



**LIETUVOS BANKO
FINANSŲ RINKOS PRIEŽIŪROS TARNYBOS
TEISĖS IR LICENCIJAVIMO DEPARTAMENTO
DIREKTORIUS**

**SPRENDIMAS
DĖL X. X. IR AB „LIETUVOS DRAUDIMAS“ GINČO NAGRINĖJIMO**

2021-04-08 Nr. 429-116

Vilnius

Lietuvos bankas gavo X. X. (toliau – pareiškėjas) kreipimąsi, kuriuo, be kitų pareiškėjo nurodytų aplinkybių, buvo ginčijamas AB „Lietuvos draudimas“ (toliau – draudikas) pareiškėjui pagal Asmens draudimo sutartį išmokėtos draudimo išmokos dydis.

N u s t a t y t a:

Pareiškėjas ir draudikas sudarė Asmens draudimo sutartį (draudimo liudijimo Nr. (*duomenys neskelbtini*)) (toliau – Draudimo sutartis), draudimo laikotarpis – nuo 2019 m. rugpjūčio 25 d. iki 2020 m. rugpjūčio 24 d.

Pareiškėjas Draudimo sutarties pagrindu draudikui 2020 m. gruodžio 3 d. pateikė pranešimą apie 2020 m. liepos 14 d. įvykį (toliau – Įvykis): „Dėl netikėto paslydimo lipant iš dušo ir griuvimo ant kriauklės, jai sudužus ir iš dalies subyrėjus į šipulius šie mane sužalojo taip, kad neišvengiamai nedelsiamai turėjau kviestis greitąją medicinos pagalbą, buvau išvežtas į VŠĮ Respublikinę Vilniaus universitetinę ligoninę, kur atliktos visos būtinos procedūros, po kurių dvi savaites tęstas ambulatorinis gydymas.“ Pranešime apie Įvykį pareiškėjas draudikui kėlė reikalavimą „adekvačiai įvertinti pateiktus ir patikrinamus objektyvius faktus bei išmokėti priklausančias man išmokas. Patikinu ir medicinos įstaigos išrašytas dokumentas (priede), kad mano paties asmeniškai buvo imtasi visų būtinų ir nedelsiamų priemonių visiems tikėtiniems nuostoliams ir žaloms sumažinti“. Pareiškėjas kartu su pranešimu apie Įvykį draudikui pateikė VŠĮ Respublikinės Vilniaus universitetinės ligoninės (toliau – RVUL) 2020 m. liepos 14 d. Medicinos dokumentų išrašo / siuntimo (toliau – Išrašas) kopiją.

Be to, pareiškėjas draudikui 2020 m. gruodžio 7 d. raštu pateikė „Papildomą paaiškinimą dėl draudiminių įvykių“ (toliau – Papildomas paaiškinimas). Papildomame paaiškinime pareiškėjas pabrėžė, kad Įvykio metu „dešinioji ranka alkūne trenkėsi į kriauklės vidų ir įstrigo pramuštoje apvalioje skylėje, prakirtusioje alkūnę ir pasimovė ant gerai nuotraukoje matomo aštraus smailesnio nulūžimo, stipriai prakirtusio žasto. Apatine kūno dalimi, griūdamas į dušo kabinos vinelę, ir ypač į jos kraštą, labai smarkiai susižeidžiau kairės kojos šlaunies išorinę ir priekinę pusę, vos kiek žemiau kairės kojos klubo sąnario. Traumos, išgąščio, susijaudinimo, afekto būklėje metu, dėl smarkaus tekančio kraujo iš sužeistos dešinės rankos žasto (raumens vidinės pusės) aš to net nejutau. Tik vėliau, po žaizdų susiuvimo ir suleistų daugybės (net tris ampules) nuskausminančiųjų ir dar visokių kitokių vaistų, praėjusio poveikio, pajutau sumuštos kairės kojos nurodytos vietos didelį skausmą ir prasidėjusią ypač didelę ir skaudžią vidinę kraujosruvą, tamsiai mėlynai purpurinę dėmę. Trinant tą vietą vaistais ir masažuojant dėmė ir skausmingas sukietėjimas praėjo tik po dviejų su pusę mėnesių. Kadangi vaikščiojau, tai jos lūžis nedaug tikėtinas ir dėl to nekilo noro, dar karantinų ir kitokių ribojimų sąlygomis, prašytis ją peršviesti. Bet jei kada vėliau to prisireiks ir bus matomas buvęs kaulo įtrūkimas, įskilimas, atskilimas, aptrupėjimas ar kas kita, tai neabejotinai bus šio įvykio pasekmė. Esu įsitikinęs, kad ta ne iki galo įvertinta draudimo išmokų aspektu klausimo dalis turėtų likt atvira tolimesniam įvertinimui (po koronavirusų ribojimų pasibaigimo ir peršvietimo), jei vėliau peršvietus matytųsi buvusios komplikacijos. Žasto, kaip ir alkūnės, žaizda sugijo ir liko tik dėmė. Žaste iš didoko sukietėjusio gumulo pasidarė jau mažėjantis gumuliukas. Abi žaizdų vietos buvo, yra ir dar bus tepamos pačiais geriausiais pasaulyje, ir atitinkamai brangiais, vaistais dukart per dieną bei intensyviai masažuojamos. Deja, alkūnės sužalota vieta liko labai jautri priilietimui (atitinka pasakymą – kaip elektra nueina), dėl to prisieina ją toliau intensyviai gydyt – tept ir masažuat.

Neturiu supratimo ar tai visiškai praeis ar ne, nors labai tikiuosi ir stengiuosi, kad neliktų jokių liekamųjų šios traumos reiškinių ar požymių. Alkūnės traumos / žaizdos draudimo išmokų įvertinimo aspektas (likęs elektros nuėjimo jausmas prisilietus), jeigu neišnyks, taip pat turėtų likt ateičiai, atitinkamam įvertinimui."

Pareiškėjas draudikui taip pat pateikė draudiko prašomus duomenis. Draudikas pareiškėjo buvo prašęs užpildyti Prašymą išmokėti draudimo išmoką ir šiame prašyme nurodyti įvykio aplinkybes, duomenis apie gydymo įstaigas, į kurias pareiškėjas kreipėsi, taip pat buvo prašęs pateikti informaciją, reikalingą draudimo išmokai išmokėti, bei užpildyti Sutikimą dėl asmens duomenų tvarkymo.

Draudikas, vadovaudamasis pareiškėjo pateikta informacija ir Asmens draudimo taisyklių Nr. 69 (2019 m. gegužės 21 d redakcija, galioja nuo 2019 m. birželio 16 d.) (toliau – Taisyklės) Traumų lentelės T2 – „Minkštųjų audinių ir vidaus organų sužalojimai“ (toliau – Lentelė T2) 6.4 a papunkčiu, pareiškėjui išmokėjo 124,84 Eur draudimo išmoką dėl dešinės alkūnės ir žasto sužalojimo. Lentelės T2 6.4 a papunktyje nustatyta, kad dėl liemens, galūnių minkštųjų audinių pažeidimo, dėl kurio, pasibaigus gijimo procesui, susidarė iki 5 cm linijinis randas, yra išmokama 1 procentą draudimo sumos sudaranti draudimo išmoka (draudimo liudijime įtvirtinta, kad minkštųjų audinių ir vidaus organų sužeidimų (T2) draudimo suma yra 12 484 Eur).

Remiantis pareiškėjo Lietuvos bankui nurodytais duomenimis, nustatyta, kad pareiškėjas, nesutikdamas su draudiko 2020 m. gruodžio 9 d. rašte nurodyta 124,84 Eur draudimo išmoka, kreipėsi į draudiką, prašydamas „adekvačiai vertinti pateiktus faktinius duomenis ir teisingai atlyginti žalą“. 2020 m. gruodžio 14 d. draudiko ekspertės raštu pareiškėjo buvo pasiteirauta: „Kokie klausimai kyla dėl šio įvykio, patikslinti, dėl ko (pagal kokį taisyklių punktą ar koks sužalojimas nebuvo įvertintas), Jūsų vertinimu, turėtų būti mokama didesnė draudimo išmoka dėl šio įvykio. Galbūt pateikėte mums ne visą informaciją, gal turite išsamesnius dokumentus ir buvo nustatytos kitos diagnozės ar kažkas kito reikšmingo ir turinčio įtakos draudimo išmokos dydžiui.“ Pareiškėjas kreipėsi į Lietuvos banką nurodė, kad gavęs 2020 m. gruodžio 14 d. draudiko ekspertės raštą kreipėsi telefonu į draudiko darbuotoją, pareiškėjui buvo nurodyta, kad dėl 5 cm viršijančių galūnių minkštųjų audinių pažeidimo susidariusių linijinių randų yra mokama didesnė draudimo išmoka. Pareiškėjas pabrėžė draudiko darbuotojai nurodęs, kad „atlyginat ne rando dydį, bet draudiminio įvykio metu patirtą žalą“.

Pareiškėjas draudikui taip pat 2020 m. gruodžio 15 d. raštu pateikė pretenziją, kurioje nurodė, kad draudiko „žalos atlyginimas ir pats pasiūlymas už turto suniokojimą, nekelia problemų. Deja, siūlymai dėl padarytos žalos sveikatai yra absoliučiai neadekvatūs ir nepriimtini.“ Pareiškėjas draudikui kėlė reikalavimą „pačiu artimiausiu metu pergaltoti savo poziciją mano patirtos žalos sveikatai įvertinimo ir atlyginimo, su labai rimtu pasiūlymu, gal tai bus priimtina“.

Draudikas 2020 m. gruodžio 16 d. atsakyme į pareiškėjo 2020 m. gruodžio 14 d. pretenziją nurodė, kad asmens draudimas yra sumų, o ne nuostolių draudimas. Atsižvelgdamas į tai, draudikas nurodė, kad draudimo išmoka dėl pareiškėjo įvykio metu patirtų kūno sužalojimų turi būti apskaičiuojama pagal draudimo liudijime nurodytą minkštųjų audinių ir vidaus organų sužeidimų (T2) draudimo sumą ir Taisyklėse įtvirtintas draudimo išmokos dydžių apdraustojo minkštųjų audinių sužalojimo atveju sąlygas (Taisyklėse nurodytą draudimo liudijime įtvirtintos draudimo sumos procentą, pagal kurį nustatomas draudimo išmokos dydis).

Pareiškėjas draudikui adresuotame 2020 m. gruodžio 18 d. rašte nurodė nesutinkantis su draudiko 2020 m. gruodžio 16 d. atsakyme į pareiškėjo 2020 m. gruodžio 15 d. pretenziją nurodytomis aplinkybėmis. Pareiškėjas pabrėžė, kad kreipsis į Lietuvos banką dėl „esminių teisių ir laisvių bei teisėtų interesų pažeidinėjimo dėl draudiminio įvykio metu patirtų žalų atlyginimo“.

2020 m. gruodžio 23 d. rašte draudikas iš esmės pakartojo 2020 m. gruodžio 16 d. atsakyme į pareiškėjo pretenziją nurodytus duomenis. Draudikas taip pat pabrėžė, kad jei pareiškėjas draudikui nepateiks papildomų medicinos dokumentų, suteikiančių pagrindą draudikui perskaičiuoti išmokėtą draudimo išmoką, sprendimas dėl 124,84 Eur draudimo išmokos dydžio nebus keičiamas.

Pareiškėjas nesutiko su draudiko pateiktais atsakymais, todėl kreipėsi į Lietuvos banką. Kreipėsi pareiškėjas nurodė, kad draudikui keliama reikalavimai „yra ir buvo vienareikšmiški: nedelsiamai nutraukti neteisėtas veikas ir visiškai (adekvačiai) ir teisingai atlyginti draudiminio įvykio žalas“. Pareiškėjas pabrėžė, kad draudiko vykdoma „neteisėta veika yra vykdoma prieš žmogaus nenusavinamas teises ir laisves bei teisėtus interesus. Šių veikų savalaikis

neužkardymas yra tiesioginė priežastis tolimesnėms sąmoningoms ir organizuotoms nusikalstamoms veikoms, kenkiančioms ne tik valstybės finansų sistemai, bet ir valstybės piliečių gerovei. Jomis taip pat kėsinama į neliečiamą piliečių privačią nuosavybę, su visomis iš to kylančiomis teisinėmis ir baudžiamosiomis pasekmėmis. Taip pat sukeliama ir žmonių visiško nepasitikėjimo didžiulės pasekmės visai finansinei sistemai su visais iš to kylančiais išsiskojimais, ką Lietuvos bankas turėtų bent jau minimaliai suvokti bei savalaikiai nutraukti. Tai ne tik akivaizdžiai pažeidžia LR įstatymus (vartotojų teisių apsaugos), įskaičius ir viešojo intereso gynimą, bei vienareikšmiškai pažeidinėja ir prigimtines žmogaus teises ir laisves bei teisėtus interesus, kadangi savavališkai jas riboja, siaurina, trukdo jomis naudotis."

Pareiškėjas kreipimesi į Lietuvos banką taip pat pabrėžė, kad draudikas jam nepateikė išsamių atsakymų į daugkartinius kreipimusis telefonu ir raštu, kuriais buvo prašoma paaiškinti dėl „neadekvataus žalos atlyginimo“. Atsižvelgdamas į tai, pareiškėjas Lietuvos banko prašė įvertinti, ar draudiko „veika neprieštarauja įstatymų ir teisės aktų nustatymams“. Pareiškėjas taip pat nurodė, kad draudikas „aukščiau nurodytomis neteisėtomis ir nepagrįstomis veikomis pažeidinėja mano teises ir laisves bei teisėtus interesus, darė jais man turtinę ir neturtinę žalą, kurią privalės atlyginti visiškai (adekvačiai) ir teisingai“.

