



**LIETUVOS BANKO
TEISĖS IR LICENCIJAVIMO DEPARTAMENTO
DIREKTORIUS**

**SPRENDIMAS
DĖL X. X. IR ERGO LIFE INSURANCE SE GINČO NAGRINĖJIMO**

2024-11-14 Nr. 429-231
Vilnius

Lietuvos bankas gavo X. X. (toliau – pareiškėja) kreipimąsi, kuriuo pareiškėja prašė išnagrinėti tarp jos ir ERGO Life Insurance SE, veikiančios Lietuvoje per įsteigtą filialą, (toliau – draudikas) kilusį ginčą.

N u s t a t y t a:

2006 m. liepos 1 d. – 2023 m. birželio 30 d. draudimo laikotarpiui tarp pareiškėjos ir draudiko buvo sudaryta Kaupiamąjo gyvybės draudimo sutartis (draudimo liudijimo Nr. (*duomenys neskelbtini*)) (toliau – Draudimo sutartis), kurios draudimo objektas – apdraustojo gyvybė ir kapitalo kaupimas. Draudimo sutartimi taip pat 2014 m. vasario 21 d. buvo papildomai susitarta dėl nelaimingų atsitikimų draudimo sąlygų pagal Papildomo draudimo nuo nelaimingų atsitikimų taisyklės Nr. 012¹ (toliau – Taisyklės) taikymo.

Pareiškėja draudikui pateikė pranešimą apie 2024 m. birželio 29 d. įvykusį nelaimingą atsitikimą, dėl kurio pareiškėjai buvo nustatyta diagnozė – (*duomenys neskelbtini*) (toliau – Įvykis). Draudikas 2024 m. liepos 16 d. pareiškėją informavo priėmęs sprendimą išmokėti pagal Draudimo sutarties sąlygas apskaičiuotą 125 Eur draudimo išmoką.

Pareiškėja, nesutikdama su draudiko išmokėtos draudimo išmokos dydžiu, pretenzijoje draudikui ir kreipimesi į Lietuvos banką nurodė, kad draudikas neatsižvelgė į traumos ir jos padarinių gydymo sudėtingumą. Pareiškėjos teigimu, draudikas, nustatydamas draudimo išmokos dydį, nevertino „gydžiusių medikų išvadų, konsultacijų, tolimesnių imobilizacijų, reabilitacijų“.

Pareiškėja taip pat nurodė, kad (*duomenys neskelbtini*). Remdamasi nurodytomis aplinkybėmis, pareiškėja teigė, kad draudiko išmokėta draudimo išmoka neatitinka „patirtos traumos su pooperacinėmis komplikacijomis dydžio“.

Draudikas atsakyme į pareiškėjos pretenziją ir atsiliepime į pareiškėjos prašymą nagrinėti vartojimo ginčą nurodė, kad draudimo išmoka apskaičiuota pagal Draudimo sutarties šalių sutartas Draudimo sutarties sąlygas. Draudikas pabrėžė, kad, prieš priimant sprendimą, buvo įvertinti gautuose medicinos dokumentuose nurodyti duomenys bei „operacinė taktika“.

Draudikas taip pat nurodė, kad, nustatant draudimo išmokos, mokamos dėl (*duomenys neskelbtini*), dydį, turi būti vadovaujama Draudimo sutartyje nurodyta draudimo suma laikinos negalios atveju ir Taisyklių Priede Nr. 1 įtvirtintos Laikinos negalios nustatymo lentelės (toliau – Lentelės) sąlygomis dėl draudimo išmokos dydžio apskaičiavimo. Draudimo sutartyje nebuvo įtvirtintų jokių individualių sutarties sąlygų, pagal kurias apskaičiuojant draudimo išmoką nebūtų taikomos draudimo sumos ir Lentelės nuostatos, kurių pagrindu būtų apskaičiuojamas draudimo išmokos dydis draudžiamojo įvykio padarinių atveju.

Atsižvelgdamas į tai, draudikas nurodė, kad neturi pagrindo keisti sprendimo dėl pagal Draudimo sutarties sąlygas apskaičiuotos draudimo išmokos dydžio ir pareiškėjai dėl įvykio išmokėti papildomą draudimo išmoką.

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

¹ Galioja nuo 2014 m. balandžio 11 d.

