



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

**SPRENDIMAS  
DĖL D. I., R. I. IR ERGO INSURANCE SE GINČO NAGRINĖJIMO**

2016 m. spalio 5 d. Nr. 242-417  
Vilnius

Lietuvos bankas gavo advokatės G. G. (toliau – atstovė) kreipimąsi su prašymu išnagrinėti ginčą, kilusį tarp pareiškėjų R. I., D. I. (toliau – pareiškėjai ir kiekvienas atskirai – pareiškėjas) ir *Ergo Insurance SE*, veikiančios per Lietuvoje įsteigtą filialą, (toliau – draudikas) dėl draudimo išmokos dydžio.

N u s t a t y t a:

2014 m. gruodžio 19 d. pareiškėja R. I. ir draudikas sudarė draudimo nuo nelaimingų atsitikimų sutartį dėl draudimo apsaugos mirties ir neįgalumo atvejais, kuria apdraudė A. I. bei D. I. laikotarpiui nuo 2014 m. gruodžio 22 d. iki 2015 m. gruodžio 22 d.

Pareiškėjui D. I. dėl 2015 m. sausio 23 d. nelaimingo atsitikimo draudikas išmokėjo 805 Eur draudimo išmoką, kurią sudarė 10 proc. draudimo išmoka dėl kaulų lūžių, skaičiuojama nuo draudimo sumos, (700 Eur), ir 105 Eur draudimo išmoka, išmokėta papildomai atsižvelgiant į tai, kad apdraustajam buvo atlikta vieno kaulo (blauzdikaulio) osteosintezės operacija. Apie išmokėtą 805 Eur draudimo išmoką draudikas pareiškėją informavo 2015 m. vasario 6 d. raštu.

2016 m. sausio 29 d. pareiškėjas D. I. kreipėsi į draudiką su prašymu išmokėti draudimo išmoką už neįgalumą, kaip įrodymą pateikdamas Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybos darbingumo lygio pažymą, kad D. I. nustatytas 45 proc. darbingumo lygis. 2016 m. kovo 4 d. raštu draudikas informavo pareiškėją, kad, vadovaujantis Draudimo nuo nelaimingų atsitikimų taisyklių Nr. 009 1 priedo 1 lentelės – sužalojimai neįgalumo atveju – 79 punkto nuostatomis, pareiškėjui D. I. išmokėta 500 Eur draudimo išmoka, atsižvelgiant į nustatytą neįgalumo laipsnį.

Pareiškėja, nesutikdama su draudiko 2016 m. kovo 4 d. apskaičiuota draudimo išmokos suma, kreipėsi į draudiką ir jam paaiškino, kad jis draudimo išmoką apskaičiavo neįvertinęs visų medicinos dokumentų, iš kurių matyti, kad apdraustojo D. I. patirti sužalojimai yra daug didesni nei tik riboti čiurnos sąnario judesiai. Pareiškėja paaiškino, kad D. I. buvo lūžęs šėivikaulis ir blauzdikaulis, yra susidariusi kojos raumenų atrofija, pažeistas kelio sąnarys ir nustatytas tik 45 proc. darbingumo lygis. Dėl šių priežasčių draudiko išmokėta draudimo išmoka yra neproporcinga patirtiems sužalojimams. Pareiškėja prašė draudiko atsižvelgti į nurodytas aplinkybes ir perskaičiuoti draudimo išmoką.

Draudikas, atsakydamas į pareiškėjos pretenziją, 2016 m. balandžio 4 d. raštu paaiškino, kad Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybos darbingumo lygio pažyma, vadovaujantis Taisyklių 9.3 papunkčio nuostata, kad valstybinių institucijų patvirtintas apdraustojo darbingumo sumažėjimas (netekimas), darbingumo (neįgalumo) lygis ar kitokia forma pateiktas darbingumo (neįgalumo) įvertinimas nėra laikomas neįgalumą Taisyklių prasme pagrindžiančiu medicinos dokumentu, išskyrus atvejus, kai tai aiškiai nurodyta draudimo sutartyje. Pagal minėtas Taisykles neįgalumo atveju yra laikomas apdraustojo patirtas sužalojimas, atsiradęs dėl išorinio poveikio jo kūnui, išlikęs praėjus ne mažiau kaip 12 mėnesių nuo nelaimingo atsitikimo dienos ir patvirtintas medicinos dokumentais, išduotais ne vėliau kaip per 3 mėnesius, pasibaigus 12 mėnesių terminui nuo

