



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

**SPRENDIMAS
DĖL E. IR O. K. IR IF P&C INSURANCE AS GINČO NAGRINĖJIMO**

2018 m. gegužės 30 d. Nr. 242-227

Vilnius

Lietuvos bankas gavo E. ir O. K. (toliau – pareiškėjai) kreipimąsi, kuriuo pareiškėjai prašė išnagrinėti tarp jų ir *If P&C Insurance AS*, veikiančios Lietuvoje per įsteigtą filialą, (toliau – draudikas) kilusį ginčą.

N u s t a t y t a:

2017 m. birželio 7 d. tarp draudiko ir K. K. (toliau – draudėjas) buvo sudaryta Kelionių draudimo sutartis (draudimo liudijimas Nr. (*duomenys neskelbiami*)) (toliau – draudimo sutartis), kurios neatskiriama dalis yra Kelionių draudimo taisyklės Nr. 016 (toliau – Taisyklės) ir kuria buvo apdrausti draudėjo turtiniai interesai, susiję su būtina medicina pagalba ir nelaimingais atsitikimais. Draudimo liudijime nurodytas draudimo sutarties galiojimo laikotarpis nuo 2017 m. liepos 15 d. iki 2018 m. rugpjūčio 14 d.

2017 m. rugpjūčio 29 d. pareiškėjai kreipėsi į draudiką ir nurodė, kad 2017 m. rugpjūčio 26 d. draudėjas Rusijoje buvo rastas negyvas (toliau – 2017 m. rugpjūčio 5 d. įvykis). Draudikas gautą pranešimą užregistravo duomenų sistemoje ir pradėjo administruoti žalos bylą Nr. (*duomenys neskelbiami*): nustatyta, kad draudėjas buvo rastas upėje, jo mirties priežastis neaiški, o mirties data yra (*duomenys neskelbiami*). Remdamasis surinkta informacija apie draudėjo mirtį, draudikas nusprendė pareiškėjams, kaip draudėjo įpėdiniams, išmokėti 4 500 Eur draudimo išmoką.

Pareiškėjai, nesutikdami su draudiko priimtu sprendimu, papildomai pateikė Altajaus teismo medicinos biure sudarytą Lavono tyrimo aktą ir reikalavo išmokėti visą draudimo sutartyje nustatytą sumą (9 000 Eur). Draudikas, įvertinęs papildomai pateiktus pareiškėjų duomenis, priėmė sprendimą draudimo liudijime nurodytą 9 000 Eur draudimo sumą sumažinti 20 proc. dėl nenustatytos draudėjo mirties priežasties ir pareiškėjams papildomai išmokėjo 2 700 Eur, t. y. pareiškėjams iš viso išmokėjo 7 200 Eur draudimo išmoką dėl 2017 m. rugpjūčio 5 d. įvykio. Pareiškėjai su draudiko priimtu sprendimu nesutiko, tarp šalių kilo ginčas.

Kreipimesi į Lietuvos banką dėl vartojimo ginčo nagrinėjimo pareiškėjai prašo, kad draudikas išmokėtų visą draudimo sutartyje numatytą kompensaciją dėl draudėjo mirties, t. y. pareiškėjai reikalauja, kad draudikas išmokėtų papildomą 1 800 Eur draudimo išmoką. Pareiškėjų teigimu, draudimo sutartyje yra nurodyta, kad mirties dėl nelaimingo atsitikimo atveju yra mokama 9 000 Eur draudimo išmoka. Pareiškėjai nesutinka, kad draudikas jiems išmokėjo tik 7 200 Eur, t. y. 80 proc. draudimo sutartyje numatytos sumos.

