LIETUVOS BANKO TEISĖS IR LICENCIJAVIMO DEPARTAMENTO DIREKTORIUS

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

2026-10-22 Nr. 429-448
Vilnius

Lietuvos bankas gavo prašymą išnagrinėti vartojimo ginčą, kurio šalys yra X. X. ir *ERGO Insurance SE*, veikianti Lietuvoje per įsteigtą filialą, (toliau – draudikas).

Sprendimo santrauka[1]

Ginčas kilo dėl draudiko sprendimo nemokėti pareiškėjos prašomos draudimo išmokos dėl apdraustojo mirties, kurią sukėlė (duomenys neskelbtini). Įvertinus draudimo sutarties sąlygas ir Lietuvos bankui pateiktų įrodymų visumą, nustatyta, kad įvykis neatitinka draudimo sutartyje nustatytų „mirties", „kritinių ligų" ir su trauminiu sužalojimu susijusių draudžiamųjų įvykių sąlygų, todėl pareiškėjos draudikui keliamas reikalavimas išmokėti „mirties" draudimo rizikos sumą – 7 000 yra atmetamas kaip nepagrįstas.

N u s t a t y t a:

Esminės faktinės kilusio ginčo aplinkybės

2025 m. balandžio 21 d. – 2026 m. balandžio 21 d. draudimo laikotarpiui tarp X. Y. (toliau – apdraustasis) ir draudiko buvo sudaryta ERGO draudimo nuo nelaimingų atsitikimų sutartis (draudimo liudijimo Nr. (*duomenys neskelbtini*) (toliau – Draudimo sutartis). Draudimo sutartimi buvo apdrausti apdraustojo, pareiškėjos ir kitų apdraustojo šeimos narių turtiniai interesai, susiję su „kaulų lūžių", „kitų (smulkių) traumų", „neįgalumo", „mirties", „kritinių ligų" ir „ligų" draudimo rizikomis. Draudimo apsauga suteikta ERGO nelaimingų atsitikimų draudimo taisyklių Nr. 009[2] (toliau – Taisyklės) pagrindu.

Draudimo sutartimi apdraustas Y. Y. 2025 m. gruodžio 23 d. draudikui pateikė pranešimą apie apdraustojo mirtį (toliau – Įvykis), nulemtą „(*duomenys neskelbtini*)". Pranešime apie Įvykį nurodyta, kad draudimo išmoka dėl Įvykio turi būti mokama pagal „kritinių ligų" draudimo rizikos draudimo apsaugos sąlygas.

Draudikui pateiktame 2025 m. gruodžio 23 d. Medicinos mirties liudijime Nr. *(duomenys neskelbtini)* (toliau – Mirties liudijimas) tiesiogine mirties priežastimi nurodytas *„(duomenys neskelbtini)"*, o pagrindinė liga (trauma), sukėlusi mirtį, – *„(duomenys neskelbtini)"*.

Draudikas, remdamasis medicinos dokumentuose nurodytais duomenimis apie apdraustajam diagnozuotas ligas, sukėlusias apdraustojo mirtį, pareiškėjai, kaip naudos gavėjai apdraustojo mirties atveju, 2026 m. balandžio 21 d. adresuotame rašte nurodė, kad minėtos ligos nepatenka į „kritinių ligų" draudimo rizikos draudimo apsaugą. Draudikas pabrėžė, kad draudimo išmoka pagal Draudimo sutarties sąlygas galėtų būti mokama dėl apdraustajam diagnozuoto *„(duomenys neskelbtini)"* arba *„(duomenys neskelbtini)"*, tačiau draudikui pateikto Mirties liudijimo ir Patologinio anatominio tyrimo protokolo duomenys nepatvirtino, kad apdraustajam buvo diagnozuotos nurodytos kritinės ligos. Draudikas pabrėžė, kad apdraustojo mirtį sukėlusios ligos nepatenka į Draudimo sutartimi teikiamos draudimo apsaugos apimtį, todėl draudikui nekyla pareiga dėl Įvykio išmokėti draudimo išmoką.

---

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

[2] 2022 m. liepos 15 d. draudimo taisyklių redakcija.

Pareiškėja, nesutikdama su draudiko išvada, nurodė, kad draudiko sprendimas atsisakyti išmokėti draudimo išmoką buvo priimtas neįvertinus visų medicinos dokumentų ir neatlikus jų ekspertinio tyrimo.

