



**LIETUVOS BANKO
TEISĖS IR LICENCIJAVIMO DEPARTAMENTO
DIREKTORIUS**

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

2026-05-21 Nr. 429-174
Vilnius

Lietuvos bankas gavo X. X. (toliau – pareiškėjas) atstovaujančios X. Y. (toliau – pareiškėjo atstovė) kreipimąsi, kuriuo pareiškėjo atstovė prašė išnagrinėti tarp pareiškėjo ir AB „Lietuvos draudimas“ (toliau – draudikas) kilusį ginčą.

N u s t a t y t a:

2025 m. rugsėjo 16 d. – 2026 m. rugsėjo 15 d. draudimo laikotarpiui tarp pareiškėjo atstovės ir draudiko buvo sudaryta Asmens draudimo sutartis (draudimo liudijimo Nr. (*duomenys neskelbtini*)) (toliau – Draudimo sutartis). Draudimo sutartimi buvo apdrausti pareiškėjo turtiniai interesai, susiję su nelaimingų atsitikimų draudimo rizika. Draudimo sutarčiai taikomos Asmens draudimo taisyklės Nr. 69¹ (toliau – Taisyklės).

Draudikas gavo pranešimą apie 2025 m. gruodžio 9 d. pareiškėjo treniruotės metu patirtą traumą (toliau – Įvykis). Draudikas, remdamasis medicinos dokumentų duomenimis apie pareiškėjui diagnozuotą (*duomenys neskelbtini*) ir atlikto rentgenologinio tyrimo išvadamis apie (*duomenys neskelbtini*) pobūdį, 2025 m. gruodžio 18 d. raštu pareiškėją informavo apie draudiko nustatytą dėl Įvykio išmokamos 80 Eur draudimo išmokos dydį. Draudikas nurodė, kad draudimo išmoka buvo apskaičiuota, vadovaujantis Taisyklių dalimi esančios „Draudimo išmokų lentelės“ traumų lentelės T1 (toliau – Lentelė) 2.43 papunkčio sąlygomis, pagal kurias yra mokama 1 procentą traumų draudimo sumos sudaranti draudimo išmoka dėl apdraustajam diagnozuoto (*duomenys neskelbtini*).

Pareiškėjo atstovė, nesutikdama su draudiko nustatytu draudimo išmokos dydžiu, draudikui 2025 m. sausio 19 d. pateiktoje pretenzijoje nurodė, kad medicinos dokumentų duomenys patvirtino (*duomenys neskelbtini*) diagnozės pareiškėjui nustatymą. Medicinos dokumentuose detalizuota, kad pareiškėjas patyrė (*duomenys neskelbtini*).

Pareiškėjo atstovė pabrėžė, kad pareiškėjui buvo taikytas konservatyvus gydymas: „atlikta (*duomenys neskelbtini*)“. Pareiškėjo atstovė nurodė, kad traumos sunkumą patvirtina aplinkybės apie reikšmingai apribotą pareiškėjo (*duomenys neskelbtini*). Todėl, pareiškėjo atstovės teigimu, tokio pobūdžio (*duomenys neskelbtini*). Pareiškėjo atstovė taip pat nurodė, kad pareiškėjui skirtas gydymas yra tęsiamas, jam yra paskirta pakartotinė (*duomenys neskelbtini*) diagnozės vertinimo konsultacija, kurios metu bus sprendžiama dėl (*duomenys neskelbtini*) būtinybės. Todėl, pareiškėjo atstovės teigimu, šie duomenys taip pat patvirtina pareiškėjo (*duomenys neskelbtini*) sudėtingumą.

