LIETUVOS BANKO TEISĖS IR LICENCIJAVIMO DEPARTAMENTO DIREKTORIUS

SPRENDIMAS DĖL X. X. IR *BALCIA INSURANCE SE* GINČO NAGRINĖJIMO

2025-09-15 Nr. 429-209
Vilnius

Lietuvos bankas gavo X. X. (toliau – pareiškėjas) kreipimąsi, kuriuo prašoma išnagrinėti tarp pareiškėjo ir *Balcia Insurance SE*, veikiančios Lietuvoje per įsteigtą filialą, (toliau – draudikas) kilusį ginčą.

N u s t a t y t a:

2025 m. balandžio 8 d. pareiškėjas su draudiku sudarė Kelionių draudimo sutartį Nr. *(duomenys neskelbtini)*, kuria draudiko parengtų Kelionių draudimo taisyklių Nr. LT-003.04[1] (toliau – Taisyklės) pagrindu laikotarpiu nuo 2025 m. balandžio 9 d. iki 2025 m. balandžio 13 d. buvo apdrausti pareiškėjo turtiniai interesai, susiję su jo patirtais sveikatos sutrikimais ir nelaimingais atsitikimais (toliau – Kelionių draudimo sutartis).

2025 m. balandžio 14 d. pareiškėjas informavo draudiką apie 2025 m. balandžio 11 d., kopiant į *(duomenys neskelbtini)*, nutikusį įvykį: *„Pradėjus kopti sąlygos atrodė tinkamos, tačiau kylant toliau maršruto sąlygos greitai pablogėjo ir tapo itin pavojingos. Tam tikru momentu praradau vieną savo kramponą, todėl judėjimas pasidarė dar sudėtingesnis. Dėl prastėjančio reljefo ir techninių sunkumų abu su partneriu buvome stipriai fiziškai išsekę. Nusileidimas tapo pavojingas gyvybei dėl statymo, nestabilaus paviršiaus ir mūsų išsekimo – negalėjome saugiai grįžti savarankiškai. Esant tokiai situacijai, buvome priversti kviesti gelbėtojus.*"

Gautos informacijos pagrindu draudikas pradėjo žalos administravimą pagal Kelionių draudimo sutartį ir rinko duomenis apie įvykį, gavo pareiškėjo paaiškinimus ir duomenis, patvirtinančius evakuacijos faktą bei patirtas išlaidas. 2025 m. balandžio 16 d. el. paštu pareiškėjas patikslino draudikui, kad fizinių traumų kopimo metu nepatyrė, tačiau situacija buvo tiesiogiai pavojinga gyvybei. Pasak pareiškėjo, jis su partneriu susidūrė su pablogėjusiomis maršruto sąlygomis, neteko vienos „katės" ir buvo stipriai fiziškai išsekęs. Šios aplinkybės, pareiškėjo teigimu, neleido saugiai tęsti kopimo ar leistis žemyn be pagalbos.

2025 m. balandžio 22 d. raštu draudikas informavo pareiškėją apie priimtą sprendimą įvykį pripažinti nedraudžiamuoju ir nemokėti draudimo išmokos. Draudiko teigimu, Taisyklėse nustatyta, kad, sveikatos būklei kelionės metu pablogėjus dėl nelaimingo atsitikimo ar ligos, draudikas gali savo lėšomis transportuoti apdraustąjį gydymui į valstybinės sveikatos apsaugos sistemai priklausančią ar kitą draudiko nurodytą gydymo įstaigą, tačiau pareiškėjas jokios traumos nepatyrė. Pasak draudiko, nors susidarė ekstremali padėtis, dėl kurios teko kviesti gelbėtojus, toks įvykis nelaikytinas draudžiamuoju, nes pareiškėjo sveikatos būklė nepablogėjo dėl nelaimingo atsitikimo ar ligos kalnuose.

2025 m. balandžio 25 d. pareiškėjas pateikė draudikui skundą (pretenziją) dėl priimto sprendimo. Skunde pareiškėjas teigė, kad gelbėjimo tarnyba buvo iškviesta dėl objektyviai pavojingos situacijos – prarastos „katės", išsekimo ir labai prastų maršruto sąlygų. Pasak pareiškėjo, *Air Zermatt* gelbėjimo ataskaitoje aiškiai nurodyta, kad evakuacija įvykdyta dėl fizinio išsekimo, įrangos netekties ir grėsmės gyvybei. Visi šie veiksniai, pareiškėjo nuomone, yra objektyvūs ir prilygsta sveikatos būklės pablogėjimui kelionės metu. Pareiškėjas teigė, kad sprendimas buvo priimtas neatsižvelgus į dokumentuose nurodytus faktus ir rizikos pobūdį, ir prašė persvarstyti priimtą sprendimą bei išmokėti draudimo išmoką.