Ginčo reikalavimai

Įvykį pripažinti draudžiamuoju ir dėl Įvykio pareiškėjai išmokėti 7 000 Eur draudimo išmoką, atitinkančią apdraustojo „mirties" draudimo rizikos draudimo sumą.

Ginčo šalių pateikti paaiškinimai

Pareiškėja, nesutikdama su draudiko sprendimu Įvykį pripažinti nedraudžiamuoju, nurodė, kad Įvykio požymiai neatitinka Taisyklių 4 skyriuje nurodytų nedraudžiamųjų įvykių sąlygų. Be to, apdraustasis buvo apdraustas nuo „mirties" draudimo rizikos, todėl draudikas nepagrįstai, įvykus Įvykiui, netaikė „mirties" draudimo rizikos draudimo apsaugos sąlygų.

Pareiškėja pabrėžė, kad Patologinio anatominio tyrimo duomenys – *(duomenys neskelbtini)* – patvirtina, kad apdraustojo mirtis buvo susijusi su *(duomenys neskelbtini)*. Todėl, pareiškėjos teigimu, draudikas negalėjo apsiriboti vien formaliu konstatavimu, kad Patologinio anatominio tyrimo protokole tiesiogiai neįrašytos *(duomenys neskelbtini)* diagnozės.

Pareiškėja pabrėžė, kad draudikas privalėjo išsamiai įvertinti apdraustojo sveikatos būklės iki Įvykio duomenis, ištirdamas visą medicinos informaciją. Pareiškėja pabrėžė, kad draudikas, priimdamas sprendimą, kad apdraustojo ligos, lėmusios jo mirtį, nepatenka į „kritinių ligų" draudimo rizikos draudimo apsaugos apimtį, neturėjo pagrindo vadovautis vien tik medicinos dokumentuose nustatytomis galutinėmis diagnozėmis, nevertindamas visų iki Įvykio buvusių simptomų, kurie galėjo lemti į Draudimo sutartimi teikiamos draudimo apsaugos apimtį patenkančios apdraustojo kritinės ligos patvirtinimą.

Draudikas, nesutikdamas su pareiškėjos nurodytomis aplinkybėmis, pabrėžė, kad jis, atsižvelgdamas į pranešime apie Įvykį pateiktą prašymą taikyti „kritinių ligų" draudimo rizikos draudimo apsaugos sąlygas ir vertindamas pateiktų medicinos dokumentų duomenų visumą, nustatė, kad apdraustajam nebuvo diagnozuota į Draudimo apsaugos apimtį patenkanti kritinė liga. Taip pat draudikas nurodė, kad Įvykio požymiai neatitinka kitų Draudimo sutartyje nurodytų draudžiamųjų įvykių sąlygų.

Remdamasis nurodytomis aplinkybėmis, draudikas konstatavo, kad pagrįstai dėl draudžiamojo įvykio sąlygų neatitinkančio Įvykio atsisakė išmokėti pareiškėjos nurodyto dydžio draudimo išmoką.

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 42^1 straipsnyje reglamentuotų patikrinimų, skirtų faktinėms aplinkybėms, susijusioms su Lietuvos banko priežiūrimo 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 įvertinti, ***ar draudikas tinkamai pritaikė Draudimo sutarties sąlygas ir ar priėmė pagrįstą sprendimą atsisakyti išmokėti pareiškėjos reikalaujamą 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.

Taisyklių 2.1 papunktyje nurodyta, kad draudžiamaisiais įvykiais yra laikomi apdraustojo patirti nelaimingi atsitikimai draudimo teritorijoje ir draudimo sutarties laikotarpiu. Jeigu draudimo sutartyje yra pasirinkta, taip pat draudžiamaisiais įvykiais yra laikomos apdraustajam pirmą kartą gyvenime diagnozuotos kritinės ligos bei susirgimas viena iš ligų, nurodytų ligų sąraše.

Taisyklių 3.1 papunktyje draudžiamasis įvykis „mirtis" apibrėžiamas kaip apdraustojo mirtis dėl nelaimingo atsitikimo (traumos) metu patirto kūno sužalojimo per vienerius metus nuo nelaimingo atsitikimo datos. Taisyklių 1.21 papunktis nelaimingą atsitikimą apibrėžia kaip staiga ir netikėtai įvykusį įvykį (traumą), kurio metu apdraustasis prieš jo valią dėl išorinio poveikio į jo kūną patiria šiose draudimo taisyklėse nurodytą žalą. Susirgimas liga nėra siejamas su išoriniu poveikiu, todėl liga nelaikoma nelaimingu atsitikimu.