Atsižvelgdamas į pareiškėjo, be kitų kreipimesi nurodytų aplinkybių, keliamą civilinio ginčo reikalavimą – „visiškai (adekvačiai) ir teisingai atlyginti draudiminio įvykio žalas“, draudikas Lietuvos bankui pateikė atsiliepimą dėl vartojimo ginčo nagrinėjimo (toliau – atsiliepimas). Atsiliepime draudikas nurodė, kad draudimo išmoka buvo apskaičiuota, vadovaujantis pareiškėjo draudikui pateiktais faktiniais duomenimis ir Draudimo sutarties sąlygomis, su kuriomis pareiškėjas buvo tinkamai supažindintas. Siekdamas pagrįsti pareiškėjo supažindinimo su Draudimo sutarties sąlygomis aplinkybes, draudikas nurodė, kad 2020 m. rugpjūčio 13 d., t. y. dar prieš sudarant Draudimo sutartį, draudikas nurodytu elektroninio pašto adresu išsiuntė pareiškėjui Draudimo sutarties taikomas Asmens draudimo taisyklės Nr. 69 (2019 m. gegužės 21 d redakcija, galioja nuo 2019 m. birželio 16 d.) (toliau – Taisyklės), be to, dar prieš pareiškėjui sumokant periodinę draudimo įmoką, jam elektroniniu paštu buvo išsiųstos Taisyklės.

Draudikas pabrėžė, kad „nepaisant to, kad Taisyklės buvo išsiųstos pareiškėjui tiesiogiai el. paštu, pareiškėjas yra nurodęs, kad pageidauja dokumentus gauti elektroniniu kanalu ir per AB „Lietuvos draudimas“ savitarnos portalą SavasLD. Draudėjas taip pat yra nurodęs, kokiu būdu ir kokius pranešimus pageidauja gauti iš draudiko, vienas jų – informacija apie pateiktus draudimo dokumentus – SMS žinutėmis. Tai reiškia, kad pareiškėjas visuomet yra informuojamas apie į jo SavasLD paskyrą įkeltus draudimo dokumentus, tame tarpe ir draudimo rūšies taisyklės. Paaiškiname, kad savitarnos portale SavasLD, kiekvienam draudiko klientui, turinčiam jame paskyrą, aiškiai ir suprantamai pateikiama visa jam aktuali ir reikalinga informacija apie sudarytas, siūlomas sudaryti, sutartis, mokėjimus, žalas, pranešimų gavimo būdus. Paspaudus ant laukelio Mano sutartys, klientui pateikiama informacija apie visas jo sudarytas sutartis, pateiktus pasiūlymus. Ties kiekviena sutartimi yra grafa Informacija apie draudimą, paspaudus ją, atsiveria standartinis langas „Su draudimu susiję dokumentai“, kuriuos klientas gali atsisiųsti į savo kompiuterį ir, esant poreikiui, atsispausdinti. Vienas jų – draudimo rūšies taisyklės. Tai, kad pareiškėjo draudimo dokumentai yra talpinami SavasLD savitarnos sistemoje jis buvo informuotas ne tik SMS pranešimais, bet ir el. paštu.“

Siekdamas pagrįsti, kad įvykio požymiai atitinka Draudimo sutarties šalių sutartas sąlygas, draudikas teigė, kad pareiškėjo pateiktame Išrašė nurodyta: „stebimos d. alkūnės srities ir žasto srities dvi po 2 cm muštinės žaizdos“. Vadovaudamasis Lentelės T2 6 punkto 4 pastabos nuostatomis, kad „skaičiuojant draudimo išmoką dėl vieno įvykio metu susidariusių randų pagal atitinkamą šios lentelės straipsnį, randų išmatavimai sumuojami“, draudikas nustatė, kad dėl draudžiamojo įvykio patirto galūnių minkštųjų audinių pažeidimo susidarė iki 5 cm linijinis randas (t. y. nustatė, kad abiejų žaizdų randų ilgis sudarė 4 cm). Draudikas taip pat nurodė, kad rėmėsi pareiškėjo pateiktame Papildomame paaiškinime nurodytomis aplinkybėmis, kad „žasto, kaip ir alkūnės, žaizda sugijo ir liko tik dėmė“.

Draudikas atsiliepime pabrėžė, kad pareiškėjas neginčija, jog draudikas nepagrįstai pritaikė Lentelės T2 6.4 a papunkčio sąlygas. Draudiko teigimu, pareiškėjas neteigia, kad draudikas netinkamai nustatė dėl minkštųjų audinių pažeidimo susidariusio linijinio rando dydį po gijimo proceso, nes draudikui nurodė: „pasakiau, kad atlyginat ne rando dydį, bet draudimo įvykio metu patirtą žalą“. Draudikas nurodė, kad iš minėtų pareiškėjo teiginių „akivaizdu, kad pareiškėjas nekėlė ginčo, jog galėjo likti didesnis, nei įvertino draudikas, randas“.

Draudikas atsiliepime taip pat nurodė, kad jam nebuvo pagrindo spręsti ir draudimo

išmokos, atlyginančios Taisyklių C.1 draudimo variante įtvirtintas gydymo išlaidas, mokėjimo klausimą, nes pareiškėjas: 1) nepateikė vaistų įsigijimą patvirtinančių dokumentų; 2) teikdamas prašymą išmokėti draudimo išmoką, nepateikė reikalavimo išmokėti gydymo išlaidas atlyginančią draudimo išmoką bei nepateikė duomenų, būtinų draudimo išmokos dydžiui nustatyti.

Draudikas pabrėžė, kad „jei pareiškėjas ar skunduose draudikui, ar kreipimesi į Lietuvos banką įvardintų, ką reiškia „teisingas ir adekvatus žalos atlyginimas“, kas papildomai turėtų būtų įvertinta (pvz., kiti sužalojimai, rando dydžio neatitikimas, žaizdų komplikacijos, papildomų išlaidų patyrimas ir / ar pagrįstumas ar pan.) draudikas galėtų pateikti detalesnius paaiškinimus, tačiau, šiuo atveju, abstraktus draudiko kaltinimas nusikalstamomis veikomis nesudaro pagrindo jokiems konkrečioms žalos administravimo veiksmams.“

Draudikas atkreipė dėmesį, kad pareiškėjas, draudikui pateiktuose paaiškinimuose apie įvykio metu patirtų sužalojimų padarinius nurodė, kad: „ne iki galo įvertinta draudimo išmokų aspektu klausimo dalis turėtų likt atvira tolimesniam įvertinimui (po koronavirusų ribojimų pasibaigimo ir peršvietimo), jei vėliau peršvietus matytųsi buvusios komplikacijos“. Draudikas atsiliepime teigė, kad „neatsisakys papildomai įvertinti pateiktų duomenų ir dokumentų, jeigu tokie atsirastų ir, atitinkamai, priimtų sprendimą dėl draudimo išmokos išmokėjimo. Pasisakant dėl „juntamo „elektros nuėmimo jausmo prisilietus“, vėlgi, pareiškėjas nurodo, kad „alkūnės traumos / žaizdos draudimo išmokų įvertinimo aspektas (likęs elektros nuėjimo jausmas prisilietus), jeigu neišnyks, taip pat turėtų likt ateičiai, atitinkamam įvertinimui.“ Draudikas pabrėžė, kad „analogiškai, kaip ir dėl tariamo kojos sužalojimo, pareiškėjas šį klausimą palieka ateičiai, į gydymo įstaigas nesikreipė ir draudiko už tai išmokėti išmokos neprašė. Draudikui sunku įvertinti, kokia medicininė diagnozė galėtų atitikti šį pareiškėjo nurodomą jausmą, tai turėtų nustatyti jį gydantis gydytojas – pacientą apžiūrėjęs, padaręs reikiamus tyrimus. Tik turėdamas medicininiuose dokumentuose užfiksuotą diagnozę draudikas galėtų spręsti dėl draudimo išmokos išmokėjimo.“ Remdamasis nurodytomis aplinkybėmis, draudikas pabrėžė, kad pareiškėjo draudikui keliamas reikalavimas perskaičiuoti draudimo išmoką, atsižvelgiant į pareiškėjo dėl įvykio patirtą žalą, yra nepagrįstas.

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, 2021 m. kovo 9 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 sutaisyti 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, vadovaujantis Lietuvos bankui ginčo šalių pateiktų įrodymų visumos įvertinimu, negalima vienareikšmiškai teigti, kad sudarydamos Draudimo sutartį šalys nesitarė dėl Taisyklių C.1 draudimo variante nurodytų finansinių nuostolių draudimui priskirtinų papildomų apdraustojo dėl kūno sužalojimo (traumos), atitinkančio T1, T2, T3 traumų lenteles, patirtų išlaidų (t. y. „gydymo išlaidų“) draudimo. Atsižvelgdamas į pareiškėjo reikalavimą perskaičiuoti draudimo išmoką, Lietuvos bankas pasiūlė draudikui apsvarstyti galimybę tenkinti šį reikalavimą ir išmokėti papildomą draudimo išmoką.

Draudikas Lietuvos banką 2021 m. kovo 16 d. raštu informavo, kad „sprendžia dėl taikaus susitarimo su vartotoju“. Tačiau draudikas nurodė, kad „yra reikalinga surinkti papildomą informaciją, kad būtų galima spręsti dėl galimos išmokos dydžio“. Draudikas Lietuvos banką informavo, kad kreipėsi į pareiškėją, prašydamas pateikti duomenis, reikšmingus draudimo išmokos dydžiui nustatyti, taip pat kreipėsi į VšĮ Antakalnio polikliniką ir paprašė „pateikti ambulatorinę kortelę įvertinimui“.

Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad pareiškėjo 2021 m. kovo 12 d. draudiko raštu buvo paprašyta pateikti duomenis, kiek ir kokių vaistų pareiškėjas įsigijo patirtiems sužalojimams gydyti, ir vaistų įsigijimo išlaidas pagrindžiančius įrodymus. Draudikas pabrėžė, kad minėti duomenys yra reikalingi, siekiant apskaičiuoti dėl vaistų įsigijimo pareiškėjo patirtą žalą. Taip pat draudikas paprašė, kad pareiškėjas pateiktų po įvykio „likusių randų / pigmentinių dėmių nuotraukas“. Draudikas nurodė: „Atsižvelgiant į tai, kad išmokos dydis dėl tokio pobūdžio sužalojimų vertinamas pagal randų / pigmentinių dėmių ilgį ir / ar plotį, objektyviam įvertinimui prašome fotografuojant šalia rando / pigmentinės dėmės pridėti

linijuotę.“

2021 m. kovo 19 d. pareiškėjas raštu kreipėsi į Lietuvos banką, informuodamas apie draudiko 2021 m. kovo 12 d. rašte pateiktą prašymą pateikti papildomus duomenis (vaistų įsigijimo išlaidas patvirtinančius įrodymus ir po kūno sužalojimų gydymo likusių randų nuotraukas). Pareiškėjas nurodė: „Tie klausimai buvo jau seniau aptarti, išsiaiškinti ir jais bendrovės nėra siekiama spręsti padarytą sau problemą, bet tik vaizduojamas reagavimas į pateiktą mano skundą Lietuvos bankui.“ Pareiškėjas pabrėžė: „Tai yra vienareikšmiškas bendrovės siekis tolesniu sukčiavimu sumažinus išlaidas padidinti pelną. Svarbiausia, kad tai daroma asmens sąskaita, nepagrįstai atsisakant jam atlyginti draudiminio įvykio žalas teisingai.“

Pareiškėjas nurodė: „Jokių papildomų dokumentų dėl vaistų žaizdų gydymui pateikiama nebus. Vaistai, abiem dešinės rankos alkūnės ir žasto raumens sumušimo ir prakirtimo / prapjovimo ir atitinkamo chirurginio susiuvimo gydymui ir visų, su tuo susijusių, galimų pasekmių sumažinimui ir sušvelninimui, buvo įsigijami ir gaunami tik po, ypač pabrėžiu, duoto pažado, kad jų receptūra, paruošimas, naudojimo būdas bei visa kita susijusi informacija, niekam ir niekada nebus atskleista. Bet išsprendimo reikalaujančio klausimo esmė ne tame – ne vaiste, jo naudojime gydymui ir už jį mokėtos sumos, bet tame, kad mano buvo siekta visais įmanomais būdais sumažinti draudiminio įvykio / traumos tikėtinas ir galimas, numanomas ir nenumanomas ilgalaikes pasekmes, ir tai, kiek tik įmanoma, buvo savalaikiai ir nuosekliai padaryta. Taigi dabar išgydytų alkūnės ir žasto raumenyje po patirtų traumų likę randai ir jų dydžiai bei nuotraukos, nebeturi didelės esminės reikšmės, teisingam žalų atlyginimui.“

