LIETUVOS BANKO TEISĖS IR LICENCIJAVIMO DEPARTAMENTO DIREKTORIUS

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

2025-12-18 Nr. 429-309
Vilnius

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

N u s t a t y t a:

Tarp pareiškėjos ir draudiko sudarytos gyvybės draudimo sutarties (draudimo liudijimo Nr. (*duomenys neskelbtini*) (toliau – Draudimo sutartis) pagrindu laikotarpiui nuo 2025 m. kovo 8 d. iki 2026 m. kovo 6 d. buvo apdrausta pareiškėjos traumų dėl nelaimingų atsitikimų draudimo rizika. Minėtos draudimo rizikos draudimo apsaugos sąlygoms galioja Papildomo traumų dėl nelaimingų atsitikimų draudimo taisyklės Nr. TR2024[1] (toliau – Taisyklės).

2025 m. liepos 25 d. pareiškėja draudikui pateikė pranešimą apie 2025 m. balandžio 26 d. patirtą traumą (toliau – Įvykis). Pranešime apie Įvykį pareiškėja nurodė, kad jai atlikto magnetinio rezonanso tomografijos (toliau – MRT) tyrimo duomenys patvirtino (*duomenys neskelbtini*). Pareiškėja draudikui nurodė apie Įvykio pasekmių chirurginio gydymo galimybę ir draudikui kėlė reikalavimą dėl Įvykio išmokėti draudimo išmoką.

Draudikas MRT tyrimo išvados duomenis apie pareiškėjos dėl Įvykio patirtus sužalojimus (*duomenys neskelbtini*) vertino kaip atitinkančius Taisyklių 20 punkto sąlygas, pagal kurias draudimo išmoka yra mokama dėl smulkių ir nesudėtingų lūžių. Kadangi pagal Taisyklių sąlygas dėl minėtų lūžių yra mokama 400 Eur draudimo išmoka už kiekvieno kaulo lūžį, neviršijant 1 600 Eur sumos, draudikas 2025 m. liepos 30 d. pranešime pareiškėjai nurodė, kad pagal Taisyklių 20 punkto sąlygas pareiškėjai yra išmokėta 800 Eur draudimo išmoka.

Draudikas 2025 m. liepos 30 d. rašte pabrėžė, kad kai draudimo išmoka yra mokama dėl kaulų lūžių, draudimo išmoka dėl kaulo išnirimo, panirimo ir (arba) dėl raiščių ir (arba) sausgyslių pažeidimo tame pačiame sąnaryje, tos pačios srities sumušimo, hematomos yra nemokama. Be to, pagal Taisyklių sąlygas menisko pažeidimai yra pripažįstami nedraudžiamuoju įvykiu, todėl draudimo išmoka dėl pareiškėjai diagnozuoto (*duomenys neskelbtini*) negali būti mokama.

Draudikas 2025 m. rugpjūčio 25 d. rašte pareiškėjai nurodė, kad, jai pateikus įrodymus apie dėl Įvykio patirtą chirurginį gydymą, būtų išmokėta papildoma draudimo išmoka pagal Taisyklėse įtvirtintas draudimo išmokos dėl draudžiamojo įvykio apdraustojo patirto chirurginio gydymo mokėjimo sąlygas.

Pareiškėja 2025 m. rugpjūčio 26 d. pateikė prašymą mokėti draudimo išmoką dėl jai taikyto operacinio gydymo, t. y. atliktos (*duomenys neskelbtini*) operacijos. Draudikas 2025 m. rugpjūčio 29 d. raštu pareiškėją informavo apie papildomai dėl Įvykio išmokamą 1 000 Eur draudimo išmoką. Draudikas rėmėsi Taisyklių 19 a papunkčio sąlygomis, pagal kurias draudimo išmoka yra mokama dėl raiščių plyšimo[2], ir Taisyklių 22 punkto sąlygomis, pagal kurias yra mokama draudimo išmoka už apdraustajam taikytą chirurginį gydymą[3].

