskaitos faktūros ir pan.) iš ligoninės negalėjo būti gauti, atsižvelgiant į Draudimo įstatymo 98 straipsnio 2 ir 3 dalyse ir Bendrųjų sąlygų 6.3 papunktyje įtvirtintas pareigas surinkti visą draudimo išmokos dydžiui nustatyti reikšmingą informaciją, darytina išvada, kad draudiko argumentai, kad, pareiškėjui draudikui nepateikus transportavimo išlaidų patyrimo faktą pagrindžiančių įrodymų, į patirtas medicinos išlaidas atlyginančios draudimo išmokos sumą negalėjo būti įskaičiuotos transportavimo paslaugų išlaidos, yra nepagrįsti.

Taisyklių Specialiųjų sąlygų 14.1.2 papunktyje nustatyta, jog prašymą dėl žalos atlyginimo teikiantis asmuo privalo draudikui pateikti „kvitų, už kuriuos pareiškėjas negavo kompensacijos pagal atitinkamus Lietuvos įstatymus arba kitus teisės aktus, reglamentuojančius privalomąjį draudimą, originalus“. Remiantis Taisyklių Specialiųjų sąlygų 14.1.2 papunkčiu, darytina išvada, kad apdraustajam kyla pareiga pačiam atlyginti tik patirtas *gydymo* išlaidas ir, kreipiantis į draudiką dėl gydymo išlaidas, kurios negali būti kompensuotos pagal privalomąjį sveikatos draudimą Lietuvos Respublikos įstatymų nustatyta tvarka, atlyginančios draudimo išmokos mokėjimo, draudikui pateikti šių išlaidų patyrimo faktą pagrindžiančius įrodymus.

Be to, remiantis Taisyklių Specialiųjų sąlygų 14.1.1 papunkčiu, apdraustajam tik kyla pareiga „apmokėti *nedideles išlaidas* ir grįžus iš kelionės kreiptis dėl nuostolių atlyginimo, draudikui pateikti čekių (kvitų) originalus“. Taip pat atkreiptinas dėmesys, kad Taisyklių Specialiųjų sąlygų 14.4.1 papunktyje, kuriame reglamentuojama, kokius dokumentus apdraustasis privalo pateikti draudikui, pranešdamas apie žalą, nurodyta, kad, informuojant draudiką apie patirtas medicinos išlaidas, turi būti pateikta gydytojo pažyma ir prekių, paslaugų, gydymo ir išlaidų vaistams kvitų (čekių) originalai. Atsižvelgiant į šias nuostatas ir į Taisyklių Specialiųjų sąlygų 14.1.2 papunktyje įtvirtintą apdraustojo pareigą gydymo įstaigoje sumokėti tik už suteiktas *gydymo* paslaugas, darytina išvada, kad draudikui kartu su prašymu išmokėti draudimo išmoką (reikalavimu atlyginti žalą) pagal Taisyklių Specialiųjų sąlygų 14.4.1 papunktį turi būti pateikti *gydymo* paslaugų išlaidas (įskaitant ir išlaidas vaistų įsigijimui ir kitas išlaidas (pvz., diagnostinių tyrimų atlikimo išlaidas ir pan.), susijusias su apdraustajam dėl draudžiamąjį įvykio suteikta būtina medicina pagalba, pagrindžiantys įrodymai.

Todėl, remiantis Taisyklių sąlygų, reglamentuojančių reikalavimų atlyginti žalą draudikui pateikimo tvarką, sisteminiu aiškinimu, darytina išvada, kad šiose sąlygose nėra nuostatų, kad apdraustajam yra būtina draudikui pateikti transportavimo į gydymo įstaigą išlaidas

pagrindžiančius įrodymus. Be to, Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad dėl įvykio patirtos 3 288,81 Eur transportavimo išlaidos negali būti pripažintos Taisyklių Specialiųjų sąlygų 14.1.1 papunktyje įtvirtintomis „nedidelėmis išlaidomis“, kurias apdraustasis turi pats atlyginti ir grįžęs iš kelionės kreiptis į draudiką dėl šių išlaidų atlyginimo. Atsižvelgiant į tai, darytina išvada, kad draudiko nurodytos aplinkybės, jog jam nekilo pareiga atlyginti 1 163,37 Eur nuostolių, nes pareiškėjas draudikui nebuvo pateikęs patirtas transportavimo išlaidas patvirtinančių įrodymų, taip pat prieštarauja Taisyklių sąlygoms, reglamentuojančioms apdraustojo draudikui būtinų pateikti dokumentų nuostatas.

