



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

**SPRENDIMAS
DĖL I. R. IR IF P&C INSURANCE AS GINČO NAGRINĖJIMO**

2017 m. kovo 8 d. Nr. 242-92
Vilnius

Lietuvos bankas gavo I. R. (toliau – pareiškėja) kreipimąsi, kuriuo pareiškėja prašė išnagrinėti tarp jos ir *If P&C Insurance AS*, vykdančios veiklą per Lietuvoje įsteigtą filialą, (toliau – draudikas) kilusį ginčą dėl draudimo išmokos dydžio.

N u s t a t y t a:

2016 m. rugsėjo 20 d. tarp draudiko ir V. V. buvo sudaryta Kelionių draudimo sutartis, kurią patvirtina kelionių draudimo liudijimas, serija KDVA Nr. (*duomenys neskelbtini*) (toliau – Sutartis). Šia sutartimi kelionių draudimu pagal draudimo apsaugos sąlygas Nr. 201 „Būtinoji medicininė pagalba“ ir Nr. 203 „Kelionės išlaidos“ buvo apdrausti šie apdraustieji: pareiškėja, J. B., V. V. ir V. K.

2016 m. spalio 25 d. draudikas buvo informuotas apie 2016 m. spalio 13 d. įvykį, kurio metu vienas iš apdraustųjų (pareiškėjos sūnus – V. K.) buvo išbertas. Pareiškėja kreipėsi į kelionių organizatoriaus „Teztour“ atstovą, pastarasis iškviėtė į pagalbą anglų kalba kalbantį turistų asistentą. Pareiškėjos sūnus, lydintas pareiškėjos ir pirmiau minėto asistento, buvo nugabentas į gydymo įstaigą ir apžiūrėtas pediatro, su juo susikalbėti padėjo minėtas asistentas.

2016 m. spalio 13 d. įvykį draudikas pripažino draudžiamuoju ir išmokėjo pareiškėjai 94,58 Eur draudimo išmoką, tačiau 140 Eur išlaidas už kelionės iki gydymo įstaigos palydovo paslaugas atlyginti atsisakė.

Pareiškėja nesutinka su pirmiau minėtu draudiko sprendimu ir kreipėsi į Lietuvos banką dėl ginčo nagrinėjimo nurodo, kad pagal Sutartį draudikas privalo kompensuoti tas gydymo išlaidas, kurių neprivalo kompensuoti arba per teisės aktuose nustatytus terminus faktiškai nekompensuoja privalomojo sveikatos draudimo sistema. Pareiškėjos teigimu, kompensuojamos taip pat turi būti protingos išlaidos, susijusios su būtinu ir medicinos požiūriu neatidėliotinu vežimu medicinos ar kitokiu transportu.

Pareiškėja paaiškino, kad pediatras buvo už 25 km nuo vietovės, kurioje apdraustieji buvo apsistoję. Jų gyvenamojoje vietovėje reikalingo gydytojo nebuvo, todėl teko važiuoti į artimiausią miestelį, ten gydytojo taip pat nebuvo, tad pareiškėja su sūnumi buvo nuvežta į Muraveros ligoninę, kurioje apdraustasis nebuvo apžiūrėtas, nes ligoninėje nebuvo pediatro. Pareiškėjos teigimu, vienintelis pediatras, buvęs Muraveroje, tai meras, tačiau jis pareiškėjos sūnaus dėl užimtumo taip pat nepriėmė, tad teko grįžti į miestelį, kuriame jie buvo apsistoję (Costa Rei), ir tą pačią dieną vėl važiuoti į Muraverą, kai gydytojas sutiko priimti ir apžiūrėti jos sūnų.