Taisyklių 3.5 papunktyje draudžiamuoju įvykiu „kritinė liga" yra pripažįstamas susirgimas liga, kuri apdraustajam buvo diagnozuota pirmą kartą gyvenime ir tai atsitiko draudimo apsaugos galiojimo laikotarpiu, be to, liga yra nurodyta šių draudimo taisyklių Priedo Nr. 1 Lentelėje Nr. 4 „Kritinės ligos" (toliau – Lentelė).

Taisyklių 4.16 papunktis nustato, kad nedraudžiamuoju įvykiu pripažįstamas įvykis, įvykęs dėl lėtinių, įgimtų ar degeneracinių ligų, taip pat dėl ligų, kurios nėra numatytos kritinių ligų ir ligų sąraše.

Nagrinėjamu atveju draudikas, priimdamas sprendimą Įvykį pripažinti nedraudžiamuoju, rėmėsi Taisyklių 4.16 papunkčio sąlyga, nustatančia, kad į Lentelėje išvardintų „kritinių ligų" sąrašą nepatenkančios ligos, lėmusios apdraustojo mirtį, yra pripažįstamos nedraudžiamuoju įvykiu. Be to, draudikui pateiktuose medicinos dokumentuos nebuvo nurodytos aplinkybės, susijusios su nelaimingu atsitikimu, lėmusiu apdraustojo mirtį, todėl nėra pagrindo taikyti „mirties" draudimo rizikos draudimo apsaugos sąlygų.

Pažymėtina, kad draudimo liudijime nurodyta, jog apdraustojo „kritinių ligų" draudimo rizikos draudimo suma yra 1 000 Eur, tačiau pareiškėja draudikui kėlė reikalavimą mokėti 7 000 Eur draudimo išmoką, lygią „mirties" draudimo rizikos draudimo sumai.

Kadangi Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina draudiko nurodytas aplinkybes, kad Įvykį lėmė ne nelaimingas atsitikimas, o Taisyklių 3.1 papunktyje aiškiai nurodyta, jog Draudimo sutarties šalys susitarė tik dėl nelaimingo atsitikimo nulemtos apdraustojo mirties mokėti draudimo išmoką, todėl sutiktina su draudiko vertinimu, kad nagrinėjamu atveju „mirties" draudimo rizikos draudimo apsaugos sąlygos Įvykiui negalėtų būti taikomos.

Pažymėtina, kad nors pareiškėja reikalavimą dėl draudimo išmokos mokėjimo draudikui kėlė pagal „mirties" draudimo rizikos draudimo apsaugos sąlygas, tačiau pranešime apie Įvykį ir pareiškėjos pretenzijoje draudikui bei kreipimesi į Lietuvos banką buvo remiamasi aplinkybėmis, kad draudikas turi taikyti „kritinių ligų" draudimo rizikos draudimo apsaugą. Draudikas, nesutikdamas su pareiškėjos nurodytomis ginčo aplinkybėmis, pabrėžė, kad apdraustojo mirtį sukėlusios ligos nepatenka į Lentelėje pateiktą draudžiamųjų įvykių sąlygas atitinkančių kritinių ligų sąrašą.

Vertinant ginčo šalių nurodytas aplinkybes, pažymėtina, kad Lentelės 1 punkte draudžiamasis įvykis – *„(duomenys neskelbtini)*" – apibrėžiamas kaip *„(duomenys neskelbtini)*". Minėtame Lentelės punkte yra išvardintos sąlygos, būtinos kritinei ligai pripažinti draudžiamuoju įvykiu. Šiomis sąlygos pripažintini *„(duomenys neskelbtini)*".