Pareiškėjas taip pat nurodė, kad pareiškėjo kartu su pranešimu apie įvykį draudikui pateikto Išrašo duomenys yra pripažintini visa būtina informacija, kurios pagrindu draudikas privalo apskaičiuoti pagrįstą draudimo išmokos, atlyginančios žalą dėl įvykio, dydį. Pareiškėjas pabrėžė: „Skubios medicininės pagalbos dėl patirtų traumų metu fiksuoti žaizdų dydžiai, gyliai, jų vieta ir padėtis kūne, pavojingumo lygis sveikatai ir gyvybei, tikėtinos jų pasekmės yra patys esmingiausi. Įskaitant medicinos pagalbos būtinybę ir jos skubos dėl sužeidimų pavojingumo laipsnį, jų mastą bei būtiną tolesnį gydymą. Pateikiu ir išsamų pavyzdį apie žaizdas, žaizdų dydžius ir paliekamus randus: Gili žaizda, kad ir mažo matmens paviršinėje odos dalyje, ar labai pavojingose vietose, ir net dvi, kaip mano atveju, palyginti labai sėkmingai pasibaigusios, tinkamai, nuosekliai gydant, paliks tik nedidelį randą; ir priešingai, negili, visai nepavojinga, atitinkamoje vietoje (gal reiktų nurodyt?), paviršinė, kad ir labai didelė žaizda, paliks didelį randą, pagal kurį, kaip tvirtina bendrovė, priklauso patirtos žalos atlyginimo dydis. Kiekvienam individui, dėl visos aibės konkrečių aplinkybių, šiuo atveju, traumų / žaizdų užgijimo randai bus labai skirtingi, ir dydžiu, ir pakenkimu. Ir kaip aukščiau nurodyta, ne likę po traumų užgydytų žaizdų randų dydžiai šiuo atveju yra esmė, o pačios traumos ir jų mastas bei pavojingumo sveikatai, gyvybei lygis, su visomis antrinėmis pasekmėmis, dėl kurių mano kelti jai klausimai, ir į kuriuos bendrovė nesiteikė atsakyti. Štai kur esmė, taip pat ir bendrovės vienareikšmiško sukčiavimo esmė. Tokią padėtį privalo nedelsiamai ištaisyti Lietuvos bankas, priimdamas reikiamus sprendimus šio skundo nagrinėjimo kontekste.“

Pareiškėjas taip pat nurodė, kad draudikui adresuotame 2020 m. gruodžio 7 d. rašte „išskelti klausimai dėl draudiminio įvykio metu patirtų traumų, sumuštos kairės kojos šlaunies išorinės ir priekinės pusės, vos kiek žemiau klubo sąnario ir po dešinės rankos alkūnės traumos / žaizdos ir sumušimo likęs elektros nuėjimo jausmas prisilietus (likutinių, antrinių pasekmių draudimo žalų išmokų įvertinimo aspektai), jų peršvietimo būtinybė, turėjo būt palikti ateičiai, pasibaigus wuhan virus pandemijos karantinams ir kitokiems varžymams, bei atitinkamam įvertinimui. Deja, bendrovė šiais klausimais sąmoningai tylėjo, siekdama sumažinti sau išmokų našta, o ne tinkamai vykdydama pareigą atlyginti draudiminio įvykio žalas klientui teisingai.“ Pareiškėjas pakartoję draudikui ir kreipimesi į Lietuvos banką nurodytas aplinkybes, kad („po koronaviruso ribojimų pasibaigimo, peršvietimo bei ekspertų išaiškinimų bei sprendimų“) paaiškėjus minėtos traumos padariniams (liekamiesiems reiškiniams) draudikui kiltų pareiga dėl minėtų padarinių išmokėti papildomą draudimo išmoką. Pareiškėjas pabrėžė, kad dėl minėtų aplinkybių prie kreipimesi į Lietuvos banką suformuotų draudikui keliamų reikalavimų „būtina įvardyti ir nedelsiamą sukčiavimo nutraukimą“. Pareiškėjas nurodė, kad draudikas „aukščiau nurodytomis neteisėtomis ir nepagrįstomis veikomis, pabrėžiu, toliau tęsia mano teisių ir laisvių bei teisėtų interesų pažeidinėjimą, tuo daro man turtinę ir neturtinę žalą, kurią privalės atlyginti visiškai (adekvačiai) ir teisingai“.

Draudikas 2021 m. kovo 24 d. Lietuvos banką raštu informavo, kad taikaus susitarimo su pareiškėju dėl vartojimo ginčo pasiekti nepavyksta. Draudikas pabrėžė, kad, remiantis įvykio

administravimo metu surinkta informacija (iš su pareiškėju vykusių pokalbių telefonu bei susirašinėjimo gauta informacija), draudikui buvo aiški pozicija, kad pareiškėjas neturėjo lūkesčio, jog bus atlygintos jo patirtos vaistų įsigijimo išlaidos. Draudikas savo teiginius grindė pareiškėjo 2021 m. kovo 19 d. rašte nurodytomis aplinkybėmis, kad „tie klausimai jau buvo seniai aptarti, išaiškinti, jokių papildomų dokumentų dėl vaistų žaizdų gydymui pateikiama nebus. Tai buvo jau seniai bendrovei paaiškinta.“ Draudikas nurodė, kad pareiškėjo teiginiai „tik patvirtino draudiko poziciją, kad jis neturėjo pagrįsto lūkesčio dėl išlaidų vaistams kompensavimo, todėl kreiptis į jį dėl taikos, siūlant bent dalį šių išlaidų kompensuoti būtų nelogiška. Be kita ko, pareiškėjas neatskleidžia, kiek vaistai kainavo, todėl išlaidų vaistams kompensavimas yra apskritai neįmanomas ir objektyviai neįvykdomas.“

Draudikas pabrėžė, kad, vadovaudamasis Draudimo sutarties sąlygomis ir pareiškėjo kartu su pranešimu apie įvykį pateiktuose medicinos dokumentuose nurodytų duomenų vertinimu, taip pat pareiškėjo draudikui pateiktuose paaiškinimuose apie kūno sužalojimo pobūdį nurodytomis aplinkybėmis, vertino, kad po pareiškėjo minkštųjų audinių sužalojimo gijimo susidariusių randų bendras ilgis neviršija 5 cm (linijinių randų ilgių suma yra 4 cm). Todėl, draudiko teigimu, įvykio požymiai atitinka Lentelės T2 6.4 a papunkčio sąlygas. Draudikas nurodė, kad „nesužalotoje vietoje randas atsirasti (išsiplėsti) negali (kitais tariant, randas nebus didesnis nei žaizda). Randėjimas yra natūrali žaizdos gijimo proceso dalis.“

Draudikas pabrėžė, kad, gavęs Lietuvos banko 2021 m. kovo 9 d. raštą, „kreipėsi į pareiškėją su prašymu atsiųsti randų nuotraukas, pasibaigus gijimo procesui. Pareiškėjas pateikė nuotraukas, iš kurių matyti, kad buvusių susiūtų žaizdų vietose susidarė linijiniai randai ir pagal pridėdamą liniuotę galima spręsti, kad susidariusių linijinių randų ilgio suma yra net ne 4 cm, o 3 cm.“ Draudikas taip pat pabrėžė, kad pareiškėjas nurodo, kad „dabar išgydytų alkūnės ir žasto raumenyje po patirtų traumų likę randai ir jų dydžiai bei nuotraukos, nebeturi didelės esminės reikšmės, teisingam žalų atlyginimui. Analogiškai, esant objektyviai nustatyta tiesai, jog linijinių randų ilgis neviršija 5 cm, be to, pareiškėjui nurodant, kad jis ir neprašė didesnės išmokos, nulemtos randų dydžio, nėra pagrindo vertinti, kad pareiškėjui dėl didesnio, nei objektyviai yra nustatyta, rando, priklauso didesnė draudimo išmoka.“

Paaiškinimuose dėl pareiškėjo nurodytos aplinkybės, kad įvykio metu buvo patirtas ir kojos sužalojimas, draudikas nurodė, jog jis „pasikartoja, kad jeigu pareiškėjas gaus naujos informacijos apie patirtus sužalojimus, jo dokumentai bus priimti ir sprendimas peržiūrėtas. Tačiau draudikas negali būti įpareigojamas dabar mokėti draudimo išmoką už ateityje galimai paaiškėsiančią seno sužalojimo komplikaciją“. Draudikas taip pat nurodė, kad iš VŠĮ Antakalnio poliklinikos gauti duomenys taip pat patvirtino draudiko poziciją, kad „jokių duomenų apie kojos sužalojimus nėra“.

Draudikas taip pat nurodė, kad pareiškėjas jam kėlė reikalavimą ne išmokėti draudimo išmoką, atlyginančią dėl įvykio pareiškėjo patirtą žalą, o atlyginti žalą, „kurią daro pažeidinėdamas jo teises ir laisves“. Draudikas nurodė, kad įvykio administravimo veiksmai ir draudiko priimti pagrįsti sprendimai dėl draudimo išmokos dydžio patvirtina, kad pareiškėjo teisės ir laisvės nebuvo pažeistos. Draudikas pabrėžė nematantis „galimybės ginčą užbaigti taikiai, kadangi tam nėra nei teisinio pagrindo, nei objektyvių duomenų ar kriterijų, kaip tariamai pažeistas pareiškėjo interesas galėtų būti įvertintas pinigine išraiška“. Remdamasis nurodytomis aplinkybėmis, draudikas konstatavo, kad pareiškėjo draudikui keliami reikalavimai turi būti atmesti kaip nepagrįsti.

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, kurio pagrindu priimamas sprendimas.

1. Dėl vartojimo ginčo nagrinėjimo dalyko

Atsižvelgiant į pareiškėjo kreipimėsi nurodytas aplinkybes, pažymėtina, kad Lietuvos banko veikla pagal Lietuvos Respublikos Lietuvos banko įstatymą (toliau – LBĮ) finansų rinkos dalyvių atžvilgiu yra organizuota per finansų rinkos priežiūrą bei ginčų tarp vartotojų ir finansų rinkos dalyvių nagrinėjimą. Lietuvos banko vykdoma finansų rinkos priežiūra atliekama prižiūrint, kaip finansų rinkos dalyviai laikosi atskiruose įstatymuose ir kituose teisės aktuose nustatytų reikalavimų (LBĮ 42 straipsnio 2 dalis). Lietuvos banko vykdomas neteisminis vartotojų ir finansų rinkos dalyvių ginčų nagrinėjimas yra susijęs su individualių vartotojų kreipimusi dėl pažeistų jų teisių ar teisėtų interesų, atsirandančių iš sutarčių ar su jomis

susijusių santykių, ir iš to kylančių reikalavimų finansų rinkos dalyvių atžvilgiu pagrįstumo vertinimu (LBĮ 47 straipsnis).

Pareiškėjo kreipimesi, be kitų nurodytų aplinkybių (draudiko veiklos trūkumų ir vykdomų neteisėtų veikų (teisės aktų pažeidimų ir kt.), kuriomis, pareiškėjo teigimu, keliami grėsmė finansų sistemai ir jo, kaip draudėjo, teisėtiems interesams), buvo keliami ir reikalavimai perskaičiuoti išmokėtą draudimo išmoką ir išmokėti papildomą draudimo išmoką, atlyginančią turtinę ir neturtinę žalą. Kadangi pareiškėjo reikalavimai dėl draudimo išmokos išmokėjimo ir jos dydžio nustatymo (t. y. draudiko išmokėtos draudimo išmokos perskaičiavimo) yra keliami iš tarp pareiškėjo ir draudiko sudaryta Draudimo sutartimi susiklosčiusių teisinių santykių (Draudimo sutarties sąlygų taikymo, draudiko sutartinių pareigų vykdymo), todėl, pažymėtina, kad nurodytų aplinkybių tyrimas turi būti atliekamas ne vykdant Lietuvos banko kompetencijai priskirtų teisės aktų reikalavimų laikymosi vertinimą, o atliekant iš konkrečios tarp pareiškėjo ir draudiko sudarytos Draudimo sutarties draudiko kylančių įsipareigojimų vykdymo išnagrinėjimą. Iš sutarties kilusių individualių, privatinės teisės normomis reguliuojamų ginčų aplinkybių vertinimas Lietuvos banke vykdomas pagal civilinio pobūdžio ginčų nagrinėjimo sąlygas.

Kadangi pareiškėjo draudikui keliamas reikalavimas išmokėti pagrįsto dydžio draudimo išmoką, kuri visa apimtimi atlygintų pareiškėjo dėl įvykio patirtą žalą (nuostolius, patirtus dėl pareiškėjo kūno įvykio metu sužalojimo ir pareiškėjo patirtą turtinę ir neturtinę žalą), yra susijęs ne su Lietuvos banko kompetencijai priskirtų teisės aktų reikalavimų laikymosi vertinimu, o civilinio pobūdžio ginčo Lietuvos banke išnagrinėjimu, todėl vartojimo ginčo nagrinėjimo metu bus vertinamos pareiškėjo nurodytos aplinkybės dėl draudiko išmokėtos draudimo išmokos dydžio nustatymo pagrįstumo ir atliekamas pareiškėjo draudikui keliamo reikalavimo perskaičiuoti draudimo išmoką vertinimas. Svarbu pažymėti, kad vartojimo ginčo nagrinėjimo metu nebus nagrinėjamos pareiškėjo kreipimesi nurodytos aplinkybės dėl draudiko veiklos trūkumų ir vykdomų neteisėtų veikų (teisės aktų pažeidimų ir kt.), kuriomis, pareiškėjo teigimu, keliami grėsmė finansų sistemai ir jo, kaip draudėjo, teisėtiems interesams, kadangi šių pareiškėjo nurodytų aplinkybių vertinimas nėra laikomas civilinio pobūdžio ginčo nagrinėjimo objektu¹. Pareiškėjo ir draudiko iš Draudimo sutarties kilusio vartojimo ginčo objektu yra pripažįstamas ginčo aplinkybių dėl Draudimo sutarties sąlygų turinio ir prasmės ir skirtingo sutarties šalių sąlygų aiškinimo vertinimas ir pareiškėjo reikalavimo išmokėti papildomą draudimo išmoką, atlyginančią pareiškėjo patirtą turtinę ir neturtinę žalą, pagrįstumo nagrinėjimas.