nelaimingo atsitikimo dienos. Draudikas pažymėjo, kad draudimo išmoka neįgalumo atveju apskaičiuojama remiantis minėto Taisyklių 9.3 papunkčio bei Taisyklių 11.3.1 papunkčio nuostatomis, kad neįgalumo atveju draudimo išmokos dydis išreiškiamas procentais nuo draudimo liudijime nurodytos draudimo sumos ir apskaičiuojamas vadovaujantis Taisyklių 1 priedo 1 lentelėje (sužalojimui neįgalumo atveju) pagal tą sužalojimą nustatytą procentinę dalį. Pareiškėjui buvo pritaikyta Taisyklių 1 priedo 1 lentelės 79 punkte nustatyta 5 proc. draudimo išmoka nuo 10 000 Eur draudimo sumos neįgalumo atveju, t. y. 500 Eur draudimo išmoka. Draudikas pažymėjo, kad didesnė draudimo išmoka Taisyklėse nustatyta tik esant visiškam čiurnos sąnario nejudrumui (visiškas čiurnos sąnario nejudrumas – lenkimo, tiesimo, sukimo judesių laipsnis lygus nuliui), ir jis turi būti patvirtintas tyrimais ir gydytojų specialistų įrašais. Draudikas pažymėjo, kad pareiškėjo pretenzijoje nurodyto pažeisto dešiniojo kelio sąnario funkcijos sutrikimas negali būti vertinamas, nes jis neturi priežastinio ryšio su dėl 2015 m. sausio 23 d. traumos patirtais sveikatos sutrikimais, kadangi šio sąnario traumą pareiškėjas D. I. patyrė 2013 m. sausio 22 d. ir dėl jos buvo nustatyti kelio sąnario raiščių plyšimai ir lėtinis nestabilumas.

Pareiškėjai, nesutikdami su draudiko pateiktu atsakymu, 2016 m. liepos 18 d. per atstovę kreipėsi į Lietuvos banką dėl vartojimo ginčo nagrinėjimo. Kreipimesi pareiškėjų atstovė nurodė, kad draudikas netinkamai įvertino faktines ginčo aplinkybes ir dėl to priėmė nepagrįstą sprendimą neperskaičiuoti draudimo išmokos dėl neįgalumo dydžio. Atstovė nurodė, kad VŠĮ Respublikinės Vilniaus universitetinės ligoninės pateikti medicinos dokumentai patvirtina, kad D. I. sužalojimas – dešinės kojos čiurnos sąnario sutrikimas, žymus sąnario judrumo apribojimas, kojos silpnumas bei tinimas – išliks ilgiau nei 12 mėn. nuo nelaimingo atsitikimo dienos, todėl išmokėta draudimo išmoka yra neproporcinga D. I. patirtiems sužalojimams. Pareiškėjos atstovė kėlė reikalavimą rekomenduoti draudikui perskaičiuoti D. I. mokėtinos draudimo išmokos dydį atsižvelgiant į visus nelaimingo atsitikimo metu atsiradusius sveikatos sutrikimus bei atlyginti išlaidas, susijusias su teisinių paslaugų teikimu.

Draudikas Lietuvos bankui pateiktame atsiliepime iš esmės pakartojo 2016 m. balandžio 4 d. atsakyme į pareiškėjos pretenziją nurodytus argumentus ir prašė atmesti pareiškėjų reikalavimus.

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

Vadovaujantis Vartotojų ir finansų rinkos dalyvių ginčų neteisminio sprendimo procedūros Lietuvos banke taisyklių, patvirtintų Lietuvos banko valdybos 2012 m. sausio 26 d. nutarimu Nr. 03-23, 45 punktu, vartojimo ginčai Lietuvos banke nagrinėjami laikantis rungimosi, ginčų nagrinėjimo operatyvumo, koncentracijos, ekonomiškumo ir bendradarbiavimo principų. Vartotojas ir finansų rinkos dalyvis privalo įrodyti tas aplinkybes, kuriomis remiasi kaip savo reikalavimų arba atsikirtimų pagrindu, išskyrus atvejus, kai remiamasi aplinkybėmis, kurių nereikia įrodinėti. Nagrinėdamas ginčą Lietuvos bankas atlieka pateiktų įrodymų vertinimą, kurio pagrindu priimamas sprendimas.

