



**LIETUVOS BANKAS
TEISĖS IR LICENCIJAVIMO DEPARTAMENTO
DIREKTORIUS**

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

2023-06-01 Nr. 429-332
Vilnius

Lietuvos bankas gavo X. X. (toliau – pareiškėja) atstovaujancio teisininko Y. Y. (toliau – pareiškėjos atstovas) kreipimąsi, kuriuo prašoma išnagrinėti tarp pareiškėjos ir AB „Lietuvos draudimas“ (toliau – draudikas) kilusį ginčą.

N u s t a t y t a:

2022 m. vasario 17 d. – 2023 m. vasario 16 d. draudimo laikotarpiui tarp pareiškėjos ir draudiko buvo sudaryta Asmens draudimo sutartis (draudimo liudijimo Nr. *(duomenys neskelbtini)*) (toliau – Draudimo sutartis). Draudimo sutartis buvo sudaryta pagal Asmens draudimo taisykles Nr. 69 (2021 m. gegužės 18 d. redakcija, galioja nuo 2021 m. birželio 16 d.) (toliau – Taisyklės).

Pareiškėja draudikui pateikė prašymą pagal Draudimo sutartį išmokėti draudimo išmoką dėl 2022 m. gegužės 30 d. diagnozuotos kritinės ligos „*(duomenys neskelbtini)*“ (toliau – Įvykis). Draudikas 2022 m. liepos 7 d. raštu pareiškėją informavo apie atsisakymą mokėti draudimo išmoką. Draudikas nurodė, kad Draudimo sutartimi nebuvo apdrausta „kritinių ligų“ draudimo rizika, todėl draudimo išmoka dėl diagnozuotos kritinės ligos negali būti mokama.

Pareiškėjos atstovas kreipimesi į Lietuvos banką nurodė, kad Draudimo sutarties sąlygos buvo derinamos pareiškėjos pokalbio su draudiko darbuotoja telefonu metu. Pareiškėjos atstovo teigimu, draudiko darbuotoja pareiškėjai nurodė, kad galios maksimali draudimo apsauga. Atsižvelgdamas į tai, pareiškėjos atstovas teigė, jog pareiškėja negalėjo tikėtis, kad Draudimo sutartimi nebuvo apdraustos visos draudimo rizikos.

Pareiškėjos atstovas pabrėžė, kad pareiškėja elektroniniu paštu gavusi Draudimo sutartį ir susipažinusi su sutartyje įtvirtintomis sąlygomis, laikė, jog jai galioja visa draudimo apsauga, įskaitant ir kritines ligas. Pareiškėjos atstovas taip pat nurodė, kad pokalbio su draudiko darbuotoja telefonu metu pareiškėja buvo nurodžiusi, kad pageidauja draudimo apsaugos nuo visų draudimo rizikų.

Be to, pareiškėjos atstovas teigė, kad draudimo liudijime buvo nurodyta, kad už „kritinių ligų“ draudimo rizikai teikiama draudimo apsauga turi būti mokama 28,60 Eur draudimo įmoka. Pareiškėjos atstovas nurodė, kad draudikas dėl aplaidumo sutartyje nebuvo uždėjęs tam tikrų žymų ir įrašų prie kritinių ligų skilties. Pareiškėjos atstovas nurodė, kad pagal pareiškėjai suteiktą ikisutartinę informaciją jai buvo suformuotas lūkestis dėl draudimo apsaugos „kritinių ligų“ draudimo rizikai galiojimo. Todėl pareiškėja neturėjo galimybės prašyti draudiko pakeisti Draudimo sutarties sąlygas, susitarant dėl platesnės draudimo apsaugos teikimo.