Lentelės 2 punkte draudžiamuoju įvykiu *„(duomenys neskelbtini)*" nurodytas *„(duomenys neskelbtini)*". Minėtame Lentelės punkte įtvirtintose būtinose draudžiamojo įvykio *„(duomenys neskelbtini)*" sąlygose nurodyta, kad, siekiant kritinę ligą pripažinti draudžiamuoju įvykiu pagal Lentelės 2 punkto sąlygas, būtina atitikti šiuos draudžiamojo įvykio kriteriju: ūmi neurologinių simptomų pradžia, nustatyti nauji insultui būdingi neurologiniai klinikiniai simptomai, išliekantys ilgiau kaip 3 mėnesius nuo jų atsiradimo pradžios, diagnozė patvirtinta gydytojo neurologo ir objektyvių tyrimų (pvz., magnetinio rezonanso ar kompiuterinės tomografijos) rezultatais.

Draudiko gydytojas ekspertas, vertindamas medicinos dokumentus pagal Lentelės 1 punkte įtvirtintas draudžiamojo įvykio *„(duomenys neskelbtini)*" ir *„(duomenys neskelbtini)*" sąlygas, pabrėžė, kad medicinos dokumentų duomenys nepatvirtino minėtų draudžiamųjų įvykių sąlygų.

Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad draudiko gydytojas ekspertas, priimdamas sprendimą, kad Įvykio požymiai neatitinka „kritinių ligų" draudimo rizikos

draudžiamųjų įvykių sąlygų, vertino medicinos dokumentų visumą[3]. Draudikas pabrėžė, kad gauti Greitosios medicinos pagalbos (toliau – GMP) kvietimo kortelės duomenys patvirtino, jog apdraustasis į gydymo įstaigą kreipėsi dėl *(duomenys neskelbtini)*.

Patologinio anatominio tyrimo protokolo klinikoanatominėje epikrizėje nurodyta, kad apdraustasis *(duomenys neskelbtini).*

Patologinio anatominio tyrimo protokole yra aiškiai nurodytos apdraustojo patologinės anatominės diagnozės: *„(duomenys neskelbtini)*.

Pažymėtina, kad pareiškėja neginčijo, jog medicinos dokumentų duomenys patvirtina, kad apdraustojo mirties priežastis yra susijusi su Mirties liudijime ir Patologinio anatominio tyrimo išvadose nurodytomis diagnozėmis: *(duomenys neskelbtini)*. Tačiau pareiškėja teigė, kad draudikas nepagrįstai šių medicinos duomenų nevertino kaip atitinkančių draudžiamojo įvykio sąlygas.

Kadangi draudiko gydytojo eksperto atliktas medicinos dokumentų vertinimas nepagrindė, kad apdraustojo mirtį lėmė draudžiamojo įvykio sąlygas atitinkanti kritinė liga *„(duomenys neskelbtini)*“, įvertinus aplinkybę, kad ir pareiškėja rėmėsi medicinos duomenimis apie kitas su apraustojo *(duomenys neskelbtini)*[4] diagnozes, todėl nėra pagrindo pagrįstomis pripažinti pranešime apie Įvykį nurodytų aplinkybių, kad draudimo išmoka turi būti mokama pagal Lentelės 2 punkte nustatytas kritinės ligos *„(duomenys neskelbtini)*“ draudimo apsaugos sąlygas.

Vertinant draudiko gydytojo eksperto išvadą Įvykiui netaikyti ir draudžiamojo įvykio *„(duomenys neskelbtini)*“ sąlygų, pažymėtina, kad draudiko gydytojas ekspertas nustatė, kad GMP kvietimo kortelėje nebuvo nurodyta užsitęsusio *(duomenys neskelbtini)* būdingų požymių. Stacionarinėje sveikatos priežiūros įstaigoje atliktose apdraustojo elektrokardiogramose nustatytas *(duomenys neskelbtini).* 2025 m. gruodžio 22 d. atlikus kraujo tyrimą nustatyta *(duomenys neskelbtini)*. Be to, ligos istorijoje nėra duomenų, kad gydytojas kardiologas pareiškėjui būtų patvirtinęs *(duomenys neskelbtini)*, o ši diagnozė nebuvo patvirtinta ir autopsijos metu. Todėl, gydytojo eksperto vertinimu, medicinos dokumentai nepatvirtino Taisyklėse nustatytų būtinųjų draudžiamojo įvykio *„(duomenys neskelbtini)*“ sąlygų.

