



**LIETUVOS BANKO
TEISĖS IR LICENCIJAVIMO DEPARTAMENTO
DIREKTORIUS**

SPRENDIMAS

DĖL X. X. IR COMPENSA LIFE VIENNA INSURANCE GROUP SE GINČO NAGRINĖJIMO

2026-04-01 Nr. 429-101
Vilnius

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

N u s t a t y t a:

2024 m. lapkričio 22 d. – 2060 m. gruodžio 31 d. draudimo laikotarpiui tarp pareiškėjos ir draudiko buvo sudaryta Investicinio gyvybės draudimo sutartis Nr. (*duomenys neskelbtini*) (toliau – Draudimo sutartis). Draudimo sutartimi, be kitų apdraustų draudimo rizikų, buvo apdrausta draudimo nuo traumos dėl nelaimingo atsitikimo rizika. Šios draudimo rizikos draudimo apsaugos sąlygos detalizuotos Papildomo draudimo nuo traumos dėl nelaimingo atsitikimo Nr. 005 taisyklėse¹ (toliau – Taisyklės).

Pareiškėja draudikui 2025 m. gegužės 9 d. pateikė pranešimą apie įvykusį 2025 m. gegužės 8 d. eismo įvykį (toliau – Įvykis). Pareiškėja kartu su pranešimu apie Įvykį draudikui pateikė Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikų (toliau – Kauno klinikos) 2025 m. gegužės 9 d. Medicinos dokumentų išrašą / siuntimą (toliau – Išrašas). Išrašė nurodyta: „Į mašinos galą įvažiavo benzinvežis (*duomenys neskelbtini*).“ Išrašė nurodyta pagrindinė diagnozė, kurios kodas pagal (*duomenys neskelbtini*)“.

Draudikas dėl Įvykio pareiškėjai išmokėjo 600 Eur draudimo išmoką. Draudimo išmoka buvo apskaičiuota pagal Taisyklių sąlygas ir išmokėta dėl Įvykio metu (*duomenys neskelbtini*) pareiškėjos (*duomenys neskelbtini*).

2025 m. spalio 20 d. pareiškėja draudikui pateikė naują prašymą dėl Įvykio išmokėti papildomą draudimo išmoką. Pareiškėja pakartotiniame prašyme nurodė, kad Įvykio metu pareiškėjai įvykęs (*duomenys neskelbtini*) po kelių savaikių sukėlė papildomų sveikatos sutrikimų. Pareiškėja draudikui nurodė, kad keletą savaikių jautė (*duomenys neskelbtini*). Pareiškėja pabrėžė, kad, jai kreipusis į sveikatos priežiūros įstaigą dėl jaučiamų simptomų, po atliktų tyrimų buvo nustatyta „(*duomenys neskelbtini*)“. Pareiškėjai buvo paskirtas chirurginis gydymas ir atlikta operacija. Siekdama pagrįsti nurodytas aplinkybes, pareiškėja draudikui pateikė medicinos dokumentų duomenis.

Draudikas pareiškėją 2025 m. spalio 24 d. raštu informavo, kad jos draudikui pateiktų medicinos dokumentų duomenys patvirtina, kad pareiškėjai atliktų radiologinių tyrimų metu buvo nustatyta (*duomenys neskelbtini*). Pareiškėjai chirurginis gydymas buvo taikytas dėl (*duomenys neskelbtini*), o ne dėl pareiškėjos nurodytų Įvykio padarinių ir dėl Įvykio papildomai nustatyto sveikatos sutrikimo gydymo. Draudikas pabrėžė, kad, pagal Taisyklėse nustatytas draudimo nuo nelaimingų atsitikimų rizikos draudimo apsaugos sąlygas, draudimo išmoka dėl pareiškėjai diagnozuoto (*duomenys neskelbtini*) ir šio sveikatos sutrikimo gydymo negali būti mokama.