2. Dėl Draudimo sutarties sąlygų turinio ir prasmės ir skirtingo sutarties sąlygų aiškinimo

2.1. Dėl Draudimo sutarties sudarymo ir sutarties sąlygų turinio atskleidimo pareiškėjui

Vertinant pareiškėjo argumentus dėl draudiko išmokėtos draudimo išmokos dydžio pagrįstumo, pažymėtina, kad civilinio pobūdžio ginčas iš esmės kilo dėl skirtingo Draudimo sutarties sąlygų aiškinimo. Draudikas nurodė, kad Draudimo sutartis yra priskirtina prie sumų draudimo sutarčių, todėl pareiškėjo nurodytus dėl sveikatos sužalojimo patirtus nuostolius atlyginanti draudimo išmoka pagal Draudimo sutarties sąlygas negali būti mokama. Pareiškėjas nesutiko su draudiko sprendimu draudimo išmoką už galūnių minkštųjų audinių sužalojimus apskaičiuoti pagal susidariusio rando ilgį, todėl teigė, kad, atsižvelgiant į sveikatos sužalojimo pobūdį, sudėtingumą ir pareiškėjo patirtas išlaidas žalai sumažinti, draudimo išmoka turi būti apskaičiuojama pagal apdrausitojo patirtų nuostolių dydį. Be to, 2021 m. kovo 19 d. pateiktuose papildomuose paaiškinimuose pareiškėjas iš esmės teigė negalėjęs tikėtis draudiko pateikto įvykiui pritaikytos Lentelės T2 6.4 a papunkčio sąlygos aiškinimo ir taikymo. Pareiškėjo teigimu, draudimo išmokos apskaičiavimas ne pagal iš karto po draudžiamąjį įvykių atsiradusius minkštųjų audinių sužalojimus, o pagal pasibaigusį gijimo procesui susidariusio linijinio rando ilgį yra nepagrįstas. Pareiškėjas pabrėžė, kad „kiekvienam individui, dėl visos aibės konkrečių aplinkybių, šiuo atveju, traumų / žaizdų užgijimo randai bus labai skirtingi, ir dydžiu, ir pakenkimu. Ir kaip aukščiau nurodyta, ne likę po traumų užgydytų žaizdų randų dydžiai šiuo atveju yra esmė, o pačios traumos ir jų mastas bei pavojingumo sveikatai, gyvybei lygis, su visomis antrinėmis pasekmėmis.“

Atsižvelgiant į ginčo šalių nurodytas aplinkybes, pažymėtina, kad, sutarties šalims nesutarant dėl sudarytos sutarties sąlygų turinio, sutarties sąlygos turi būti aiškinamos pagal

¹ Šios aplinkybės Lietuvos banko bus įvertintos atskirai nuo ginčo nagrinėjimo. Apie vertinimo rezultatus Lietuvos bankas informuos pareiškėją ir draudiką raštu.

Lietuvos Respublikos civilinio kodekso (toliau – CK) 6.193–6.195 straipsniuose įtvirtintas bendrasis sutarčių aiškinimo taisyklės, vadovaujantis sąžiningumo bei sisteminio sutarties sąlygų aiškinimo principais. Sutartis turi būti aiškinama nustatant tikruosius sutarties šalių ketinimus, atsižvelgiant į sutarties sąlygų tarpusavio ryšį, sutarties esmę, tikslą, jos sudarymo aplinkybes, šalių derybas dėl sutarties sudarymo, šalių elgesį po sutarties sudarymo ir kitas reikšmingas aplinkybes. Esminiai sutarčių aiškinimo principai – nagrinėti tikruosius sutarties šalių ketinimus ir aiškinti sutartį sąžiningai – *lemia būtinybę aiškinant sutarties sąlygas įvertinti sutarties šalių elgesį, jų subjektyvią nuomonę dėl sutarties sąlygų turinio ir tų sąlygų suvokimą sutarties sudarymo metu*, tačiau, kai šalių ketinimai nesutampa, būtina atsižvelgti ir į sutarties sąlygų lingvistinę reikšmę, nes sutarties teksto lingvistinė analizė gali padėti nustatyti, kurios šalies ketinimai atitinka sutarties lingvistinę prasmę (Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2012 m. balandžio 4 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-146/2012; 2010 m. birželio 22 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-288/2010).

Vertinant, ar pareiškėjas pagrįstai galėjo tikėtis tokio Draudimo sutarties sąlygų aiškinimo būdo, visų pirma turi būti įvertintas draudiko pareigų užtikrinti Draudimo sutarties sąlygų skaidrumo reikalavimus vykdymas. Lietuvos Aukščiausiasis Teismas nutartyje, 2019 m. birželio 27 d. priimtoje civilinėje byloje Nr. 3K-3-221-403/2019, konstatavo, kad, siekiant laikytis skaidrumo reikalavimo, vartotojui ne tik svarbu, kad prieš sudarant sutartį jam būtų pateikta informacija dėl įsipareigojimo sąlygų, bet ir būtų aiškiai bei suprantamai išdėstytos sutarties sąlygos tam, kad vartotojas remdamasis aiškiais ir suprantamais kriterijais galėtų įvertinti dėl to jam kylančius ekonominius padarinius ir nuspręsti, ar nori sudaryti sutartį su verslininku priimdamas iš anksto jo suformuluotas sąlygas. Kasacinis teismas atkreipė dėmesį į tai, kad, „ESTT yra pažymėjęs, kad net jei sutarties sąlyga gramatiškai suformuluota teisingai, vartotojas galėjo nesuprasti sąlygos reikšmės. Klausimą, ar vartotojas galėjo suprasti sutarties sąlygą, teismas turi spręsti atsižvelgdamas į visas faktines aplinkybes ir į pastabumo lygį, kurio galima tikėtis iš vidutinio, pakankamai informuoto ir protingai pastabaus bei nuovokaus vartotojo (žr., be kita ko, ESTT 2014 m. balandžio 30 d. sprendimo byloje Kasler ir Kaslerné Rabai prieš OTP Jelz?logbank Zrt, C-26/13, 74 punktą; 2015 m. vasario 26 d. sprendimo byloje Bogdan Matei, Ioana Ofelia Matei prieš SC Volksbank Rom?nia SA, C-143/13, 75 punktą; 2015 m. balandžio 23 d. sprendimo byloje Jean-Claude Van Hove prieš CNP Assurances SA, C-96/14, 47 punktą).“

Kasacinio teismo praktikoje konstatuojama, kad pareiga įrodyti, jog informavimo pareiga buvo įvykdyta, tenka draudikui. Taigi būtent draudikas turi įrodyti, kad tinkamai įvykdė jam tenkančias ikisutartines pareigas, t. y. kad konkreti sutarties (draudimo taisyklių) sąlyga buvo ne tik gramatiškai aiški, bet ir kad vartotojas turėjo galimybę priimti sprendimą dėl sutarties sudarymo suprasdamas jam potencialiai reikšmingus draudimo sutartyje įtvirtintos garantijos apribojimo ekonominius padarinius (Lietuvos Aukščiausiojo Teismo nutartis, 2019 m. birželio 27 d. priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-221-403/2019; nutartis, 2016 m. spalio 21 d. priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-424-701/2016).

Kadangi, remiantis CK 6.193–6.195 straipsniuose įtvirtintomis bendrosiomis sutarčių aiškinimo taisyklėmis ir kasacinio teismo suformuota praktika, kilus vartojimo ginčui dėl draudimo sutarties sąlygų turinio aiškinimo, turi būti vertinamos draudimo sutarties sudarymo aplinkybės, šalių derybos dėl sutarties sudarymo, įvertinant sutarties šalių subjektyvią nuomonę dėl sutarties sąlygų turinio ir vartotojo sąlygų suvokimo sutarties sudarymo metu, nagrinėjamu atveju turi būti įvertinta, ar prieš sudarant Draudimo sutartį pareiškėjui buvo tinkamai atskleistos ir išaiškintos sutarties sąlygos.

Siekdamas pagrįsti argumentus, kad Draudimo sutarties sąlygos buvo tinkamai atskleistos pareiškėjui, draudikas nurodė, kad, atsižvelgiant į pareiškėjo išreikštą pageidavimą dokumentus gauti elektroniniu kanalu ir per draudiko savitarnos portalą *SavasLD*, prieš sudarant Draudimo sutartį pareiškėjui buvo išsiųsta trumpoji SMS žinutė, kurios pagrindu pareiškėjas turėjo galimybę susipažinti su Draudimo sutarties sąlygomis. Draudikas Lietuvos bankui pateikė duomenis iš savo informacinių sistemų, kuriose saugoma informacija, kada ir kokiais būdais pareiškėjui buvo siunčiama įvairi su jo sudarytomis draudimo sutartimis susijusi informacija. Iš pateiktų informacinės sistemos įrašų matyti, kad 2019 m. rugpjūčio 22 d. (t. y. prieš sudarant Draudimo sutartį, kurios draudimo laikotarpio pradžia yra 2019 m. rugpjūčio 25 d.) pareiškėjo draudimo liudijime nurodytu mobiliojo telefono numeriu buvo išsiųsta trumpoji SMS žinutė: „Primenys, kad 2019 m. rugpjūčio 24 d. baigs galioti asmens draudimas, poliso Nr. (*duomenys neskaltini*). Norėdami atnaujinti sutartį sumokėkite įmoką iki 2019-08-24. Naujo poliso Nr. (*duomenys neskaltini*). Daugiau www.savasld.lt.“

Įvertinus pareiškėjui suteiktą informaciją, negalima teigti, kad pareiškėjui buvo pateikta informacija apie kartu su nurodytu draudimo liudijimu taikomas draudimo taisykles, nurodant, kad Taisyklių sąlygos yra sudėtinė Draudimo sutarties dalis. Taip pat pareiškėjui nebuvo nurodyta išsamesnių duomenų apie galimybę prieš Draudimo sutarties sudarymą įvertinti Taisyklių sąlygas. Pareiškėjui tebuvo pateikta informacija apie ankstesnės draudimo sutarties pratęsimą ir sutarties sąlygas įtvirtinantį draudimo liudijimą. Kadangi pareiškėjas draudikui pateiktame reikalavime dėl draudimo išmokos mokėjimo, taip pat kreipimuose į draudiką ir į Lietuvos banką nurodė iš draudimo liudijimo Nr. (*duomenys neskaltini*) sąlygų kylančius draudiko įsipareigojimus, remiantis ginčo šalių (tiek pareiškėjo, tiek draudiko) nurodytomis aplinkybėmis ir pateiktais įrodymais, yra pagrindas daryti išvadą, kad draudimo liudijimo sąlygos prieš sudarant Draudimo sutartį pareiškėjui buvo žinomos (kaip minėta, pareiškėjui 2019 m. rugpjūčio 22 d. (t. y. prieš sudarant Draudimo sutartį) buvo pateikta informacija apie galimybę susipažinti su draudimo liudijimo Nr. (*duomenys neskaltini*) sąlygomis draudiko savitarnos portale, esančiame adresu www.savasld.lt). Tačiau pagal draudiko pateiktus įrodymus apie prieš Draudimo sutarties sudarymą (t. y. anksčiau galiojusios asmens draudimo sutarties galiojimo pratęsimą) pareiškėjo draudikui nurodytu mobilaus telefono numeriu siųstos trumposios SMS žinutė žinutės turinį, negalima teigti, kad pareiškėjui prieš sudarant Draudimo sutartį buvo pateikta aiški informacija apie interneto svetainėje www.savasld.lt kartu su draudimo liudijimu skelbiamas draudimo taisykles, kurios kartu su draudimo liudijimu yra sudėtinė Draudimo sutarties dalis.

Siekdamas pagrįsti argumentus, kad Taisyklės pareiškėjui buvo tinkamai atskleistos dar prieš sudarant Draudimo sutartį, draudikas rėmėsi savo darbuotojos Y. Y., tarpininkavusios sudarant draudimo sutartis, 2021 m. sausio 29 d. paaiškinimais, kurie, draudiko teigimu, pagrindžia, kad pareiškėjas su draudiku draudimo sutartis (būsto draudimo ir asmens draudimo) sudaro nuo 2016 metų, todėl draudimo taisyklės iki Draudimo sutarties sudarymo pareiškėjui turėjo būti žinomos. Draudiko darbuotojos 2021 m. sausio 29 d. draudikui pateiktuose paaiškinimuose nurodyta, kad pirmoji draudimo sutartis su pareiškėju buvo sudaryta 2016 metais, jam fiziškai dalyvaujant (pareiškėjui atvykus į draudimo įmonę). Draudiko darbuotoja teigė, kad „visas draudimo sąlygas klientas puikiai žinojo ir suprato. Draudimo sumas, kuriomis norėtų draustis, klientas nurodė pats. Visi sekančių metų atnaujinimai buvo siunčiami elektroniniu paštu, pakeitimai taip pat buvo nurodomi.“

Vis dėlto, nors draudiko darbuotojos paaiškinimuose buvo nurodyta, kad dar prieš sudarant ankstesnes draudimo sutartis pareiškėjui jo nurodytu elektroninio pašto adresu buvo išsiųstos draudimo taisyklės, Lietuvos bankui nebuvo pateikta jokių šiuos teiginius pagrindžiančių įrodymų. Be to, draudiko darbuotojos paaiškinimuose yra nurodyta, kad pareiškėjas su draudiku draudimo sutartis sudaro nuo 2016 metų. Kadangi draudimo liudijime (nenustatyta, kad jo sąlygos pareiškėjui nebuvo atskleistos) nurodyta: „Asmens draudimo taisyklės Nr. 69 (2019-05-21 redakcija, galioja nuo 2019-06-16)“, todėl duomenys apie prieš šias draudimo taisykles galiojusią draudimo taisyklių (pvz., draudiko darbuotojos nurodytos 2016 m. asmens draudimo sutarties sudarymo metu galiojusios redakcijos draudimo taisyklių) įteikimą nėra teisiškai reikšmingi vertinant nagrinėjamą vartojimo ginčą.