Kaip matyti iš ginčo šalių Lietuvos bankui pateiktos medžiagos, ginčas tarp šalių yra kilęs dėl draudimo išmokos dydžio pagrįstumo.

Vertinant, ar draudikas pagrįstai pareiškėjui neišmokėjo visos draudimo išmokos sumos, būtina nustatyti Taisyklių sąlygas, reglamentuojančias žalos nustatymo ir draudimo išmokos apskaičiavimo neįgalumo atveju tvarką.

Vadovaujantis Taisyklių 9.3 papunkčiu, draudimo išmoka neįgalumo atveju yra mokama, jeigu nuolatinį apdraustojo asmens funkcijų sutrikimą arba jų netekimą (neįgalumą) lėmęs nelaimingas atsitikimas pripažintas draudžiamuoju įvykiu, o neįgalumas išlieka praėjus ne mažiau kaip 12 mėnesių po nelaimingo atsitikimo ir yra patvirtinamas medicinos dokumentais, išduotais ne vėliau kaip per 3 mėnesius pasibaigus 12 mėnesių laikotarpiui nuo nelaimingo atsitikimo dienos.

Siekiant nustatyti, ar draudikas privalėjo išmokėti draudimo išmoką vadovaudamasis Taisyklių 9.3 papunkčiu, reikia įvertinti, ar iš pareiškėjo pateiktų medicinos dokumentų draudiko gydytojai ekspertai turėjo pagrindo pripažinti neįgalumą nagrinėjamu atveju. Pažymėtina, kad Lietuvos bankui pateiktame 2015 m. sausio 26 d. VŠĮ Respublikinės Vilniaus universitetinės ligoninės D. I. ligos istorijos išraše pažymėta pirminė diagnozė – dešinės blauzdos kaulų lūžis ir kad pareiškėjui D. I. 2015 m. sausio 23 d. buvo atlikta operacija. 2015 m. lapkričio 3 d. VŠĮ Antakalnio

poliklinikos išrašė iš medicinos dokumentų pažymėta diagnozė – čiurnos ryški kontraktūra, čiurnos potrauminė artrozė, blauzdos raumenų hipotrofija, kelio lėtinis nestabilumas. Anamnezėje pažymėta, kad „po fizinio krūvio dešinė čiurna tinsta, skauda, netoleruoja ėjimo, po tūpimo, skausmai dešinio kelio blauzdos srityje“. Rekomendacijose nurodoma riboti fizinį krūvį, vengti ilgalaikio čiurnos ir kelio apkrovimo, vengti drėgmės, šalčio. Minėtame dokumente taip pat pažymima, kad 2013 m. kovo 22 d. po kelio sąnario traumos diagnozuotas priekinio kryžminio raiščio dalinis plyšimas. Atsižvelgiant į tai, kad VŠĮ Antakalnio poliklinikos išrašė iš medicinos dokumentų pažymėtas priekinio kryžminio raiščio dalinis plyšimas, kas lėmė dešiniojo kelio sąnario funkcijos sutrikimą, buvo patirtas ne po 2015 m. sausio 23 d. draudžiamąjį įvykių, o po 2013 m. kovo 22 d. įvykių, todėl minėtas įvykis yra nevertinamas kaip draudžiamasis įvykis šio ginčo kontekste.