Pareiškėja nurodė, kad turistų asistentą, kaip greitąją pagalbą, iškviėtė kelionių organizatorius „Teztour“. Pati pareiškėja kelionių palydovo nekviėtė ir jo nepažinojo, todėl nesupranta, dėl kokių priežasčių draudikas atsisako atlyginti jos sūnaus transportavimo į ligoninę ir vertimo paslaugų išlaidas, kurios yra tiesiogiai susijusios su draudžiamuoju įvykiu. Pareiškėja reikalauja įpareigoti draudiką kompensuoti pirmiau minėtas išlaidas.

Draudikas su pareiškėjos reikalavimu nesutinka ir nurodo, kad kompensuoti išlaidų už kelionės palydovo paslaugas jis neturi teisinio pagrindo, nes jos nepriskirtinos prie medicinos paslaugų išlaidų, dėl to draudimo taisyklėse, kurių pagrindu buvo sudaryta Sutartis, tokio pobūdžio kompensacija nėra numatyta. Draudiko nuomone, kelionių organizatorius „Teztour“, kuris kreipėsi į turistų asistentą, turėtų atlyginti išlaidas, patirtas už minėto asmens paslaugas. Draudiko teigimu, kelionės su kelionių organizatoriumi privalumas ir yra tai, kad keliaujančiam asmeniui yra užtikrinama, kad, įvykus nelaimingam atsitikimui, jam bus suteikta reikalinga pagalba.

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 (2016 m. sausio 28 d. redakcija), 45 punktu, vartojimo ginčai Lietuvos banke nagrinėjami laikantis rungimosi, ginčų nagrinėjimo operatyvumo, koncentracijos, ekonomiško 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.

Atsižvelgiant į ginčo šalių paaiškinimus ir pateiktus įrodymus, darytina išvada, kad nagrinėjamu atveju šalių ginčas iš esmės kyla dėl draudimo išmokos dydžio ir skirtingo draudimo apsaugos sąlygų Nr. 201 „Būtinoji medicininė pagalba“ (toliau – Sąlygos) aiškinimo.

Vertinant ginčo šalių nurodytas aplinkybes, kuriomis jos remiasi kaip savo reikalavimų ir atsikirtimų pagrindu, pažymėtina, kad pareiškėja iš esmės teigia, kad jos patirtos 140 Eur išlaidos už turistų asistento suteiktas paslaugas yra tiesiogiai susijusios su draudžiamuoju įvykiu, todėl, remiantis Sąlygomis, turėtų būti draudiko taip pat atlygintos. Draudikas, nesutikdamas su pareiškėjos reikalavimu, teigia, kad kompensuoti išlaidų už kelionės palydovo paslaugas neturi teisinio pagrindo, nes jos nepriskirtinos prie medicinos paslaugų išlaidų. Remdamasis tuo, draudikas pabrėžė, kad Sąlygose, kurių pagrindu buvo sudaryta Sutartis, tokio pobūdžio kompensacija nėra numatyta.

Atsižvelgiant į pareiškėjos ginčijamą draudiko priimtą sprendimą dėl mokėtinos draudimo išmokos dydžio, pažymėtina, kad Sąlygų 201.1 papunktyje nustatyta, kad draudimo objektas yra apdraustojo išlaidos, susijusios su draudimo apsaugos galiojimo laikotarpiu ir draudimo apsaugos galiojimo teritorijoje dėl draudžiamąjo įvykio suteikta būtina medicina pagalba. Sąlygų 201.4 h papunktyje įtvirtinta, kad, įvykus draudžiamajam įvykiui, draudikas atsižvelgdamas į draudimo sumą atlygina protingas išlaidas, susijusias su būtinu ir medicinos požiūriu neatidėliotinu vežimu medicinos ar kitokiu transportu.

Lietuvos Respublikos civilinio kodekso (toliau – CK) 6.189 straipsnio 1 dalyje nurodyta, kad teisėtai sudaryta ir galiojanti sutartis jos šalims turi įstatymo galią. CK 6.156 straipsnio 1 dalyje yra įtvirtintas sutarčių laisvės principas, pagal kurį šalys turi teisę laisvai sudaryti sutartis ir savo nuožiūra nustatyti tarpusavio teises bei pareigas, jei tai neprieštarauja įstatymams.