Atsiliepime į pareiškėjų kreipimąsi draudikas nurodė nesutinkąs su pareiškėjų reikalavimu ir prašo jį atmesti. Draudikas nurodo, kad Taisyklių 202.1 papunktyje yra nustatyta, kad draudimo objektas yra turtiniai interesai, susiję su nelaimingais atsitikimais. Taisyklių 202.2 papunktyje įtvirtinta, kad draudžiamuoju įvykiu laikomas draudimo sutarties galiojimo laikotarpiu ir draudimo teritorijoje apdraustojo patirtas nelaimingas atsitikimas. Taisyklių 202.3 papunktyje nurodyta, kad nelaimingas atsitikimas yra staigus netikėtas įvykis, kai prieš apdraustojo valią apdraustojo kūną iš išorės veikianti fizinė jėga (taip pat cheminis, terminis, nuodingųjų dujų ar kitoks fizinis poveikis)

pakenkia apdraustojo sveikatai ar tampa mirties priežastimi. Taisyklių 202.5 papunktyje yra nurodyti nedraudžiamieji įvykiai, už kuriuos draudimo išmoka nėra mokama. Draudiko teigimu, šiuo atveju nei draudėjo mirties priežasties, nei mirties aplinkybės nebuvo nustatytos, todėl nėra žinoma, koks konkrečiai nelaimingas atsitikimas lėmė draudėjo mirtį.

Draudikas nurodo ir tai, kad Taisyklių 63.3 papunktyje yra nustatyta, kad draudikas turi teisę mažinti draudimo išmoką arba jos nemokėti, jeigu iš draudėjo, apdraustojo ar naudos gavėjo pateiktų duomenų negalima nustatyti draudžiamojo įvykio datos, sunkumo ir aplinkybių, reikšmingų įvykiui pripažinti draudžiamuoju. Draudiko teigimu, atsižvelgiant į tarp šalių sudarytos draudimo sutarties nuostatas, darytina išvada, kad draudikas pagrįstai sumažino pareiškėjams mokėtiną draudimo išmoką, todėl pareiškėjų kreipimasis laikytinas nepagrįstu.

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

Vadovaujantis Lietuvos banko valdybos 2012 m. sausio 26 d. nutarimu Nr. 03-23 (2016 m. sausio 28 d. redakcija) patvirtintų Vartotojų ir finansų rinkos dalyvių ginčų neteisminio sprendimo procedūros Lietuvos banke taisyklių 45 punktu, vartojimo ginčai Lietuvos banke nagrinėjami laikantis rungimosi, ginčų nagrinėjimo operatyvumo, koncentracijos, ekonomiškumo ir bendradarbiavimo principų. Nagrinėdamas ginčą Lietuvos bankas atlieka pateiktų įrodymų vertinimą, kurio pagrindu priimamas sprendimas.

Atsižvelgiant į ginčo šalių paaiškinimus ir pateiktus įrodymus, darytina išvada, kad šalių ginčas kilo dėl draudiko priimto sprendimo 20 proc. sumažinti draudimo sutartyje numatytą draudimo išmoką mirties dėl nelaimingo atsitikimo atveju ir pareiškėjams išmokėti 7 200 Eur draudimo išmoką.

Pagal Lietuvos Respublikos civilinio kodekso (toliau – CK) 6.987 straipsnio 1 dalį, draudimo sutartimi draudikas įsipareigoja sumokėti draudimo išmoką tik tuomet, jeigu įvyksta įstatyme ar draudimo sutartyje nustatytas draudžiamasis įvykis, o vadovaujantis Lietuvos Respublikos draudimo įstatymo 98 straipsnio 3 dalies 1 punktu, draudikas neturi teisės išmokėti draudimo išmokos ar atsisakyti ją išmokėti, neįsitikinęs, kad draudžiamasis įvykis buvo. Pažymėtina, kad įstatyme ir konkrečiose draudimo rūšies taisyklėse nustatomos išimties, kai draudėjo patirta žala visiškai ar iš dalies nekompensuojama, dėl to, draudėjui kreipusis dėl draudimo išmokos, draudikas turi teisę jos visiškai arba iš dalies nemokėti. Tokią teisę draudikas turi nedraudžiamojo įvykio atveju, draudžiamajam įvykiui įvykus dėl įstatyme numatytos draudėjo kaltės formos, draudėjui pažeidus draudimo sutarties sąlygas, kitais nustatytais atvejais (Lietuvos Aukščiausiojo Teismo Civilinių bylų skyriaus teisėjų kolegijos 2013 m. gegužės 6 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-281/2013).