Pareiškėjo atstovė nurodė, kad, remiantis Lentelės sąlygomis, pareiškėjo (*duomenys neskelbtini*) turi būti nustatomas pagal (*duomenys neskelbtini*) lokalizacijos duomenis. Taip pat, pareiškėjo atstovės teigimu, Taisyklių sąlygos patvirtina, kad kaulo įsikilimas pagal Taisyklės yra prilyginamas (*duomenys neskelbtini*). Remdamasi nurodytomis aplinkybėmis, pareiškėjo atstovė draudikui kėlė reikalavimą išmokėti pagal Lentelės 2.38 papunkčio sąlygas apskaičiuotą draudimo išmoką dėl (*duomenys neskelbtini*). Pareiškėjo atstovė pabrėžė, kad, remiantis Lentelės 2.38 papunkčio sąlygomis, draudimo išmoka dėl pareiškėjo patirto (*duomenys neskelbtini*) yra lygi 4 procentų traumų draudimo sumos dydžiui.

Draudikas, gavęs pareiškėjo atstovės pretenziją, pakartotinai įvertino medicinos dokumentų duomenis ir dėl Įvykio išmokėjo papildomą draudimo išmoką. Draudikas vertino, kad

¹ Nuo 2025 m. birželio 16 d. galiojanti draudimo taisyklių redakcija.

Įvykiui taikytinas Lentelės 2.45 papunktis, pagal kurį yra mokama ½ draudimo išmokos, mokamos dėl (*duomenys neskelbtini*), jei (*duomenys neskelbtini*) vertinamas, kaip (*duomenys neskelbtini*), suma. Todėl, draudiko vertinimu, papildomai mokėtina draudimo išmoka (80 Eur) sudaro 1 procentą traumų draudimo sumos, kurią sumokėjus buvo bendrai išmokėta ½ sudaranti dėl (*duomenys neskelbtini*) pagal Lentelės sąlygas mokėtina draudimo išmoka.

Pareiškėjo atstovė, nesutikdama su draudiko išmokėtos draudimo išmokos dydžiu, draudikui 2026 m. sausio 20 d. pateiktoje pakartotinėje pretenzijoje ir kreipimesi į Lietuvos banką nurodė, kad draudiko Įvykio padarinių vertinimo ir dėl jų mokamos draudimo išmokos dydžio nustatymo nepagrįstumą pagrindžia aplinkybės, kad draudikas buvo netinkamai nustatęs pirminį 80 Eur draudimo išmokos dydį.

Pareiškėjo atstovė kreipimesi į Lietuvos banką nurodė, kad draudikas „nepateikė jokio medicininio pagrindimo, kodėl diagnozė buvo pakeista iš (*duomenys neskelbtini*), o išmokos dydis dėl to buvo sumažintas dvigubai“. Remdamasis nurodytomis aplinkybėmis, pareiškėjo atstovė draudikui kėlė reikalavimą pripažinti, kad pareiškėjo (*duomenys neskelbtini*) yra laikomas (*duomenys neskelbtini*), dėl kurio, pareiškėjo atstovės teigimu, pagal Lentelės sąlygas turi būti mokama 4 procentus traumų draudimo sumos sudaranti draudimo išmoka.

Draudikas pateiktame atsiliepime dėl pareiškėjo atstovės nurodytų aplinkybių pabrėžė, kad jis tinkamai pritaikė Draudimo sutarties sąlygas. Draudiko teigimu, papildomos draudimo išmokos išmokėjimas turi būti vertinamas, kaip palankesnių Draudimo sutarties sąlygų taikymas, siekiant geranoriško sprendimo, kilus šalių ginčui, priėmimo, dėl Įvykio išmokant 2 procentus sudarančią traumų draudimo sumos draudimo išmoką.

Draudikas nurodė, kad jis, priimdamas sprendimą dėl Įvykio mokėtinos draudimo išmokos dydžio, vadovavosi ne tik duomenimis apie pareiškėjui nustatytą (*duomenys neskelbtini*) diagnozę, tačiau rėmėsi ir Taisyklių sąlygomis dėl (*duomenys neskelbtini*) radiologinių tyrimų metu patvirtinimo ir minėtų tyrimų išvadų, reikšmingų draudiko sprendimui dėl draudimo išmokos mokėjimo priimti, įvertinimu.

