



**LIETUVOS BANKO
TEISĖS IR LICENCIJAVIMO DEPARTAMENTO
DIREKTORIUS**

**SPRENDIMAS
DĖL X. X. IR SEB LIFE AND PENSION BALTIC SE
GINČO NAGRINĖJIMO**

2026-06-04 Nr. 429-189
Vilnius

Lietuvos bankas gavo X. X. (toliau – pareiškėja) atstovaujančios X. Y. (toliau – pareiškėjos atstovė) kreipimąsi, kuriuo pareiškėjos atstovė prašė išnagrinėti tarp pareiškėjos ir *SEB Life and Pension Baltic SE*, veikiančios Lietuvoje per įsteigtą filialą, (toliau – draudikas) kilusį ginčą.

Sprendimo santrauka¹

Ginčas kilo dėl draudiko pareiškėjai išmokėtos 30 Eur draudimo išmokos už patirtą traumą dydžio pagrįstumo. Įvertinus ginčo šalių pateiktus paaiškinimus ir įrodymus, nustatyta, kad draudikas įrodymais ir draudimo sutarties šalių sutartomis draudimo sutarties sąlygomis pagrindė, kad draudimo išmoka apskaičiuota teisingai, todėl pareiškėjos reikalavimai atmetami.

N u s t a t y t a:

Esminės faktinės kilusio ginčo aplinkybės

2018 m. gruodžio 12 d. – 2033 m. gruodžio 12 d. draudimo laikotarpiui tarp pareiškėjos atstovės ir draudiko buvo sudaryta Asmens draudimo sutartis (draudimo liudijimo Nr. (*duomenys neskelbtini*)) (toliau – Draudimo sutartis). Draudimo sutartimi buvo apdrausti pareiškėjos turiniai interesai, susiję su vaikų kritinėmis ligomis ir traumomis.

Pareiškėjos atstovė 2025 m. gruodžio 31 d. draudikui pateikė pranešimą apie pareiškėjos 2025 m. gruodžio 29 d. patirtą traumą (toliau – Įvykis). Draudikas pareiškėją informavo apie dėl Įvykio išmokamą 30 Eur draudimo išmoką. Draudikas, nustatydamas dėl Įvykio mokėtiną draudimo išmoką, vadovavosi pareiškėjos atstovės pateikto VŠĮ Kėdainių ligoninės E025 Ambulatorinio apsilankymo aprašymo (toliau – Aprašymas) duomenimis ir traumų draudimo rizikos draudimo apsaugos sąlygas detalizuojančių Specialiųjų draudimo nuo traumų taisyklių² (toliau – Taisyklės) nuostatomis.

Pareiškėjos atstovė, nesutikdama su draudiko nustatytu draudimo išmokos dydžiu, rėmėsi Aprašyme nurodytais duomenimis apie pareiškėjos patirtą (*duomenys neskelbtini*) ir pareiškėjai taikytą gydymą.

Ginčo reikalavimai

Perskaičiuoti pareiškėjai išmokėtą 30 Eur draudimo išmoką, pritaikant Taisyklėse nustatytas draudimo išmokos mokėjimo dėl apdraustajam taikyto traumos chirurginio gydymo sąlygas.

Ginčo šalių pateikti paaiškinimai

Pareiškėjos atstovė, remdamasi Aprašymo duomenimis, nurodė, kad pareiškėja „patyrė (*duomenys neskelbtini*)“. Pareiškėjos atstovės teigimu, Aprašymo duomenys patvirtina, kad (*duomenys neskelbtini*). Pareiškėjos atstovė nurodė, kad dėl patirtos traumos pareiškėjai buvo taikyta (*duomenys neskelbtini*) ir kad šios aplinkybės patvirtina traumos sudėtingumą, nes pareiškėjai taikytas gydymas pagrindžia po Įvykio pareiškėjos patirtą didelį skausmą ir stresą.

¹ Santraukoje pateikiamas tik trumpas nagrinėto vartojimo ginčo apibendrinimas. Norint suprasti ir (ar) įvertinti sprendime aptariamą aplinkybę, sprendimo dėl šio ginčo esmės pagrindus ir motyvus, būtina tinkamai susipažinti su viso sprendimo turiniu.

² Galiojančių nuo 2018 m. lapkričio 3 d.