Draudimo įstatymo 98 straipsnio 8 dalyje nustatyta, kad draudikas, atsisakydamas mokėti arba sumažindamas draudimo išmoką dėl to, kad draudėjas pažeidė draudimo sutarties sąlygas, privalo atsižvelgti į draudėjo kaltę, draudimo sutarties sąlygų pažeidimo sunkumą, jo priežastinį ryšį su draudžiamuoju įvykiu, žalos, atsiradusios dėl pažeidimo, dydį.

Iš Lietuvos bankui pateiktos ginčo medžiagos matyti, kad draudėjas, sudarydamas draudimo sutartį, siekė apsaugoti savo turtinius interesus nuo būtinosios medicinos pagalbos rizikos (draudimo suma 100 000 Eur) ir draudimo nuo nelaimingų atsitikimų rizikos: mirties dėl nelaimingo atsitikimo (draudimo suma 9 000 Eur), invalidumo dėl nelaimingo atsitikimo (draudimo suma 9 000 Eur) bei traumos (draudimo suma 3 000 Eur).

Vertinant Lietuvos bankui pateiktus duomenis nustatyta, kad draudėjas 2017 m. rugpjūčio 26 d. buvo rastas negyvas Rusijoje esančioje upėje. Altajaus teismo medicinos biure, ištyrus draudėjo kūną, buvo sudarytas Lavono tyrimo aktas, kuriame nurodyta, kad „dėl toli pažengusių vėlyvųjų lavoninių reiškinių draudėjo mirties priežastis nenustatyta. Išorinių kūno sužalojimų nekonstatuota. Draudėjo lavono raumenyje rasta 0,4 promilės etilo alkoholio, tačiau toksikologinio tyrimo rezultatas lavono puvimo fone vertinamas sąlyginai, nes etilo alkoholio atsiradimui turėti įtakos galėjo lavono puvimo procesas.“ Nustatyta draudėjo mirties data – *(duomenys neskelbiami)*.

Iš Lietuvos bankui pateiktų duomenų matyti, kad pareiškėjai draudikui pateikė įrodymus ir duomenis (Altajaus teismo medicinos biuro surašytą Lavono tyrimo aktą, mirties liudijimą ir pan.), kurie patvirtino draudėjo mirties faktą, datą ir kitas nustatytas aplinkybes. Draudikas, įvertinęs visus

surinktus duomenis, 2017 m. rugpjūčio 5 d. įvykį pripažino draudžiamuoju, tačiau, vadovaudamasis Taisyklių 63.3 papunkčiu, draudimo sutartyje nustatytą 9 000 draudimo išmoką sumažino 20 procentų dėl to, kad iš pateiktų duomenų nėra galimybės nustatyti mirties priežasties ir aplinkybių. Pažymėtina, kad Taisyklių 63.3 papunktyje yra nustatyta, kad draudikas turi teisę mažinti draudimo išmoką arba jos nemokėti, jeigu iš draudėjo, apdraustojo ar naudos gavėjo pateiktų dokumentų negalima nustatyti draudžiamojo įvykio datos, sunkumo ir aplinkybių, reikšmingų įvykiui pripažinti draudžiamuoju, taip pat kai draudikui pateikti esminiai duomenys apie įvykį yra klaidinantys ir tai turi įtakos išmokos dydžiui.

Pažymėtina, kad, sutarties šalims nesutariant dėl sudarytos sutarties sąlygų turinio, jos turi būti aiškinamos pagal CK 6.193–195 straipsniuose įtvirtintas bendrąsias sutarčių aiškinimo taisykles, 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). Jeigu abejojama dėl sąvokų, kurios gali turėti kelias reikšmes, šioms sąvokoms priskiriama priimtinausia, atsižvelgiant į tos sutarties prigimtį, esmę bei jos dalyką, reikšmę. Kai abejojama dėl sutarties sąlygų, jos aiškinamos tas sąlygas pasiūliusios šalies nenaudai ir jas priėmusios šalies naudai. Visais atvejais sutarties sąlygos turi būti aiškinamos vartotojų naudai ir sutartį prisijungimo būdu sudariusios šalies naudai (CK 6.193 straipsnio 4 dalis).