Remdamasis nurodytomis aplinkybėmis, draudikas pabrėžė, kad jis neturi teisinio pagrindo tenkinti pareiškėjo atstovės reikalavimo dėl 4 procentus traumų draudimo sumos sudarančios draudimo išmokos dėl Įvykio išmokėjimo.

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 Įvykio metu patirtų traumos padarinių draudiko išmokėtos galutinės 160 Eur draudimo išmokos dydžio nustatymo pagrįstumo.

Siekiant išnagrinėti tarp šalių kilusį ginčą, reikia įvertinti, ar draudikas tinkamai pritaikė Draudimo sutarties sąlygas ir ar nustatė pagrįsto dydžio dėl Įvykio išmokėtą galutinę 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 įvykiui².

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

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 nelaikytini³.

Taisyklių A.2 dalies 4 punkte nustatyta, kad draudimo objektas – tai turtinis interesas, susijęs su apdraustojo sveikatos sutrikimu ir (arba) mirtimi dėl nelaimingo atsitikimo. Taisyklių A.2 dalies 4 punkte nelaimingas atsitikimas apibrėžiamas, kaip konkrečiu laiku ir konkrečioje vietoje įvykęs staigus ir netikėtas įvykis, sukėlęs apdraustojo kūno sužalojimą (traumą) ar sveikatos sutrikimą dėl kūno sužalojimo (traumos) ar mirtį dėl kūno sužalojimo (traumos). Kūno sužalojimas (trauma) – tai apdraustajam konkrečiu laiku ir konkrečioje vietoje dėl staiga ir netikėto fizinio, cheminio, terminio aplinkos poveikio įvykęs audinių vientisumo pažeidimas, sukėlęs funkcijų sutrikimą. Draudimo objektu gali būti tik tokie kūno sužalojimai (traumos), kurie yra išvardyti Lentelėje, lentelėje „Minkštųjų audinių ir vidaus organų sužalojimai“ (T2) ir lentelėje „Ilgalaikės ir negrįžtamos traumų pasekmės“ (T3).

Taisyklių B.1 dalies 8.1 papunktyje nustatyta, kad, pasirinkus draudimo variantą „Kaulų lūžiai ir išnirimai“ (T1), draudžiamuoju įvykiu laikomas apdraustojo kūno sužalojimas (trauma) ir (arba) sveikatos sutrikimas dėl kūno sužalojimo (traumos), nurodyto Lentelėje.

Lentelės 2.43 papunktyje nustatyta, kad 1 procentą traumų draudimo sumos sudaranti draudimo išmoka yra mokama dėl sezamoidinio kaulo lūžio, kaulinių fragmentų atskilimo, atplyšimo (avulsijos, avulsinio lūžio, abrupcijos, abrupcinio lūžio), liestinio kaulo paviršiaus vientisumo pažeidimo.

Lentelės 2.45 papunktyje nustatyta, kad dėl pakartotinio kaulo lūžio, įvykusio per vienus metus nuo ankstesnio to paties kaulo lūžio, „stress“ tipo (nuovargio, nepakankamumo), subchondrinio, osteochondrinio kaulo lūžio, „stress“ tipo (nuovargio, nepakankamumo), subchondrinio, osteochondrinio kaulo lūžio yra mokama ½ draudimo išmokos, mokamos dėl to kaulo lūžio.

Lentelės 2.38 papunktyje nustatyta, kad 4 procentus traumų draudimo sumos sudaranti draudimo išmoka yra mokama dėl čiurnos kaulų lūžių. Lentelės 2 punkto pastabose nurodyta, kad draudimo išmoka dėl kaulų lūžių, įskilimų, išnirimų, panirimų, sindesmolizių (sąvaržų plyšimų) mokama, jei šie kūno sužalojimai (traumos) matomi rentgenogramose (kompiuterinės tomografijos arba magnetinio rezonanso nuotraukose).