Pareiškėja, nesutikdama su dėl Įvykio išmokėtos 1 800 Eur draudimo išmokos dydžiu, kreipimesi į Lietuvos banką nurodė, kad draudikas nepagrįstai (*duomenys neskelbtini*) prilygino smulkiam ir nesudėtingam lūžiui, už kurį yra mokama 400 Eur draudimo išmoka. Pareiškėjos

[1] 2024 m. gegužės 23 d. redakcija.
[2] 400 Eur dėl vieno traumos sužalojimo, dėl kurio apdraustajam plyšo raištis.
[3] Pagal Taisyklių 22 sąlygą yra mokama 600 Eur draudimo išmoka dėl apdraustajam taikomo chirurginio gydymo.

teigimu, tai yra „rimtas sužalojimas, sukeliantis (*duomenys neskelbtini*) riziką". Pareiškėja nurodė, kad tokio pobūdžio sužalojimas turi būti priskiriamas prie sudėtingesnių kaulų lūžių, dėl kurių yra mokama didesnė nei 400 Eur draudimo išmoka.

Pareiškėja taip pat teigė, kad jai atlikto radiologinio tyrimo metu nustatytas (*duomenys neskelbtini*), kuris „yra viena sunkiausių kelio traumų, sukelianti (*duomenys neskelbtini*). Todėl, pareiškėjos vertinimu, draudiko sprendimas dėl „(*duomenys neskelbtini*)" pritaikyti Taisyklių 19 a papunkčio sąlygas ir išmokėti 400 Eur draudimo išmoką dėl raiščio plyšimo yra nepagrįstas.

Be to, pareiškėja nesutiko su draudiko išmokėta 600 Eur draudimo išmoka už jai taikytą chirurginį gydymą. Pareiškėja nurodė, kad jai buvo atlikta (*duomenys neskelbtini*). Tai yra sudėtinga (*duomenys neskelbtini*). Pareiškėjos teigimu, pagal Įvykio pasekmių sunkumą ir paties draudiko taikomą praktiką dėl Įvykio padarinių pareiškėjai turėjo būti išmokėta draudimo išmoka, siekianti nuo 3 600 Eur iki 6 400 Eur.

Remdamasi nurodytomis aplinkybėmis, pareiškėja Lietuvos banko prašė įvertinti, ar draudikas tinkamai pritaikė Taisyklių sąlygas, ir draudikui kėlė reikalavimą išmokėti papildomą draudimo išmoką, kuri būtų proporcinga pareiškėjos dėl Įvykio patirtam sužalojimui.

Draudikas pateiktame atsiliepime į pareiškėjos kreipimąsi nurodė, kad draudiko eksperto atliktas medicinos dokumentų duomenų vertinimas patvirtina, jog dėl Įvykio buvo tinkamai pritaikytos Draudimo sutarties sąlygos. Atsižvelgdamas į tai, draudikas nurodė, kad nėra pagrindo pareiškėjos keliamo reikalavimo dėl papildomos draudimo išmokos mokėjimo pripažinti pagrįstu.

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 pareiškėjai išmokėtos draudimo išmokos dydžio pagrįstumo.

Siekiant išnagrinėti tarp pareiškėjos ir draudiko kilusį ginčą, būtina įvertinti: 1) draudiko sprendimo dėl (*duomenys neskelbtini*) *ir* (*duomenys neskelbtini*) *pritaikyti Lentelės 20 punkto sąlygas ir 2) draudimo išmokos, mokamos dėl* (*duomenys neskelbtini*) *ir pareiškėjai taikyto chirurginio gydymo, dydžio pagrįstumą.*

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 turtiniams interesams) suteikiama apsauga – įsipareigojimas mokėti draudimo išmoką įvykus draudžiamajam įvykiui[4]. Draudimo sutartimi draudimo objektui teikiama draudimo apsauga nėra absoliuti – draudikas, prisiimdamas draudimo riziką, nustato draudimo sutartimi suteikiamos draudimo apsaugos ribas. Draudimo taisyklėse nustatomi atvejai, kurie laikytini draudžiamaisiais įvykiais, taip pat kurie tokiais nelaikytini.

Remiantis Lietuvos Respublikos draudimo įstatymo 2 straipsnio 33 punktu, 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

[4] Lietuvos Respublikos draudimo įstatymo 2 straipsnio 2 dalies 10 punktas.

išmokėti draudimo išmoką. Sutartyje nustatyti draudžiamieji ir nedraudžiamieji įvykiai apibrėžia draudiko prisiimamos rizikos mastą, draudimo sutarties apimtį ir ribas.