Kita vertus, draudikas rėmėsi ir draudiko darbuotojos 2020 m. rugpjūčio 13 d. paaiškinimais pareiškėjui: „visiems Lietuvos draudimo klientams draudimo sąlygos yra vienodos. Jos išvardintos mūsų pristatyme. Jeigu norite išsamesnės informacijos, rasite draudimo taisyklėse“ (remiantis draudiko nurodytais duomenimis, Taisyklių kopija pareiškėjui buvo išsiųsta kartu su 2020 m. rugpjūčio 13 d. draudiko darbuotojos elektroniniu laišku). Draudikas atsiliepime nurodė, kad 2020 m. rugpjūčio 13 d. draudiko darbuotojos pareiškėjui adresuoto elektroninio laiško duomenys patvirtina, kad pareiškėjo nurodytu elektroninio pašto adresu Taisyklių kopija buvo išsiųsta prieš sudarant Draudimo sutartį. Tačiau, remiantis vartojimo ginčui aktualaus draudimo liudijimo duomenimis, pažymėtina, kad šis draudimo liudijimas buvo išduotas 2019 m. liepos 29 d. (kaip minėta, draudimo liudijime nurodytas draudimo laikotarpis yra nuo 2019 m. rugpjūčio 25 d. iki 2020 m. rugpjūčio 24 d.), todėl 2020 m. rugpjūčio 13 d. rašto duomenys negali pagrįsti fakto, kad Taisyklės buvo įteiktos prieš įsigaliojant 2019 m. rugpjūčio 25 d. sudarytai Draudimo sutarčiai.

Siekdamas pagrįsti argumentus, kad Draudimo sutarties sąlygos buvo atskleistos tinkamai, draudikas nurodė, kad 2020 m. vasario 24 d., t. y. prieš periodinės draudimo įmokos sumokėjimo datą, pareiškėjui buvo išsiųstos Taisyklės. Atsižvelgiant į šias draudiko nurodytas aplinkybes, atkreiptinas dėmesys, kad Draudimo sutarties galiojimo laikotarpiu Taisyklių išsiuntimas kartu su periodinei draudimo įmokai sumokėti būtinų dokumentų pateikimu negali

būti pripažįstamas Draudimo sutarties sąlygų išaiškinimu draudėjui *prieš* sudarant Draudimo sutartį. Minėti duomenys, taip pat argumentas, kad draudimo dokumentai skelbiami draudiko savitarnos portale *SavasLD*, tik patvirtina, kad pareiškėjas prieš įvykstant įvykiui turėjo galimybę susirasti draudimo dokumentus ir susipažinti su Draudimo sutarties sąlygomis. Tačiau šie duomenys negali pagrįsti pareiškėjo valios Draudimo sutartimi apdrausti konkrečias draudimo rizikas ir patvirtinti Draudimo sutarties sudarymo duomenų bei to, kad draudikas įvykdė pareigą prieš sudarant Draudimo sutartį išaiškinti draudėjui Draudimo sutarties sąlygas.

Apibendrinus Lietuvos banko nustatytas aplinkybes, negalima teigti, kad prieš sudarant Draudimo sutartį pareiškėjui buvo aiškiai atskleistas Taisyklių (standartinių draudimo sutarties sąlygų) sąlygų santykis su draudimo liudijime įtvirtintomis individualiomis Draudimo sutarties sąlygomis. Nagrinėjamu atveju nėra šalių ginčo, kad prieš įvykstant įvykiui Taisyklių sąlygos pareiškėjui nebuvo žinomos. Aplinkybes, kad pareiškėjas prieš įvykį turėjo galimybę susipažinti su Taisyklių sąlygomis, patvirtina draudiko pateikti įrodymai, kad 2020 m. vasario 24 d. (t. y. prieš įvykį) Taisyklės buvo išsiųstos pareiškėjo draudikui nurodytu elektroninio pašto adresu ir kad Taisyklės yra skelbiamos draudiko savitarnos portale *SavasLD* (dėl naudojimosi minėtu savitarnos portalu pareiškėjas buvo išreiškęs savo valią). Tačiau, kilus vartojimo ginčui dėl skirtingo Draudimo sutarties sąlygų turinio aiškinimo, svarbu įvertinti draudėjo subjektyvią nuomonę dėl sutarties sąlygų turinio ir tų sąlygų suvokimo sudarant sutartį. Taigi, nors pareiškėjas neginčija, kad jam turi būti taikomos Taisyklių sąlygos, tačiau nurodo negalėjęs tikėtis, kad draudikas taip aiškins Draudimo sutarties sąlygas, ir turėjęs pagrįstą lūkestį dėl platesnės draudimo apsaugos, Draudimo sutartimi susitarus ne tik dėl draudimo sumų draudimo taikymo sąlygų, tačiau ir dėl prisiimamos nuostolių draudimo rizikos. Kadangi draudikas objektyviais įrodymais nepaneigė pareiškėjo ginčijamų aplinkybių, nėra pagrindo teigti, kad pareiškėjui yra taikomos tik Taisyklėse apibrėžtos Draudimo sutartimi teikiamos draudimo apsaugos ribų sąlygos ir kad pareiškėjas negalėjo turėti lūkesčio dėl platesnės draudimo apsaugos draudimo.

2.2. Dėl apdraustojo patirtų gydymo išlaidų draudimo rizikos ir kitų dėl įvykio patirtų nuostolių draudimo

Atsižvelgiant į draudiko pareiškėjui adresuotame 2020 m. gruodžio 16 d. rašte nurodytas aplinkybes, kad „asmens draudimas savo esme yra sumų, o ne nuostolių draudimas“, pažymėtina, kad Draudimo sutartis, kuria buvo apdrausta nelaimingų atsitikimų draudimo rizika, yra priskirtina sveikatos draudimo sutarčių porūšiui, todėl jai yra taikytinos Lietuvos Respublikos draudimo įstatymo (toliau – Draudimo įstatymas) 91 straipsnio nuostatos (kurios reglamentuoja draudimo sutarčių skirstymą) ir Draudimo įstatymo 129–131 straipsnių nuostatos (kurios reglamentuoja sveikatos draudimą). Remiantis Draudimo įstatymo 91 straipsnio 3 ir 4 dalimis, pažymėtina, kad sveikatos draudimo sutartys gali būti sudaromos ne tik kaip sumų, tačiau ir kaip nuostolių draudimo sutartys. Remiantis pareiškėjo ir draudiko sudarytos Draudimo sutarties teisinius santykius reglamentuojančių teisės aktų nuostatomis, draudimo sutarties šalys asmens draudimo sutartimi, kuria apdrausta nelaimingų atsitikimų rizika, taip pat gali susitarti dėl draudiko įsipareigojimo atlyginti ir draudimo sutartimi apibrėžtus dėl draudžiamąjį įvykio apdraustojo patirtus nuostolius (t. y. susitarti ne tik dėl sumų, tačiau ir dėl nuostolių draudimo), jei tokia galimybė yra nustatyta sutartyje.

Aplinkybes, kad Draudimo sutartis galėjo būti sudaryta tik pagal sumų draudimo sąlygas, iš esmės paneigia ir Taisyklių nuostatos. Taisyklėse įtvirtinta, kad asmens draudimo sutartimi pagal draudimo apsaugos „*Paslaugos PLIUS*“ variantą gali būti apdraustos gydymo išlaidos. Minėtas sąlygas konkretizuoja Taisyklių C.1 draudimo varianto nuostatos. Taisyklių C.1 skirsnio 18.1 papunktyje nustatyta, kad apdraustojo gydymo paslaugų ir priemonių gavimą pripažinus draudžiamuoju įvykiu yra išmokama *finansiniais dokumentais patvirtinta gydymo išlaidų* suma. Remiantis draudiko parengtomis asmens draudimo sutarčių sąlygomis, darytina išvada, kad su draudiku sudaryta asmens draudimo sutartimi gali būti susitarta ne tik dėl sumų draudimo, tačiau ir dėl nuostolių draudimo sąlygų taikymo.

Vertinant, ar nagrinėjamu atveju Draudimo sutarties šalys susitarė dėl gydymo išlaidų draudimo sąlygų taikymo, vertintinos draudimo liudijime (kurio sąlygų neatskleidimo aplinkybių nebuvo nustatyta) įtvirtintos individualios sutarties sąlygos. Lietuvos bankui draudiko pateiktame draudimo liudijime yra nurodyti šie Draudimo sutartimi apdrausti draudimo rizikų variantai: 1) *asmens draudimo nuo nelaimingų atsitikimų* ir 2) *asmens draudimo nuo ligos arba darbingumo netekimo* draudimo variantai. Draudimo liudijime taip pat konkretizuojamos šių draudimo rizikos variantų draudimo sąlygos. Draudimo liudijime nurodyta, kad į *Asmens*

*draudimo nuo nelaimingų atsitikimų draudimo varianto draudimo apsaugą patenka: 1) kaulų lūžiai ir išnirimai (T1) (draudimo suma – 12 484 Eur); 2) minkštųjų audinių ir vidaus organų sužeidimai (T2) (draudimo suma – 12 484 Eur) 3) ilgalaikės ir negrįžtamos traumų pasekmės (T3) (draudimo suma – 41 612 Eur); 4) mirtis dėl nelaimingo atsitikimo (draudimo suma – 41 612 Eur), taip pat nurodyta, kad mirties dėl nelaimingo atsitikimo draudimo atveju „Apsvaigimo sąlyga“ nebuvo pasirinkta. Draudimo liudijime taip pat nurodyta, kad pagal *Asmens draudimo nuo nelaimingų atsitikimų draudimo variantui priskirtino papildomo draudimo varianto Draudimo nuo nelaimingų atsitikimų „Pasaugos PLIUS“ draudimo sąlygas* nebuvo pasirinktas draudimo rizikų „Dienpinigiai dėl nelaimingo atsitikimo“ ir „Ligonpinigiai dėl nelaimingo atsitikimo“ draudimas. Be to, draudimo liudijime nurodyta, kad pagal *Asmens draudimo nuo ligos arba darbingumo netekimo sąlygas* 326 Eur draudimo suma buvo apdrausta „Papildomų ligų“ draudimo rizika.*

Draudimo liudijime yra aiškiai nurodyta, kad dėl į „*Asmens draudimo nuo nelaimingų atsitikimų*“ variantą patenkančių „*Paslaugos PLIUS*“ sąlygų buvo individualiai susitarta netaikyti „Dienpinigių dėl nelaimingo atsitikimo draudimo“ ir „Ligonpinigių dėl nelaimingo draudimo“ rizikų draudimo apsaugos. Tačiau draudimo liudijime nėra aiškiai nurodyta, kad pagal „*Asmens draudimo nuo nelaimingų atsitikimų*“ varianto sąlygas negali būti mokama draudimo išmoka dėl draudimo liudijime išvardytų draudžiamųjų įvykių („kaulų lūžių ir išnirimų (T)“, „minkštųjų audinių ir vidaus organų sužeidimų (T2)“ ir kt.) patirtų gydymo išlaidų (t. y. draudimo liudijime nėra aiškiai nurodyta, kad Taisyklių C.1 skirsnyje nurodyta „gydymo išlaidų draudimo varianto“ draudimo apsauga nėra taikoma). Priešingai, draudimo liudijime įtvirtintų draudimo sutarties sąlygų formuluotė gali suteikti pagrindą draudėjui spręsti, kad į „*Asmens draudimo nuo nelaimingų atsitikimų*“ varianto draudimo apsaugą patenka „*Paslaugos PLIUS*“ sąlygos (išskyrus „Dienpinigių dėl nelaimingo atsitikimo draudimą“ ir „Ligonpinigių dėl nelaimingo draudimą“).

Minėtas aplinkybės sustiprina ir pirmiau nurodytos Taisyklių C.1 skirsnio 18.1 papunkčio nuostatos dėl draudiko pareigos išmokėti apdraustajam jo patirtus nuostolius dėl apdraustojo gydymo paslaugų ir priemonių gavimo (jei šių paslaugų ir priemonių gavimas pripažįstamas draudžiamuoju įvykiu) atlyginančią draudimo išmoką, apskaičiuotą pagal apdraustojo pateiktais finansiniais dokumentais patvirtintą jo patirtų gydymo išlaidų sumą. Nors Taisyklių C.1 skirsnio 18.2 papunktyje nurodyta, kad gydymo išlaidų kompensavimas yra apribotas maksimalia 300 Eur draudimo išmoka vieno draudžiamąjo įvykio atveju, tačiau, kaip minėta, remiantis Taisyklių C.1 skirsnio 18.1 nuostatomis, „gydymo išlaidų draudimas“ yra priskirtinas prie nuostolių, o ne sumų draudimo. Todėl draudimo liudijime įtvirtintose draudimo sutarties sąlygose nebūtų įtvirtinto susitarimo dėl „gydymo išlaidų draudimo“ sumų.