*1.3. Dėl draudiko pareigos prieš sudarant draudimo sutartį ir administruojant įvykį apdraustajam suteikti informaciją apie draudimo sutarties sąlygas ir jų taikymą*

Pareiškėjas Lietuvos bankui 2020 m. spalio 12 d. pateiktuose papildomuose paaiškinimuose nurodė, kad tik ligoninė, kurioje pareiškėjui buvo suteikta skubi medicinos pagalba, pateikė suteiktų medicinos paslaugų faktą ir dydį pagrindžiančią sąskaitą faktūrą (320,30 Eur). Pareiškėjas pabrėžė: „apie jokiais papildomas sumas, didelius nuostolius (jų dydžius) informuotas nebuvo ir apie juos žinoti negalėjau. Po įvykio, laikydamasis draudimo sąlygose numatytos tvarkos informavau draudiką apie šį mokėjimą ir įvykio aplinkybes (apie tai, kad man buvo suteikta medicininė pagalba gydymo įstaigoje, taip pat kad į gydymo įstaigą buvau transportuotas iš įvykio vietos kalnuose), o draudikas savo ruožtu, gavęs informaciją, pateiktas išlaidas atlygino, tačiau jokių papildomų veiksmų nesiėmė.“

Vertinant šias pareiškėjo nurodytas aplinkybes, pažymėtina, kad Taisyklių Specialiųjų sąlygų 14.1.1 papunktyje nustatyta, kad į draudiką besikreipiantis asmuo turi pateikti draudikui dokumentus ir informaciją, reikalingą draudiko atsakomybei įvertinti. Jeigu įmanoma, apie kelionės draudžiamąjį įvykį reikia pranešti užpildant draudimo bendrovės blanką ir jį pasirašant.

Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad pareiškėjas, kreipdamasis į draudiką (t. y. pateikdamas reikalavimą atlyginti žalą), „užpildė draudimo bendrovės blanką“ ir jį pasirašė. Be to, kaip minėta, remiantis Lietuvos bankui pateiktais įrodymais ir Taisyklių sąlygomis, įtvirtinančiomis nuostatas dėl draudikui būtinų pateikti dokumentų, teikiant reikalavimą dėl medicinos išlaidas atlyginančios draudimo išmokos mokėjimo, darytina išvada, kad pareiškėjas draudikui kartu su Prašymu pateikė visus Taisyklėse nurodytus dokumentus.

Taisyklių Bendrųjų sąlygų 6.3 papunktyje įtvirtinta draudiko pareiga apdraustajam pateikti informaciją apie reikalavimo atlyginti žalą pateikimo tvarką. Remdamasis minėtomis Taisyklių Bendrųjų sąlygų 6.3 papunkčio nuostatomis, Lietuvos bankas draudiko 2020 m. rugsėjo 1 d. ir 2020 m. spalio 1 d. raštais paprašė pateikti informaciją, kaip draudikas laikėsi Taisyklių Bendrųjų sąlygų 6.3 papunktyje nustatytos pareigos, įvykus draudžiamajam įvykiui, apdraustajam pateikti informaciją apie reikalavimo atlyginti žalą pateikimo tvarką (ar draudikas pareiškėją informavo: 1) kad pranešimo apie draudžiamąjį įvykį pateikimas yra prilyginamas reikalavimui atlyginti žalą; 2) ar draudikas pareiškėjui pateikė paaiškinimus, kokią žalą atlyginanti draudimo išmoka bus išmokėta pagal pateiktą pranešimą, 3) ar pateikė paaiškinimus apie visą dėl nelaimingo atsitikimo patirtą žalą (įskaitant ir transportavimo į gydymo įstaigą išlaidas, remiantis Taisyklių Specialiųjų sąlygų 6.3.1 papunkčiu, patenkančias į pagal draudimo sutartį kompensuojamų medicininio gydymo išlaidų apimtį) atlyginančios draudimo išmokos mokėjimą ir kt.).