Nedraudžiamuoju įvykiu laikytinas atsitikimas, kai įvyksta į draudimo rizikos apibrėžtį patenkantis įvykis, tačiau šalys yra susitariusios, kad dėl konkrečių aplinkybių ir savitų aiškiai draudimo sutartyje nustatytų sąlygų šis įvykis nelemia draudiko pareigos išmokėti draudimo išmoką[5]. Taigi draudiko prievolės išmokėti draudimo išmoką pagal įstatymuose nustatytą teisinį reglamentavimą ir draudimo sutartį atsiradimas siejamas su draudžiamojo įvykio fakto nustatymu, kai nėra nedraudžiamojo įvykio sąlygų (CK 6.987 straipsnis).

Taisyklėse draudžiamasis įvykis apibrėžiamas kaip staigus, netikėtas ir netyčinis nelaimingas atsitikimas, nutikęs draudimo apsaugos galiojimo laikotarpiu ir sukeltas išorinių veiksnių, dėl kurio buvo patirta trauma. Trauma apibrėžiama kaip vienas arba keli Traumų dėl nelaimingų atsitikimų lentelėje (toliau – Lentelė) nurodyti kūno sužalojimai, išskyrus ligas.

Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad draudikas, apskaičiuodamas dėl Įvykio pareiškėjai išmokėtą draudimo išmoką, rėmėsi Lentelės nuostatomis. Lentelės 19 a papunktyje nustatyta, kad dėl šioje sąlygoje nurodytų žaizdų, nudegimų, akies, ausies, vidaus organo, periferinių nervų, kraujagyslių sužalojimų, sumušimų, hematomų, kurioms buvo taikytas chirurginis gydymas, raumens, sausgyslės, raiščių plyšimo (pilnas plyšimas), plaštakos pirmo, antro, trečio piršto arba pėdos pirmo piršto išnirimo yra mokama 400 Eur draudimo išmoka dėl vieno ar kelių traumų sužalojimų.

Lentelės 19 b papunktyje nustatyta, kad dėl šioje sąlygoje nurodytų žaizdų, nudegimų, akies, ausies, vidaus organo, periferinių nervų, kraujagyslių sužalojimų, sumušimų, hematomų, kurioms nebuvo taikytas chirurginis gydymas, panirimų, raumenų, sausgyslių, raiščių patempimų, dalinių plyšimų, plaštakos ketvirto – penkto piršto arba pėdos antro, trečio, ketvirto ir penkto piršto išnirimo yra mokama 200 Eur draudimo išmoka dėl vieno ar kelių traumų sužalojimų. Taip pat nurodoma, kad „Bendra išmoka už a) ir b) Traumas yra mokama dėl ne daugiau nei dviejų Draudžiamųjų įvykių per Draudimo laikotarpį".

Taisyklėse įtvirtintose Papildomose draudimo išmokos mokėjimo sąlygose nustatyta, kad draudimo išmoka dėl kaulo lūžio mokama, tik jeigu lūžį patvirtina radiologas. Jeigu radiologas kaulo lūžio nepatvirtina, draudimo išmoka mokama kaip dėl sumušimo pagal Traumų dėl nelaimingų atsitikimų lentelės 19 straipsnį.

Lentelės 20 punkte nustatyta, kad draudimo išmoka dėl šioje Lentelės sąlygoje nurodytų traumos padarinių yra mokama smulkių ir nesudėtingų bet kurio kaulo lūžių, kai nėra skersinio kaulo pažeidimo ir (arba) vienas iš kaulų fragmentų yra mažas, atvejais. Lentelės 20 punkte nurodyti pavyzdžiai, kokie traumos padariniai patenka į Lentelės 20 punkto sąlygas, pažymint, kad jiems yra priskirtini „kaulų įskilimai, avulsinis lūžis ir marginalinis lūžis, žastikaulio didžiojo gumburo lūžis ir alkūnkaulio ylinės ataugos lūžis, kremzlės lūžiai". Lentelės 20 punkte nustatyta, kad dėl minėtų traumos padarinių yra mokama 400 Eur draudimo išmoka dėl kiekvieno kaulo, tačiau bendra draudimo išmoka negali viršyti 1 600 Eur draudimo išmokos sumos.