Draudiko darbuotojos, tarpininkavusios sudarant Draudimo sutartį, 2021 m. sausio 29 d. raštu pateiktuose paaiškinimuose yra aiškiai nurodyta, kad sudarydamos Draudimo sutartį šalys individualiai tarėsi dėl sumų draudimų draudžiamų draudimo rizikų sumų. Atsižvelgiant į tai, pažymėtina, kad draudimo sutarties šalims nebuvo pagrindo tartis dėl „gydymo išlaidų draudimo“ sumų (ir šias sumas nurodyti draudimo liudijime), nes dėl vieno draudžiamąjo įvykio 300 Eur neviršijanti draudimo išmoka, mokama šios draudimo rizikos pasireiškimo atveju, atlygintų apdraustojo patirtus nuostolius dėl „gydymo išlaidų draudimo“ sąlygose nurodytų paslaugų ir priemonių įsigijimo. Todėl, draudimo liudijime aiškiai neįtvirtintus nuostatų dėl „gydymo išlaidų draudimo“, kai kitų draudimo rizikų sąlygos apibrėžė šių rizikų draudimo sumų dydžius, tačiau pateikus duomenis apie „*Paslaugos PLIUS*“ sąlygų prie „*Asmens draudimo nuo nelaimingų atsitikimų*“ varianto priskyrimą, pareiškėjas galėjo turėti lūkestį, kad pagal „*Paslaugos PLIUS*“ sąlygas yra apdrausta ir finansinių nuostolių dėl „gydymo išlaidų draudimo“ rizika. Draudikas objektyviais įrodymais (pvz., pareiškėjo prašymo sudaryti sutartį, kuriame būtų išreikštas aiškus pageidavimas dėl draudžiamų draudimo rizikų apimties; draudiko darbuotojos, tarpininkavusios sudarant Draudimo sutartį, susirašinėjimo su pareiškėju prieš draudimo sutarties sudarymą duomenimis ir kt.) nepagrindė, kad draudėjas nepasirinko draudimo rizikos varianto „gydymo išlaidų draudimas“.

Be to, draudimo liudijime nėra išskirta, kokie Taisyklėse išvardyti draudimo variantai (pvz., nurodant Taisyklėse įtvirtintus B.1, B.2, C.1 draudimo variantus ir pan.) buvo apdrausti. Draudimo liudijime nurodytos draudimo variantų draudimo sąlygos nėra siejamos vien tik su Taisyklėse nurodytu šių draudimo variantų sąlygų įtvirtinimu (jų numeravimu) ir jų vieta Taisyklėse. Todėl, remiantis draudimo liudijime nurodytais duomenimis, negalima vienareikšmiškai teigti, kad sudarydamas Draudimo sutartį pareiškėjas nepasirinko Taisyklėse nurodyto C.1 draudimo varianto (t. y. „Gydymo išlaidų draudimo varianto“).

Be to, svarbu pažymėti, kad nors draudikas atsiliepiame į pareiškėjo kreipimąsi nurodė,

kad nėra duomenų, jog Draudimo sutarties šalys individualiai susitarė dėl Taisyklių draudimo varianto C.1 nuostatų taikymo, tačiau draudikas pabrėžė, kad „net jei pareiškėjui galiotų gydymo išlaidų draudimo variantas, pareiškėjas draudikui nepateikė vaistų įsigijimą patvirtinančių dokumentų, prašydamas išmokėti draudimo išmoką, pareiškėjas neįvardino, kad prašo atlyginti patirtą žalą perkant vaistus, nenurodė kokio dydžio išlaidas patyrė“. Minėtos draudiko aplinkybės vertintinos, atsižvelgiant į draudimo liudijime įtvirtintas Draudimo sutarties sąlygas (jų formuluotę) ir vadovaujantis draudimo liudijimo bei Taisyklių sąlygų sisteminiu aiškinimu, taip pat atsižvelgiant į tai, kad Lietuvos bankui nebuvo pateikta objektyvių įrodymų, kad pareiškėjui buvo išaiškintos Draudimo sutarties sąlygos. Todėl, nesant įrodymų, kad draudikas pareiškėjui tinkamai atskleidė ikisutartinę informaciją, yra pagrindas teigti, kad draudiko pateikti faktiniai duomenys pagrindžia, jog pareiškėjas turėjo pagrindo tikėtis, jog už jo sumokėtą draudimo liudijime nurodytą 176,49 Eur draudimo įmoką (kuri buvo sumokėta už pagal *Asmens draudimo nuo nelaimingų atsitikimų* sąlygas taikomą draudimo apsaugą) buvo apdraustos ne tik *Asmens draudimo nuo nelaimingų atsitikimų* draudimo variantu apdraustos draudimo rizikos (1) kaulų lūžiai ir išnirimai (T1); 2) minkštųjų audinių ir vidaus organų sužeidimai (T2); 3) ilgalaikių ir negrįžtamų traumų pasekmės (T3) ir mirties dėl nelaimingo atsitikimo), tačiau buvo apdrausta ir minėtam draudimo variantui priskirtina pagal „*Paslaugos PLIUS*“ draudimo sąlygas draudžiama „gydymo išlaidų (kurias atlyginanti draudimo išmoka būtų išmokėta, pasireiškus pirmiau nurodytoms su apdraustojo kūno sužalojimu susijusioms rizikoms) draudimo“ rizika.

Kaip minėta, aiškinant ginčo šalių sudarytos sutarties sąlygas pagal CK 6.193–6.195 straipsnyje įtvirtintas bendrąsias sutarčių aiškinimo taisykles ir kasacinio teismo suformuotą sutarčių aiškinimo praktiką ir sprendžiant dėl sąlygų turinio, turi būti įvertinamos ne tik sutarties sudarymo aplinkybės, tačiau ir šalių elgesys po sutarties sudarymo. Esminiai sutarčių aiškinimo principai (nagrinėti tikruosius sutarties šalių ketinimus ir aiškinti sutartį sąžiningai) lemia būtinybę aiškinant sutarties sąlygas atsižvelgti į sutarties šalių elgesį, jų subjektyvią nuomonę dėl sutarties sąlygų turinio ir tai, kaip buvo suvokiamos sąlygos sudarant sutartį. Dėl to reikšminga CK 6.193 straipsnio 5 dalyje nustatyta bendroji taisyklė, kad sutarties aiškinimui svarbu ir faktinės aplinkybės, *susijusios su sutarties vykdymu*, kitokiais šalių veiksmais, nes faktiniai šalių veiksmai reikšmingi siekiant nustatyti tikruosius šalių ketinimus (Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2018 m. vasario 7 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. e3K-3-9-695/2018; 2012 m. liepos 12 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-357/2012).

Šiame kontekste svarbu pažymėti, kad draudikas atsiliepiame į pareiškėjo kreipimąsi iš esmės nurodė, kad, turėdamas konkrečius įrodymus, pagrindžiančius pareiškėjo reikalavimą „teisingai ir adekvačiai atlyginti žalą“, galėtų spręsti dėl papildomų draudžiamojo įvykio administravimo veiksmų atlikimo. Draudikas pabrėžė, kad pareiškėjas, keldamas reikalavimą dėl papildomos draudimo išmokos mokėjimo, nenurodė, ar draudžiamojo įvykio metu buvo padaryti papildomi kūno sužalojimai, ar dėl draudžiamojo įvykio patirtų galūnių žaizdų susidariusių randų ilgis yra didesnis, nei nustatė draudikas, taip pat pabrėždamas, kad pareiškėjas draudikui nenurodė, kokios papildomų išlaidų patyrimo ir jų dydžio pagrįstumo aplinkybės draudiko turėjo būti įvertintos. Atsižvelgiant į šias draudiko nurodytas aplinkybes, galima teigti, kad draudikas patvirtino, kad jei Draudimo sutarties vykdymo metu pareiškėjas būtų pateikęs dėl draudžiamojo įvykio metu padarytų sužalojimų patirtas išlaidas (pvz. gydymo priemonių ar paslaugų, numatytų draudimo sutartyje, išlaidas) pagrindžiančius įrodymus, draudikas būtų svarstęs šias išlaidas atlyginančios draudimo išmokos mokėjimo klausimą. Todėl, remiantis draudiko nurodytomis aplinkybėmis, negalima vienareikšmiškai teigti, kad Draudimo sutarties sudarymo metu šalys nesitarė dėl Taisyklių C.1 draudimo variante nurodytų finansinių nuostolių draudimui priskirtinų papildomų apdraustojo dėl kūno sužalojimo (traumos), atitinkančio T1, T2, T3 traumų lenteles, patirtų išlaidų (t. y. „gydymo išlaidų“) draudimo.

Aplinkybių, kad pareiškėjas nepasirinko „gydymo išlaidų“ rizikos draudimo, negali pagrįsti ir draudiko darbuotojos, tarpininkavusios su pareiškėju sudarant Draudimo sutartį, paaiškinimai. Draudiko darbuotojos paaiškinimai negali patvirtinti, kad prieš sudarant Draudimo sutartį pareiškėjas nebuvo išreiškęs pageidavimą dėl „gydymo išlaidų draudimo“ draudimo rizikos draudimo ir kad už sumokėtą draudimo įmoką, už kurią buvo suteikta „*Asmens draudimo nuo nelaimingų atsitikimų draudimo apsauga*“, minėta draudimo rizika nebuvo apdrausta. Kaip minėta, draudiko darbuotojos paaiškinimai, kad prieš sudarydamas Draudimo sutartį pareiškėjas pateikė pageidavimus dėl konkrečių draudimo rizikų draudimo sumų, negali patvirtinti, kad pareiškėjas nepageidavo, kad būtų apdraustos gydymo išlaidos (t. y. suteikta

dėl „*Asmens draudimo nuo nelaimingų atsitikimų draudimo apsauga*“ draudžiamųjų įvykių patirtų finansinių nuostolių draudimo apsauga).

Nagrinėjamu atveju pareiškėjas tiek draudikui teiktose pretenzijose, tiek kreipimesi į Lietuvos banką nurodė aplinkybes dėl draudimo rizikos „*Minkštųjų audinių ir vidaus organų sužeidimai*“ draudžiamųjų įvykių patirtų gydymo išlaidų ir kėlė reikalavimą išmokėti draudimo išmoką, atlyginančią pareiškėjo patirtą žalą (patirtus finansinius nuostolius). Todėl, atsižvelgiant į pareiškėjo nurodytas aplinkybes ir nesant objektyvių įrodymų, kad, prieš sudarant Draudimo sutartį, pareiškėjui buvo aiškiai atskleistos draudiko įsipareigojimų ribos (nurodant, kad „gydymo išlaidų draudimo“ apsauga už 176,49 Eur sumokėtą draudimo įmoką, už kurią buvo apdrausta „*Asmens draudimo nuo nelaimingų atsitikimų*“ draudimo rizika, negalioja), yra pagrindas teigti, kad pareiškėjas galėjo turėti lūkestį, kad gydymo išlaidų draudimo (t. y. finansinių nuostolių draudimo) rizika draudimo sutartimi yra apdrausta.

Be to, Taisyklių C.1 draudimo varianto 17.4 papunktyje nustatyta, kad dėl kūno sužalojimo (traumos), atitinkančio T1, T2, T3 traumų lenteles, minėtame draudimo variante išvardytas gydymo išlaidas atlyginanti draudimo išmoka yra nemokama tik tuo atveju, jei nebuvo pasirinktas gydymo išlaidų draudimo variantas. Kadangi Lietuvos bankui nebuvo pateikta įrodymų, kad prieš sudarant Draudimo sutartį pareiškėjui buvo įteiktos Taisyklės (pvz., kad pareiškėjo draudikui nurodytu elektroninio pašto adresu pareiškėjui buvo išsiųsta jų kopija), todėl negalima teigti, kad pareiškėjui buvo žinoma, kad prieš sudarydamas Draudimo sutartį privalo su draudiku individualiai susitarti dėl „gydymo išlaidų draudimo“ rizikos galiojimo (t. y. negalima teigti, kad prieš Draudimo sutarties sudarymą pareiškėjui buvo žinomos Taisyklių C.1 draudimo varianto 17.4 papunkčio nuostatos, kad su draudiku privaloma individualiai susitarti dėl „gydymo išlaidų draudimo“ sąlygų nustatymo draudimo sutartyje).

Šiame kontekste svarbu pažymėti, kad draudikas po Lietuvos banko 2021 m. kovo 9 d. rašto, kuriuo buvo pasiūlyta vartojimo ginčą užbaigti taikiu susitarimu, įvertinęs Lietuvos banko nurodytas aplinkybes dėl Taisyklių C.1 draudimo variante nurodytai finansinių nuostolių draudimo rizikai Draudimo sutartimi teikiamos draudimo apsaugos, 2021 m. kovo 19 d. raštu pareiškėjo paprašė pateikti įvykio metu patirtiems kūno sužalojimams gydyti naudotų vaistų įsigijimo išlaidas patvirtinančius įrodymus. Atsižvelgiant į tai, darytina išvada, kad draudikas iš esmės neginčijo, jog pareiškėjas pagal Draudimo sutarties sudarymo veiksmus ir šių sąlygų formuluotę turėjo pagrindą tikėtis, kad Draudimo sutartimi buvo susitarta, kad bus taikomos Taisyklių C.1 draudimo varianto nuostatos. Tai, kad draudiko prisiimto įsipareigojimo dydis draudimo liudijime nebuvo detalizuotas (t. y. draudimo liudijime nebuvo aiškiai pažymėta, kad pagal „*Paslaugos PLIUS*“ sąlygas nebuvo apdraustos ne tik „Dienpinigių dėl nelaimingo atsitikimo draudimo“ ir „Ligonpinigių dėl nelaimingo draudimo“ draudimo rizikos, tačiau nebuvo apdrausta ir „gydymo išlaidų“ draudimo rizika), ir tai leido pareiškėjui pagrįstai manyti, kad yra tam tikrų palankių sutarties sąlygų, aiškintina standartinės draudimo sutarties sąlygas pasiūliusios šalies nenaudai ir atsižvelgiant į draudėjo, kaip silpnesniosios šalies sutartiniuose santykiuose, gynimo principą, Draudimo sutarties šalių skirtingai suprantamos draudimo sutarties sąlygos aiškintinos pareiškėjo, kaip draudėjo, naudai. Todėl, vadovaujantis Lietuvos bankui pateiktų įrodymų visumos vertinimu, darytina išvada, kad Draudimo sutarties sąlygos aiškintinos pareiškėjo, kaip draudėjo, naudai. Todėl, vadovaujantis Lietuvos banko nustatytais faktais, darytina išvada, kad pareiškėjas galėjo turėti pagrįstą lūkestį, kad draudimo išmoka dėl įvykio metu patirtų sužalojimų bus apskaičiuojama ne tik pagal Lentelėje įtvirtintas sąlygas, tačiau ir pagal pareiškėjo dėl draudžiamąjį įvykių patirtus nuostolius (patirtą turtinę žalą).