Draudikas Lietuvos bankui nepateikė jokių paaiškinimų dėl prašomų nurodyti aplinkybių. Kadangi draudikui Taisyklių Bendrųjų sąlygų 6.3 papunkčio pagrindu kilo pareiga pareiškėją informuoti, kad, pagal Taisyklių Specialiųjų sąlygų 6.3.1 papunktį, pagrįstos ir būtinos transportavimo į gydymo įstaigą išlaidos priskirtinos prie kompensuojamų medicinos išlaidų, draudikas, kartu su pateiktu Prašymu gavęs informaciją apie tai, kad į gydymo įstaigą pareiškėjas po įvykio buvo transportuotas sraigtasparniu, ir vykdydamas Taisyklėse nustatytas pareigas, privalėjo pareiškėją informuoti, kad išmokėta 270,30 Eur draudimo išmoka neatlygino visų pareiškėjo dėl įvykio patirtų medicinos išlaidų. Be to, kaip minėta, Taisyklės nenustato apdraustajam pareigos pačiam atlyginti transportavimo išlaidas ir, tik jas atlyginus, kreiptis į draudiką dėl minėtas išlaidas atlyginančios draudimo išmokos mokėjimo. Atsižvelgiant į tai, darytina išvada, kad pareiškėjas pagrįstai nurodė, kad turėjo teisėtą lūkestį, jog, draudikui kartu su Prašymu pateikus duomenis apie patirtas 320,30 Eur gydymo išlaidas, visa Taisyklėse nurodyta būtina informacija ir dokumentai buvo pateikti ir kad pareiškėjas neprivalėjo draudikui pateikti papildomo reikalavimo ir patirtas transportavimo išlaidas pagrindžiančių, kad šias išlaidas atlyginanti draudimo išmoka laiku būtų išmokėta.

Kaip minėta, pareiškėjas 2020 m. spalio 12 d. raštu Lietuvos bankui pateiktuose

papildomuose paaiškinimuose nurodė nebuvo informuotas apie tai, kad turi būti atlikti kokie nors papildomi veiksmai dėl didelių nuostolių – transportavimo sraigtasparnių į ligoninę – išlaidų kompensavimo.

Vertinant šias pareiškėjo nurodytas aplinkybes, pažymėtina, kad Lietuvos bankui pateikti įrodymai negali pagrįsti nei to, kad draudikas tinkamai vykdė Taisyklių Bendrųjų sąlygų 6.3 papunktyje įtvirtintas informavimo pareigas, nei to, kad draudikas tinkamai atskleidė Taisyklių Specialiųjų sąlygų 6.3.1 papunkčio sąlygas ir prieš sudarant kelionių draudimo sutartį pareiškėją tinkamai informavo apie Taisyklėse nustatytas transportavimo išlaidas atlyginančios draudimo išmokos mokėjimo sąlygas.

Pažymėtina, kad draudimo sutarties sudarymo metu galiojusioje 2014 m. liepos 14 d. Lietuvos banko Priežiūros tarnybos direktoriaus sprendimu Nr. 241-107 patvirtintoje pozicijoje „Dėl draudimo ir kitų finansinių paslaugų derinių pardavimo modelio“ (toliau – Pozicija) nurodyta, kad, apdraustajam parduodant finansinių produktų derinį (t. y., kaip nagrinėjamu atveju, su pareiškėju sudarius mokėjimo kortelės sutartį, buvo suteikta kelionių draudimo apsauga), apdraustajam turi būti suteikta įprastai draudėjui teikiama informacija. Atsižvelgiant į tai, darytina išvada, kad pareiškėjui prieš kelionių draudimo sutarties sudarymą turėjo būti atskleista visa draudimo veiklą reglamentuojančiuose teisės aktuose įtvirtinta ikisutartinė informacija ir įteiktas draudimo liudijimas ir/ar kitas individualias draudimo sutarties sąlygas nustatantis dokumentas.

Ikisutartinės informacijos atskleidimo nuostatas įvirtinančio CK 6.992 straipsnio 2 dalis nustato, kad prieš draudimo sutarties sudarymą draudėjui (remiantis Pozicijos nuostatomis, ir apdraustajam) turi būti įteikta draudimo taisyklių kopija. Atsižvelgdamas į šias nuostatas, Lietuvos bankas 2020 m. rugsėjo 1 d. raštu paprašė Banko pateikti įrodymus, ar pareiškėjui prieš kelionių draudimo sutarties sudarymą buvo įteiktos Taisyklės ir Taisyklėse nurodyti kiti apdraustajam išduodami dokumentai: mokėjimo kortelės turėtojui išduodamas draudimo liudijimas bei Kortelės turėtojų kelionių draudimo bendrosios sąlygos.