Taisyklėse įtvirtintose nedraudžiamųjų įvykių sąlygose nurodyta, kad draudimo išmoka yra nemokama dėl menisko pažeidimų.

1. *Dėl draudiko sprendimo dėl* (*duomenys neskelbtini*) *ir* (*duomenys neskelbtini*) *pritaikyti Lentelės 20 punkto sąlygas pagrįstumo*

Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad tik gavęs pareiškėjos pranešimą apie Įvykį draudikas įvertino pareiškėjai 2025 m. balandžio 26 d. atliktos rentgenogramos duomenis. Kadangi minėto tyrimo išvadoje buvo nurodyta, kad „lūžių nematyti", draudikas sprendė, jog draudimo išmoka pagal pirminius medicinos dokumentus turėtų būti mokama pagal Lentelės 19 a ir b papunkčių sąlygas dėl pareiškėjos patirto (*duomenys neskelbtini*) sumušimo. Kartu draudikas pabrėžė, kad, pareiškėjai pateikus 2025 m. birželio 16 d. MRT tyrimo išvados duomenis, buvo priimtas sprendimas Įvykiui taikyti Lentelės 20 punkto sąlygas.

MRT tyrimo išvadose buvo nurodyta, kad pareiškėjai buvo nustatytas „(*duomenys neskelbtini*)."

Draudikas pabrėžė, kad (*duomenys neskelbtini*) vertina kaip „(*duomenys neskelbtini*) lūžį (o ne kaip pačio kaulo (*duomenys neskelbtini*) lūžį)". Remdamasis nustatytomis aplinkybėmis, draudikas nurodė, kad pareiškėjai atlikto radiologinio tyrimo (MRT tyrimo) metu, siekiant

[5] Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2013 m. birželio 26 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-316/2013.

patikslinti rentgenogramoje užfiksuotus medicinos duomenis, buvo nustatyti traumos padariniai, atitinkantys Lentelės 20 punkto sąlygas.

Draudikas pateikė ekspertinius paaiškinimus, kad „(*duomenys neskelbtini*).“ Draudikas pabrėžė, kad (*duomenys neskelbtini*) medicininiu požiūriu vertina kaip (*duomenys neskelbtini*) lūžį.

Remdamasis nurodytomis aplinkybėmis, draudikas pabrėžė, kad dėl (*duomenys neskelbtini*) sužalojimo ir (*duomenys neskelbtini*) plyšio buvo tinkamai pritaikytos Lentelės 20 punkto sąlygos, pagal kurias yra mokama draudimo išmoka dėl smulkaus ir nesudėtingo lūžio, išmokant 400 Eur siekiančias draudimo išmokas už kiekvieno kaulo lūžį. Draudikas pabrėžė, kad pagrįstai įvertino, jog dviejų MRT tyrimo metu nustatytų pareiškėjos patirtų sužalojimų, kurie medicininiu požiūriu atitinka Taisyklių 20 punkto sąlygas dėl 400 Eur draudimo išmokos smulkių ir nesudėtingų kaulų lūžių atvejais mokėjimo, pareiškėjai turi būti mokama 800 Eur draudimo išmoka.

Pareiškėja, nesutikdama su draudiko eksperto atliktu medicinos dokumentų ir traumos padarinių vertinimu, nurodė, kad „(*duomenys neskelbtini*). Tokį pažeidimą pagrįstai reikėtų priskirti prie sudėtingesnių kaulo lūžių, vertinamų didesne suma.“

Vertinant ginčo šalių paaiškinimus apie traumos padarinių atitiktį Lentelėje įtvirtintoms draudžiamojo įvykio sąlygoms, pažymėtina, kad Lietuvos Respublikos draudimo įstatymo 98 straipsnio nuostatos, įpareigojančios draudiką tirti ir vertinti įvykio, kuris gali būti pripažintas draudžiamuoju, aplinkybes, šių aplinkybių tyrimo pagrindu priimti sprendimą dėl draudimo išmokos mokėjimo ir draudėjui (apdraustajam, naudos gavėjui) išmokėti draudimo išmoką, įvykus draudžiamajam įvykiui, lemia draudiko pareigą turėti kvalifikuotus darbuotojus, kurie yra kompetentingi įvertinti įvykusio įvykio atitiktį draudimo sutartyje nustatytiems draudžiamojo įvykio požymiams ir draudimo išmokos dydžio nustatymo sąlygoms.