Remdamasis nurodytomis aplinkybėmis, pareiškėjos atstovas draudikui kėlė reikalavimą Įvykį pripažinti draudžiamuoju ir pareiškėjai dėl Įvykio išmokėti draudimo išmoką. Pareiškėjos atstovas taip pat nurodė, kad draudikui dėl netinkamo sutartinių pareigų vykdymo kyla sutartinė atsakomybė ir pareiga pareiškėjai atlyginti neturtinę žalą. Pareiškėjos atstovo teigimu, draudiko neteisėti veiksmai, neišmokant draudimo išmokos ir Draudimo sutartyje įtvirtinant pareiškėjai nepalankias Draudimo sutarties sąlygas, kurių pareiškėja negalėjo keisti, lėmė pareiškėjos patirtus didelius išgyvenimus, pažeminimą ir nepatogumus.

Pareiškėjos atstovas nurodė, kad draudikas prieš Draudimo sutarties sudarymą privalėjo pareiškėją informuoti, kad Draudimo sutartimi draudimo apsauga bus teikiama ne nuo visų galimų apdrausti draudimo rizikų. Tačiau draudikas, elgdamasis tyčia ir itin aplaidžiai, to nepadarė. Remdamasis nurodytomis aplinkybėmis, pareiškėjos atstovas teigė, kad pareiškėja

dėl draudiko neteisėtų veiksmų patyrė 9 000 Eur neturtinę žalą, kurią draudikas turi atlyginti. Be to, pareiškėjos atstovas draudikui kėlė reikalavimą atlyginti pareiškėjos patirtas 4 283,40 Eur atstovavimo išlaidas.

Draudikas pateiktame atsiliepime į pareiškėjos atstovo kreipimąsi nurodė, kad „telefoninio pokalbio metu nebuvo kalbama apie maksimalią apsaugą ar maksimalų variantą: klientei, atsižvelgiant į pokalbio pradžioje pateiktą poreikį, buvo siūlomos rizikos, nuo kurių būtų galima draustis ir tikslinamasi, ar pasiūlytos sąlygos yra tinkamos. Telefoninio pokalbio pabaigoje paklausus, ar visos išaiškintos draudimo sąlygos yra tinkamos, pareiškėja atsakė teigiamai ir nepageidavo į draudimo apsaugą įtraukti kritinių ligų“.

Draudikas taip pat nurodė, kad prieš Draudimo sutarties sudarymą pareiškėjai buvo tinkamai įteikti draudimo dokumentai. „Pagal draudimo dokumentuose įtvirtintą informaciją pareiškėja aiškiai galėjo matyti, kad draudimo apsaugos dėl kritinių ligų draudimo variantas draudimo sutartimi nebuvo pasirinktas“. Draudikas pabrėžė, kad vartotojo statusas nesuteikia jokių papildomų privilegijų nevykdyti ikisutartinių ar sutartinių pareigų, jeigu visa informacija buvo pateikta tinkamai ir laiku, aiškiai bei suprantamai, į pareiškėjai kilusius klausimus buvo atsakyta.

Draudikas taip pat nurodė, kad pareiškėja turėjo susipažinti su jai prieš Draudimo sutarties sudarymą siūstais draudimo dokumentais. Jei minėtuose dokumentuose nurodyta draudimo apsaugos apimtis neatitiko pareiškėjos poreikių, pareiškėja turėjo galimybę kreiptis dėl draudimo pasiūlyme nurodytų sąlygų koregavimo. Be to, draudikas nurodė, kad pareiškėjai prieš Draudimo sutarties sudarymą išsiųstame Draudimo produkto informaciniame dokumente buvo nurodyta galimybė atsisakyti sutarties, tačiau pareiškėja nei viena iš šių galimybių nepasinaudojo.

Remdamasis nurodytomis aplinkybėmis, draudikas pabrėžė, kad jis tinkamai atliko iš Draudimo sutarties kylančias pareigas, todėl jam keliami reikalavimai yra nepagrįsti.

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, (toliau – Neteisminio sprendimo procedūros taisyklės) 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 ir jo pagrindu priimamas sprendimas.