Svarbu pažymėti, kad kelionių draudimo sutartis yra savanoriška, todėl draudikas, vadovaudamasis CK 6.156 straipsnio 1 dalies nuostatomis, tokiose sutartyse gali savo nuožiūra pasiūlyti sąlygas, susijusias su teikiama draudimo apsauga. Kasacinio teismo praktikoje yra nurodyta, kad draudimo sutartimi draudimo objektui teikiama draudimo apsauga nėra absoliuti – draudikas, prisiimdamas draudimo riziką, nustato draudimo sutartimi suteikiamos draudimo apsaugos ribas – atvejus, kada mokama draudimo išmoka, ir atvejus, kada draudikas yra atleidžiamas nuo pareigos mokėti draudimo išmoką (Lietuvos Aukščiausiojo Teismo Civilinių bylų skyriaus teisėjų kolegijos 2012 m. kovo 13 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-91/2012; 2009 m. birželio 15 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-32/2009; 2013 m. balandžio 19 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-215/2013). Sutarties sąlygos, kurios yra parengtos aiškiai ir suprantamai, neturi būti aiškinamos plečiamai, priešingu atveju būtų nepagrįstai išplečiami draudimo sutarties sudarymo metu prisiimti įsipareigojimai.

Nors sutarties aiškinimo tikslas – tikrosios šalių valios nustatymas – lemia, kad, esant lingvistinės sutarties teksto reikšmės ir šalių tikrųjų ketinimų skirtumui, pirmenybę reikia teikti šalių ketinimams, kuriuos šalys, sudarydamos sutartį, turėjo omenyje, tačiau tuo atveju, kai šalių ketinimai nesutampa, didesnę reikšmę turi sutarties tekstas, todėl svarbesnė yra sutarties teksto lingvistinė analizė, nes ji gali padėti nustatyti, kurios šalies ketinimai atitinka sutarties lingvistinę prasmę (Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2009 m. liepos 27 d. nutartis (c.b. Nr. 3K-3-261/2009); 2012 m. balandžio 4 d. nutartis (c. b. Nr. 3K-3-146/2012)). Kilus abejonių, sutarties sąlygos turi būti aiškinamos silpnesniosios sutarties šalies naudai (CK 6.193 straipsnio 4 dalis).

Kita vertus, jei sutarties, šiuo atveju – draudimo sutarties, sąlygos, tarp jų ir nustatančios draudžiamuosius ir nedraudžiamuosius įvykius, yra pakankamai aiškiai ir suprantamai išdėstytos normalių gebėjimui žmogui, tokios sąlygos neturėtų būti aiškinamos plečiamai, t. y. išskirtinai apdraustojo arba naudos gavėjo naudai, nes taip draudikas būtų priverstas mokėti draudimo išmoką dėl rizikos, kurios nepriėmė.

Pagal nagrinėjamo ginčo kontekste aktualų Sąlygų 201.4 h papunktį, draudžiamuoju įvykiu laikomos *protingos išlaidos, susijusios su būtinu ir medicininiu požiūriu neatidėliotinu vežimu medicininiu ar kitokiu transportu*. Aiškinant minėtą Sąlygų punktą, darytina išvada, kad pagal Sutartį draudžiamuoju įvykiu dėl būtiniosios medicinos pagalbos turėtų būti laikomas būtinas ir medicinos požiūriu neatidėliotinas transportavimas iki gydymo įstaigos. Kaip matyti, Sąlygos draudžiamąjo įvykio, už kurį turėtų būti mokama draudimo išmoka, kilimą sieja išimtinai su apdraustojo vežimu.