Pareiškėja, nesutikdama su draudiko sprendimu pagal 2025 m. spalio 20 d. pateiktą pranešimą atsisakyti išmokėti draudimo išmoką, teigė, kad jai medicinos paslaugas teikę gydytojai patvirtino, jog, neišvykus Įvykiui, pareiškėja galėjo niekada nepajusti (*duomenys neskelbtini*) požymių. Remdamasi nurodytomis aplinkybėmis, pareiškėja pabrėžė, kad jai gydymas stacionarinėje sveikatos priežiūros įstaigoje buvo skirtas dėl Įvykio pasekmių. Todėl pareiškėja draudikui kėlė reikalavimą pagal draudimo nuo nelaimingų atsitikimų draudimo rizikos

¹ Nuo 2023 m. birželio 2 d. galiojanti draudimo taisyklių redakcija.

draudimo apsaugos sąlygas išmokėti draudimo išmoką dėl jai taikyto stacionarinio chirurginio gydymo² ir papildomai po Įvykio pareiškėjai nustatytų Įvykio padarinių.

Pareiškėja nurodė, kad (*duomenys neskelbtini*) chirurginio gydymo metu „(*duomenys neskelbtini*)“. Pareiškėja nurodė, kad jai skirto medikamentinio gydymo poveikis buvo juntamas iki 2026 m. sausio mėnesio. Pareiškėjos teigimu, šios aplinkybės yra reikšmingos svarstant dėl papildomos draudimo išmokos mokėjimo ir jos dydžio. Remdamasi nurodytomis aplinkybėmis, pareiškėja draudikui kėlė reikalavimą dėl Įvykio išmokėti pagal draudimo nuo nelaimingų atsitikimų draudimo rizikos draudimo apsaugos sąlygas apskaičiuotą draudimo išmoką.

Draudikas, nesutikdamas su pareiškėjos keliamu reikalavimu, atsiliepime į pareiškėjos kreipimąsi nurodė, kad pareiškėjai chirurginis gydymas buvo taikytas ne dėl Įvykio padarinių, o dėl įgimto (*duomenys neskelbtini*), kuris buvo nustatytas, pareiškėjai po Įvykio atlikus magnetinio rezonanso tomografijos (toliau – MRT) tyrimą. Draudikas nurodė, kad (*duomenys neskelbtini*) lėmė ne Įvykis. Vien tik aplinkybė, kad minėtas (*duomenys neskelbtini*) atsitiktinai buvo nustatytas po Įvykio pareiškėjai atlikto radiologinio tyrimo metu, negali pagrįsti, kad (*duomenys neskelbtini*) yra Įvykio pasekmė.

Draudikas pabrėžė, kad, priešingai, nei teigia pareiškėja, jai chirurginis gydymas buvo taikytas ne dėl Įvykio padarinių, o dėl (*duomenys neskelbtini*) šalinimo. Pareiškėjos draudikui pateiktame pakartotiniame kreipimesi nurodytas sveikatos sutrikimas ir jo gydymas, dėl kurio pareiškėja prašė išmokėti papildomą draudimo išmoką, nėra susijęs su Įvykio metu pareiškėjos patirtais sužalojimais.

Draudikas pabrėžė, kad, pagal draudimo nuo nelaimingo atsitikimo draudimo rizikos draudimo apsaugos sąlygas, draudikui nekyla pareiga mokėti draudimo išmokos dėl pareiškėjai diagnozuoto (*duomenys neskelbtini*) ir jo gydymo.

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 sprendimo atsisakyti pareiškėjai išmokėti draudimo išmoką, kuri, pareiškėjos teigimu, turi būti mokama dėl papildomai pareiškėjai pasireiškusių Įvykio padarinių, pagrįstumo.

Siekiant išnagrinėti tarp šalių kilusį ginčą, reikia įvertinti, ar draudikas tinkamai pritaikė Draudimo sutarties sąlygas ir ar pagrįstai atsisakė išmokėti pareiškėjos reikalaujamą papildomą 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 turtiniams interesams) suteikiama apsauga – įsipareigojimas mokėti draudimo išmoką įvykus draudžiamajam įvykiui³.

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

² Pareiškėja nurodė, kad pagal nurodytą stacionarinio gydymo laikotarpį pareiškėjai turi būti išmokėti „ligonpinigių draudimo išmokos suma“.

³ Lietuvos Respublikos draudimo įstatymo 2 straipsnio 2 dalies 10 punktas.

Remiantis 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 išmokėti draudimo išmoką.

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 išmoką⁴. Taigi draudiko prievolės išmokėti draudimo išmoką pagal įstatymuose nustatytą teisinį reglamentavimą ir draudimo sutartį atsiradimas siejamas su draudžiamąjo įvykio fakto nustatymu, kai nėra nedraudžiamąjo įvykio sąlygų (CK 6.987 straipsnis).