Atsižvelgiant į ginčo šalių nurodytas aplinkybes ir pateiktus įrodymus, darytina išvada, kad šalių ginčas kilo dėl draudiko sprendimo atsisakyti dėl įvykio mokėti draudimo išmoką ir keliamo reikalavimo dėl neturtinės žalos atlyginimo pagrįstumo.

Siekiant išspręsti tarp šalių kilusį ginčą, Lietuvos banko nuomone, būtina įvertinti: 1) Draudimo rizikų draudimo sąlygų pareiškėjai atskleidimo ir „kritinių ligų“ draudimo rizikos sąlygų taikymo aplinkybes; 2) draudikui keliamų reikalavimų atlyginti 9 000 Eur neturtinę žalą pagrįstumą ir 3) draudikui keliamo reikalavimo atlyginti pareiškėjos patirtas 4 283,40 Eur atstovavimo išlaidas pagrįstumą.

1. Dėl apdraustų draudimo rizikų sąlygų pareiškėjai atskleidimo ir „kritinių ligų“ draudimo rizikos sąlygų taikymo

Vertinant pareiškėjos draudikui keliamą reikalavimą dėl susirgimo kritine liga taikyti „kritinių ligų“ draudimo rizikos draudimo apsaugos sąlygas ir dėl įvykio pareiškėjai išmokėti draudimo išmoką, visų pirma, reikalinga įvertinti Draudimo sutarties sudarymo aplinkybes.

Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad Draudimo sutartis buvo sudaroma, naudojantis ryšio priemone. Draudimo sutarties sąlygos buvo derinamos tarp pareiškėjos ir draudiko darbuotojos 2022 m. vasario 10 d. vykusio pokalbio telefonu metu.

Remiantis minėto pokalbio įrašo duomenimis, nustatyta, kad pareiškėja draudiko darbuotojai nurodė pageidaujanti apdrausti savo dukrą. Draudiko darbuotojai pasiteiravus, ar yra pageidaujama sudaryti nelaimingų atsitikimų draudimo sutartį, pareiškėja patvirtino, jog jos poreikis yra turėti nelaimingų atsitikimų draudimo apsaugą.

Pareiškėja taip pat nurodė, kad yra sudariusi nelaimingų atsitikimų draudimo sutartį kitoje draudimo įmonėje, tačiau, įvykus nelaimingam atsitikimui, jai draudimo išmoka buvo išmokėta tik už traumos padarinius. Pareiškėja nurodė, kad ji pageidauja papildomų draudimo rizikų

draudimo apsaugos, pareiškėjai esant nedarbingai dėl traumos metu patirto nelaimingo atsitikimo.

Remdamasi draudimo rizikos vertinimui reikšminga ikisutartine informacija, draudiko darbuotoja teiravosi pareiškėjos, ar jai yra reikalinga draudimo apsauga: „jeigu patiriate traumą ir kad gautumėte išmoką už tas dienas, kai būnate nedarbingume?“. Gavusi teigiamą pareiškėjos atsakymą, draudiko darbuotoja pareiškėjai pasiūlė pasirinkti „dienpinigių“ draudimo rizikos draudimo apsaugą.

Pareiškėja kartu su draudiko darbuotoja taip pat derino ir kitas draudimo pasiūlyme galimas nustatyti draudimo rizikų draudimo apsaugos (įskaitant ir draudimo sumų pasirinktoms draudimo rizikoms nustatymą) sąlygas. Draudiko darbuotoja pareiškėjai siūlydama draudimo pasiūlyme galimas nurodyti Draudimo sutarties sąlygas taip pat pasiūlė pareiškėjai apsidrausti nuo infekcinių ligų (kurios Taisyklėse ir Draudimo sutartyje įvardijamos, kaip „papildomos ligos“).