Pareiškėjo atstovė, nesutikdama su draudiko sprendimu draudimo išmoką apskaičiuoti pagal pritaikytas Lentelės 2.43 ir 2.45 papunkčio nuostatas, nurodė, kad draudimo išmoka turi būti mokama pagal Lentelės 2.38 papunktyje įtvirtintas draudimo išmokos mokėjimo dėl (*duomenys neskelbtini*) sąlygas. Pareiškėjo atstovė nesutiko su draudiko vertinimu, kad draudimo išmokos dėl įvykio apskaičiavimui yra taikytinos draudimo išmokos dėl (*duomenys neskelbtini*) mokėjimo sąlygos.

Draudikas, nesutikdamas su pareiškėjo atstovės nurodytomis aplinkybėmis, pabrėžė, kad draudiko įvykiui pritaikytų Lentelės 2.43 ir 2.45 papunkčių sąlygų taikymo pagrįstumą patvirtina medicinos dokumentuose nurodyti duomenys apie pareiškėjui atliktuose radiologiniuose tyrimuose nurodytą ir pareiškėjui diagnozuotą (*duomenys neskelbtini*) pobūdį.

Vertinant Lietuvos bankui pateiktuose medicinos dokumentuose nurodytus duomenis, pažymėtina, kad VŠĮ „Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė“ parengtame E025 Ambulatorinio apsilankymo aprašyme (toliau – Aprašymas) nurodyta, kad pareiškėjas patyrė (*duomenys neskelbtini*). Aprašyme pateiktoje Anamnezėje nurodyta, kad pareiškėjas jaučia (*duomenys neskelbtini*).

2025 m. gruodžio 9 d. pateiktoje (*duomenys neskelbtini*) nurodyta, kad pareiškėjui buvo nustatyta (*duomenys neskelbtini*).

Pareiškėjo atstovė kartu su kreipimusi į Lietuvos banką taip pat pateikė VŠĮ „Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė“ 2025 m. gruodžio 9 d. pareiškėjui atlikto Diagnostinio tyrimo aprašymo kopiją. Minėto diagnostinio tyrimo aprašymo duomenys patvirtino pareiškėjui nustatytą (*duomenys neskelbtini*).

2025 m. gruodžio 30 d. VŠĮ „Antakalnio poliklinika“ parengtame E025 Ambulatorinio apsilankymo aprašyme pateiktoje „Anamnezėje“ nurodyta, kad pareiškėjas jaučia (*duomenys neskelbtini*). Minėto medicinos dokumento „Diagnozės“ skiltyje nurodyta, kad apdraustajam yra nustatytas (*duomenys neskelbtini*).

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

Pažymėtina, kad 2025 m. gruodžio 30 d. medicinos dokumente nurodyta (*duomenys neskelbtini*) taip pat pakartota ir pareiškėjo kreipimosi į VŠĮ „Naujosios Vilnios poliklinika“ dėl ambulatorinių paslaugų suteikimo minėtos sveikatos priežiūros įstaigos parengtame E025 Ambulatorinio apsilankymo aprašyme. Minėtame dokumente nurodyta, kad pareiškėjas skundžiasi (*duomenys neskelbtini*). 2026 m. sausio 20 d. VŠĮ „Antakalnio poliklinika“ parengtame E027 Diagnostinio tyrimo aprašyme nurodyta: (*duomenys neskelbtini*).

Remiantis pareiškėjo atstovės draudikui pateiktos 2026 m. sausio 19 d. pretenzijos dėl pareiškėjo patirto (*duomenys neskelbtini*) pagrįstumo duomenimis, pažymėtina, kad pareiškėjo atstovė teigė, jog (*duomenys neskelbtini*), kurio diagnozavimą aiškiai patvirtina medicinos dokumentų duomenys. Pareiškėjo atstovė pabrėžė, kad (*duomenys neskelbtini*) yra pripažįstamas (*duomenys neskelbtini*).