Taisyklių 3.1 papunktyje draudžiamuoju įvykiu laikomas apdraustojo kūno sužalojimas dėl nelaimingo atsitikimo, įvykusio draudimo apsaugos galiojimo metu. Taisyklių 2.1.1 papunktyje nelaimingas atsitikimas apibrėžiamas kaip prieš apdraustojo valią dėl staigių, netyčinių, nenumatytų išorinių jėgų įvykęs atsitikimas, dėl kurio apdraustasis patiria kūno sužalojimą, įskaitant, bet neapsiribojant, skendimu, šilumos smūgiu, saulės smūgiu, nušalimu, apsinuodijimu dujomis ar kitomis toksiškomis medžiagomis, atsitiktinai patekusiomis į organizmą, išskyrus apsinuodijimą maistu.

Taisyklių 7.1. papunktyje nustatyta, kad, įvykus draudžiamajam įvykiui, draudimo išmoka mokama kaip visa draudimo suma arba jos procentinė dalis, priklausomai nuo apdraustojo sveikatos pažeidimų dydžio. Konkretus draudimo išmokos dydis nustatomas pagal „Draudimo išmokų, mokamų dėl nelaimingo atsitikimo patirtų traumų atveju, apskaičiavimo lentelę“, kuri pateikiama kaip šių Specialiųjų sąlygų priedas Nr. 1 (toliau – Lentelė).

Nagrinėjamu atveju šalių ginčo nėra, kad įvykis atitinka Taisyklių 2.1.1 ir 3.1 papunkčiuose įtvirtintą kūno sužalojimo dėl nelaimingo atsitikimo (eismo įvykio) sampratą. Šalių ginčo nėra dėl įvykio padarinių – (*duomenys neskelbtini*) – bei dėl šių padarinių Lentelės sąlygų pagrindu apskaičiuotos ir pareiškėjai išmokėtos draudimo išmokos dydžio. Tačiau šalių ginčas kyla, ar po (*duomenys neskelbtini*) tyrimo nustatytas (*duomenys neskelbtini*) ir jo gydymas taip pat patenka į draudimo nuo nelaimingų atsitikimų draudimo rizikos draudimo apsaugą, teikiamą Draudimo sutarties pagrindu.

Vertinant Lietuvos bankui pateiktus medicinos dokumentų duomenis, pažymėtina, kad 2025 m. rugpjūčio 20 d. Kauno klinikų sudarytame Medicinos dokumentų išrašė / siuntime pateiktame ligos „Anamnezės“ aprašyme nurodyta, kad pareiškėjai buvo „atsitiktinai nustatytas (*duomenys neskelbtini*)“. Savijautos pablogėjimas siejamas su autoįvykiu 2025 m. gegužės 8 d., kai patyrė (*duomenys neskelbtini*).“ Minėtame medicinos dokumente nurodyta, kad pareiškėjai buvo pateiktos rekomendacijos dėl operacinio gydymo. Iš esmės tos pačios ligos „Anamnezės“ aplinkybės buvo nurodytos Kauno klinikų 2025 m. rugpjūčio 26 d. sudarytame Medicinos dokumentų išrašė / siuntime.

2025 m. spalio 17 d. Kauno klinikų parengtame Medicinos dokumentų išrašė / siuntime pateiktame „Anamnezės“ aprašyme nurodyta, kad pareiškėja skundžiasi „(*duomenys neskelbtini*).“

Minėtame medicinos išrašė pateiktoje pareiškėjai taikyto gydymo informacijoje nurodyta, kad pareiškėja 2025 m. spalio 9 d. buvo „(*duomenys neskelbtini*).“

Draudikas, atlikęs jam pateiktų medicinos dokumentų duomenų vertinimą, nustatė, kad pareiškėjai po įvykio „atlikus (*duomenys neskelbtini*).“

Draudikas pabrėžė, kad pareiškėjai nustatytos ligos – (*duomenys neskelbtini*).“

Draudikas pabrėžė, kad „(*duomenys neskelbtini*).“

Draudikas nurodė, kad 2025 m. spalio 17 d. Kauno klinikų parengtame Medicinos dokumentų išrašė / siuntime yra nurodyta, kad pareiškėja „(*duomenys neskelbtini*).“