Bankas, Lietuvos bankui pateikdamas paaiškinimus apie pareiškėjo supažindinimą su draudimo sutarties sąlygomis, tik nurodė, kad prieš mokėjimo kortelės sutarties sudarymą pareiškėjas pildė Prašymą – sutartį išduoti kredito kortelę (toliau – Prašymas). Prašyme pareiškėjas savo parašu patvirtino nurodytas aplinkybes, kad jis susipažino, suprato ir gavo Sutartį išduoti kredito kortelę, Banko paslaugų teikimo bendrąsias taisykles, Kortelių išleidimo ir naudojimo aprašą privatiems asmenims (toliau – Aprašas), Internetinės ir Telefoninės bankininkystės paslaugų sąlygų aprašą privatiems klientams, Banko kainyną privatiems asmenims ir Klientų lojalumo bendrąsias sąlygas. Bankas nurodė, kad Aprašo 4.1 papunktis nustato, kad atskiriems kortelėms gali būti taikomas papildomų paslaugų paketas, jei tokios paslaugos yra taikomos išleisti kredito kortelei. Papildomų paslaugų aprašymas yra įteikiamas klientui kartu su išleista kortele arba informacija pateikiama žodžiu.

Vertinant Banko nurodytas aplinkybes apie Taisyklių sąlygų (įskaitant ir sąlygas apie pagal kelionių draudimo sutartį kompensuojamų medicinos išlaidų apimtį), atskleidimą, pažymėtina, kad pareiškėjo parašu Prašyme patvirtinti duomenys, kad jis gavo Aprašą, negali pagrįsti Aprašo 4.1 papunktyje nurodytų aplinkybių, kad prieš draudimo sutarties sudarymą apdraustajam buvo įteiktas Kelionės draudimo paslaugų aprašymas.

Bankas Lietuvos bankui nepateikė jokių įrodymų apie Kelionės draudimo paslaugų aprašymo pareiškėjui prieš kelionių draudimo sutarties sudarymą įteikimą. Be to, atsižvelgiant į tai, kad Aprašo 4.1 papunktyje nurodyta, kad informacija apie kelionių draudimo sutarties sąlygas gali būti pateikiama žodžiu, darytina išvada, kad pareiškėjo parašu Prašyme nurodytų aplinkybių apie Aprašo įteikimą ir Apraše nurodytų sąlygų išaiškinimą patvirtinimas negali pagrįsti, kad prieš kelionių draudimo sutarties sudarymą ne žodžiu, o raštu buvo atskleistos kelionių draudimo sutarties sąlygos. Svarbu pažymėti, kad Aprašo 4.1 papunktyje įtvirtinta Banko teisė žodžiu atskleisti kelionės draudimo sutarties sąlygas prieštarauja CK 6.992 straipsnio 2 dalyje įtvirtintam įpareigojimui apdraustajam įteikti rašytinį dokumentą, kuriame būtų įtvirtintos standartinės draudimo sutarties sąlygos.

Be to, nors Lietuvos bankui nebuvo pateikti įrodymų, kurie pagrįstų, kad prieš kelionių draudimo sutarties sudarymą pareiškėjui buvo įteiktas Aprašo 4.1 papunktyje nurodytas Kelionės draudimo paslaugų aprašymas, tačiau Bankas Lietuvos bankui taip pat nepateikė jokių duomenų, kurie patvirtintų minėto aprašymo turinį. Lietuvos bankui nebuvo pateikti įrodymai, kurie galėtų pagrįsti, kad Kelionės draudimo paslaugų aprašyme yra pakartotos Taisyklėse įtvirtintos standartinės draudimo sutarties sąlygos, taip pat Taisyklėse nurodytų kitų apdraustajam privalomų išduodami dokumentų: mokėjimo kortelės turėtojui išduodamo



draudimo liudijimo bei Kortelės turėtojų kelionių draudimo bendrųjų sąlygų nuostatos. Todėl, remiantis Lietuvos banko nustatytais aplinkybėmis, darytina išvada, kad Lietuvos bankui pateikti įrodymai negali pagrįsti, kad prieš kelionės draudimo sutarties sudarymą buvo atskleistos ir, įvykus įvykiui, pareiškėjui buvo žinomos Taisyklių sąlygos apie tai, kad transportavimo išlaidos patenka į pagal draudimo sutartį kompensuojamų medicininių išlaidų apimtį.

Todėl, remiantis nurodytomis aplinkybėmis, pažymėtina, kad nagrinėjamu atveju įrodymais nepagrindus pareiškėjo tinkamo supažindinimo su Taisyklių sąlygomis aplinkybių, draudikas neturi pagrindo remtis aplinkybėmis, kad pareiškėjas jam nesuteikė informacijos apie pagal draudimo sutartį privalomas kompensuoti transportavimo išlaidas, apie kurias pareiškėjui turėjo būti žinoma (t. y. kad pareiškėjas draudikui nepateikė transportavimo išlaidų faktą ir jų dydį pagrindžiančių įrodymų).