Be to, atsižvelgiant į pareiškėjo 2021 m. kovo 19 d. raštu Lietuvos bankui pateiktus paaiškinimus dėl Lentelės T2) 6.4 a) papunkčio sąlygos turinio ir prasmės, pažymėtina, kad nors ši sutarties sąlyga yra gramatiškai suformuluota aiškiai, tačiau nėra pagrindo daryti išvadai, kad pareiškėjas galėjo suprasti iš šios Draudimo sutarties sąlygos jam tenkančius ekonominius padarinius, vertinant šios nuostatos santykį su kitomis Draudimo sutarties sąlygomis (t. y. draudimo liudijimo nuostatomis) ir, atsižvelgiant į konkrečias Taisyklių sąlygų išaiškinimo prieš Draudimo sutarties sudarymo aplinkybes. Todėl, apibendrinant Lietuvos banko nustatytus faktinius duomenis, darytina išvada, kad pareiškėjas galėjo turėti pagrįstą lūkestį, kad draudimo išmoka dėl įvykio metu patirtų sužalojimų bus apskaičiuojama ne tik pagal Lentelėje įtvirtintas sąlygas, tačiau ir pagal pareiškėjo dėl draudžiamąjį įvykių patirtus nuostolius (patirtą turtinę žalą).

3. Dėl pareiškėjo reikalavimo išmokėti draudimo išmoką, atlyginančią patirtą turtinę žalą, pagrįstumo

3.1. Dėl draudiko apskaičiuotos draudimo išmokos

Kaip minėta, pareiškėjas neginčijo, kad Taisyklių sąlygos yra privalomos ir turi būti taikomos, tačiau teigia turėjęs teisėtą lūkestį, kad draudimo išmoka atlygins ir pareiškėjo patirtą žalą (pareiškėjo patirtus nuostolius), t. y. turėjo lūkestį, kad draudimo apsauga yra didesnė, nei nustatyta Draudimo sutartyje. Todėl, vertinant pareiškėjo reikalavimo perskaičiuoti draudimo išmoką (ir išmokėti papildomą draudimo išmoką, kuri visa apimtimi atlygintų pareiškėjo dėl įvykio patirtą turtinę žalą) pagrįstumą, turi būti įvertinti įrodymai, kurių pagrindu draudikas, vadovaudamasis Taisyklių sąlygomis, apskaičiavo išmoką už pareiškėjo patirtus kūno sužalojimus.

Remiantis draudikui ir Lietuvos bankui pareiškėjo pateiktais paaiškinimais ir Išrašo duomenimis, nustatyta, kad pareiškėjas įvykio metu patyrė alkūnės srities ir žasto srities sužalojimus. Be to, pareiškėjas nurodė, kad dėl įvykio patyrė kairės kojos sužalojimą, dėl to susidarė didelė „tamsiai mėlynai purpurinė“ dėmė.

Kaip minėta, Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad draudikas, apskaičiuodamas draudimo išmoką už pareiškėjo patirtus sužalojimus, vadovavosi Lentelės T2 6.4 a papunkčiu, kuriame nustatyta, kad „dėl apdraustojo liemens, galūnių minkštųjų audinių pažeidimo, dėl kurio, pasibaigus gijimo procesui, susidarė iki 5 cm linijinis randas, yra mokama 1 proc. minkštųjų audinių ir vidaus organų sužalojimų draudimo sumos sudaranti draudimo išmoka“.

Draudikas 2021 m. kovo 24 d. Lietuvos bankui pateiktuose paaiškinimuose apie įvykio požymių atitiktį Lentelės T2 6.4 a papunkčio sąlygoms, nurodė, kad dėl pareiškėjo patirto galūnių minkštųjų audinių pažeidimo susidariusio linijinio rando ilgis buvo nustatytas draudiko gydytojui ekspertui įvertinus Išrašo duomenis. Išrašė nurodyta: „stebimos d. alkūnės srities ir žasto srities dvi po 2 cm muštinės žaizdos“. Vadovaudamasis Lentelės T2 6 punkto 4 pastabos nuostatomis, kad „skaičiuojant draudimo išmoką dėl vieno įvykio metu susidariusių randų pagal atitinkamą šios lentelės straipsnį, randų išmatavimai sumuojami“, draudikas nustatė, kad dėl draudžiamą įvykio patirto galūnių minkštųjų audinių pažeidimo susidarė iki 5 cm linijinis randas (t. y. nustatė, kad abiejų žaizdų randų ilgis sudarė 4 cm). Draudikas pabrėžė, kad draudiko ekspertui nekilo abejonių, kad, sugijus Išrašė nurodytoms žaizdoms, susidariusių randų ilgis galėjo būti didesnis už pačių žaizdų ilgį. Draudiko teigimu, „nesužalotoje vietoje randas atsirasti (išsiplėsti) negali (kitais variantais, randas nebus didesnis nei žaizda)“. Be to, draudikas pabrėžė, kad pareiškėjas pranešimą apie įvykį pateikė praėjus daugiau nei 4 mėnesiams po įvykio. Papildomuose paaiškinimuose pareiškėjas nurodė, kad „žasto, kaip ir alkūnės, žaizda sugijo ir liko tik dėmė“. Remdamasis pareiškėjo nurodytomis aplinkybėmis, draudikas pabrėžė, kad, spręsdamas, ar turi būti taikomos Lentelės T2 6.4 a papunkčio sąlygos, neabejojo, kad reikia vadovautis Išrašė nurodytais duomenimis apie „d. alkūnės srities ir žasto srities muštinių žaizdų ilgius“.

Draudikas taip pat nurodė, kad jo eksperto nustatytas aplinkybes patvirtino ir pareiškėjo 2021 m. kovo 19 d. pateiktos susidariusių randų nuotraukos. Draudikas nurodė, kad „pagal pridėdamą linijuotę galima spręsti, kad susidariusių linijinių randų suma yra ne 4 cm, o 3 cm“. Draudikas rėmėsi ir VŠĮ Antakalnio poliklinikos pateiktais išrašų iš medicinos dokumentų duomenimis. Pažymėtina, kad į šią ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigą pareiškėjas kreipėsi po to, kai jam buvo suteikta pirmoji (būtinoji) medicinos pagalba (Išrašė nurodyta, kad „žaizda susiūta, tvarstis ant žaizdos“, ir pateikta rekomendacija kreiptis dėl ambulatorinės priežiūros), nes šios gydymo įstaigos parengtame Išrašė buvo nurodyta, kad būtina ambulatorinės priežiūros įstaigoje perrišti žaizdas ir išimti siūlus.

VŠĮ Antakalnio poliklinikos parengtame Ambulatorinio apsilankymo aprašyme nurodyta, kad „dešinės rankos alkūnėje ir žaste susiūtos žaizdos. Atvyko perrišimui“. VŠĮ Antakalnio poliklinikos parengtame medicinos dokumente nėra nurodyta jokių duomenų apie po žaizdų perrišimo susidariusių randų ilgį. Lietuvos bankui taip pat nebuvo pateikta jokių įrodymų, paneigiančių draudiko atliktą susidariusių randų ilgio vertinimą. Be to, pareiškėjo 2021 m. kovo 19 d. pateiktuose papildomuose paaiškinimuose taip pat nurodyta, kad draudimo išmoka turėjo būti apskaičiuota pagal Išrašė nurodytus duomenis. Kaip minėta, draudikas, priimdamas sprendimą dėl Lentelės T2 6.4 a papunkčio sąlygų taikymo, kaip vienu iš pagrindinių įrodymų, būtent ir rėmėsi Išrašo duomenimis apie „d. alkūnės srities ir žasto srities muštinių žaizdų ilgius“. Taigi, įvertinus Lietuvos bankui pateiktus įrodymus, nėra pagrindo teigti, kad draudikas netinkamai nustatė įvykio požymių atitiktį Lentelės T2 6.4 a papunkčio sąlygoms.

Svarbu pažymėti, kad pareiškėjas draudikui ir Lietuvos bankui pateiktuose paaiškinimuose taip pat nurodė, kad dešinės rankos alkūnėje ir žaste susidariusios (ir susiūtos) žaizdos yra ir buvo tepamos brangiais vaistais ir intensyviai masažuojamos. „Deja, alkūnės

sužalota vieta liko labai jautri prielimui (atitinka pasakymą – kaip elektra nueina), dėl to prisieina ją toliau intensyviai gydyt – tept ir masažuot.“ Pareiškėjas nurodė, kad „tuo atveju, jei bus nustatyti minėtų sužalojimų liekamieji reiškiniai, alkūnės traumos / žaizdos draudimo išmokų įvertinimo aspektas (likęs elektros nuėjimo jausmas prisilietus), jeigu neišnyks, taip pat turėtų likt ateičiai, atitinkamam įvertinimui.“

Pateiktuose paaiškinimuose draudikas atkreipė dėmesį į tai, kad pareiškėjas šiuo metu nekelia reikalavimo išmokėti draudimo išmoką už galimus papildomus dešinės rankos alkūnės sužalojimo padarinius. Pareiškėjas pabrėžė, kad, išlikus sužalojimų liekamiesiems reiškiniams, draudikui bus pateikti papildomi reikalavimai dėl draudimo išmokos mokėjimo. Atsižvelgdamas į šias pareiškėjo nurodytas aplinkybes, draudikas pabrėžė, kad neatsisako pakartotinai apsvarstyti priimto sprendimo dėl draudimo išmokos dydžio, jei pareiškėjas pateiks papildomus įrodymus, susijusius su dešinės rankos alkūnės sužalojimo padariniais. Pažymėtina, kad pareiškėjo Lietuvos bankui pateikti paaiškinimai iš esmės patvirtina draudiko nurodytas aplinkybes, kad pareiškėjas pabrėžė, jog jis *ateityje* draudikui pateiks papildomą reikalavimą dėl draudimo išmokos mokėjimo, jei išliks pareiškėjo nurodyti juntami dešinės rankos alkūnės sužalojimo padariniai.

Be to, kaip minėta, pareiškėjas draudikui ir Lietuvos bankui nurodė duomenis apie įvykio metu patirtą kairės kojos sužalojimą. Draudikui pateiktame Papildomame paaiškiniame pareiškėjas pabrėžė, kad „jei kada vėliau to prisireiks ir bus matomas buvęs kaulo įtrūkimas, įskilimas, atskilimas, aptrupėjimas ar kas kita, tai neabejotinai bus šio įvykio pasekmė. Esu įsitikinęs, kad ta ne iki galo įvertinta draudimo išmokų aspektu klausimo dalis turėtų likt atvira tolimesniam įvertinimui (po koronavirusų ribojimų pasibaigimo ir peršvietimo), jei vėliau peršvietus matytųsi buvusios komplikacijos.“

Lietuvos bankui pateiktuose medicinos dokumentuose nėra duomenų apie kojos sužalojimą ir jo padarinius (minkštųjų audinių pažeidimą, lūžį ir pan.). Be to, draudikas teigė sutinkantis su pareiškėju, kad *ateityje*, pasireiškus kojos sužalojimo padariniams ir pareiškėjui kreipusis į draudiką dėl papildomos draudimo išmokos mokėjimo, minėtos aplinkybės bus įvertintos ir bus sprendžiama dėl pareiškėjo teisės į papildomą draudimo išmoką įgyvendinimo. Todėl, remiantis Lietuvos banko nustatytais aplinkybėmis, darytina išvada, kad nėra pagrindo teigti, jog draudikas, priimdamas sprendimą dėl draudimo išmokos mokėjimo, netinkamai pritaikė Draudimo sutarties sąlygas.

3.2. Dėl pareiškėjo pateikto reikalavimo išmokėti papildomą draudimo išmoką, atlyginančią pareiškėjo patirtus nuostolius, pagrįstumo.

Kaip minėta, pareiškėjas nurodė, kad turėjo sumokėti už vaistus, kuriais buvo siekiama sumažinti žalą ir kurie buvo būtini įvykio metu padarytiems sužalojimams gydyti. Pareiškėjas taip pat pabrėžė, kad sužalotos vietos buvo tepamos brangiausiais tepalais ir intensyviai masažuojamos. Vis dėlto, draudikui pateikęs prašymą pateikti vaistų įsigijimo faktą ir įsigijimo išlaidų dydį pagrindžiančius įrodymus, pareiškėjas nurodė, kad šie įrodymai nebus pateikti.