Nagrinėjamu atveju nėra šalių ginčo, kad pareiškėjai diagnozuotas (*duomenys neskelbtini*) yra (*duomenys neskelbtini*). Šalių ginčas kilo dėl to, ar pagrįstai draudikas vertino, kad dėl pareiškėjai taikyto (*duomenys neskelbtini*) gydymo ir po įvykio pasireiškusių pareiškėjos nurodytų papildomų sveikatos būklės pakeitimų (pablogėjimo) simptomų draudimo išmoka negali būti mokama pagal draudimo nuo nelaimingų atsitikimų draudimo rizikos draudimo apsaugos sąlygas.

⁴ Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2013 m. birželio 26 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-316/2013.

Kaip minėta, Taisyklių 2.1.1 papunktyje nelaimingas atsitikimas apibrėžiamas kaip staigus ir netikėtas išorinis poveikis apdraustajam, dėl kurio jis patiria kūno sužalojimą. Draudikas, įvertinęs nelaimingo atsitikimo draudžiamąjį įvykio požymius atitinkančio įvykio metu pareiškėjos patirtus padarinius – (*duomenys neskelbtini*), vertino, kad jie atitinka minėtoje Taisyklių sąlygoje įtvirtiną apdraustojo kūno sužalojimo sampratą.

Tačiau draudikas, įvertinęs pareiškėjai po dėl įvykio padarinių išmokėtos draudimo išmokos pasireiškusius sveikatos sutrikimo simptomus ir atliktus radiologinius tyrimus, kurių metu buvo atsitiktinai rasta (*duomenys neskelbtini*), sprendė, kad pareiškėjai nebuvo nustatytas į Taisyklėse nurodytą traumos draudimo rizikos apimtį patenkantis (*duomenys neskelbtini*).

Vertinant draudiko nurodytas aplinkybes, pažymėtina, kad draudikas, įvykio metu pareiškėjos patirtos traumos padarinius pripažindamas draudžiamuoju įvykiu, pritaikė Lentelės 63 punkto sąlygas, pagal kurias draudimo išmoka yra mokama dėl „(*duomenys neskelbtini*)“. Remiantis pareiškėjos pateiktais paaiškinimais, sprendžia, kad pareiškėja, draudikui keldama reikalavimą dėl įvykio išmokėti papildomą draudimo išmoką, apskaičiuotą pagal medicinos dokumentuose nurodytus duomenis apie pareiškėjai diagnozuotą (*duomenys neskelbtini*) ir jo gydymą, taip pat rėmėsi Lentelės 63 punkto sąlygomis.

Lentelės 63.1 ir 63.2 papunkčiai nustato, kad yra mokama 2 arba 3 procentus traumų draudimo sumos sudaranti draudimo išmoka, jei dėl apdraustojo (*duomenys neskelbtini*) yra taikomas gydymas stacionare⁵. Lentelės 63.3 papunktyje nurodyta, kad 10 procentų traumų draudimo sumos sudaranti draudimo išmoka yra mokama dėl (*duomenys neskelbtini*).

Pareiškėja iš esmės nurodė, kad po patirto (*duomenys neskelbtini*) pasireiškė sveikatos sutrikimai, dėl jų šalinimo pareiškėjai buvo taikytas papildomas stacionarinis gydymas ir buvo nustatyta ilgesnė „lovadienių gydymo stacionare“ trukmė. Pareiškėja pagal Lentelės sąlygas prašė įvertinti įvykio padarinių sunkumą, jai taikytą papildomą gydymą⁶ ir pagal Taisyklėse įtvirtintas nelaimingų atsitikimų draudimo rizikos draudimo apsaugos sąlygas pareiškėjai išmokėti papildomą draudimo išmoką dėl jos po įvykio pajautų papildomų sveikatos sutrikimo simptomų bei taikyto stacionarinio chirurginio gydymo.