[1] Galiojančių nuo 2024 m. rugpjūčio 26 d.

2025 m. gegužės 19 d. atsakyme į pareiškėjo skundą draudikas nurodė, kad sprendimas buvo priimtas visapusiškai išanalizavus ir įvertinus visus žalos byloje esančius duomenis ir nebus keičiamas. Pasak draudiko, medicininio transportavimo išlaidos kompensuojamos tik tuomet, kai jis būtinas dėl nelaimingo atsitikimo (netikėto išorinio įvykio, sukėlusio kūno sužalojimą) arba ligos, dėl kurios būtina medicininė pagalba ir transportavimas į gydymo įstaigą. Tačiau šiuo atveju draudikas tokių aplinkybių nenustatė, t. y. nebuvo fiksuota nei trauma, nei ūmi liga, o fizinis išsekimas, kylantis dėl kelionės sąlygų, pagal Kelionių draudimo sutartį, nelaikomas draudžiamuoju įvykiu. Draudikas taip pat nurodė, kad medicinos išlaidų draudimo rizika neapima gelbėjimo operacijų, kai jos inicijuojamos dėl nepalankių oro sąlygų ar techninio maršruto sudėtingumo, nebūnant sužeistam ar susirgusiam.

Pareiškėjas su draudiko galutiniu sprendimu nesutiko ir kreipėsi į Lietuvos banką, prašydamas išnagrinėti kilusį ginčą. Pareiškėjas teigė, kad draudiko sprendimas neatitinka faktinių aplinkybių ir prieštarauja draudimo esmei, nes virvinė evakuacija buvo reikalinga dėl objektyvaus sveikatos pablogėjimo ir gyvybei pavojingos situacijos. Pareiškėjas prašė įpareigoti draudiką pripažinti įvykį draudžiamuoju ir išmokėti 1 745,38 Eur gelbėjimo išlaidas atlyginančią draudimo išmoką.

Atsiliepime į pareiškėjo kreipimąsi draudikas nurodė, kad su pareiškėjo reikalavimu nesutinka ir neturi pagrindo keisti priimto sprendimo. Atsiliepime draudikas iš esmės pakartojo draudikui teiktame atsakyme į skundą nurodytas aplinkybes. Draudikas taip pat nurodė, kad fizinis išsekimas yra laipsniškai išsivystanti organizmo būklė dėl fizinio ar psichologinio krūvio, miego trūkumo, streso, prastos mitybos, klimato sąlygų ar nuovargio, jis nėra susijęs su traumuojančiu įvykiu ir nėra laikomas nelaimingu atsitikimu ar liga.

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 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 priimto sprendimo atsisakyti išmokėti draudimo išmoką, atlyginančią 2025 m. balandžio 11 d. vykdytos gelbėjimo operacijos (virvinės evakuacijos sraigtasparniu) išlaidas.

Siekiant išspręsti tarp šalių kilusį ginčą, būtina įvertinti administruojant žalą nustatytas įvykio aplinkybes ir nustatyti, ar draudikas pagrįstai įvykį pripažino nedraudžiamuoju pagal Kelionių draudimo sutartį.

Lietuvos Respublikos civilinio kodekso 6.987 straipsnyje nustatyta, kad draudimo sutartimi viena šalis (draudikas) įsipareigoja už sutartyje nustatytą draudimo įmoką (premiją) sumokėti kitai šaliai (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.

Civilinio kodekso 6.156 straipsnio 1 dalyje įtvirtintas sutarčių laisvės principas leidžia sutarties šalims laisvai sudaryti sutartis ir savo nuožiūra nustatyti tarpusavio teises bei pareigas, jei tai neprieštarauja įstatymams. Sutarties laisvės principas reiškia civilinių teisinių santykių subjektų teisę laisvai spręsti, ar sudaryti konkrečią sutartį ar jos nesudaryti, pasirinkti, su kuo sudaryti sutartį, be to, savarankiškai spręsti dėl sutarties turinio (sutarties sąlygų ir jų pakeitimo) bei formos, išskyrus atvejus, kai tam tikras sutarties sąlygas (jų turinį) nustato imperatyviosios teisės normos arba tam tikrų sąlygų reikalauja viešoji tvarka, sąžiningumo, protingumo, teisingumo principai, gera moralė. Teisėtai sudaryta ir galiojanti sutartis jos šalims turi įstatymo galią (Civilinio kodekso 6.189 straipsnio 1 dalis).