Kadangi pareiškėja patyrė (*duomenys neskelbtini*), ant jos (*duomenys neskelbtini*). Remdamasi nurodytomis aplinkybėmis, pareiškėjos atstovė teigė, kad draudiko apskaičiuota 30 Eur draudimo išmoka neatitinka pareiškėjai taikytos chirurginės intervencijos ir „traumos gylio“.

Draudikas, nesutikdamas su pareiškėjos atstovės nurodytomis aplinkybėmis, pabrėžė, kad draudimo išmokos apskaičiavimas atitinka Draudimo sutarties sąlygas.

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. Lietuvos bankas ginčo nagrinėjimo proceso metu neatlieka Lietuvos Respublikos Lietuvos banko įstatymo 42¹ straipsnyje reglamentuotų patikrinimų, skirtų faktinėms aplinkybėms, susijusioms su Lietuvos banko prižiūrimo finansų rinkos dalyvio galimu Lietuvos banko kompetencijai priskirtų teisės aktų reikalavimų pažeidimu, nustatyti ir įvertinti. Nagrinėdamas ginčą Lietuvos bankas atlieka pateiktų įrodymų vertinimą, kurio pagrindu priimamas sprendimas.

Teisinis vertinimas

*Siekiant išspręsti tarp pareiškėjos ir draudiko kilusį ginčą, Lietuvos banko vertinimu, būtina nustatyti, **ar draudikas tinkamai pritaikė Draudimo sutarties sąlygas ir ar pagrįstai apskaičiavo pareiškėjai mokėtiną 30 Eur 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 turkiniams interesams) suteikiama apsauga – įsipareigojimas mokėti draudimo išmoką įvykus draudžiamajam įvykiui³.

Taisyklių 1 punkte draudžiamasis įvykis yra apibrėžiamas, kaip fizinė apdraustojo trauma, atsiradusi dėl nelaimingo atsitikimo draudimo apsaugos galiojimo laikotarpiu. Taisyklių 2 punkte nustatyta, kad nelaimingas atsitikimas yra staigus, netikėtas ir nenumatytas įvykis, kuris įvyko dėl išorinio poveikio ir kurio negalėjo kontroliuoti apdraustasis. Taisyklių 5 punkte nustatytose draudimo išmokos apskaičiavimo sąlygose įtvirtinta, kad draudimo išmoka yra pinigų suma, apskaičiuojama draudimo sumą dauginant iš procento, nurodyto žemiau pateikiamoje lentelėje (toliau – Lentelė). Ji išmokama apdraustajam, kuris nurodytas draudimo liudijime.

Taisyklėse pateiktoje Lentelėje yra apibrėžtos draudimo išmokos dėl apdraustojo „galvos srities ir nervų sistemos traumų“, „kūno traumų“ ir „viršutinių galūnių traumų“ mokėjimo sąlygos. Lentelės 11 punkte nustatyta, kad „draudimo išmoka mokama dėl žaizdų (sumušimų, plėštinių, pjautinių, durtinių), kurias reikia susiūti, ar nudegimų, nušalimų (mažiausiai II laipsnio) galvos plaukuotoje dalyje, kūne ir galūnėse. Išmokai pagal kūno paviršiaus plotą apskaičiuoti apdraustojo delno plotis dauginamas iš ilgio. Gautas rezultatas prilyginamas 1 % viso kūno paviršiaus plotui. Ilgis nuo 5 cm ilgio arba plotas nuo 2 cm² ploto, bet ne daugiau kaip 0,5 % (įskaitytinai) kūno paviršiaus ploto 1 % daugiau kaip 0,5 %, bet mažiau kaip 2 % (įskaitytinai) viso kūno paviršiaus ploto 3 %. Daugiau kaip 2 % kūno paviršiaus ploto draudimo išmoka negali būti didesnė kaip 10 % draudimo sumos.“

Lentelės 12 punkte nustatyta, kad kitos traumos, patirtos dėl nelaimingo atsitikimo, nenurodyto Lentelėje, yra laikomos draudžiamuoju įvykiu, jeigu sužalojimo gydymas tęsiasi bent 10 dienų. Pagal nurodytas Lentelės 12 punkto sąlygas yra nurodytas 30 Eur išmokamos draudimo išmokos dydis.