Nagrinėjamu atveju sutiktina su draudiko padaryta išvada, kad pareiškėjai chirurginis gydymas buvo taikytas dėl nustatyto (*duomenys neskelbtini*), o ne dėl įvykio metu patirtų sužalojimų. Kaip minėta, pareiškėjos draudikui pateiktų medicinos dokumentų duomenys patvirtina šią draudiko išvadą. Tačiau pareiškėja teigė, kad (*duomenys neskelbtini*) požymių pasireiškimą lėmė įvykio metu patirti sužalojimai. Pareiškėjos vertinimu, jai diagnozuotas (*duomenys neskelbtini*) ir taikytas šios (*duomenys neskelbtini*) gydymas turi būti vertinami kaip įvykio pasekmė, dėl kurios pagal Lentelės sąlygas turi būti išmokėta papildoma draudimo išmoka.

Remiantis nelaimingų atsitikimų draudimo rizikos draudimo paslaugos sąlygomis, draudimo išmoka pagal šias sąlygas yra mokama dėl apdraustojo kūno sužalojimo arba kitų Taisyklių 2.1.1 papunktyje išvardintų staigių ir netikėtų įvykių. Draudimo išmoka pagal minėtos draudimo apsaugos sąlygas nėra mokama dėl apdraustojo (*duomenys neskelbtini*), dėl kurių planine tvarka yra taikomas chirurginis gydymas. Todėl nėra pagrindo pagrįstomis pripažinti pareiškėjos nurodytų aplinkybių, kad jos po įvykio padarinių pasireiškusiems papildomiems sveikatos būklės pakitimams (sveikatos sutrikimui), kurie galėjo būti susiję su atsitiktinai atliekant MRT tyrimą nustatyta (*duomenys neskelbtini*), turi būti taikoma nelaimingų atsitikimų draudimo rizikos draudimo apsauga.

Be to, Lentelėje nėra sąlygų, pagal kurias draudimo išmoka turėtų būti mokama dėl apdraustajam diagnozuoto (*duomenys neskelbtini*) ir jo gydymo. Draudikas pagrįstai vertino, kad pareiškėjai papildomai nustatyti sveikatos sutrikimo padariniai ir jai taikytas gydymas neatitinka Taisyklėse ir Lentelėje įtvirtintų draudžiamųjų įvykių sąlygų.

Atsižvelgiant į pareiškėjos nurodytas aplinkybes, kad po įvykio pasireiškus papildomiems ir besitęsiantiems simptomams ((*duomenys neskelbtini*)) turėjo būti išmokėta draudimo išmoka, pažymėtina, kad, kaip minėta, šalių ginčo nėra dėl draudiko pagal Lentelės sąlygas dėl pareiškėjos įvykio metu patirto (*duomenys neskelbtini*) išmokėtos draudimo išmokos dydžio. Nors pareiškėja teigė, kad jai gydymas stacionarinėje sveikatos priežiūros įstaigoje buvo taikytas

⁵ Draudimo išmokos dydis apskaičiuojamas pagal minėtose Lentelės sąlygose nurodytą apdraustojo gydymo stacionare lovadienių trukmę.

⁶ T. y. pareiškėja prašė įvertinti medikamentų naudojimą, taikytą chirurginį gydymą, juntamus papildomus įvykio padarinių simptomus.

dėl Įvykio padarinių ir Įvykio metu patirto nelaimingo atsitikimo simptomų, tačiau medicinos dokumentų duomenys paneigia šiuos pareiškėjos teiginius, nes juose yra aiškiai nurodyta, kad stacionarinis chirurginis gydymas pareiškėjai buvo taikytas po atlikto MRT tyrimo atsitiktinai nustatyta (*duomenys neskelbtini*).

Nagrinėjamu atveju reikšmingomis aplinkybėmis yra pripažintini duomenys, kad dėl pareiškėjos nurodytos pablogėjusios sveikatos būklės pagal Lentelės sąlygas draudimo išmoka negali būti mokama, nes Lentelėje nėra numatyti atvejai, kai dėl nelaimingo atsitikimo paūmėjusių (*duomenys neskelbtini*) simptomų yra mokama draudimo išmoka. Lentelėje yra įtvirtintas baigtinis nelaimingų atsitikimų padarinių, kuriems pasireiškus draudimo išmoka yra mokama, draudžiamųjų įvykių sąrašas, į kurį pareiškėjos pajausti simptomai nepatenka. Be to, kaip minėta, pagal draudimo nuo nelaimingų atsitikimų draudimo rizikos draudimo apsaugos sąlygas yra apdrausti apdraustojo turtiniai interesai, susiję su staigiu ir netikėtu įvykiu (nelaimingu atsitikimu), o ne su (*duomenys neskelbtini*), kurios šalinimui operacinis gydymas yra taikomas planine tvarka⁷.