Šalių sudaryta Kelionių draudimo sutartis yra savanoriška, todėl draudikas, vadovaudamasis Civilinio kodekso 6.156 straipsnio 1 dalimi, tokio pobūdžio sutartyse gali savo nuožiūra pasiūlyti sąlygas, susijusias su teikiamos draudimo apsaugos apimtimi. Lietuvos

kasacinis teismas savo praktikoje yra konstatavęs, kad draudimo sutartimi draudimo objektui suteikiama apsauga nėra absoliuti. Prisiimdamas draudimo riziką, draudikas nustato draudimo sutartimi suteikiamos draudimo apsaugos ribas. Draudimo apsauga nustatoma tiek draudiko parengtose draudimo rūšies taisyklėse, tiek draudimo liudijime aptartose individualiosiose sąlygose[2]. Draudimo apsaugos apimtį lemia draudimo objektas, draudžiamųjų įvykių, nedraudžiamųjų įvykių sąrašas ir kitos draudimo sutarties sąlygos, nustatančios draudimo sutarties šalių įsipareigojimų turinį, kuris leidžia spręsti apie draudiko prisiimtos draudimo rizikos laipsnį[3].

Draudžiamasis įvykis – tai draudimo sutartyje nurodytas atsitikimas, kuriam įvykus draudikas privalo mokėti draudimo išmoką. Teisine prasme draudžiamasis įvykis yra juridinis faktas, t. y. realaus gyvenimo reiškinys, su kuriuo įstatymas sieja teisinius padarinius, konkrečiai – draudiko pareigą išmokėti draudimo išmoką[4]. Įstatyme ir konkrečiose draudimo rūšies taisyklėse nustatytos išimtys, kai draudėjo patirta žala visiškai ar iš dalies nekompensuojama, dėl to, draudėjui kreipusis dėl draudimo išmokos išmokėjimo, draudikas turi teisę jos visiškai arba iš dalies nemokėti. Tokią teisę draudikas turi nedraudžiamojo įvykio atveju.[5] Nedraudžiamasis įvykis – draudžiamojo įvykio požymius turintis įvykis, tačiau taip pat atitinkantis įstatyme ar draudimo sutartyje apibrėžtus papildomus požymius, kuriems esant draudikas atleidžiamas nuo prievolės mokėti draudimo išmoką.[6] Nedraudžiamieji įvykiai pašalina draudiko pareigą mokėti draudimo išmoką *ab initio* (iš anksto).[7]

Remiantis pareiškėjui išduotu draudimo liudijimu, jo turtiniai interesai, be kita ko, buvo apdrausti medicininių išlaidų ir repatriacijos, taip pat nelaimingų atsitikimų (mirties, neįgalumo, traumos) draudimu. Šių draudimo paslaugų sąlygos detalizuojamos Kelionių draudimo sutarčiai taikytinose Taisyklėse.

Remiantis Taisyklių skyriaus „Medicininių išlaidų draudimas" 1 punkte įtvirtintomis sąlygomis, draudikas, kelionės metu dėl nelaimingo atsitikimo ar ligos pablogėjus apdrausto asmens būklei įsipareigojo padengti mediciniškai pagrįstas išlaidas[8], susijusias su skubiu gydymu užsienyje, nereceptinius vaistus ir tvarstymo priemones, nelaimingo atsitikimo, kurio metu apdraustasis patyrė kūno sužalojimą, sugadintų akinių, klausos aparato, dantų protezo taisymą ar naujų įsigijimą, taip pat pagrįstas išlaidas už transportavimą į gydymo įstaigą ir atgal į apgyvendinimo kelionės metu vietą, ankstesnio nei planuoto grįžimo į gyvenamosios vietos valstybę, pagrįstas transportavimo į medicinos įstaigą, ir kitas minėtame punkte nurodytas išlaidas.

Svarbu akcentuoti, kad pareiškėjui nebuvo teikiama visų rizikų draudimo paslauga, t. y. pareiškėjo turtiniai interesai nebuvo apdrausti nuo visų ir bet kokių kelionės metu nutikusių įvykių. Tai reiškia, kad draudimo išmoka pareiškėjui gali būti mokama tik tuo atveju, jeigu nustatytos įvykio aplinkybės tenkintų Taisyklėse nustatytas draudžiamųjų įvykių sąlygas ir neturėtų nedraudžiamųjų įvykių sąlygų (t. y. turi būti nustatytos abi šios sąlygos) požymių. Taigi, apdrausto asmens lūkesčiai dėl platesnės draudimo apsaugos, pavyzdžiui, visų galimų kelionės metu galinčių nutikti neplanuotų įvykių, dėl kurių apdraustas asmuo patiria nuostolių, negali būti tenkinami, jei atitinkamų ypatumų turintys įvykiai draudimo sutartyje nebuvo apibrėžti kaip draudžiamieji.