Nagrinėjamu atveju įrodymais nepagrindus Taisyklių sąlygų atskleidimo aplinkybių taip pat nėra pagrindo teigti, kad pareiškėjas prieš draudimo sutarties buvo tinkamai supažindintas su reikalavimo atlyginti žalą draudikui pateikimo tvarka. Kaip minėta, Lietuvos bankui pateikti įrodymai taip pat negali pagrįsti, kad draudikas būtų vykdęs Taisyklių Bendrųjų sąlygų 6.3 papunktyje nustatytas pareigas ir įvykio administravimo metu informavęs pareiškėją, kad jis turėtų draudiką papildomai informuoti apie gautus duomenis (pvz. transportavimo išlaidas pagrindžiančius įrodymus), patvirtinančius transportavimo išlaidų dydį. Be to, Taisyklėse nėra įtvirtinta sąlygų, nustatančių apdraustojo pareigą draudikui kartu su pranešimu apie žalą pateikti transportavimo išlaidas pagrindžiančius įrodymus. Todėl, apibendrinant Lietuvos banko nustatytas aplinkybes, darytina išvada, kad pareiškėjas nebuvo informuotas ir pagal Taisyklių sąlygų, kurių įteikimo pareiškėjui aplinkybės nebuvo įrodytos, turinį negalėjo žinoti ir pagrįstai tikėtis, kad jam kyla papildoma pareiga informuoti draudiką apie transportavimo išlaidų patyrimo faktą.

Kaip minėta, Lietuvos bankui nebuvo pateikta įrodymų, kad draudikas, administruodamas įvykį, dėjo pakankamas pastangas, siekdamas patikrinti Prašyme nurodytus duomenis apie pareiškėjui suteiktas transportavimo paslaugas ir siekdamas surinkti įrodymus apie transportavimo išlaidų dydį, nors šias draudiko pareigas įtvirtina Taisyklių Bendrųjų sąlygų 6.3 papunkčio ir Draudimo įstatymo 98 straipsnio 2 ir 3 dalių nuostatos. Todėl, remiantis Lietuvos banko nustatytais aplinkybėmis, darytina išvada, kad draudikas, atsisakydamas tenkinti pareiškėjo reikalavimą dėl 1 163,37 Eur nuostolių atlyginimo neturi pagrindo remtis aplinkybėmis, kad pareiškėjo transportavimo išlaidų patyrimo faktą pagrindžiančių įrodymų (sąskaitų-faktūrų) nepateikimas draudikui, jį atleidžia nuo civilinės atsakomybės.

#### *1.4. Dėl pareiškėjo galimybės iki 2020 m. liepos 29 d. draudikui pateikti informaciją apie nekompensuotas transportavimo į ligoninę išlaidas ir jų dydį*

Nors nagrinėjamu atveju Taisyklėse nėra įtvirtinančių apdraustojo, teikiančio draudikui reikalavimą atlyginti žalą, pareigą kartu su šiuo reikalavimu pateikti transportavimo išlaidas patvirtinančius dokumentus, tačiau, kaip minėta, CK 6.189 straipsnio 1 dalis nustato, kad sutartis įpareigoja atlikti ne tik tai, kas tiesiogiai joje nustatyta, bet ir visa tai, ką lemia sutarties esmė arba įstatymai. Taip pat, vertinant iš draudimo sutarties kylančių įsipareigojimų vykdymo tinkamumą, taip pat būtina atsižvelgti į CK 6.200 straipsnyje įtvirtintus sutarčių vykdymo principus. Nagrinėjamu atveju aplinkybių, ar pareiškėjas turėjo galimybę iki gauto skolų išieškojimo įmonės 2020 m. liepos 29 d. rašto draudikui pateikti informaciją apie nekompensuotas transportavimo į ligoninę išlaidas ir jų dydį, vertinimas yra reikšmingas, siekiant nustatyti, ar pareiškėjas taip pat tinkamai vykdė iš draudimo sutarties kylančius įsipareigojimus ir ar savo veiksmais neprisidėjo prie žalos atsiradimo (1 163,37 Eur nuostolių susidarymo) ir/ar žalos dydžio.

Draudimo įstatymo 98 straipsnio 1 dalis įpareigoja naudos gavėją, įvykus draudžiamajam įvykiui, draudikui pateikti visus turimus dokumentus, būtinus draudimo išmokos dydžiui nustatyti. Įsipareigojimas draudikui suteikti visą turimą informaciją taip pat kyla ir iš CK 6.200 straipsnio 2 dalyje įtvirtintų bendradarbiavimo ir kooperavimosi pareigų vykdymo.

