



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

**SPRENDIMAS
DĖL B. K. IR ERGO INSURANCE SE BANKO GINČO NAGRINĖJIMO**

2017 m. rugsėjo 20 d. Nr. 242-397

Vilnius

Lietuvos bankas gavo B. K. (toliau – pareiškėjas) kreipimąsi, kuriuo pareiškėjas prašė išnagrinėti tarp jo ir *ERGO Insurance SE*, veikiančios Lietuvoje per įsteigtą filialą, (toliau – draudikas) kilusį ginčą.

N u s t a t y t a:

2016 m. birželio 28 d. tarp AB „Citadele“ banko (toliau – bankas) ir draudiko buvo sudaryta kelionių draudimo sutartis (*duomenys neskelbtini*), kuria buvo apdrausti pareiškėjo, kaip mokėjimo kortelės turėtojo, turtiniai interesai, susiję su jam užsienyje netikėtai pasireiškusiomis ūmiomis ligomis ir patirtais nelaimingais atsitikimais, kelionės metu užsienyje padaryta žala pareiškėjo, kaip apdraustojo, kelionės bagažui, kelionės bagažo vėlavimu, kelionės atidėjimu ir apdraustojo padaryta žala asmeniui ar turtui.

Pareiškėjas kelionės į Vokietiją metu dėl sveikatos sutrikimo pateko į sveikatos priežiūros įstaigą, kurioje nuo 2017 m. sausio 14 d. iki 2017 m. sausio 18 d. jam buvo teikiamos sveikatos priežiūros paslaugo, už jas pareiškėjas turėjo sumokėti 1 093,39 Eur. Pareiškėjas pagal tarp banko ir draudiko sudarytos kelionių draudimo sutarties sąlygas pateikė prašymą išmokėti draudimo išmoką, atlyginančią patirtas medicinos išlaidas.

Draudikas pareiškėją 2017 m. balandžio 18 d. raštu informavo apie atsisakymą mokėti draudimo išmoką, nes apdraustuoju pagal kelionių draudimo sutartį pripažįstamas banko mokėjimo kortelėje nurodytas fizinis asmuo, kurio turtiniai interesai yra draudžiami ir kuriam nėra suėję 75 metai. Kadangi pareiškėjui 2017 m. sausio 1 d. suėjo 75 metai, draudikas nurodė, kad 2017 m. sausio 14 d. įvykio metu draudimo apsauga apdraustajam pagal kelionių draudimo sutartį negaliojo.

Pareiškėjas, nesutikdamas su draudiko sprendimu dėl 2017 m. sausio 14 d. įvykio nemokėti draudimo išmokos, kreipimesi į Lietuvos banką dėl tarp pareiškėjo ir draudiko kilusio ginčo nagrinėjimo nurodė, kad banko pareiškėjui 2017 m. balandžio 24 d. išduotame draudimo apsaugos patvirtinimo rašte buvo nurodytas draudimo laikotarpis nuo 2016 m. liepos 1 d. iki 2017 m. balandžio 30 d. (imtina). Atsižvelgdamas į tai, pareiškėjas mano, kad draudiko sprendimas dėl 2017 m. sausio 14 d. įvykio nemokėti draudimo išmokos yra nepagrįstas.

Draudikas atsiliepime į pareiškėjo kreipimąsi pateikdamas paaiškinimus dėl atsisakymo mokėti draudimo išmoką, atlyginančią dėl 2017 m. sausio 14 d. įvykio pareiškėjo patirtas medicinos išlaidas, nurodė, kad 2017 m. sausio 14 d. pareiškėjas patyrė sveikatos sutrikimą ir dėl jo buvo gydomas Vokietijos sveikatos priežiūros įstaigoje. „Draudikas atsisakė sumokėti draudimo išmoką vadovaudamasis tuo, kad pareiškėjui 2017 m. sausio 14 d. (sveikatos sutrikimo patyrimo dieną) draudimo apsauga negaliojo, nes jam buvo sukakę 75 metai (pareiškėjo gimimo data –1942 m. sausio 1 d.). Nustatytos faktinės aplinkybės taip pat pagrindžia, kad pareiškėjas išvyko į kelionę ne anksčiau kaip 2017 m. sausio 10 d., t. y. jau sukakus 75 metams (pareiškėjo sąskaitos ataskaita patvirtina, kad 2017 m. sausio 10 d. pareiškėjas pirkė prekes Šiaulių mieste).“

Atsižvelgdamas į tai, kad draudimo apsauga pagal kelionių draudimo sutartį 2017 m.

sausio 14 d. įvykio metu apdraustajam negaliojo, draudikas mano, kad sprendimas atsisakyti mokėti draudimo išmoką, atlyginančią dėl 2017 m. sausio 14 d. įvykio pareiškėjo patirtas 1 093,39 Eur medicinos išlaidas, yra teisėtas ir pagrįstas.

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. Nagrinėdamas ginčą Lietuvos bankas atlieka pateiktų įrodymų vertinimą, kurio pagrindu priimamas sprendimas.

Įvertinus pareiškėjo ir draudiko pateiktuose paaiškinimuose ir dokumentuose nurodytas aplinkybes, darytina išvada, kad šalių ginčas kilo dėl draudiko sprendimo atsisakyti mokėti draudimo išmoką, atlyginančią dėl 2017 m. sausio 14 d. įvykio pareiškėjo patirtas 1 093,39 Eur medicinos išlaidas, pagrįstumo.