Vadovaujantis Lietuvos banko valdybos 2012 m. sausio 26 d. nutarimu Nr. 03-23 patvirtintų Vartotojų ir finansų rinkos dalyvių ginčų neteisminio sprendimo procedūros Lietuvos banke taisyklių 44 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 ginčo šalių pateiktų įrodymų vertinimą ir jo pagrindu priima sprendimą.

Atsižvelgiant į ginčo šalių nurodytas aplinkybes ir pateiktus įrodymus, darytina išvada, kad šalių ginčas kilo dėl draudiko sprendimo pareiškėjai dėl įvykio išmokėti 125 Eur draudimo išmoką pagrįstumo.

Siekiant išnagrinėti tarp pareiškėjos ir draudiko kilusį ginčą, būtina įvertinti, ar draudikas tinkamai pritaikė Draudimo sutarties sąlygas ir ar pagrįstai atsisakė pareiškėjai išmokėti jos reikalaujamą draudimo išmoką.

Remiantis Lietuvos Respublikos civilinio kodekso (toliau – CK) 6.987 straipsnio 1 dalyje įtvirtinta draudimo sutarties samprata, minėta sutartimi draudikas įsipareigoja už sutartyje nustatytą draudimo įmoką sumokėti draudėjui arba trečiajam asmeniui, kurio naudai sudaryta sutartis, įstatyme ar draudimo sutartyje nustatytą draudimo išmoką, apskaičiuotą įstatyme ar draudimo sutartyje nustatyta tvarka, jeigu įvyksta įstatyme ar draudimo sutartyje nustatytas draudžiamasis įvykis.

Draudimo sutartimi draudimo objektui (draudėjo ar naudos gavėjo turciniams interesams) suteikiama apsauga – įsipareigojimas mokėti draudimo išmoką įvykus draudžiamajam įvykiui². Draudimo apsauga nustatoma tiek draudiko parengtomis draudimo rūšies taisyklėmis (standartinės sąlygos), tiek draudimo liudijime aptartomis individualiomis sąlygomis. Kasacinio teismo praktikoje pažymėta, kad draudimo taisyklės yra standartinės, bendros sąlygos, paprastai taikomos visiems draudėjams, sudarantiems atitinkamos draudimo rūšies sutartį su tuo pačiu draudiku, o draudimo liudijime nurodomi ne bendri, bet konkrečią sutartį individualizuojantys duomenys³.

Vertinant pareiškėjos draudikui keliamo reikalavimo perskaičiuoti dėl įvykio išmokėtą draudimo išmoką pagrįstumą, turi būti vadovujamasi Taisyklėse ir draudimo liudijime įtvirtintomis sąlygomis, reglamentuojančiomis draudimo išmokos mokėjimą apdraustojo laikinos negalios atveju. Taisyklių 6.4 papunktyje nustatyta, kad laikina negalia – tai apdraustojo sužalojimas pažeidžiant jo kūno audinių (organų) vientisumą ir trumpam sutrikdant jų funkcijas. Taisyklių 6.4.3 papunktyje įtvirtinta, kad jeigu sutarties šalys dėl to atskirai susitarė, iš laikinos negalios atvejui susitartos draudimo sumos, proporcingai draudiko gydytojų ekspertų nustatytam negalios laipsniui, yra išmokami pinigai (vienkartinė išmoka) už laikiną negalią, kurią lėmė meniskų, raiščių, sausgyslių plyšimai.

Taisyklių 6.4.3 papunktyje taip pat nustatyta, kad draudimo išmoka meniskų plyšimo (įplyšimo) atveju mokama, kai tai buvo gydyta operuojant arba tai patvirtinta magnetinio rezonansinio tyrimo, artroskopinės operacijos metu. Plyšus raiščiams, sausgyslėms, draudimo išmoka mokama, kai buvo skirtas operacinis gydymas arba imobilizacija ir gydyta nepertraukiamai ne trumpiau kaip 14 dienų.

Taisyklių 12.6 ir 12.8 papunkčiuose įtvirtinta, kad draudimo išmokos dydį nustato draudiko gydytojai ekspertai, vadovaudamiesi šių taisyklių draudimo išmokų lentelėmis ir atsižvelgdami į nukentėjusį asmenį gydžiusių medikų išvadas, konsultacijas, siūlymus ir nukentėjusio asmens reabilitacijos efektyvumą. Draudiko gydytojų ekspertų išvados yra privalomos, jei neįrodoma, kad jos neatitinka tikrosios padėties.