Vertinant šias pareiškėjo nurodytas aplinkybes, pažymėtina, kad, atsižvelgiant į Draudimo įstatymo 98 straipsnio 2 dalyje nustatytą draudimo išmokos mokėjimo reglamentavimą, didelę reikšmę turi šalių bendradarbiavimo pareigos tinkamas vykdymas. Be to, Draudimo sutartis yra fiduciarinė, t. y. grindžiama jos šalių didžiausio tarpusavio pasitikėjimo principu, todėl draudimo sutarties šalys privalo atskleisti viena kitai visą informaciją, kuri gali būti reikšminga tiek šiai sutarčiai sudaryti bei jos sąlygoms nustatyti, tiek ir jai vykdyti. Įvardyti draudimo sutarties ypatumai lemia didesnę šios sutarties šalių pareigą bendradarbiauti ir kooperuotis, ypač vykdant sutartį (CK 6.38 straipsnio 3 dalis). Bendradarbiavimo pareigos nevykdymas gali lemti neigiamų padarinių atsiradimą (Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2016 m. gruodžio 22 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. e3K-3-531-701/2016). Be to, draudėjo pareiga vykdant sutartį bendradarbiauti su draudiku ir pateikti žalos dydžiui nustatyti būtiną informaciją kyla ne tik iš CK 6.38 straipsnyje įtvirtintų prievolių vykdymo principų. Draudimo įstatymo 98 straipsnio 1 dalis nustato draudėjo pareigą draudikui pateikti visą turimą informaciją, kuri yra reikšminga draudžiamąjį įvykio faktui ir pasekmėms patvirtinti.

Kasacinio teismo praktikoje konstatuojama, jog, kilus ginčui dėl atlygintinos žalos (mokėtinos draudimo išmokos) dydžio, yra taikytina bendroji Lietuvos Respublikos civilinio proceso kodekso (toliau – CPK) 178 straipsnyje įtvirtinta įrodinėjimo naštos paskirstymo taisyklė (Lietuvos Aukščiausiojo Teismo nutartis, 2018 m. kovo 19 d. priimta civilinėje byloje Nr. e3K-3-81-1075/2018). CPK 178 straipsnyje nustatyta, kad šalys turi įrodyti aplinkybes,

kuriomis grindžia savo reikalavimus bei atsikirtimus, išskyrus atvejus, kai yra remiamasi aplinkybėmis, kurių CPK nustatyta tvarka nereikia įrodinėti.

Pareiškėjui atsisakius draudikui pateikti vaistų įsigijimo faktą ir patirtų išlaidų dydį pagrindžiančius įrodymus, taip pat įrodymais nepagrindus patirtos žalos (patirtų nuostolių) dydžio (nepagrindus taikytų gydymo priemonių ir (ar) paslaugų, kitų su draudžiamuoju įvykiu priežastiniu ryšiu susijusių nuostolių fakto ir dydžio), draudikas neturėjo galimybės apskaičiuoti draudimo išmokos, atlyginančios pareiškėjo nurodytas patirtas medicinos paslaugų (gydymo) išlaidas. Nors pareiškėjas draudikui ir Lietuvos bankui nurodė, kad patirti kūno sužalojimai buvo masažuojami, tačiau nepateikė jokių įrodymų apie jam specialistų suteiktas masažo paslaugas, taip pat taikytas kitas sužalojimų gydymo priemones ir (ar) paslaugas, už kurias reikėjo sumokėti papildomai. Be to, pareiškėjas nenurodė, kad patyrė kitų nuostolių, priežastiniu ryšiu susijusių su pareiškėjo kūno sužalojimu (pvz., kad patyrė laikino darbingumo netekimo, kelionių į gydymo įstaigas išlaidų ir kt.), ir draudikui nepateikė šių išlaidų faktą ir dydį pagrindžiančių įrodymų.

Reikalaujamas išmokėti papildomą patirtą žalą atlyginančią draudimo išmoką, pareiškėjas iš esmės rėmėsi argumentu, kad po įvykio taikė visas priemones, siekdamas sumažinti žalą, ir minėti nuostoliai (žalos sumažinimo išlaidos) draudiko turėjo būti įvertinti ir išmokėta papildoma pareiškėjo patirtus nuostolius atlyginanti draudimo išmoka. Pareiškėjas pabrėžė, kad draudiko atsisakymas išmokėti papildomą draudimo išmoką „yra vienareikšmiškas bendrovės siekis tolesniu sukčiavimu sumažinus išlaidas padidinti pelną. Svarbiausia, kad tai daroma asmens sąskaita, nepagrįstai atsisakant jam atlyginti draudiminio įvykio žalas teisingai“.

Vertinant šiuos pareiškėjo argumentus, pažymėtina, kad CK 6.1013 straipsnyje nustatyta, kad, įvykus draudžiamajam įvykiui, draudėjas turi imtis jam prieinamų protingų priemonių galimai žalai sumažinti, laikydamasis draudiko nurodymų, jeigu tokie nurodymai draudėjui buvo duoti. Būtiną išlaidą, draudėjo turėtą mažinant žalą ar vykdant draudiko nurodymus, turi atlyginti draudikas, neatsižvelgdamas į tai, kad atitinkamos priemonės nedavė teigiamo rezultato. Tokios išlaidos atlyginamos proporcingai draudimo sumos ir draudimo vertės santykiui, neatsižvelgiant į tai, kad išlaidos kartu su žalos dydžiu viršija draudimo sumą. Draudikas atleidžiamas nuo žalos atlyginimo, jeigu žala atsirado dėl to, kad draudėjas sąmoningai nesiekė jam prieinamų protingų priemonių šiai žalai sumažinti ar išvengti.

Atsižvelgiant į CK 6.1013 straipsnio nuostatas, pažymėtina, kad šių nuostatų tikslas – įtvirtinti draudėjo pareigą ir po draudžiamąjį įvykį elgtis taip, lyg jis būtų neapsidraudęs. Kaip minėta, CK 6.1013 straipsnio 3 dalis suteikia teisę draudikui nemokėti draudimo išmokos, jei draudėjas nesiekia jam prieinamų priemonių žalai sumažinti ir (ar) jos išvengti. Todėl, remiantis CK 6.1013 straipsnio nuostatomis, pažymėtina, kad teisės aktuose nustatytų reikalavimų vykdymas (t. y. ėmusiis prieinamų priemonių žalai sumažinti) ir pareiškėjo nurodytas žalos sumažinimas negali būti vertinami kaip draudiko sukčiavimas, siekiant išvengti prisiimtų įsipareigojimų išmokėti draudimo išmoką dėl kūno sužalojimo padarinių (t. y. negali būti vertinamas kaip draudiko siekis sumažinti draudimo išmoką pareiškėjo patirtų nuostolių sąskaita).

Kaip minėta, CK 6.1013 straipsnio 2 dalis įpareigoja draudiką atlyginti draudėjo patirtas būtinas išlaidas, kurios buvo turėtos, mažinant žalą. Pareiškėjas teigė taikęs gydymo priemones, padedančias sumažinti žalą (vartojo vaistus, buvo atliekamas sužalotų vietų masažas), tačiau, kaip minėta, draudikui nepateikė jokių patirtas išlaidas pagrindžiančių įrodymų ir kitų faktinių duomenų apie taikytų priemonių būtinumą ir dėl šių priemonių taikymo patirtas išlaidas. Be to, nors pareiškėjas nurodė, kad dėl to, kad draudikas netinkamai vykdė sutartines pareigas, patyrė turtinę žalą, tačiau nepateikė jokių patirtos žalos pobūdį, faktą ir dydį patvirtinančių įrodymų.

Todėl, remiantis Lietuvos banko nustatytomis aplinkybėmis, darytina išvada, kad draudikas neturėjo pagrindo pareiškėjui išmokėti įrodymais nepagrįstus nuostolius (pareiškėjo nurodytos turtinės žalos) atlyginančios draudimo išmokos. **Tačiau svarbu tai, kad, pareiškėjui draudikui pateikus papildomus įrodymus, kad yra liekamųjų kūno sužalojimų (nurodytų atėityje galinčių pasireikšti kojos ir alkūnės sužalojimų padarinių), taip pat pateikus vaistų įsigijimo, pareiškėjui taikytų gydymo priemonių ir (ar) paslaugų ir dėl jų taikymo patirtų išlaidų, kurios buvo būtinos žalai sumažinti, taip pat kitų dėl draudžiamąjį įvykio patirtų išlaidų faktą ir dydį pagrindžiančius įrodymus, draudikas privalės atnaujinti įvykio administravimą ir išmokėti draudimo išmoką už įvykio metu patirtus kūno sužalojimus ir jų pasekmes ir dėl to patirtus**

nuostolius.

4. Dėl pareiškėjo reikalavimo išmokėti draudimo išmoką, atlyginančią pareiškėjo patirtą neturtinę žalą, pagrįstumo

Pažymėtina, kad pareiškėjas draudikui ir Lietuvos bankui pateiktuose kreipimuose taip pat reikalavo atlyginti neturtinę žalą, kuri, pareiškėjo teigimu, jam buvo padaryta draudiko neteisėtomis ir nepagrįstomis veikomis.

CK 6.250 straipsnio 1 dalyje yra nustatyta, kad neturtinė žala yra 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 yra 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.

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 būtina nustatyti visas civilinės atsakomybės sąlygas (neteisėtus veiksmus, priežastinį ryšį, kaltę bei žalą) (Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2006 m. birželio 12 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-394/2006). Pažymėtina, kad įrodyti neturtinės žalos faktą, kaip ir kitas būtinas civilinės atsakomybės sąlygas neturtinei žalai atlyginti, yra pareiškėjo pareiga.

Nors pareiškėjas dėl įvykio patyrė kūno sužalojimą, tačiau atkreiptinas dėmesys, kad pareiškėjas ir draudikas sudarė savanoriško pobūdžio Draudimo sutartį. Lietuvos Aukščiausiasis Teismas 2012 m. birželio 8 d. nutartyje, priimtoje civilinėje byloje Nr. 3K-3-300/2012 (S), pateikdamas išaiškinimus dėl savanoriškojo draudimo apimties, konstatavo, kad pagal CK 6.987 straipsnį draudimo sutartimi viena šalis (draudikas) įsipareigoja už sutartyje nustatytą draudimo įmoką (premiją) sumokėti kitai šaliai (draudėjui) arba trečiajam asmeniui, kurio naudai sudaryta sutartis, įstatyme ar draudimo sutartyje nustatytą draudimo išmoką, apskaičiuotą įstatyme ar draudimo sutartyje nustatyta tvarka, jeigu įvyksta įstatyme ar draudimo sutartyje nustatytas draudžiamasis įvykis. Teisėjų kolegija šioje civilinėje byloje atkreipė dėmesį į tai, kad savanoriškam draudimui kitaip, nei, pvz., privalomojo draudimo atveju, būdinga didesnė šalių laisvė nustatyti draudimo sutarties sąlygas. Šalys gali nustatyti, kad neturtinė žala neatlyginama visiškai arba atlyginama tik tam tikra jos dalis; kad neatlyginama žala, atsiradusi tam tikromis konkrečiomis aplinkybėmis, ir pan. Taip draudimo sutartimi šalys susitaria dėl mažesnės rizikos (draudimo rizikos) nei tikėtina žala.

Ginčo šalims taikytino draudimo liudijimo (įtvirtinusio sutarties šalių sutartas individualias Draudimo sutarties sąlygas) nuostatos nenumatė neturtinės žalos draudimo ir jos atlyginimo apdraustojų sveikatos sužalojimo atveju. Atsižvelgiant į tai, pažymėtina, kad dėl pareiškėjo patirto kūno sužalojimo neturtinę žalą atlyginanti draudimo išmoka pagal Draudimo sutarties sąlygas negalėtų būti mokama.

Pareiškėjas aplinkybes dėl jam padarytos neturtinės žalos grindė teiginiu, kad neturtinė žala buvo patirta dėl neteisėtų ir nepagrįstų draudiko veikų. Vis dėlto pareiškėjas nepateikė jokių įrodymų, kurie galėtų pagrįsti, kad turi būti taikomi CK 6.250 straipsnio 1 dalyje įtvirtinti neturtinės žalos atlyginimo kriterijai. Be to, nagrinėjant civilinio pobūdžio ginčą nebuvo nustatyta, kad draudikas nepagrįstai atsisakė pareiškėjui išmokėti draudimo išmoką, atlyginančią pareiškėjo nurodytus nuostolius, kurių patyrimo faktas ir dydis nebuvo įrodyti. Lietuvos bankui pateikti įrodymai taip pat negali patvirtinti, kad neturtinė žala turi būti atlyginta dėl to, kai buvo padaryta dėl nusikaltimo, asmens sveikatai ar dėl asmens gyvybės atėmimo. Kaip minėta, remiantis CK nuostatomis ir jas aiškinančia kasacinio teismo praktika, neturtinė žala yra atlyginama tik įstatymuose nustatytais atvejais.

Pareiškėjas nei draudikui, nei Lietuvos bankui nepateikė duomenų, patvirtinančių, kad jis dėl draudiko veiksmų patyrė fizinį skausmą, dvasinius išgyvenimus, nepatogumus, dvasinį sukrėtimą, emocinę depresiją, pažeminimą, reputacijos pablogėjimą ir pan. Taigi, remiantis Lietuvos banko nustatytais aplinkybėmis, nėra pagrindo teigti, kad draudikui kyla pareiga atlyginti pareiškėjo nurodytą neturtinę žalą.

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. reikalavimus.

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

Arūnas Raišutis