Draudiko darbuotoja pokalbio su pareiškėja metu net keletą kartų pareiškėjai akcentavo, kad sudaroma Draudimo sutartis yra skirta turtiniams interesams, susijusiems su pareiškėjos galima patirti trauma, apsaugoti. Atsižvelgdama į pareiškėjos pageidavimą turėti draudimo apsaugą, susijusią su pareiškėjos nedarbingumu dėl traumos, draudiko darbuotoja pareiškėjai nurodė, kad draudimo išmoka pareiškėjos nedarbingumo laikotarpiu būtų mokama tik tuo atveju, kai pareiškėja yra nedarbinga dėl traumos, o ne dėl susirgimo konkrečia liga.

Nors pareiškėjos atstovas prašyme nagrinėti ginčą teigė, kad draudiko darbuotoja pareiškėjai nurodė, kad Draudimo sutartis yra sudaroma pagal „visų rizikų“ draudimo sąlygas, tačiau draudiko darbuotojos pokalbio su pareiškėja telefonu duomenys negali patvirtinti, kad draudiko darbuotoja pareiškėjai būtų nurodžiusi aplinkybes, kad pareiškėjai siūloma Draudimo sutartimi apdrausti visas galimas draudimo rizikas.

Pareiškėjos atstovas taip pat teigė, kad pareiškėja draudiko darbuotojai telefonu buvo nurodžiusi, jog pageidauja sudaryti Draudimo sutartį, apdrausdama visas draudimo rizikas. Be to, pareiškėjos atstovo teigimu, pareiškėja draudiko darbuotojai buvo išreiškusi pageidavimą sudaryti draudimo sutartį, kuria būtų apdrausta „kritinių ligų“ draudimo rizika.

Tačiau, įvertinus pareiškėjos ir draudiko darbuotojos pokalbio duomenis, nustatyta, kad, priešingai nei nurodė pareiškėjos atstovas, pareiškėja nebuvo nurodžiusi jokių aplinkybių, kurios būtų suteikusios pagrindą draudiko darbuotojai spręsti, kad pareiškėja pageidauja ir „kritinių ligų“ draudimo rizikos draudimo apsaugos.

Remiantis pareiškėjos ir draudiko darbuotojos pokalbio įrašo duomenimis, nustatyta, kad draudiko darbuotoja pareiškėjos taip pat teiravosi apie jos sveikatos būklę, galimus susirgimus ir kt. Tačiau pareiškėja draudiko darbuotojai nurodė, kad jokių sveikatos būklės pakitimų neturi ir nenurodė jokios kitos informacijos, kuri leistų spręsti apie pareiškėjos poreikį turėti draudimo apsaugą ne tik dėl staiga ir netikėtai galinčių atsirasti infekcinių ligų, tačiau ir dėl kitų susirgimų, dėl kurių, atsižvelgiant į pareiškėjos sveikatos būklę iki Draudimo sutarties sudarymo, pareiškėjai galėtų būti aktualus „kritinių ligų“ draudimo rizikos draudimo apsaugos galiojimas.

Atsižvelgiant į tai, darytina išvada, kad pareiškėjai draudiko suteikta ikisutartinė informacija aiškiai atskleidė sudaromos Draudimo sutarties ir draudžiamų draudimo rizikų pobūdį ir draudimo apsaugos, susijusios su nelaimingais atsitikimais, sąlygas, o pareiškėjos atstovo nurodytos aplinkybės apie pareiškėjos draudiko darbuotojai nurodytą ketinimą apdrausti visas draudimo rizikas (įskaitant ir „kritinių ligų“ draudimo riziką) yra nepagrįstos.

Vertinant pareiškėjos atstovo draudikui keliamą reikalavimą įvykiui taikyti „kritinių ligų“ draudimo rizikos draudimo apsaugą, taip pat reikšminga įvertinti, ar pareiškėja buvo tinkamai supažindinta su Draudimo sutarties sąlygomis ir ar pagal pareiškėjai pateiktuose draudimo dokumentuose nurodytą informaciją ji galėjo priimti informacija pagrįstą sprendimą apie draudiko siūlomos draudimo apsaugos jai tinkamumą.