Taisyklių 13.11 papunktyje nustatyta, kad jeigu sutarties šalys atskirai susitarė dėl draudimo laikinos negalios atveju, draudimo išmokos nustatomos remiantis priede Nr. 1 pateikta laikinos negalios nustatymo lentele, skaičiuojant procentais nuo draudimo sumos laikinos negalios atveju.

Vertinant pareiškėjos draudikui ir Lietuvos bankui pateiktų medicinos dokumentų duomenis, nustatyta, kad VŠĮ Šiaulių ligoninės parengtoje epikrizėje (toliau – Epikrizė) nurodyta

² Lietuvos Respublikos draudimo įstatymo 2 straipsnio 2 dalies 10 punktas.

³ Lietuvos Aukščiausiojo teismo 2019 m. birželio 27 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-221-403/2019; 2016 m. kovo 10 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-3-143-313/2016.

diagnozė (*duomenys neskelbtini*). Anamnezėje pateikiama informacija, kad pareiškėja 2024 m. birželio 29 d. buityje paslydo, atsirado (*duomenys neskelbtini*) skausmas. Buvo diagnozuotas (*duomenys neskelbtini*) ir pareiškėjai buvo taikytas operacinis gydymas. Epikrizėje buvo pateiktos rekomendacijos: „(*duomenys neskelbtini*).“

Pareiškėjos pateikto E025 Ambulatorinio apsilankymo aprašymo duomenys patvirtina, kad pagal Epikrizėje nurodytas rekomendacijas po chirurginio (*duomenys neskelbtini*) gydymo taikyti ambulatorinį gydymą pareiškėja buvo gydoma ambulatoriškai.

Draudikas, įvertinęs minėtų dokumentų duomenis ir Draudimo sutarties sąlygas, nustatė, kad Įvykio padariniai atitinka Lentelės 3.7 papunkčio sąlygas. Minėtose sąlygose nustatyta, kad dėl (*duomenys neskelbtini*) yra mokama 5 procentus laikinos negalios draudimo sumos sudaranti draudimo išmoka. Kadangi 2014 m. vasario 21 d. Draudimo sutarties šalių papildomą susitarimą dėl draudimo apsaugos nelaimingų atsitikimų draudimo rizikai taikymo patvirtinančiame draudimo liudijime nurodyta 2 500 Eur laikinos negalios draudimo suma, pareiškėjai buvo išmokėta 5 procentus minėtos draudimo sumos sudaranti 125 Eur draudimo išmoka.

Pažymėtina, kad pareiškėja, nesutikdama su draudiko pagal Lentelės 3.7 papunkčio sąlygas apskaičiuota draudimo išmoka, iš esmės teigė, kad draudikas nepagrįstai pareiškėjos patirtos traumos padarinių ir jų gydymo nevertino individualiai, o tik pritaikė standartines draudimo išmokos apskaičiavimo sąlygas. Pareiškėja nurodė, kad draudikas nesilaikė Taisyklių 12.6 papunkčio sąlygų, pagal kurias draudiko gydytojas ekspertas, nustatydamas draudimo išmokos dydį, turi atsižvelgti ir į apdraustąjį gydžiusių medikų išvadas, konsultacijas, reabilitacijos efektyvumą.

Pateiktuose paaiškinimuose dėl nustatyto draudimo išmokos dydžio draudikas pabrėžė, kad įvertino medicinos dokumentus ir jų bei Draudimo sutarties sąlygų pagrindu priėmė sprendimą dėl draudimo išmokos dydžio. Kadangi Draudimo sutarties šalys sudarydamos sutartį susitarė, kad Draudimo sutarčiai bus taikomos standartinės draudimo sutarties sąlygos dėl pagal Lentelėje nurodytus procentus nuo draudimo sumos laikinos negalios atveju skaičiuojamos draudimo išmokos⁴, todėl Įvykiui pagrįstai buvo pritaikytos Lentelės 3.7 papunkčio nuostatos.