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

Lentelės 12 punkte nustatyta, kad „yra mokama draudimo išmoka dėl kito chirurginio gydymo (įskaitant artroskopinę operaciją), kuris būtinas norint išgydyti sužalojimus, išvardintus šios lentelės punktuose, per 180 dienų po nelaimingo atsitikimo. Vienkartinė draudimo išmoka yra išmokama kartu su kitomis draudimo išmokomis, mokamomis įvykus draudžiamajam įvykiui, nurodytam kituose šios lentelės punktuose“.

Minėtame Lentelės punkte taip pat nurodyta, kad „draudimo išmoka yra mokama dėl atviros (atveriant kūno ertmes) chirurginės operacijos (įskaitant artroskopinę operaciją), kuri būtina norint išgydyti sužalojimus, kurie nenurodyti šios lentelės punktuose per 180 dienų po nelaimingo atsitikimo. Įvykus draudžiamajam įvykiui, draudimo išmoka yra vienkartinė. Organų pažeidimas turi būti nustatytas chirurginio gydymo metu. Kaulo lūžio uždara repozicija ir operacija, skirta svetimkūniui (osteosintezės implantams) pašalinti, nelaikoma draudžiamuoju įvykiu“.

Be to, Lentelės 12 punkte nustatyta, kad draudimo išmoka yra mokama dėl chirurginės arba diagnostinės procedūros (įskaitant artroskopinę operaciją), kuri atliekama per 180 dienų po nelaimingo atsitikimo ir yra skirta sužalojimui, kuris nenurodytas šios lentelės punktuose, diagnozuoti. Įvykus draudžiamajam įvykiui, draudimo išmoka yra vienkartinė. Atliekant chirurginę arba diagnostinę procedūrą negali būti nustatytas organų pažeidimas.

Draudikas, įvertinęs Aprašyme nurodytą informaciją, sprendė, kad Įvykio požymiai atitinka Lentelės 12 punkte nustatytas 30 Eur draudimo išmokos mokėjimo dėl Lentelėje nenurodytos traumos, kuri būtų pripažinta draudžiamuoju įvykiu⁴, sąlygas. Pareiškėjos atstovė, nesutikdama su draudiko pateiktu Įvykio požymių atitikties Taisyklių sąlygoms vertinimu, nurodė, kad draudimo išmoka pareiškėjai turėjo būti išmokėta pagal Lentelės 12 punkte nustatytas draudimo išmokos dėl apdraustajam taikyto chirurginio gydymo mokėjimo sąlygas.

Aprašyme nurodyta, jog pareiškėja (*duomenys neskelbtini*).

Draudikas paaiškinimuose, kaip buvo apskaičiuota draudimo išmoka, teigė, kad Aprašyme aiškiai nurodyta, kad išmoka pagal Lentelės 11 punkto sąlygas yra mokama dėl ne trumpesnės nei 5 cm ilgio plėštinės žaizdos, o Aprašyme nurodyta, kad pareiškėjos žaizda siekia (*duomenys neskelbtini*) ilgio. Kadangi Aprašymo duomenys vienareikšmiškai patvirtina, kad pareiškėjos (*duomenys neskelbtini*) padarytos žaizdos ilgis neatitinka Lentelės 11 punkto sąlygų, darytina išvada, kad draudikas pagrįstai Įvykiui netaikė Lentelės 11 punkto sąlygas⁵.

Draudikas, nesutikdamas su pareiškėjos teiginiais, kad draudimo išmoka turi būti mokama pagal Lentelės 12 punkte nustatytas draudimo išmokos mokėjimo dėl pareiškėjai taikyto chirurginio gydymo sąlygas, pateikė draudiko gydytojo eksperto išvadą, kurioje nurodyta, jog (*duomenys neskelbtini*).

Draudiko gydytojas ekspertas pabrėžė, kad (*duomenys neskelbtini*).

Remdamasis nurodytomis aplinkybėmis, draudiko gydytojas ekspertas vertino, kad draudimo išmoka gali būti mokama tik pagal Įvykiui pritaikytas Lentelės 12 punkto sąlygas, įtvirtinančias nuostatas dėl draudimo išmokos, kai apdraustasis patiria į Lentelėje įtvirtintų draudžiamųjų įvykių apimtį nepatenkantį kūno sužalojimą, sąlygas.

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 draudžiamąjį ir nedraudžiamąjį įvykių požymiams.