Pažymėtina, kad Lietuvos Respublikos civilinio kodekso (toliau – CK) 6.189 straipsnio 1 dalyje nustatyta, jog 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 (*duomenys neskelbtini*), kuria buvo apdrausti pareiškėjo, kaip mokėjimo kortelės turėtojo, turtiniai interesai, yra savanoriška, todėl draudikas, vadovaudamasis CK 6.156 straipsnio 1 dalies nuostatomis, tokio pobūdžio sutartyse gali savo nuožiūra pasiūlyti sąlygas, susijusias su teikiamos draudimo apsaugos apimtimi. Pažymėtina, kad nuo draudimo apsaugos apimties pasirinkimo priklauso draudikui mokamo atlyginimo už prisiimtus įsipareigojimus, t. y. draudimo įmokos, dydis. 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 (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).

Vertinant pareiškėjo reikalavimą pagal kelionių draudimo sutarties (*duomenys neskelbtini*) sąlygas išmokėti draudimo išmoką, atlyginančią dėl 2017 m. sausio 14 d. įvykio patirtas medicinos išlaidas, pažymėtina, kad Banko mokėjimo kortelių kelionių draudimo individualių sąlygų (toliau – Individualios sąlygos), taikomų tarp banko ir draudiko sudarytai kelionių draudimo sutarčiai, Specialiosios dalies I skyriaus 2 punkte nustatyta, kad draudžiamaisiais įvykiais pagal medicinos išlaidų ir repatriacijos draudimo sąlygas laikomi atvejai (išskyrus nedraudžiamuosius įvykius ir neatlyginamas išlaidas), kai draudimo sutarties galiojimo metu užsienio valstybėje apdraustajam be jo valios, staiga ir netikėtai atsiranda sveikatos sutrikimas, dėl kurio apdraustasis patiria šiame individualių sąlygų skyriuje nurodytas išlaidas. Specialiosios dalies I skyriaus 6 punkte nustatyta, kad draudžiamąjį įvykių pagal medicinos išlaidų ir repatriacijos draudimo sąlygas atveju naudos gavėjas įgyja teisę į apdraustojo gydymo išlaidų atlyginimą, taip pat šiame punkte detalizuojamas apdraustojo gydymo, kurį atlyginanti draudimo išmoka mokama, jei įvykis atitinka medicinos išlaidų ir repatriacijos draudimo draudžiamąjį įvykių sąlygas, pobūdis ir jų atlyginimo apimtis.

Individualių sąlygų Bendrojoje dalyje nustatyta, kad apdraustuoju pagal kelionių draudimo sutartį (*duomenys neskelbtini*) yra banko mokėjimo kortelėje nurodytas fizinis asmuo, kurio turtiniai interesai yra draudžiami ir kuriam nėra suėję 75 metai, ir kartu su juo keliaujantys jo šeimos nariai. Šeimos nariais laikomi banko mokėjimo kortelėje nurodyto fizinio asmens sutuoktinis arba bendrai gyvenantis (neįregistravus santuokos) ir siejamas bendro ūkio ne mažiau kaip vienus metus asmuo (partneris), kuriems nėra suėję 75 metai, vaikai (įvaikiai) ir partnerio

vaikai (jeigu jų nėra įsivaikinęs kortelės turėtojas), kuriems nėra suėję 19 metų. Taip pat šeimos nariais yra laikomi vaikai (įvaikiai), kuriems nėra suėję 24 metai, jeigu jie mokosi vidurinės, aukštosios ar profesinės mokyklos dieniniame skyriuje.

Nagrinėjamu atveju šalių ginčo, kad pareiškėjui 2017 m. sausio 1 d. suėjo 75 metai, nėra. Kaip minėta, pareiškėjas dėl kelionės į Vokietiją metu patirto sveikatos sutrikimo į sveikatos priežiūros įstaigą kreipėsi 2017 m. sausio 14 d., t. y. jau pareiškėjui suėjus 75 metams. Atsižvelgiant į tai, darytina išvada, kad 2017 m. sausio 14 d. įvykio metu pareiškėjas neatitiko Individualių sąlygų Bendrojoje dalyje nustatytos apdraustojo pagal kelionių draudimo sutartį (*duomenys neskelbtini*) sąlygos.

Remiantis Lietuvos Respublikos draudimo įstatymo 2 straipsnio 1 dalimi, pažymėtina, kad apdraustuoju pripažintinas draudimo sutartyje nurodytas fizinis asmuo, kurio gyvenime atsitikus draudžiamajam įvykiui draudikas privalo mokėti draudimo išmoką. Atsižvelgiant į tai, kad, įvykus 2017 m. sausio 14 d. draudžiamajam įvykiui, pareiškėjas neatitiko kelionių draudimo sutartyje (*duomenys neskelbtini*) įtvirtintos apdraustojo sąvokos, darytina išvada, kad draudikui nekyla pareiga mokėti draudimo išmoką, atlyginančią dėl 2017 m. sausio 14 d. įvykio pareiškėjo patirtas 1 093,39 Eur medicinos išlaidas, todėl pareiškėjo draudiko atžvilgiu keliamas reikalavimas išmokėti draudimo išmoką pagal kelionių draudimo sutartį (*duomenys neskelbtini*) yra atmestinas kaip neatitinkantis draudimo sutarties sąlygų.

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 B. K. 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