Vertinant pareiškėjos argumentus, kad reikalaujama 140 Eur papildoma draudimo išmokos dalis yra tiesiogiai susijusi su apdrausto jos sūnaus transportavimu iki gydymo įstaigos, atkreiptinas dėmesys į pareiškėjai pateiktą kelionės palydovo išduotą kvitą ir jo vertimą: „*Assistance for accompaniment and translations to emergency medical service in Olia Speciosa (7 km from Costa Rei), then to hospital in Muravera (28 km from Costa Rei) and private pediatric medical Office in Muravera with return in Costa Rei*“ (liet. „pagalba, palydinti ir teikiant vertimo paslaugas Olia Speciosa (7 km nuo Costa Rei), tada iki ligoninės Muraveroje (28 km nuo Costa Rei) ir privačiame medicinos centre Muraveroje su grįžimu į Costa Rei“). Papildomai atkreiptinas dėmesys į tai, kad pareiškėjos sūnus į gydymo įstaigas nebuvo gabenamas specialiu medicinos transportu, važiavo į ir iš gydymo įstaigų kelis kartus, nes nebuvo apžiūrėtas gydytojų, be to, buvo lydimas pareiškėjos, t. y. savo mamos.

Atsižvelgiant į tai, kas išdėstyta, yra pagrindo teigti, kad apdraustojo kelionė, lydint palydovui vertėjui, neatitinka pirmiau minėtame Sąlygų papunktyje įtvirtinto būtino ir medicinos požiūriu neatidėliotino vežimo į gydymo įstaigą medicinos ar kitokiu transportu, įvykus draudžiamajam įvykiui. Be to, kelionės palydovo išduotame kvite, patvirtinančiame pareiškėjos patirtas 140 Eur išlaidas, nurodyta, kad šios išlaidos buvo skirtos palydai iki gydymo įstaigų ir vertimo paslaugoms, o ne transportavimui apmokėti. Be to, Sutartyje nėra įtvirtintų nuostatų, kad draudžiamuoju įvykiu pripažįstamos kitos papildomos, tokios kaip palydovo ir (ar) vertėjo, suteiktos paslaugos. Todėl, įvertinus Sąlygas lingvistinės analizės metodu, negalima konstatuoti, kad, sudarydamos Sutartį, šalys būtų susitarusios draudžiamuoju įvykiu pagal būtiniosios medicinos pagalbos sąlygas laikyti ir pareiškėjos papildomai patirtas kelionės į gydymo įstaigas palydovo ir vertėjo paslaugas.

Vertinant pareiškėjos argumentų, kuriais ji grindžia draudiko atžvilgiu keliamą reikalavimą dėl papildomos draudimo išmokos dalies, atlyginančios 140 Eur išlaidas, (t. y. kad ji pati kelionių palydovo nekvieta ir jo nepažinojo), pažymėtina, kad, nesvarbu, kokios aplinkybės lemia įvykį, draudimo išmoka turi būti mokama tik įvykus draudimo sutartyje numatytiems draudžiamiesiems įvykiams draudimo sutartyje nustatytais sąlygomis ir pagal draudimo sutartimi suteikiamą draudimo apsaugą. Svarbu tai, kad pareiškėjos nurodomos aplinkybės, kuriomis jos sūnus buvo gabenamas į gydymo įstaigas, nepaneigia fakto, kad kelionės palydovo kvitas (140 Eur) buvo išrašytas už pagalbą palydinti ir teikiant vertimo paslaugas, todėl negali būti traktuojamas kaip dokumentas, patvirtinantis išlaidas, susijusias su būtinu ir medicinos požiūriu

neatidėliotinu vežimu Sąlygų 201.4 h papunkčio prasme.

Kadangi pareiškėjos reikalaujama papildoma 140 Eur draudimo išmokos dalis nepriskirtina prie draudiko Sutartimi nustatytų įsipareigojimų, darytina išvada, kad draudikui nekyla pareiga pareiškėjai išmokėti reikalaujamą papildomą draudimo išmoką. Remiantis nustatytomis aplinkybėmis, pareiškėjos reikalavimas yra atmestinas kaip nepagrįstas.

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 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 pareiškėjos I. R. reikalavimą.

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

Direktorius

Mindaugas Šalčius