Draudikui pakeitus sprendimą dėl (*duomenys neskelbtini*) ir taikant Lentelės nuostatas, nustatančias draudimo išmokos dėl (*duomenys neskelbtini*) mokėjimo sąlygas, pareiškėjo atstovė draudikui pateiktoje pakartotinėje 2026 m. sausio 20 d. pretenzijoje nurodė pirminėje draudikui pateiktoje pretenzijoje nurodytiems duomenims prieštaringas aplinkybes, jog pareiškėjo (*duomenys neskelbtini*) negali būti vertinamas, kaip (*duomenys neskelbtini*), o turi būti priskirtinas Lentelės 2.38 papunktyje nurodytam (*duomenys neskelbtini*), dėl kurio yra mokama 4 procentus traumų draudimo sumos sudaranti draudimo išmoka.

Pareiškėjo atstovė taip pat teigė, kad draudikas nepagrįstai vertino, jog pareiškėjui diagnozuotas (*duomenys neskelbtini*) yra priskirtinas (*duomenys neskelbtini*), kadangi, pareiškėjo atstovės teigimu, (*duomenys neskelbtini*) nesukelia tokių traumos padarinių, kurias patyrė pareiškėjas. Pareiškėjo atstovė pabrėžė, kad (*duomenys neskelbtini*).

Vertinant pareiškėjo atstovės nurodytas aplinkybes, pažymėtina, kad pačios pareiškėjo atstovės kartu su kreipimusi į Lietuvos banką pateiktų medicinos dokumentų duomenys patvirtina, kad pareiškėjui diagnozuotas (*duomenys neskelbtini*) turi būti vertinamas, kaip (*duomenys neskelbtini*).

Kaip minėta, pagal Taisyklių sąlygas pareiškėjo (*duomenys neskelbtini*) atitiktis Lentelėse įtvirtintoms traumos padarinių draudžiamųjų įvykių sąlygoms vertinimui yra reikšmingi ne tik medicinos dokumentuose nurodytų diagnozių, tačiau ir atliktų radiologinių tyrimų duomenys. Pareiškėjui atliktų radiologinių tyrimų duomenys vienareikšmiškai patvirtino (*duomenys neskelbtini*) ir (*duomenys neskelbtini*) pobūdžio nustatymą. Kaip minėta, ne tik radiologinių tyrimų išvadose, tačiau ir medicinos dokumentuose pateiktose (*duomenys neskelbtini*) diagnozės detalizacijose aiškiai buvo nurodyta, kad pareiškėjo patirtas (*duomenys neskelbtini*) yra priskiriamas (*duomenys neskelbtini*) tipams.

Todėl, remiantis Lietuvos bankui pateiktų medicinos dokumentų duomenimis, nėra pagrindo sutikti pareiškėjo atstovės teiginiais, kad draudikas nepagrįstai įvykio padarinių atitiktį vertino pagal draudimo išmokos dėl pareiškėjui diagnozuotų (*duomenys neskelbtini*) mokėjimo sąlygas.

Pareiškėjo atstovė, nesutikdama su draudiko vertinimu, kad (*duomenys neskelbtini*) turi būti vertinamas ne pagal Lentelės papunkčio 2.38 papunkčio, o pagal Lentelės 2.43 papunkčio sąlygas, taip pat teigė, kad (*duomenys neskelbtini*). Todėl pareiškėjo atstovė iš esmės nurodė, kad draudikas nepagrįstai Lentelėje nustatė mažesnės draudimo išmokos dėl (*duomenys neskelbtini*) taikymo sąlygas, nevertindamas (*duomenys neskelbtini*).