Vertinant Taisyklių, kurių pagrindu ir buvo sudaryta draudimo sutartis, nuostatas, pažymėtina, kad Taisyklių skyriuje „Draudimo išmokos mokėjimo apribojimai“ (Taisyklių 62 ir 63 punktai) yra nustatyta, kada draudimo išmoka gali būti nemokama arba mažinama. Taisyklių 63 punkte yra konkretizuotos sąlygos, kada draudikas turi teisę mažinti draudimo išmoką arba jos nemokėti: kai draudėjas ar apdraustasis *nuslėpė informaciją arba pateikė neteisingus duomenis*; kai *uždelsė pranešti draudikui* apie draudžiamąjį įvykį; kai *neleidžia arba trukdo draudikui susipažinti su medicinos ar kitais su įvykiu susijusiais dokumentais*; kai *pažeidė kitas Taisyklių nuostatas* ir pan. Sistemiskai ir lingvistiškai analizuojant Taisyklių 63 punkte įtvirtintas nuostatas, darytina išvada, kad Taisyklių 63.1–63.8 papunkčiuose yra įtvirtintos sąlygos, kurios nustato draudiko teisę sumažinti draudimo išmoką arba jos nemokėti, kai draudėjas, apdraustasis ar naudos gavėjas nevykdo draudimo sutartyje nustatytų pareigų arba jas pažeidžia arba ir todėl trukdo draudikui tinkamai administruoti žalą. Vertinant Taisyklių 63.3 papunkčio nuostatas viso Taisyklių 63 punkto kontekste, darytina išvada, kad šiame papunktyje taip pat yra įtvirtinta, kad draudikas dėl draudimo sutarties pažeidimo turi teisę mažinti draudimo išmoką arba jos nemokėti. Iš Taisyklių 63.3 papunkčio konstrukcijos matyti, kad tik dėl sąmoningų draudėjo, apdraustojo ar naudos gavėjo veiksmų, t. y. dėl klaidinančių ar ne visų duomenų pateikimo, kai dėl to negalima nustatyti įvykio aplinkybių, reikšmingų įvykiui pripažinti draudžiamuoju, draudikas turi teisę sumažinti arba atsisakyti išmokėti draudimo išmoką.

Pažymėtina, kad CK 6.38 straipsnio 1 dalyje yra nustatyta, kad prievolės turi būti vykdomos sąžiningai, tinkamai, pagal įstatymų ar sutarties nurodymus, o kai tokių nurodymų nėra, – vadovaujantis protingumo kriterijais. Lietuvos banko vertinimu, draudikas, vadovaudamasis draudimo sutarties nuostatomis ir atsižvelgdamas į teisės aktuose nustatytas pareigas prievolės vykdyti sąžiningai, tinkamai ir protingai, galėjo reikalauti, kad pareiškėjai pateiktų tik tuos dokumentus ar įrodymus, kuriuos objektyviai yra įmanoma pateikti. Tačiau, Lietuvos banko vertinimu, nei draudėjas, sudarydamas draudimo sutartį, nei pareiškėjai negalėjo protingai tikėtis, kad draudikas, taikydamas Taisyklių 63.3 papunktį iš pareiškėjų reikalaus pateikti draudėjo mirties faktą ir aplinkybes patvirtinančius duomenis, kurių pareiškėjai objektyviai negali pateikti. Darytina

išvada, kad Taisyklių 63.3 papunkčio taikymas nagrinėjamu atveju neatitinka teisės aktų nuostatų, nes nei draudėjas, nei pareiškėjai objektyviai negalėjo tikėtis, kad, nepateikus duomenų apie įvykį, kurių jie objektyviai negali pateikti, bus sumažinta draudimo sutartyje nustatyta draudimo suma mirties dėl nelaimingo atsitikimo atveju.