Lietuvos bankui draudiko pateikti įrodymai patvirtina, kad iš karto po vykusio pokalbio telefonu draudiko darbuotoja pareiškėjai elektroniniu paštu išsiuntė Taisyklių kopiją ir Draudimo produktų informacinio dokumento kopiją. Taip pat pareiškėjos pokalbio su draudiko darbuotoja metu pareiškėja buvo informuota apie draudimo dokumentų pareiškėjos savitarnos sistemoje patalpimą.

Pareiškėjos atstovas neginčijo minėtų pokalbio su pareiškėja duomenų ir nenurodė aplinkybių, kad prieš Draudimo sutarties sudarymą pareiškėjai nebuvo pateikti draudimo dokumentai. Todėl, remiantis Lietuvos bankui pateiktais įrodymais, darytina išvada, kad pareiškėja prieš Draudimo sutarties sudarymą buvo tinkamai supažindinta su jai siūlomomis draudimo apsaugos sąlygomis.

Pažymėtina, kad Taisyklėse įtvirtintame „Papildomų ligų draudimo variante“ yra išvardintos minėtu draudimo variantu apdraustos ligos. Taisyklėse yra pateiktas šiuo draudimo variantu galimų apdrausti 14 ligų sąrašas. Prieš Draudimo sutarties sudarymą tarp pareiškėjos ir draudiko darbuotojos vykusio pokalbio telefonu duomenys patvirtina, kad draudiko darbuotoja pareiškėjai net keletą kartų nurodė, kad, pasirinkus „Papildomų ligų draudimo variantą“, draudimo apsauga yra suteikiama dėl 14 ligų.

Be to, draudiko darbuotoja išvardino keletą minėtu draudimo variantu draudžiamų ligų pavyzdžius (t. y. draudiko darbuotoja pareiškėjai nurodė, kad minėtu draudimo variantu yra draudžiama nuo Laimo ligos, erkinio encefalito, ūminio apendicito, salmoneliozės ir kt.) ir pateikė paaiškinimus apie tokių ligų atsiradimo priežastis bei jų pobūdį.

Taip pat pareiškėjai buvo aiškiai nurodyta, kad į minėtą draudžiamų 14 ligų sąrašą nepatenka kritinės ligos, pateikiant paaiškinimus, kas yra priskirtina kritinėms ligoms ir pateikiant pavyzdį, kad liga „vėžys“ (kuri nurodyta Taisyklėse įtvirtintose „kritinių ligų draudimo varianto“ sąlygose) patektų į kritinių ligų sąrašą. Pareiškėja aiškiai patvirtino, kad draudimo pasiūlymas dėl 14 ligų infekcinių ligų (t. y. neįtraukiant į draudimo pasiūlymą kritinių ligų) draudimo jai yra tinkamas.

Be to, pažymėtina, kad pareiškėjai prieš Draudimo sutarties sudarymą elektroniniu paštu išsiųstame Draudimo produkto informaciniame dokumente (kaip ir Taisyklėse) labai aiškiai ir konkrečiai buvo išvardintos Taisyklėse nurodytos „kritinės ligos“ ir „papildomos ligos“. Todėl nėra pagrindo teigti, kad pareiškėjai galėjo būti sudėtinga suprasti draudiko siūlomas Draudimo sutarties sąlygas ir kad pareiškėjai nebuvo sudarytos galimybės susipažinti su Taisyklėse nurodytu „kritinių ligų“ sąrašu bei prašyti draudimo pasiūlymą papildyti „kritinių ligų“ draudimo rizikos draudimo sąlygomis.