Pažymėtina Taisyklių 9.3 papunkčio nuostata, kad valstybinių institucijų patvirtintas apdraustojo darbingumo sumažėjimas (netekimas), darbingumo (neįgalumo) lygis ar kitokia forma pateiktas darbingumo (neįgalumo) įvertinimas nėra laikomas neįgalumą Taisyklių prasme pagrindžiančiu medicinos dokumentu. Kadangi R. I., pasirašydama draudimo liudijimą, patvirtino su Taisyklėmis susipažinusi, konstatuotina, kad ji žinojo šią draudimo sutarties sąlygą ir su ja sutiko, todėl nepagrįstai neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybos išvadoje dėl darbo pobūdžio ir sąlygų nustatytą 45 procentų darbingumo lygį prašė prilyginti visiškam neįgalumo lygiui, nuo kurio priklausau draudimo išmokos dydis. Atsižvelgiant į tai ir įvertinus aplinkybę, kad pareiškėjas nepateikė įrodymų, t. y. gydytojų ekspertų išvados pagal traumos pobūdį ir medicinos dokumentų informacijos, kad D. I. patirta trauma – dešinės blauzdos kaulų lūžis – lemia visišką čiurnos sąnario nejudrumą, darytina išvada, kad draudikas pareiškėjo D. I. neįgalumo lygį nustatė remdamasis turimuose medicinos dokumentuose aprašyta D. I. sveikatos būkle.

Atkreiptinas dėmesys, kad draudikas pareiškėjui išmokėjo 5 procentų draudimo išmoką nuo draudimo sumos neįgalumo atveju, todėl tikslinga įvertinti, ar apskaičiuodamas ir išmokėdamas 500 Eur dydžio draudimo išmoką draudikas tinkamai pritaikė Taisyklių nuostatas.

Draudikas atsiliepime nurodė, kad 500 Eur draudimo išmoką pareiškėjui išmokėjo remdamasis turimais medicinos dokumentais, kur nustatyta sutrikusi dešinės kojos čiurnos sąnario funkcija ir yra žymus sąnario judrumo apribojimas, ir Taisyklių 11.3.1 papunkčio nuostata, kad draudimo išmokos dydis yra išreiškiamas procentais nuo draudimo liudijime nurodytos draudimo sumos neįgalumo atveju ir apskaičiuojamas vadovaujantis Taisyklių 1 priedo 1 lentelėje nustatyta to sužalojimo procentine dalimi, minėtos lentelės 79 punktu, numatančiu 5 proc. draudimo išmoką ribotų čiurnos judesių atveju ir draudimo suma neįgalumo atveju (10 000 Eur x 5 proc. = 500 Eur).

Nagrinėjamu atveju ginčo šalių pateiktuose medicinos dokumentuose nurodyta, kad pareiškėjo yra riboti dešinės kojos čiurnos sąnario judesiai. Pagal Taisyklių 1 priedo 1 lentelės 79 punktą, esant ribotiems čiurnos sąnario judesiams, nustatomas 5 procentų neįgalumo lygis, todėl pareiškėjo sužalojimų draudimo išmoka sudaro 5 procentus draudimo sumos neįgalumo atveju. Atsižvelgiant į tai, kad draudimo išmoka buvo apskaičiuota vadovaujantis gydytojų ekspertų išvadomis, draudėjo pateiktuose medicinos dokumentuose nurodyta informacija bei Taisyklių 1 priedo 1 lentelės 79 punktu, konstatuotina, kad draudikas, apskaičiuodamas ir išmokėdamas pareiškėjui 500 Eur draudimo išmoką, tinkamai pritaikė Taisyklių sąlygas.

Konstatavus, kad draudikas tinkamai nustatė draudimo išmokos dydį, pareiškėjų reikalavimas dėl atstovavimo išlaidų atlyginimo nevertinamas.

Remdamasis tuo, kas išdėstyta, ir vadovaudamasis Lietuvos Respublikos 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 bei 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 pareiškėjų R. I. ir D. I. reikalavimą.

Lietuvos banko sprendimas dėl ginčo esmės yra rekomendacinio pobūdžio ir teismui neskundžiamas. Vartotojui ir finansų rinkos dalyviui išlieka teisė dėl ginčo sprendimo kreiptis į teismą arba kitą ginčų nagrinėjimo instituciją įstatymų nustatyta tvarka. Kreipimasis į teismą po Lietuvos banko sprendimo dėl ginčo esmės priėmimo nelaikomas šio sprendimo apskundimu.

L. e. Finansinių paslaugų ir rinkų priežiūros  
departamento direktoriaus pareigas

Vaidas Cibas