Lietuvos Aukščiausiojo Teismo suformuotoje teisės aiškinimo ir taikymo praktikoje konstatuojama, kad konkretūs faktiniai duomenys, gauti ekspertinio tyrimo metu, gali būti atmesti kaip įrodymai, jei manoma, kad jie nepagrįsti, nepatikimi ar turi kitokių trūkumų. Kritiškai vertinti eksperto išvadą ar jos dalį galima tada, kai ekspertizės turinys prieštaringas, išvados neišplaukia iš tyrimo eigos, išvada pateikta neatlikus tyrimo arba jis atliktas neišsamiai ir kitais panašiais atvejais, kai kyla pagrįstų abejonių dėl ekspertinio tyrimo eigos ir rezultatų. Eksperto išvada pripažįstama pakankamu įrodymu, jeigu šios išvados duomenys yra nuoseklūs ir išsamūs, taip pat jei eksperto išvada neprieštarauja faktiniams duomenims, gautiems iš tos pačios rūšies ar skirtingų įrodinėjimo priemonių. Eksperto išvada laikoma pagrįsta, jeigu, įvertinus ginčo šalių pateiktų įrodymų visumą, eksperto išvados duomenys leidžia daryti pagrįstą išvadą apie įrodinėjamų faktinių aplinkybių buvimą ar nebuvimą[6].

Šiuo atveju draudiko eksperto medicinos dokumentų pagrindu atliktas vertinimas apie pareiškėjai (*duomenys neskelbtini*) plyšio prilyginimą Lentelės 20 punkte nurodytam smulkiam ir nesudėtingam kaulo lūžiui laikytinas tinkamu ir patikimu įrodymu, kuriuo nesivadovauti nėra pagrindo. Draudiko ekspertas išvadą dėl traumos padarinių atitikties Taisyklėse įtvirtintoms draudžiamųjų įvykių sąlygoms padarė, įvertinęs visus medicinos dokumentus ir vadovaudamasis traumos padarinių pobūdžio medicininiu vertinimu. Pareiškėja savo vertinimą apie Lentelės sąlygų Įvykiui taikymo nepagrįstumą grindžia tik savo pačios paaiškinimais, nepateikdama juos patvirtinančių objektyvių duomenų apie draudiko Lentelės punkto sąlygų nepagrįstą taikymą.

Todėl, Lietuvos bankui įvertinus pateiktus įrodymus, darytina išvada, kad draudikas pagrindė savo sprendimą dėl (*duomenys neskelbtini*) sužalojimo ir (*duomenys neskelbtini*) plyšio pagal Lentelės 20 punkto sąlygas išmokėti 800 Eur draudimo išmoką, jo pareiškėjos teiginiai apie Lentelės 20 punkto sąlygų taikymo nepagrįstumą, nepateikiant šiuos teiginius patvirtinančių objektyvių įrodymų, nenuginčijo.

2. *Dėl draudimo išmokos, mokamos dėl* (*duomenys neskelbtini*) *plyšimo ir pareiškėjai taikyto chirurginio gydymo, dydžio pagrįstumo*

Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad draudikas, įvertinęs medicinos dokumentus, už Įvykio padarinius – pareiškėjai nustatytą (*duomenys neskelbtini*) – išmokėjo 400 Eur draudimo išmoką. Draudikas, apskaičiuodamas draudimo išmoką dėl nurodytų traumos

[6] Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2015 m. birželio 17 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-386-469/2015.

padarinių, pritaikė Lentelės 19 a papunkčio sąlygą, pagal kurią yra mokama 400 Eur draudimo išmoka pilnų apdraustojo raiščių plyšimų atvejais, kai apdraustajam dėl traumos padarinių buvo pritaikytas chirurginis gydymas.