Kaip minėta, pareiškėjo atstovė 2026 m. sausio 19 d. raštu draudikui pateiktoje pretenzijoje ginčijo draudiko vertinimą, kad pareiškėjo įvykio metu patirtas (*duomenys neskelbtini*) yra pripažintinas (*duomenys neskelbtini*). Draudikui, peržiūrėjus priimtą sprendimą išmokėti draudimo išmoką pagal draudimo išmokos dėl (*duomenys neskelbtini*) mokėjimo sąlygas, vertinant, kad pareiškėjo patirtas (*duomenys neskelbtini*) yra priskirtinas (*duomenys neskelbtini*), pareiškėjo atstovė teigė, kad apdraustojo patirtas (*duomenys neskelbtini*).

Todėl pareiškėjo atstovės tarpusavyje prieštaraujantys subjektyvūs teiginiai apie (*duomenys neskelbtini*) nesutampa su pareiškėjo atstovės nurodytomis aplinkybėmis, kuriomis ji remiasi, kaip savo reikalavimų pagrindu. Pareiškėjos atstovės teiginiai, kad apdraustojo patirtas (*duomenys neskelbtini*) nepriskirtinas (*duomenys neskelbtini*) ir (*duomenys neskelbtini*), taip pat prieštarauja ir medicinos dokumentuose nurodytiems duomenims.

Atsižvelgiant į pareiškėjos atstovės nurodytas aplinkybes, kad didesnės draudimo išmokos mokėjimo pagrindu taip pat yra duomenys apie pareiškėjo traumos ir gydymo sudėtingumą bei jam taikytos (*duomenys neskelbtini*) trukmę, papildomai pažymėtina, kad draudikas Lentelėje apsibrėžė draudimo apsaugos ribas, aiškiai nustatydamas draudimo išmokų,

mokamų už konkrečius draudžiamųjų įvykių padarinius, dydžius. Savanoriškojo draudimo sutartyje, kuriai yra priskiriama Draudimo sutartis, šalys gali susitarti dėl sutarties sąlygų, neprieštarujančių įstatymams⁴.

Todėl draudiko sprendimas draudimo išmoką nustatyti pagal Lentelėje nustatytas konkretiems traumos padariniams taikomas draudimo išmokos dydžio nustatymo sąlygas neprieštarauja teisiniam reglamentavimui. Pareiškėjo atstovė neginčijo Taisyklių sąlygų privalomumo ir taikymo įvykiui, todėl nėra pagrindo teigti, kad prieš sudarant Draudimo sutartį pareiškėjo atstovė, kaip draudėja, nebuvo sutikusi su draudimo išmokos dydžiu, atsižvelgiant į Taisyklėse ir Lentelėje įtvirtintas draudimo išmokos dėl draudžiamąjo įvykio mokėjimo sąlygas, apskaičiavimo nuostatomis.

Be to, remiantis Draudimo įstatymo 91 straipsnio 3 ir 4 dalimis, draudimo sutartis, kuriomis buvo apdrausti turtiniai interesai, susiję su apdraustojo sveikata⁵, gali būti sumų ir nuostolių draudimo sutartis. 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 padarinių⁶, todėl pareiškėjo atstovės nurodytos aplinkybės, kad draudikas draudimo išmoką turėjo apskaičiuoti pagal apdraustojo patirtos traumos ir taikyto traumos padarinių gydymo sudėtingumą, yra teisiškai nereikšmingos ir nepagrįstos, vertinant draudiko išmokėtos draudimo išmokos dydžio nustatymo teisingumą. Pažymėtina, kad pareiškėjo atstovės nurodytos aplinkybės nekeičia taikytinų draudiko Lentelės sąlygų, nustatant dėl konkrečių traumos padarinių draudimo išmokų dydžius, taikymo pagrįstumo.

Draudikas, pateikdamas paaiškinimus dėl sprendimo įvykiui taikyti Lentelės 2.45 papunkčio sąlygas, pagal kurias draudimo išmoka yra mokama dėl (*duomenys neskelbtini*), nurodė, kad pareiškėjui atlikto kompiuterinės tomografijos tyrimo duomenys neginčijamai patvirtino (*duomenys neskelbtini*) diagnozę. Draudikas pabrėžė, kad (*duomenys neskelbtini*).