Svarbu pažymėti, kad nuo draudimo pasiūlymo parengimo ir jo pateikimo pareiškėjai iki Draudimo sutarties sudarymo buvo nustatytas 7 dienų laikotarpis. Atsižvelgiant į tai, darytina išvada, kad pareiškėjai buvo suteiktas pakankamas laiko tarpas, per kurį pareiškėja galėjo įvertinti jai siūlomas Draudimo sutarties sąlygas (įskaitant ir Taisyklių, kurios yra sudėtinė Draudimo sutarties dalis, sąlygų įvertinimą, Taisyklių sąlygas įvertinant kartu su draudiko darbuotojos pokalbio telefonu metu pateikta ikisutartine informacija apie siūlomos draudimo apsaugos apimtį).

Tuo atveju, jei siūloma Draudimo sutartis būtų neatitikusi pareiškėjos poreikių, pareiškėja turėjo galimybę kreiptis į draudiką dėl draudimo pasiūlyme įtvirtintų sąlygų koregavimo, siūlomos draudimo apsaugos praplėtimo ir pan. Tačiau pareiškėja po draudimo dokumentų gavimo nesikreipė į draudiką dėl galimo draudimo sutarties sąlygų tikslinimo.

Kadangi pokalbio su draudiko darbuotoja metu pareiškėja patvirtino sutikimą su jai pasiūlytomis Draudimo sutarties sąlygomis, todėl nėra pagrindo teigti, kad draudimo pasiūlyme nurodytos sąlygos, kuriose nebuvo įtraukta „kritinių ligų“ draudimo rizikos draudimo apsauga, pareiškėjai buvo netinkamos.

Remiantis pareiškėjai pateikto draudimo liudijimo duomenimis, nustatyta, kad draudimo liudijimo formoje yra nurodytos visos galimos apdrausti draudimo rizikos, prie pasirinktų draudimo rizikų nurodant tarp pareiškėjos ir draudiko darbuotojos vykusio pokalbio telefonu metu sutartas pasirinktų draudimo rizikų draudimo sumas. Prie išvardintų draudimo rizikų (kurių sąlygos yra detalizuotos Taisyklėse ir dėl kurių draudimo sutarties šalys gali susitarti), kurios nebuvo apdraustos, yra nurodyta – „Nepasirinkta“.

Pažymėtina, kad prie vartojimo ginčui aktualios „kritinių ligų“ draudimo rizikos taip pat buvo aiškiai nurodyta, kad draudimo apsaugos šiai draudimo rizikai teikimas nebuvo pasirinktas. Aplinkybę, kad pareiškėja aiškiai turėjo suprasti, jog „kritinių ligų“ draudimo rizikos draudimo apsauga nebuvo pasirinkta, patvirtina ir duomenys, kad be šios draudimo rizikos nebuvo pasirinktos dar septynios galimos drausti draudimo rizikos (t. y. „kritinių ligų“ draudimo rizika nebuvo vienintelė galima drausti draudimo rizika, kuriai draudimo apsaugos galiojimo sąlygos nebuvo nurodytos draudimo liudijime).

Kadangi be „kritinių ligų“ draudimo rizikos draudimo apsaugos pareiškėja nepasirinko ir daugiau galimų drausti draudimo rizikų draudimo apsaugos sąlygų, todėl taip pat negali būti laikomos pagrįstomis ir pareiškėjos atstovo nurodytos aplinkybės, kad „kritinių ligų“ draudimo rizikos draudimo apsaugos sąlygos draudimo liudijime galėjo būti nenurodytos dėl draudiko aplaidumo. Be to, atsižvelgiant į tai, kad pareiškėja su draudiko darbuotoja nederino „kritinių ligų“ draudimo sumos, todėl ji negalėjo turėti lūkesčio, kad „kritinių ligų“ draudimo rizikai draudimo apsauga yra teikiama.