Lentelės 22 punkte nustatyta, kad dėl draudžiamojo įvykio taikant chirurginį gydymą yra papildomai mokama 600 Eur draudimo išmoka („Ši draudimo išmoka mokama tik papildomai prie kitų išmokų"). Todėl draudikas, remdamasis Lentelės sąlygomis, nustatančiomis, kad, apdraustojo traumą pripažinus draudžiamuoju įvykiu ir dėl draudžiamojo įvykio sąlygas atitinkančių apdraustojo traumos padarinių taikant chirurginį gydymą, papildomai prie kitų pagal draudimo sutartį mokamų draudimo išmokų yra mokama 600 Eur draudimo išmoka už chirurginį traumos padarinių gydymą, priėmė sprendimą dėl papildomos 600 Eur draudimo išmokos mokėjimo.

VšĮ Joniškio ligoninės parengtoje Stacionaro epikrizėje pateiktame pareiškėjai taikyto chirurginio gydymo aprašyme nurodyta, kad pareiškėjai buvo taikyta: „(*duomenys neskelbtini*)."

Draudikas, pateikdamas paaiškinimus apie pareiškėjai taikyto chirurginio gydymo pobūdį, nurodė, kad operacinis gydymas buvo taikytas dėl (*duomenys neskelbtini*) ir (*duomenys neskelbtini*). Jei pareiškėjai būtų taikytas artroskopinis gydymas tik dėl (*duomenys neskelbtini*), draudimo išmoka pagal Lentelės 22 punkto sąlygas negalėtų būti mokama, nes menisko sužalojimai pagal Taisykles yra priskiriami prie nedraudžiamųjų įvykių.

Vertinant pareiškėjos nurodytas aplinkybes, kad dėl (*duomenys neskelbtini*) ir dėl šio sužalojimo taikyto chirurginio gydymo turi būti mokama didesnė draudimo išmoka, pažymėtina, kad draudikas Taisyklėse apsibrėžė draudimo apsaugos ribas, aiškiai nustatydamas draudimo išmokų, mokamų už konkrečius draudžiamųjų įvykių padarinius ir taikytą draudžiamojo įvykio padarinių chirurginį gydymą, dydžius. Remiantis Draudimo įstatymo 91 straipsnio 3 ir 4 dalimis, draudimo sutartys, kuriomis buvo apdrausti turtiniai interesai, susiję su apdraustojo sveikata[7], gali būti sumų ir nuostolių draudimo sutartys. Draudimo įstatymo 91 straipsnio 3 dalyje sumų draudimo sutartis apibrėžiama kaip sutartis, pagal kurią draudikas įsipareigoja įvykus draudžiamajam įvykiui išmokėti draudimo išmoką, lygią draudimo sumai ar jos daliai.

Kadangi Lentelėje yra aiškiai nurodytos draudimo išmokų sumos, kurių neviršijanti draudimo išmoka gali būti mokama dėl konkrečių apdraustojo traumos padarinių[8] ir apdraustajam taikyto chirurginio gydymo, todėl pareiškėjos nurodytos aplinkybės dėl didesnių draudimo išmokų, atsižvelgiant į patirtos traumos ir taikyto chirurginio gydymo sudėtingumą, mokėjimo yra teisiškai nereikšmingos ir nepagrįstos, vertinant draudiko pareiškėjai išmokėtos draudimo išmokos dydžio nustatymo teisingumą. Atsižvelgiant į tai, pažymėtina, kad pareiškėjos nurodytos aplinkybės nekeičia taikytinų draudiko Lentelės sąlygų, nustatant dėl konkrečių traumos padarinių ir dėl jų taikyto chirurginio gydymo mokamų draudimo išmokų dydžius, taikymo pagrįstumo.

Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad, pagal Lentelės 19 a papunkčio sąlygas, dėl apdraustojo pilno raiščio plyšimo, jei buvo taikytas chirurginis gydymas, yra mokama 400 Eur draudimo išmoka. Todėl draudiko sprendimas dėl pareiškėjos patirto (*duomenys neskelbtini*) raiščio pilno plyšimo išmokėti 400 Eur draudimo išmoką pagal Lentelės 19 a papunkčio sąlygas yra pagrįstas. Pagrįstomis pripažintinos ir draudiko nurodytos aplinkybės, jog dėl (*duomenys neskelbtini*) draudimo išmoka neturi būti mokama, nes menisko sužalojimai pagal Taisyklių sąlygas yra pripažįstami nedraudžiamuoju įvykiu.