Draudikas taip pat pabrėžė, kad jo „pirminis vertinimas dėl (*duomenys neskelbtini*) iš esmės nėra neteisingas – (*duomenys neskelbtini*) apibrėžiamas kaip (*duomenys neskelbtini*).

Draudikas taip pat nurodė, kad dėl įvykio mokėtina draudimo išmoka turi būti nustatyta, remiantis aplinkybėmis apie pareiškėjui diagnozuotą pagrindinį sužalojimo tipą, t. y. (*duomenys neskelbtini*), ir draudimo išmoka turi būti apskaičiuota pagal dėl (*duomenys neskelbtini*) mokamos draudimo išmokos dydžio nustatymo sąlygas. Tačiau draudikas pabrėžė, kad jis, remdamasis pareiškėjo atstovės draudikui adresuotoje pretenzijoje nurodytomis aplinkybėmis apie pagal (*duomenys neskelbtini*) pareiškėjui nustatytą (*duomenys neskelbtini*), priėmė palankų pareiškėjui sprendimą ir išmokėjo papildomą draudimo išmoką, apskaičiuotą pagal draudimo išmokos dėl (*duomenys neskelbtini*) mokėjimo sąlygas.

Draudikas pabrėžė, kad (*duomenys neskelbtini*) nepanaikina (*duomenys neskelbtini*) esmės, todėl geranoriško palankesnių Lentelės įvykiui taikymo aplinkybės negali pagrįsti pareiškėjo atstovės teiginių dėl draudiko neteisingo pirminės draudimo išmokos dydžio nustatymo.

Vertinant draudiko eksperto paaiškinimus apie pareiškėjui diagnozuoto (*duomenys neskelbtini*) pobūdį ir jo atitiktį Lentelėje įtvirtintoms draudžiamąjo įvykio ir dėl šio įvykio mokėtinos draudimo išmokos dydžio nustatymo sąlygoms, pažymėtina, kad 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.

Pareiškėjo atstovė nepateikė jokių objektyvių draudiko ekspertinį vertinimą apie traumos pobūdžio atitiktį Lentelėje įtvirtintoms sąlygos paneigiančių įrodymų. Pareiškėjo atstovės tarpusavyje prieštaraujantys subjektyvūs teiginiai apie draudimo išmokos dėl apdraustajam

⁴ CK 6.156 straipsnio 1 dalyje nustatyta, kad šalys turi teisę laisvai sudaryti sutartis ir savo nuožiūra nustatyti tarpusavio teises bei pareigas, jei tai neprieštarauja įstatymams.

⁵ Ir kurioms taip pat priskirtina pareiškėjos su draudiku sudaryta Asmens draudimo sutartis.

⁶ Kurie pripažįstami draudžiamaisiais įvykiais.

diagnozuoto (*duomenys neskelbtini*), nustatant 4 procentų traumų draudimo sumos sudarančios draudimo išmokos dydį, mokėjimą, nenuginčija draudiko nurodytų aplinkybių apie Lentelės sąlygų taikymą Įvykio padariniams pagrįstumo.

Todėl, apibendrinant Lietuvos banko nustatytas aplinkybes, darytina išvada, kad draudikas priėmė pagrįstą sprendimą pagal Draudimo sutarties sąlygas dėl Įvykio išmokėti 160 Eur draudimo išmoką ir pareiškėjo atstovės teiginiai nenuginčijo draudiko priimto sprendimo pagrįstumo. Atsižvelgiant į tai, pažymėtina, kad draudikui keliamas ginčo reikalavimas dėl Įvykio išmokėti 4 procentų traumos draudimo sumos sudarančią draudimo išmoką yra atmetinas, 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 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.

Direktorius

Arūnas Raišutis