Vertinant, ar pareiškėjas tinkamai vykdė Draudimo įstatymo 98 straipsnio 1 dalies ir CK 6.200 straipsnio 2 dalies nuostatas, visų pirma pažymėtina, kad, kaip minėta, pareiškėjui prieš draudimo sutarties sudarymą ir įvykio administravimo metu nesuteikus informacijos apie tai, kad pagal draudimo sutarties sąlygas į draudimo išmoką, atlyginančią medicinines išlaidas, yra įskaičiuojamos ne tik gydymo išlaidos (kurių patyrimo faktą pagrindžiančius įrodymus yra

būtina pateikti, teikiant reikalavimą atlyginti žalą, ir kurie pareiškėjo draudikui po įvykio buvo pateikti), tačiau ir transportavimo išlaidos, pareiškėjas neturėjo pagrindo tikėtis, kad draudiko išmokėta 270,30 Eur draudimo išmoka neatlygino visų pagal draudimo sutartį priklausančių kompensuoti medicininių išlaidų. Be to, pareiškėjas draudikui ir Lietuvos bankui pateiktuose paaiškinimuose nurodė, kad sąskaitos už patirtas transportavimo išlaidas buvo siunčiamos klaidingu adresu, todėl pareiškėjas iki 2020 m. liepos 29 d. negalėjo žinoti nei apie draudiko nekompensuotas transportavimo į ligoninę išlaidas, nei apie dėl šių išlaidų nekompensavimo susidariusius 1 163,37 Eur nuostolius.

Vertinant šias pareiškėjo nurodytas aplinkybes, pažymėtina, kad Lietuvos bankui pareiškėjo pateikto 2018 m. kovo 31 d. reikalavimo sumokėti 3 288,81 Eur transportavimo išlaidas (sąskaitos už suteiktas transportavimo paslaugas) duomenys patvirtina, kad minėtas dokumentas registruotu paštu buvo išsiųstas adresu (*duomenys neskelbtini*). Pareiškėjas pateikė AB „Lietuvos paštas“ duomenis, patvirtinančius, kad registruotas laiškas nebuvo atsiimtas pašte. Pareiškėjas pateiktuose paaiškinimuose nurodė, kad adresas, kuriuo buvo išsiųsta 2018 m. kovo 31 d. patirtų transportavimo išlaidų sąskaita, nėra jo gyvenamosios vietos adresas. Pareiškėjas pabrėžė, kad tikslus pareiškėjo gyvenamosios vietos adresas yra (*duomenys neskelbtini*). Jei sąskaita už suteiktas transportavimo paslaugas būtų išsiųsta minėtu tikslu pareiškėjo gyvenamosios vietos adresu, ji iš karto po įvykio galėjo būtų gauta ir pateikta draudikui. Siekdamas pagrįsti aplinkybes, kad tikslus pareiškėjo gyvenamosios vietos adresas yra (*duomenys neskelbtini*), o ne (*duomenys neskelbtini*), kuriuo buvo siunčiamos sąskaitos už suteiktas transportavimo paslaugas, pareiškėjas Lietuvos bankui pateikė skolų išieškojimo įmonės adresu (*duomenys neskelbtini*), pareiškėjui išsiųstą 2020 m. liepos 29 d. raštą apie susidariusią 4 452,18 Eur skolą, kuris pareiškėjo buvo gautas.

Pažymėtina, kad draudikas neginčijo pareiškėjo nurodytų aplinkybių, kad tikslus adresas, kuriuo turėjo būti išsiųstos sąskaitos už suteiktas transportavimo išlaidas, yra (*duomenys neskelbtini*). Atsižvelgiant į Draudimo įstatymo 98 straipsnio ir Taisyklių Bendrųjų sąlygų 6.3 papunkčio nuostatas, įpareigojančias draudiką patikrinti visą jam prieinamą informaciją, pažymėtina, kad draudikas turėjo galimybę kreiptis į ligoninę ir patikrinti, kokį gyvenamosios vietos adresą pareiškėjas nurodė ligoninės, į kurią jis po įvykio buvo transportuotas sraigtasparniu, darbuotojams. Svarbu pažymėti, kad Lietuvos bankas 2020 m. rugsėjo 1 d. raštu draudiko prašydamas pateikti atsiliepimą į pareiškėjo kreipimąsi taip pat prašė pateikti paaiškinimus dėl pareiškėjo nurodytos aplinkybės, kad „sąskaitos buvo siunčiamos ne mano gyvenamosios vietos adresu, todėl registruoti laišakai man įteikti nebuvo“, atkreipdamas draudiko dėmesį į tai, kad minėtas aplinkybes taip pat pagrindžia kartu su pareiškėjo kreipimusi pateikti AB „Lietuvos paštas“ duomenys.