Vertinant draudiko sprendimą dėl pareiškėjai taikyto chirurginio gydymo pagal Taisyklių 22 punkto sąlygas išmokėti 600 Eur draudimo išmoką pagrįstumo, pažymėtina, kad draudikas, pateikdamas paaiškinimus dėl Taisyklių 22 punkto sąlygos turinio ir prasmės, nurodė, kad pagal šią sąlygą draudimo išmoka yra mokama tik dėl vienos traumos, kuri pripažįstama draudžiamuoju įvykiu, padarinių. Nors apdraustasis vienos traumos metu gali patirti keletą sužalojimų, dėl kurių draudimo išmoka yra mokama pagal kelias Lentelės sąlygas, tačiau draudikas Taisyklių 22 punkto sąlygoje yra aiškiai apsibrėžęs draudimo apsaugos ribas, nustatydamas, kad dėl draudžiamojo įvykio[9] apdraustajam taikyto chirurginio gydymo gali būti išmokėta ne didesnė nei 600 Eur draudimo išmoka.

Remiantis draudiko pateiktu Taisyklių 22 punkto sąlygos turinio ir prasmės aiškinimu, pažymėtina, kad dėl traumos, atitinkančios draudžiamojo įvykio sąlygas, chirurginio gydymo yra

[7] Ir kurioms taip pat priskirtina pareiškėjos su draudiku sudaryta nelaimingų atsitikimų draudimo sutartis.
[8] Kurie pripažįstami draudžiamaisiais įvykiais.
[9] T. y. dėl nelaimingo atsitikimo metu patirtos apdraustojo traumos.

mokama fiksuoto dydžio (600 Eur) draudimo išmoka, kurios dydis nesiejamas su chirurginio gydymo sudėtingumu ir kuri yra mokama papildomai prie kitų draudimo išmokų, nustatytų pagal Lentelėje įtvirtintus draudimo išmokos dėl konkrečių traumos padarinių mokėjimo dydžius.

Nagrinėjamu atveju draudikas pareiškėjai išmokėjo Taisyklių 22 punkte nustatyto 600 Eur dydžio[10] draudimo išmoką dėl pareiškėjai atliktos (*duomenys neskelbtini*)[11]. Remiantis Taisyklių 22 punkto ir Taisyklių sąlygų, apibrėžiančių draudžiamojo įvykio sampratą, sisteminiu aiškinimu, taip pat Draudimo įstatymo 91 straipsnio 3 dalies nuostatomis, darytina išvada, kad draudiko sprendimas dėl pareiškėjos patirtos traumos padarinių chirurginio gydymo išmokėti 600 Eur draudimo išmoką yra pagrįstas.

Apibendrinant Lietuvos banko nustatytas aplinkybes ir remiantis pateiktų įrodymų visumos vertinimu, darytina išvada, kad draudikas tinkamai pritaikė Taisyklių sąlygas ir priėmė pagrįstą sprendimą dėl Įvykio metu patirtos traumos padarinių bei pareiškėjai taikyto chirurginio gydymo išmokėti 1 800 Eur draudimo išmoką, todėl pareiškėjos draudikui keliamas reikalavimas dėl Įvykio išmokėti papildomą draudimo išmoką yra atmestinas kaip nepagrįstas.

Remdamasis tuo, kas išdėstyta, ir vadovaudamasis 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.

Direktorius Arūnas Raišutis

[10] T. y. nustatytos sumos, kurios, remiantis Draudimo įstatymo 93 straipsnio 1 dalies nuostatomis, negali viršyti pagal sumų draudimo sutartį draudiko mokama draudimo išmoka.

[11] Kadangi pagal Taisyklių sąlygas menisko sužalojimas yra pripažįstamas nedraudžiamuoju įvykiu, todėl dėl (*duomenys neskelbtini*) artroskopinio gydymo draudimo išmoka negalėtų būti mokama.