Draudikas, siekdamas pagrįsti pareiškėjai išmokėtos 125 Eur draudimo išmokos dydžio pagrįstumą, pateikė draudiko gydytojo eksperto paaiškinimus dėl Įvykio padarinių vertinimo. Ekspertiniuose paaiškinimuose nurodyta, kad Epikrizės duomenys patvirtina, jog pareiškėjai 2024 m. liepos 1 d. „(*duomenys neskelbtini*). Dėl patirtos traumos (*duomenys neskelbtini*) gydymui buvo pasirinkta įprastinė chirurginė intervencija. Remiantis pateiktais medicininiais dokumentais, operacinis gydymas praėjo be komplikacijų.“

Draudiko gydytojo eksperto paaiškinimuose taip pat nurodyta, kad, nustatant draudimo išmokos dydį dėl Įvykio metu pareiškėjos patirtos traumos padarinių, buvo vadovaujamosi Lentelės 3.7 papunkčio sąlygomis, nei jose, nei kitose Taisyklių nuostatose „nėra numatyta didesnė draudimo išmoka už chirurginiu būdu taikytą (*duomenys neskelbtini*) gydymą“. Draudiko pateiktuose ekspertiniuose paaiškinimuose pabrėžiama, kad administruojant Įvykį gautų medicinos dokumentų duomenys patvirtina, kad „(*duomenys neskelbtini*).“

Be to, draudiko gydytojo eksperto pateiktuose paaiškinimuose nurodoma, kad pareiškėja reikalavimą dėl papildomos draudimo išmokos mokėjimo grindė aplinkybėmis apie (*duomenys neskelbtini*). Tačiau ekspertiniuose paaiškinimuose nurodyta, kad „pagal šalių sutartas draudimo sutarties sąlygas tokios aplinkybės draudimo išmokos dydžio padidinimo nelemia, nes (*duomenys neskelbtini*).“

Draudiko gydytojas ekspertas paaiškinimuose dėl draudimo išmokos dydžio nustatymo konstatavo, kad, vertinant aplinkybes, reikšmingas apskaičiuojant draudimo išmoką, buvo vadovaujamosi draudiko gydytojo eksperto medicininėmis žiniomis, išsamiai išanalizavus Įvykio administravimo metu gautų medicinos dokumentų duomenis.

Atsižvelgiant į draudiko paaiškinimus dėl draudimo išmokos, apskaičiuotos pagal Taisyklių sąlygas, dydžio ir draudiko gydytojo eksperto atliktą medicinos duomenų vertinimą, pažymėtina, kad Lietuvos Respublikos draudimo įstatymo 98 straipsnio nuostatos, įpareigojančios draudiką tirti ir vertinti Įvykio, kuris gali būti pripažintas draudžiamuoju, aplinkybes ir pasekmes bei nustatyti draudimo išmokos dydį, lemia draudiko pareigą turėti kvalifikuotus darbuotojus, kurie

⁴ Draudimo sutarties šalys susitarė taikyti Taisyklių 13.11 papunktyje įtvirtintą draudimo išmokos apskaičiavimo tvarką.

yra kompetentingi įvertinti įvykusio įvykio atitiktį draudimo sutartyje nustatytiems draudžiamojo įvykio požymiams ir sąlygoms.

Kaip minėta, Taisyklių 12.6 ir 12.8 papunkčių sąlygos įtvirtina draudiko gydytojų ekspertų pareigą pagal Taisyklių sąlygas ir medicinos dokumentuose nurodytų duomenų vertinimą nustatyti apdraustajam mokėtinos draudimo išmokos dydį ir nustato, kad draudiko gydytojo eksperto išvada dėl draudimo išmokos dydžio yra privaloma, kol ji nėra nugincyta objektyviais įrodymais. Pareiškėja nepateikė jokių įrodymų, kurie galėtų nugincyti draudiko gydytojo eksperto atliktą traumos padarinių atitikties Taisyklių sąlygoms vertinimą. Vien tik pareiškėjos subjektyvūs paaiškinimai apie traumos padarinius, kurie, pareiškėjos teigimu, yra reikšmingi apskaičiuojant draudimo išmoką, nenuginčija draudiko gydytojo eksperto atlikto vertinimo.

Apibendrinant Lietuvos banko nustatytas aplinkybes ir vadovaujantis įrodymų visumos vertinimu, darytina išvada, kad draudiko pareiškėjai išmokėta 125 Eur draudimo išmoka yra pagrįsta įrodymais ir atitinka Draudimo sutarties šalių sutartas sąlygas, todėl pareiškėjos draudikui keliamas reikalavimas išmokėti papildomą draudimo išmoką yra atmestinas kaip nepagrįstas.

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. reikalavimą.

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 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.

Teisėkūros skyriaus vadovė,
pavadojanti departamento direktorių

Kristina Sačilkienė