Pareiškėjos atstovas taip pat nurodė, kad „kritinių ligų“ draudimo rizikos draudimo aplinkybes patvirtina draudimo liudijime nurodytos už „asmens draudimo nuo ligos arba darbingumo netekimo“ draudimo apsaugą mokamos 28,60 Eur draudimo įmokos dydis. Tačiau, draudimo liudijime aiškiai nurodyta, kad „kritinių ligų“ draudimo apsauga nėra teikiama (ji nėra pasirinkta), tačiau nurodyta, kad yra pasirinkta „papildomų ligų“ draudimo apsauga (nurodant sutartos minėtos draudimo rizikos 1000 Eur draudimo sumos dydį).

Pažymėtina, kad draudimo įmoka yra mokama už teikiamą draudimo apsaugą¹. Todėl draudimo liudijimo duomenys patvirtina, kad 28,60 Eur draudimo įmokos dydis buvo nustatytas už Draudimo sutarties šalių sutartą „papildomų ligų“ draudimo rizikai teikiamą draudimo apsaugą.

Atsižvelgiant į tai, nėra pagrindo pagrįstomis laikyti pareiškėjos atstovo nurodytų aplinkybių, kad už draudimo liudijime nurodytą nepasirinktą „kritinių ligų“ draudimo rizikos draudimo apsaugą buvo mokama 28,60 Eur draudimo liudijime nurodyta draudimo įmoka. Taip pat nepagrįstomis pripažintinos ir pareiškėjos atstovo nurodytos aplinkybės, kad draudimo liudijimo duomenys yra klaidinantys ir suteikiantys pareiškėjai lūkestį dėl platesnės draudimo apsaugos teikimo.

Apibendrinant Lietuvos banko nustatytas aplinkybes, darytina išvada, kad pareiškėjos atstovo keliamas reikalavimas taikyti nepasirinktos „kritinių ligų“ draudimo rizikos draudimo apsaugą ir pareiškėjai dėl įvykio išmokėti draudimo išmoką yra nepagrįstas.

2. Dėl draudikui keliamo reikalavimo atlyginti neturtinę žalą pagrįstumo

Lietuvos Respublikos civilinio kodekso (toliau – 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)².

Pažymėtina, kad civilinė atsakomybė yra dviejų rūšių: sutartinė ir deliktinė (CK 6.245 straipsnio 2 dalis). Sutartinė civilinė atsakomybė yra turtinė prievolė, kuri atsiranda dėl to, kad neįvykdoma ar netinkamai įvykdoma sutartis, kurios viena šalis turi teisę reikalauti nuostolių atlyginimo ar netesybų (sumokėti baudą, delspinigius), o kita šalis privalo atlyginti dėl sutarties neįvykdymo ar netinkamo įvykdymo padarytus nuostolius arba sumokėti netesybas (baudą, delspinigius).

Pareiškėjos atstovo reikalavimas dėl neturtinės žalos pareiškėjai atlyginimo yra susijęs būtent su civilinės sutartinės atsakomybės taikymu. Atsižvelgiant į tai, pažymėtina, kad nagrinėjamu atveju reikšminga aplinkybe yra pripažinti duomenys, kad tarp pareiškėjos ir draudiko buvo sudaryta savanoriško pobūdžio draudimo sutartis.

Kasacinis teismas, pateikdamas išaiškinimus dėl savanoriškojo draudimo apimties, konstatavo, 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 žala³.

Pažymėtina, kad nei draudimo liudijime, nei Taisyklėse nėra nustatyta Draudimo sutarties šalių teisė į neturtinės žalos atlyginimą, draudikui netinkamai įvykdžius iš Draudimo sutarties

¹ Lietuvos Respublikos draudimo įstatymo 2 straipsnio 12 dalis, Lietuvos Respublikos civilinio kodekso 6.1004 straipsnio 1 dalis.

² Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2006 m. birželio 12 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-394/2006.

³ Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2012 m. birželio 8 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-300/2012 (S).

kylančius įsipareigojimus. Todėl neturtinę žalą atlyginanti draudimo išmoka pagal Draudimo sutarties sąlygas pareiškėjai negalėtų būti mokama.