Nagrinėjamu atveju medicininių išlaidų draudimą reglamentuojančiose sąlygose nėra numatyta gelbėjimo operacijų (transportavimo oru ar kt.) išlaidų, kai jos nėra pagrįstos mediciniškai. Iš bylos duomenų matyti, kad pareiškėjo gelbėjimo operacija buvo reikalinga dėl išsekimo, kurį lėmė nepalankios meteorologinės sąlygos, fizinis išsekimas ir pamesta „katė" (alpinizmo apkaustai), o ne trauma ar kitokie kūno sužalojimai, atsiradę dėl ūmios ligos ar nelaimingo atsitikimo metu.

Nors galima sutikti su pareiškėjo teiginiu, jog kopimo į kalną metu susiklostė objektyviai pavojingos aplinkybės (to neneigia ir draudikas), tačiau byloje nėra duomenų, patvirtinančių, kad gelbėjimo operacija buvo reikalinga dėl nelaimingo atsitikimo (tokio, koks yra apibrėžtas

---

[2] Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2015 m. gegužės 22 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-3-283-695/2015.
[3] Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2007 m. lapkričio 29 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-3-536/2007.
[4] Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2013 m. birželio 26 d. nutartis civilinėje byloje 3K-3-316/2013.
[5] Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2009 m. vasario 9 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-3- 32/2009.
[6] Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2017 m. lapkričio 23 d. nutartis civilinėje byloje Nr. e3K-3-426-684/2017.
[7] Lietuvos Aukščiausiasis Teismas 2013 m. birželio 26 d. nutartus civilinėje byloje Nr. 3K-3-316/2013.
[8] Išmokėti jas atlyginančią draudimo išmoką.

šalių sudarytoje Kelionių draudimo sutartyje) ar ligos, pablogėjus sveikatos būklei ir esant medicininės pagalbos būtinybei, ir įvykis atitinka Taisyklių skyriaus „Medicininių išlaidų draudimas" 1 punkte nurodytų draudžiamųjų įvykių sąlygas. Byloje nėra duomenų, jog gelbėjimo operacija buvo reikalinga pareiškėjo transportavimui į gydymo įstaigą dėl traumos, ūmios ligos, ar nelaimingo atsitikimo metu patirtų sužalojimų. Bylos duomenys nesuponuoja pagrindo teigti, kad pareiškėjui buvo reikalinga skubi medicinos pagalba, taip pat nėra duomenų apie liekamuosius galimo sveikatos sutrikimo ar nelaimingo atsitikimo reiškinius ir informacijos apie tai, kad pareiškėjas būtų kreipęsis į gydymo įstaigą. Atsižvelgiant į pirmiau aptartų aplinkybių visumą, pareiškėjo patirtas gelbėjimo operacijos išlaidas laikyti atitinkančiomis medicinos išlaidų draudimo sąlygas nėra pagrindo.

Taisyklių skyriaus „Draudimas nuo nelaimingų atsitikimų" 3 punkte nurodyta, kad, apdraustajam patyrus nelaimingą atsitikimą kelionės metu, draudikas mokės draudimo išmoką atsižvelgdamas į draudimo sutartyje nurodytas rizikas (traumos, mirties ir (ar) neįgalumo). Mirties ir neįgalumo rizikos nagrinėjamu atveju nėra teisiškai reikšmingos, nes dėl įvykio pareiškėjas nežuvo ir (ar) netapo neįgalus. Pasirinkus traumų riziką, kita vertus, mokama draudimo išmoka už Taisyklių Priede Nr. 1 nurodytus kūno sužalojimus, atsižvelgiant į draudimo sumą ir atitinkamo kūno sužalojimo procentinę vertę. Tačiau pats pareiškėjas patvirtino jokių traumų nepatyręs. Transportavimo, gelbėjimo operacijų išlaidų ar kitokių medicinos išlaidų (įskaitant transportavimo išlaidas) kompensavimas draudimo nuo nelaimingų atsitikimų sąlygose iš viso nenumatytas, todėl draudimo išmoką mokėti remiantis draudimo nuo nelaimingų atsitikimų sąlygomis taip pat nėra pagrindo.

Atsižvelgiant į nustatytas aplinkybes, konstatuotina, kad pareiškėjo patirtos gelbėjimo operacijos išlaidos Kelionių draudimo sutartimi nebuvo apdraustos, t. y. draudikas nebuvo prisiėmęs tokio įvykio nutikimo rizikos. Atitinkamai draudiko sprendimas atsisakyti pripažinti įvykį draudžiamuoju, kaip netenkinantį Taisyklėse įtvirtintų draudžiamųjų įvykių sąlygų, laikytinas pagrįstu, o pareiškėjo reikalavimas – nepagrįstu ir atmestinu.

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 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.

Licencijavimo skyriaus vadovė,
pavaduojanti departamento direktorių Agnė Kazlauskienė