Kadangi Lietuvos banko prašomi pateikti paaiškinimai nebuvo gauti, 2020 m. spalio 1 d. papildomu raštu draudiko buvo paprašyta pateikti paaiškinimus dėl pareiškėjo nurodytų aplinkybių, kad iki 2020 m. liepos 29 d. sąskaitos už patirtas transportavimo išlaidas pareiškėjo nebuvo gautos, teisingumo. Draudikas jokių paaiškinimų dėl minėtų aplinkybių Lietuvos bankui nepateikė. Atsižvelgiant į tai, darytina išvada, kad pareiškėjo nurodyti duomenys apie tai, kad jis iki 2020 m. liepos 29 d. negalėjo žinoti apie draudiko nekompensuotas transportavimo į ligoninę išlaidas ir negalėjo iki šios datos draudikui pateikti sąskaitų, patvirtinančių transportavimo išlaidų dydį, nebuvo nugincytos. Minėtos aplinkybės taip pat suteikia pagrindą konstatuoti, kad pareiškėjas nepažeidė Draudimo įstatymo 98 straipsnio 1 dalyje ir CK 6.200 straipsnio 2 dalyje įtvirtintų reikalavimų ir savo veiksmais neprisidėjo prie 1 163,37 Eur nuostolių atsiradimo ir/ar jų dydžio.

Šiame kontekste svarbu pažymėti, kad tiek 2020 m. rugsėjo 1 d., tiek 2020 m. spalio 1 d. raštuose Lietuvos bankas taip pat draudiko prašė įvertinti iš draudimo sutarties kylančių įsipareigojimo vykdymo tinkamumą, įvertinant, ar dėl netinkamo sutartinių pareigų vykdymo draudikui nekyla pareiga kompensuoti susidariusių 1 163,37 Eur nuostolių. Tačiau draudikas tik nurodė, kad Taisyklėse nėra įtvirtintų sąlygų, pagal kurias draudikui kyla pareiga atlyginti palūkanas (delspinigius) ir išieškojimo išlaidas. Atsižvelgiant į šias draudiko nurodytas aplinkybes, svarbu pažymėti, kad draudikui priėmus sprendimą ginčą užbaigti taikiai dalyje, kurioje kilo ginčas dėl Taisyklių sąlygų taikymo (dėl Taisyklėse įtvirtintos draudiko pareigos išmokėti visas pareiškėjo patirtas medicinines išlaidas, pateikus Prašymą dėl draudimo išmokos mokėjimo, vykdymo), šalių ginčas dėl 1 163,37 Eur nuostolių atlyginimo kyla ne dėl Taisyklių sąlygų taikymo, tačiau dėl draudiko civilinės atsakomybės sąlygų atsiradimo ir minėtų nuostolių pareiškėjui kompensavo. Atsižvelgiant į tai, darytina išvada, kad draudiko nurodytos aplinkybės, jog Taisyklės nėra įtvirtina draudiko pareiga atlyginti palūkanas (delspinigius) ir

išieškojimo išlaidas, nenuginčija draudiko veiksmų neteisėtumo ir nepagrindžia draudiko sprendimo atsisakyti atlyginti 1 163,37 Eur nuostolius teisingumo.

*2. Dėl pareiškėjo patirtų 1 163,37 Eur nuostolių atlyginimo*

Vertinant pareiškėjo reikalavimą atlyginti 1 163,37 Eur nuostolius, pažymėtina, kad sutarties šalis privalo atlyginti dėl sutarties neįvykdymo ar netinkamo įvykdymo padarytus nuostolius (CK 6.245 straipsnio 3 dalis, 6.256 straipsnio 2 dalis), kai sutarties šaliai už sutarties pažeidimą kyla sutartinė civilinė atsakomybė. 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 (CK 6.246 straipsnio 1 dalis). Kad asmeniui būtų galima taikyti civilinę atsakomybę, būtina nustatyti visas civilinės atsakomybės sąlygas, numatytas CK 6.246–6.249 straipsniuose, t. y. neteisėtus veiksmus, žalą, priežastinį ryšį tarp neteisėtų veiksmų bei žalos ir kaltę, išskyrus įstatymuose nustatytus atvejus, kai civilinė atsakomybė atsiranda be kaltės.