Be to, pažymėtina, kad nors kreipimesi į Lietuvos banką nurodoma, kad pareiškėja, kaip draudėja, patyrė neturtinę žalą dėl draudiko iš Draudimo sutarties kylančių pareigų netinkamo vykdymo (įskaitant ir pareigos draudėjui suteikti išsamią ikisutartinę informaciją vykdymą), tačiau, kaip minėta, įvertinus Draudimo sutarties sudarymo ir vykdymo aplinkybes, nebuvo nustatyta, kad draudikas pareiškėjai nesuteikė visos ikisutartinės informacijos, suklaidino pareiškėją dėl draudimo apsaugos apimties ar nepagrįstai atsisakė pareiškėjai išmokėti draudimo išmoką dėl įvykio.

Pareiškėjos atstovas teigė, kad dėl draudiko Draudimo sutarties sudarymo ir vykdymo veiksmų pareiškėja patyrė didelius išgyvenimus, pažeminimą ir nepatogumus. Tačiau Lietuvos bankui pateikti įrodymai negali pagrįsti draudiko veiksmų neteisėtumo. Todėl nagrinėjamu atveju nėra pagrindo teigti, kad pareiškėja, kaip draudėja, dėl draudiko veiksmų patyrė fizinį skausmą, dvasinius išgyvenimus, nepatogumus, dvasinį sukrėtimą, emocinę depresiją, pažeminimą, reputacijos pablogėjimą ir pan.

Lietuvos bankui pateikti įrodymai taip pat negali patvirtinti, kad reikalaujama neturtinė žala pareiškėjai turi būti atlyginta dėl to, kad ji 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.

Todėl, apibendrinant nustatytas aplinkybes dėl pareiškėjos atstovo draudikui keliamo reikalavimo pareiškėjai atlyginti neturtinę žalą pagrįstumo, darytina išvada, kad aplinkybės, jog draudiko neteisėtais veiksmais pareiškėjai buvo padaryta žala yra neįrodytos. Atsižvelgiant į tai, draudikui keliamas reikalavimas dėl neturtinės žalos atlyginimo taip pat yra atmestinas, kaip nepagrįstas.

3. Dėl reikalavimo atlyginti pareiškėjos patirtas 4 283,40 Eur atstovavimo išlaidas pagrįstumo

Neteisminio sprendimo procedūros taisyklių 62.2 papunktyje nustatyta, kad, priimdamas sprendimą dėl ginčo esmės, Lietuvos bankas sprendžia dėl vartotojo patirtų išlaidų, susijusių su vartojimo ginčų neteisminio sprendimo procedūra (įskaitant būtinas advokato ar advokato padėjėjo paslaugų išlaidas), atlyginimo proporcingai *patenkintų* vartotojo reikalavimų daliai.

Konstatavus, kad pareiškėjos atstovo draudikui keliami reikalavimai išmokėti draudimo išmoką ir atlyginti neturtinę žalą nėra tenkinami, nėra pagrindo tenkinti pareiškėjos atstovo draudikui keliamo reikalavimo dėl pareiškėjos patirtų atstovavimo išlaidų atlyginimo.

Todėl draudikui keliamas reikalavimas atlyginti pareiškėjos patirtas 4 283,40 Eur atstovavimo išlaidas atmestinas.

Remdamasi tuo, kas išdėstyta, ir vadovaudamasi 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 pareiškėjos X. X. reikalavimus.

Lietuvos banko sprendimas dėl ginčo esmės yra rekomendacinio pobūdžio ir teismui neskundžiamas. Vartotojui ir finansų rinkos dalyviui išlieka teisė dėl tapataus ginčo dalyko 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. Ginčo šalys turi pareigą pranešti Lietuvos bankui, jeigu viena iš ginčo šalių pareiškia ieškinį bendrosios kompetencijos teismui prašydama nagrinėti tapatų ginčą iš esmės.