Todėl draudiko gydytojo eksperto atliktas pareiškėjos patirtos traumos padarinių požymių atitikties Lentelės 12 punkto sąlygoms vertinimas yra pripažintinas pakankamu įrodymu, pagrindžiančiu draudiko sprendimą, jei jis nėra nuginčytas kitais objektyviais faktiniais duomenimis. Nagrinėjamu atveju pareiškėjos atstovė nepateikė jokių draudiko gydytojo eksperto atlikto Įvykio požymių atitikties Lentelės 12 punkto sąlygoms vertinimą paneigiančių įrodymų. Pareiškėjos atstovė iš esmės tik rėmėsi aplinkybėmis dėl pareiškėjai taikyto gydymo

⁴ Kai apdraustajam dėl tokio pobūdžio traumos buvo taikytas ne trumpesnis nei 10 dienų gydymas.

⁵ Draudikas pateiktuose gydytojo eksperto paaiškinimuose nurodė, kad Aprašymo duomenys patvirtina, kad apdraustosios (*duomenys neskelbtini*).

sudėtingumo, nurodydama, kad dėl pareiškėjai taikyto gydymo turėjo būti išmokėta didesnė nei 30 Eur draudimo išmoka.

Vertinant šias pareiškėjos atstovės nurodytas aplinkybes, 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, neprieštaraujančių įstatymams⁶. Taigi, draudiko sprendimas draudimo išmoką apskaičiuoti pagal Lentelėje nustatytas konkrečioms traumoms padariniams taikomas draudimo išmokos dydžio nustatymo sąlygas neprieštarauja teisiniam reglamentavimui.

Be to, remiantis Draudimo įstatymo 91 straipsnio 3 ir 4 dalimis, draudimo sutartis, kuriomis buvo apdrausti turtiniai interesai, susiję su apdraustojo sveikata⁷, gali būti sumų ir nuostolių draudimo sutartis. Draudimo įstatymo 91 straipsnio 3 dalyje sumų draudimo sutartis apibūdinama kaip sutartis, pagal kurią draudikas įsipareigoja įvykus draudžiamajam įvykiui išmokėti draudimo išmoką, lygią draudimo sumai ar jos daliai⁸.

Kadangi Lentelėje yra aiškiai nurodytos draudimo išmokų sumos, kurių nevirsijanti draudimo išmoka gali būti mokama dėl konkrečių apdraustojo traumoms padarinių, todėl pareiškėjos atstovės argumentai, kad draudikas draudimo išmoką turėjo apskaičiuoti pagal apdraustosios patirtos traumos ir taikyto traumoms padarinių gydymo sudėtingumą, yra teisiškai nereikšmingi ir nepagrįsti, vertinant, ar draudikas išmokėtos pakankamo dydžio draudimo išmoką. Pažymėtina, kad pareiškėjos atstovės nurodytos aplinkybės nekeičia taikytinų draudiko Lentelės sąlygų, nustatant dėl konkrečių traumoms padarinių draudimo išmokų dydžius, taikymo pagrįstumo.

Išvada

Draudikas tinkamai įvykiui pritaikė Lentelės 12 punkto nuostatas ir pareiškėjai dėl įvykio išmokėjo Draudimo sutarties šalių sutartas sąlygas atitinkančio dydžio – 30 Eur – draudimo išmoką.

Šiame sprendime dėl esminių šalių išdėstytų argumentų ir nurodytų aplinkybių pasisakyta. Kiti šalių argumentai ir (arba) nurodytos aplinkybės neturi esminės reikšmės Lietuvos banko sprendimo teisėtumui ir pagrįstumui, todėl dėl jų Lietuvos bankas plačiau nepasisako. Lietuvos banko pareiga priimti motyvuotą sprendimą neturėtų būti suprantama kaip reikalavimas detalai atsakyti į kiekvieną šalių argumentą ir (ar) teiginį⁹.

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 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 Lietuvos banko 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.

⁶ 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.

⁷ Ir kurioms taip pat priskirtina pareiškėjos su draudiku sudaryta Asmens draudimo sutartis.

⁸ Nagrinėjamu atveju Lentelės 12 punkte buvo nustatyta aiški 30 Eur draudimo išmokos, mokamos dėl Lentelėje įtvirtintų draudžiamųjų įvykių sąlygas neatitinkančių apdraustojo traumoms padarinių (kurių gydymas yra ne trumpesnis, nei 10 dienų), suma.

⁹ Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2010 m. spalio 5 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-382/2010; 2010 m. gruodžio 20 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-3-536/2010 ir kt.

Direktorius

Arūnas Raišutis