Nagrinėjamu atveju neteisėtais draudiko veiksmais pripažintinas su informacijos apie draudimo išmokos, atlyginančios medicininės išlaidas, mokėjimo sąlygas atskleidimu susijusios sutartinės pareigos netinkamas vykdymas. Draudiko neteisėtus veiksmus taip pat pagrindžia aplinkybės, kad jis įvykio administravimo metu nevykdė Draudimo įstatymo 98 straipsnio 2 ir 3 dalyse ir Taisyklių Bendrųjų sąlygų 6.3 papunktyje nustatytų pareigų ir pareiškėjui nesuteikė informacijos, kad pareiškėjui išmokama 270,30 Eur draudimo išmoka visa apimtimi neatlygino pagal Taisyklių sąlygas dėl nelaimingo atsitikimo kompensuojamų medicininių išlaidų. Be to, draudikas nerinko informacijos, būtinos tiksliai draudimo išmokos dydžiui nustatyti, ir pareiškėjui nesuteikė duomenų, kad, gavus transportavimo išlaidas patvirtinančius įrodymus, šie faktiniai duomenys turi būti pateikti draudikui. Draudikas taip pat netinkamai vykdė Draudimo įstatymo 98 straipsnio 2 dalyje nustatytą pareigą, dedant reikiamas pastangas, tirti draudimo išmokos dydžiui nustatyti reikšmingas aplinkybes ir minėtame straipsnyje nustatytais terminais išmokėti draudimo išmoką, atlyginančią visas pareiškėjo dėl įvykio patirtas medicininės išlaidas.

Žalos atsiradimas siejamas su tuo, kad minėtas draudiko iš draudimo sutarties kylančių įsipareigojimų netinkamas vykdymas lėmė tai, kad draudimo išmoka, atlyginanti transportavimo išlaidas, nebuvo išmokėta laiku ir dėl to susidarė 1 163,37 Eur palūkanos ir skolos išieškojimo išlaidos. Pareiškėjo patirtų nuostolių faktą pagrindžia 2020 m. liepos 29 d. skolų išieškojimo įmonės pareiškėjui pateikto rašto duomenys.

Kasacinio teismo praktikoje nurodoma, jog civilinė atsakomybė kyla ir esant netiesioginiam priežastiniam ryšiui, t. y. kai žala atsiranda ne tiesiogiai iš neteisėtų veiksmų, bet veiksmai yra pakankamai susiję su žalingais padariniais (Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2015 m. spalio 30 d. nutartis, priimta civilinėje Nr. 3K-3-537-690/2015; 2007 m. gegužės 8 d. nutartis, priimta civilinėje Nr. 3K-3-197/2007; 2007 m. lapkričio 26 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-7-345/2007; 2005 m. kovo 9 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-156/2005). Nagrinėjamu atveju tarp nurodytų draudiko neteisėtų veiksmų ir atsiradusios žalos, kurios piniginei išraiška yra pareiškėjo patirti 1 163,37 Eur nuostoliai, buvo priežastinis ryšys. Atsižvelgiant į tai, darytina išvada, kad draudiko veiksmuose pasireiškė visos civilinės atsakomybės sąlygos. Todėl, remiantis nustatytomis aplinkybėmis, pažymėtina, kad draudikui kyla pareiga atlyginti pareiškėjo patirtus 1 163,37 Eur nuostolius.

Remdamasis tuo, kas išdėstyta, ir vadovaudamasis Vartotojų teisių apsaugos įstatymo 27 straipsnio 1 dalies 1 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 59.1 papunkčiu, n u s p r e n d ž i u:

1. Tenkinti pareiškėjo X. X. reikalavimą ir rekomenduoti draudikui atlyginti pareiškėjui 1 163,37 Eur nuostolius, atsiradusios dėl to, kad nebuvo laiku išmokėta 3 288,81 Eur draudimo išmoka, atlyginanti dėl įvykio patirtas transportavimo išlaidas, ir dėl to buvo priskaičiuotos palūkanos ir skolos išieškojimo išlaidos.

2. Įpareigoti draudiką per mėnesį nuo šio sprendimo priėmimo dienos raštu informuoti Lietuvos banką apie šio sprendimo rezoliucinės dalies 1 punkte nurodytas rekomendacijos įgyvendinimą (neįgyvendinimą). Draudikui neįvykdžius minėtos rekomendacijos, apie tai bus paskelbta Lietuvos Respublikos teisės aktų nustatyta tvarka.

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