Draudikas, vadovaudamasis draudiko gydytojo eksperto atliktu medicinos dokumentų vertinimu, padarė išvadą, kad apdraustajam diagnozuotų ligų požymiai neatitinka Lentelės 1 ir 2 punktuose įtvirtintų draudžiamųjų įvykiu *„(duomenys neskelbtini)*“ ir *„(duomenys neskelbtini)*“ kriterijų.

Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad draudikas, siekdamas tinkamai vykdyti Lietuvos Respublikos draudimo įstatymo 98 straipsnio 2 ir 3 dalyse įtvirtintas pareigas rinkti draudžiamojo įvykio aplinkybėms ir pasekmėms įvertinti reikšmingus faktinius duomenis ir neišmokėti draudimo išmokos, neįsitikinus draudžiamojo įvykio aplinkybėmis, kreipėsi į VšĮ Alytaus apskrities *(duomenys neskelbtini)* ligoninę (toliau – Ligoninė), siekdamas surinkti ir patikrinti sprendimui dėl draudimo išmokos mokėjimo priimti būtiną informaciją[5].

Todėl nėra pagrindo pagrįstomis pripažinti pareiškėjos nurodytų aplinkybių, kad draudiko sprendimo priėmimas žalos byloje buvo vilkinamas ir kad jis buvo priimtas, draudikui nesurinkus visos informacijos ir įrodymų, reikšmingų sprendimui dėl draudimo išmokos mokėjimo priimti.

Draudimo įstatymo nuostatos ir Taisyklių 3.12.1 papunkčio sąlygos, įpareigojančios draudiką vertinti medicinos duomenis ir priimti sprendimą dėl Įvykio požymių atitikties draudžiamojo įvykio sąlygoms, įpareigoja draudiką turėti kvalifikuotus darbuotojus, kompetentingus vertinti medicinos dokumentus ir jų pagrindu priimti sprendimą, susijusį su draudiko įsipareigojimų pagal Draudimo sutartį vykdymu. Todėl draudiko eksperto, kompetentingo spręsti dėl pareiškėjos nurodyto Įvykio padarinių atitikties Draudimo sutartimi apdraustoms draudimo rizikoms taikomų draudžiamųjų įvykių sąlygoms, ekspertiniai paaiškinimai yra pripažįstami pakankamu įrodymu, jei nėra nuginčyti kitais objektyviais faktiniais duomenimis.

Lietuvos bankui pateikti įrodymai paneigia pareiškėjos teiginius, kad draudikas sprendimą Įvykiui netaikyti draudimo apsaugos priėmė tik įvertinęs apdraustojo Mirties liudijime nurodytų

---

[3] T. y. draudikas vertino 2025 m. gruodžio 22–23 d. apdraustojo gydymo stacionarinėje sveikatos priežiūros įstaigoje pateiktos medicinos informacijos duomenis, apdraustajam atliktų medicinos tyrimų duomenis bei Patologinio anatominio tyrimo protokolo bei Mirties liudijimo duomenis.

[4] Kurios buvo apdraustojo mirties priežastimi.

[5] Šiuos duomenis pagrindžia draudiko Lietuvos bankui pateikti Ligoninei adresuotais draudiko 2026 m. sausio 5 d. ir 2026 m. vasario 26 d. raštais pateikti prašymai pateikti draudikui medicinos dokumentus.

ligų (sukėlusių apdraustojo mirtį) diagnozių duomenis ir nevertindamas visos medicinos informacijos. Priešingai, draudiko eksperto vertinimas buvo parengtas pareiškėjos pateiktų ir Įvykio administravimo metu draudiko surinktų medicinos dokumentų, kurie negalėjo pagrįsti, kad apdraustasis mirė dėl draudžiamųjų įvykių sąlygas atitinkančių ligų „(*duomenys neskelbtini)*" ar „*(duomenys neskelbtini)*", pagrindu. Draudiko gydytojas ekspertas, vertindamas Ligoninės pateiktus medicinos dokumentus, šiuose dokumentuose nurodytas aplinkybes vertino pagal kritinių ligų draudžiamųjų įvykių kriterijus[6].

Nenustačius Įvykio požymių atitikties „kritinių ligų" draudimo rizikos draudimo apsaugos sąlygoms, nėra pagrindo pagrįstomis pripažinti pareiškėjos teiginių, kad Įvykiui turėjo būti taikomos Draudimo sutartyje įtvirtintos įvykio pripažinimo draudžiamuoju sąlygos. Atsižvelgiant į nurodytas aplinkybes, pažymėtina, kad draudikas pagrįstai vertino, jog Įvykio požymiai neatitiko Lentelės 1 ir 2 punktuose nurodytų draudžiamųjų įvykių sąlygų.