Remiantis Lentelės 63-68 punktų sąlygomis, draudikas pagal nelaimingų atsitikimų draudimo rizikos draudimo apsaugos sąlygas prisiėmė riziką dėl apdraustojo (*duomenys neskelbtini*) sumušimų, trauminio pobūdžio sužalojimo ar kito išorinio poveikio, o ne lėtinių ar įgimtų ligų⁸.

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 draudžiamąjo ir nedraudžiamąjo įvykio požymiams.

Draudikas, įvertinęs pareiškėjos pateiktus papildomus medicinos dokumentus, nustatė, kad pagal Lentelėje įtvirtintas draudžiamųjų įvykių sąlygas draudimo išmoka dėl (*duomenys neskelbtini*) chirurginio gydymo⁹ negali būti mokama. Pareiškėja nepateikė jokių įrodymų, galinčių nuginčyti draudiko vertinimą, kad pareiškėja reikalavimą dėl papildomos draudimo išmokos mokėjimo pateikė dėl Draudimo sutartyje nurodytas draudžiamąjo įvykio sąlygas neatitinkančio įvykio. Kaip minėta, pareiškėjos nurodytos aplinkybės ir pateikti medicinos dokumentų duomenys taip pat patvirtina draudiko išvadą, kad pareiškėjos papildomi pakitusios sveikatos būklės simptomai ir jai taikytas gydymas nepatenka į draudimo nuo nelaimingų atsitikimų draudimo rizikos draudimo apsaugą.

Nagrinėjamu atveju pareiškėja tik teigė, kad jai gydytojai patvirtino, jog, neįvykus Įvykiui, pareiškėja galėjo visą gyvenimą nepajusti (*duomenys neskelbtini*) požymių, susijusių su pareiškėjos sveikatos būklės pakitimais. Nors pareiškėja nepateikė jokių šiuos teiginius pagrindžiančių įrodymų, tačiau sutiktina su draudiko vertinimu, kad pareiškėjai po Įvykio atlikto MRT tyrimo metu atsitiktinai nustatyta (*duomenys neskelbtini*) ir jos gydymas negali būti vertinami kaip Įvykio pasekmė. Vien aplinkybė, kad iki Įvykio buvusi pareiškėjos (*duomenys neskelbtini*) buvo nustatyta tik pareiškėjai atlikus radiologinius tyrimus dėl po Įvykio nepraeinančių sveikatos sutrikimų ir nepraeinančios pakitusios sveikatos būklės¹⁰, negali nuginčyti draudiko vertinimo, kad pareiškėjai gydymas buvo taikytas dėl į nelaimingų atsitikimų draudimo rizikos draudimo apsaugos apimtį nepatenkančio sveikatos sutrikimo, nesusijusio su Įvykio padariniais.

Remiantis Lietuvos bankui pateiktų įrodymų visumos vertinimu, darytina išvada, kad draudikas pagrįstai atsisakė išmokėti pareiškėjos reikalaujamą papildomą draudimo išmoką. Atsižvelgiant į tai, pareiškėjos draudikui keliamas reikalavimas dėl papildomos draudimo išmokos mokėjimo 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

⁷ T. y. minėtas gydymas negali būti vertinamas, kaip dėl staiga ir netikėtai įvykusio nelaimingo atsitikimo apdraustajam suteikta skubi ir neatidėliotina medicinos pagalba.

⁸ Kurių požymiai nors ir paūmėjo arba pasireiškė staiga ir netikėtai, tačiau, remiantis medicinos dokumentais, nustatoma, kad apdraustajam taikytas gydymas yra susijęs ne su įvykusios traumos, o su pačios (*duomenys neskelbtini*) šalinimu.

⁹ Taip pat atsižvelgiant ir į pareiškėjos nurodytus duomenis apie jai stacionarinėje sveikatos priežiūros įstaigoje taikyto stacionarinio gydymo trukmę.

¹⁰ Kurie galėjo būti susiję su pareiškėjos Įvykio metu patirtu (*duomenys neskelbtini*) aiškiu atsiradimu (jų išprovokavimu).

„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