Pažymėtina, kad draudikas, vadovaudamasis tiek pirmiau minėtų teisės aktų, tiek Taisyklių nuostatomis, siekdamas pagal Taisyklių 63.3 papunktį sumažinti draudimo išmoką, privalėjo nustatyti draudimo sutarties sąlygų pažeidimo ar netinkamo vykdymo faktą. Pagal Taisyklių 63.3 papunktį, draudikas privalėjo nustatyti, kad pareiškėjai pateikė ne visus dokumentus, kurie patvirtina draudėjo mirties priežastį ir aplinkybes, arba nustatyti, kad pateikti esminiai duomenys apie įvykį yra klaidinantys ir tai turi įtakos draudimo išmokos dydžiui. Taip pat draudikas, siekdamas sumažinti draudimo išmoką, privalėjo atsižvelgti į pareiškėjų kaltę, draudimo sutarties sąlygų pažeidimo sunkumą, jo priežastinį ryšį su draudžiamuoju įvykiu, žalos, atsiradusios dėl pažeidimo, dydį (Draudimo įstatymo 98 straipsnio 8 dalis).

Lietuvos banko vertinimu, pareiškėjai draudikui pateikė visus jų turimus duomenis, kurie galėjo patvirtinti draudėjo mirties faktą ir nustatytas aplinkybes, o draudikas nei Lietuvos bankui, nei pareiškėjams nepateikė duomenų ar paaiškinimų, kokius draudimo sutarties sąlygų pažeidimus padarė pareiškėjai. Lietuvos bankas neturi duomenų, kad tam tikrų draudėjo mirties aplinkybių nustatyti nebuvo galima dėl draudėjo ar pareiškėjų kaltės. Taip pat draudikas nepateikė jokių paaiškinimų, kurie pagrįstų sumažintos draudimo sumos dydį, t. y. nepateikė duomenų, kokiu pagrindu draudimo suma buvo sumažinta būtent 20 proc. Taigi darytina išvada, kad vien tik formalus Taisyklių 63.3 papunkčio sąlygos taikymas, nepagrindžiant sąlygoje įtvirtinto draudimo sutarties pažeidimo ir šio pažeidimo reikšmės galutiniam draudimo išmokos dydžiui, negali būti pagrindas sumažinti draudimo išmoką.

Taigi, atsižvelgiant į tarp šalių sudarytos draudimo sutarties nuostatas, darytina išvada, kad šalys, sudarydamos draudimo sutartį, nebuvo susitarusios, kad, nenustačius mirties priežasties ar aplinkybių, naudos gavėjams bus mokama mažesnė draudimo išmoka arba draudimo sutartyje nustatyta suma bus sumažinta. Apibendrinus ginčo šalių pateiktus dokumentus ir paaiškinimus, remiantis reikšmingų aplinkybių ir turimų faktinių duomenų visuma, darytina išvada, kad draudiko sprendimas pritaikyti Taisyklių 63.3 papunkčio nuostatas ir sutartyje nustatytą draudimo išmokos sumą sumažinti 20 proc. neatitinka draudimo sutartyje ir teisės aktuose įtvirtintų sąlygų, kurios reglamentuoja draudiko teisę sumažinti draudimo išmoką. Todėl draudiko priimtas sprendimas yra nepagrįstas, o pareiškėjų reikalavimas išmokėti papildomą 1 800 Eur draudimo išmoką dėl 2017 m. rugpjūčio 5 d. įvykio yra tenkintinas.

Remdamasi tuo, kas išdėstyta, ir vadovaudamasi 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 59.1 papunkčiu, n u s p r e n d ž i u:

1. Patenkinti pareiškėjų E. ir O. K. reikalavimą ir rekomenduoti *If P&C Insurance AS* išmokėti pareiškėjams papildomą 1 800 Eur draudimo išmoką dėl (*duomenys neskelbiami*) įvykio.

2. Įpareigoti draudiką per mėnesį nuo sprendimo priėmimo dienos raštu informuoti Lietuvos banką apie sprendimo rezoliucinės dalies 1-ame punkte nurodytų rekomendacijų įgyvendinimą (neįgyvendinimą). Draudikui neįvykdžius minėtų rekomendacijų, apie tai bus paskelbta Lietuvos Respublikos teisės aktų nustatyta tvarka.

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

Kredito ir mokėjimo paslaugų priežiūros skyriaus
viršininkė, pavaduojanti Finansinių paslaugų
ir rinkų priežiūros departamento direktorių

Renata Babkauskaitė