Papildomai pažymėtina, kad pagal Taisyklių Priede Nr. 1 įtvirtintos Lentelės Nr. 1. „Sužalojimai neįgalumo atveju" (toliau – Lentelė Nr. 1) 28 punkto sąlygas yra mokama draudimo išmoka dėl širdies bei kraujagyslių sistemos nepakankamumo, tačiau ji yra mokama tik tokiu atveju, kai šis sutrikimas yra atsiradęs dėl širdies ar magistralinių kraujagyslių sužalojimo[7]. Pagal minėtą sąlygą, turi būti nustatytas širdies ar magistralinių kraujagyslių sužalojimas, atsiradęs dėl nelaimingo atsitikimo ir širdies bei kraujagyslių sistemos nepakankamumas turi būti priežastiniu ryšiu susijęs būtent su tokiu sužalojimu. Nesant bent vienos iš šių sąlygų, nėra pagrindo taikyti Lentelės 28 punkte nustatytos draudimo apsaugos.

Kaip minėta, medicinos dokumentuose nebuvo duomenų, kad apdraustasis būtų patyręs nelaimingą atsitikimą, širdies ar magistralinių kraujagyslių traumą arba kitokį trauminį kūno sužalojimą. Patologinio anatominio tyrimo protokolo ir Mirties liudijimo duomenys *(duomenys neskelbtini)* diagnozę siejo su ligomis ir jų komplikacijomis, o ne su širdies ar magistralinių kraujagyslių sužalojimu.

Todėl vien aplinkybė, kad medicinos dokumentuose nurodytas *(duomenys neskelbtini)*, nesudaro pagrindo draudikui mokėti draudimo išmoką pagal Lentelės Nr. 1 28 punkto sąlygas. Kadangi draudikui pateikti įrodymai nepatvirtino apdraustojo patirto nelaimingo atsitikimo[8], todėl nėra pagrindo Įvykiui taikyti kaulų lūžių ar kitų apdraustojo sužalojimų draudimo apsaugos sąlygų.

Apibendrinant Lietuvos banko nustatytas aplinkybes ir vadovaujantis pateiktų įrodymų visumos vertinimu, darytina išvada, kad draudikas pagrįstai sprendė, kad Įvykio požymiai neatitinka Draudimo sutartyje įtvirtintų apdraustoms draudimo rizikoms teikiamos draudimo apsaugos sąlygų. Taigi, draudikas pagrįstai vertino, kad Įvykiui yra taikytinas Taisyklių 4.16 papunktis, pagal kurį nedraudžiamuoju įvykiu yra pripažįstamas dėl apdraustojo ligos, nepatenkančios į Draudimo sutartimi teikiamą draudimo apsaugą, įvykęs įvykis.

Išvada

Nustačius, kad Įvykio požymiai neatitinka Draudimo sutartyje nustatytų draudžiamųjų įvykių sąlygų, pareiškėjos draudikui keliamas reikalavimas dėl Įvykio išmokėti draudimo išmoką atmestinas kaip nepagrįstas.

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.

---

[6] T. y. Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad draudiko gydytojas ekspertas, vertindamas medicinos duomenis apie apdraustajam nustatytą (*duomenys neskelbtini*), juos vertino pagal Lentelės 1 punkte išvardintus draudžiamojo įvykio „(*duomenys neskelbtini*)" požymius ir kt.

[7] Pagal Lentelės Nr. 1 28 punktą, vertinant tokį kūno sužalojimą, atsižvelgiama į širdies ir kraujagyslių sistemos nepakankamumo požymius pagal NYHA klasifikaciją, EKG, fizinio krūvio mėginius, ultragarsinius tyrimus, ilgalaikį EKG bei arterinio kraujospūdžio stebėjimą. Atsižvelgiant į nustatytą nepakankamumo laipsnį, Lentelėje Nr. 1 numatyta atitinkamo dydžio draudimo išmoka.

[88] Kuris būtų lėmęs medicinos dokumentuose nurodytų ligų, dėl kurių apdraustasis mirė, diagnozavimą.

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.

Direktorius Arūnas Raišutis