



**LIETUVOS BANKO
PRIEŽIŪROS TARNYBOS
FINANSINIŲ PASLAUGŲ IR RINKŲ PRIEŽIŪROS DEPARTAMENTO
DIREKTORIUS**

**SPRENDIMAS
DĖL K. M. IR UAB „PZU LIETUVA GYVYBĖS DRAUDIMAS“ GINČO
NAGRINĖJIMO**

2017 m. gegužės 31 d. Nr. 242-226
Vilnius

Lietuvos bankas gavo K. M. (toliau – pareiškėjas) kreipimąsi, kuriuo prašoma išnagrinėti tarp pareiškėjo ir UAB „PZU Lietuva gyvybės draudimas“ kilusį ginčą.

N u s t a t y t a:

2010 m. rugsėjo 20 d. tarp pareiškėjo ir UAB „PZU Lietuva gyvybės draudimas“ (toliau – draudikas) buvo sudaryta gyvybės draudimo sutartis (*duomenys neskelbtini*), kuria apdraustuoju nurodytas pareiškėjas. Gyvybės draudimo sutartimi draudimo apsauga buvo suteikta pagal Investicinio gyvybės draudimo taisykles Nr. 301 (2009 m. rugpjūčio 27 d. redakcija, galioja nuo 2009 m. rugsėjo 1 d.), pagal kurias draudimo objektas yra turtiniai interesai, susiję su apdraustojo gyvybe, ir turtiniai interesai, susiję su kapitalo kaupimu, kai investavimo rizika tenka draudėjui, jei nepasirinkta investavimo kryptis su garantuotomis palūkanomis. Draudimo apsauga taip pat buvo suteikta pagal Papildomo draudimo nuo kritinių ligų taisykles Nr. 403 (2007 m. vasario 7 d. redakcija, galioja nuo 2007 m. kovo 1 d.), pagal kurias draudimo objektas yra turtiniai interesai, susiję su apdraustojo ligomis ir (arba) būsenomis, išvardytomis draudėjo pasirinktame kritinių ligų sąraše, Papildomo draudimo nuo mirties dėl nelaimingų atsitikimų taisykles Nr. 401 (2007 m. vasario 7 d. redakcija, galioja nuo 2007 m. kovo 1 d.), pagal kurias draudimo objektas yra turtiniai interesai, susiję su apdraustojo gyvybe dėl nelaimingų atsitikimų, bei Papildomo draudimo nuo nelaimingų atsitikimų taisykles Nr. 402 (2007 m. vasario 7 d. redakcija, galioja nuo 2007 m. kovo 1 d.), pagal kurias draudimo objektas yra turtiniai interesai, susiję su apdraustojo kūno sužalojimu dėl nelaimingo atsitikimo.

Remiantis 2015 m. liepos 30 d. pareiškėjo prašymu pakeisti draudimo sutarties sąlygas, nuo 2015 m. rugpjūčio 20 d. įsigaliojo Gyvybės draudimo liudijimo (*duomenys neskelbtini*) pakeitimas, kuriuo nustatyta 60 Eur periodinė draudimo įmoka. Nuo 2015 m. rugpjūčio 20 d. įsigaliojusiam gyvybės draudimo liudijimo pakeitime nurodyta, kad papildomo draudimo ligų rizika apdrausta pagal Papildomo draudimo nuo kritinių ligų taisyklių Nr. 403 2008 m. spalio 3 d. redakciją, galiojančią nuo 2008 m. lapkričio 15 d. Papildomo draudimo nuo mirties dėl nelaimingo atsitikimo rizika apdrausta pagal Papildomo draudimo nuo mirties dėl nelaimingų atsitikimų taisyklių Nr. 401 2008 m. spalio 3 d. redakciją, galiojančią nuo 2008 m. lapkričio 15 d. Papildomo draudimo nuo nelaimingų atsitikimų rizika apdrausta pagal Papildomo draudimo nuo nelaimingų atsitikimų taisyklių Nr. 402 2008 m. spalio 3 d. redakciją, galiojančią nuo 2008 m. lapkričio 15 d.

2015 m. balandžio 30 d. draudikas ir AB „Lietuvos draudimas“ (toliau – draudiko atstovas) sudarė susitarimą (toliau – Susitarimas), kuriuo draudikas draudiko atstovui veiklos rangos pagrindu perdavė savo veiklą, susijusią su draudžiamųjų įvykių pagal draudiko sudarytas gyvybės draudimo sutartis administravimu, t. y. pareigą administruoti žalas pagal Susitarimo ir su jo vykdymu susijusių dokumentų nuostatas, spręsti klausimus, susijusius su žalų administravimu, bendrauti su draudiko klientais dėl įvykusių įvykių pagal gyvybės draudimo sutartis, draudžiamųjų

įvykių atvejais nustatyti pagrįstus draudimo išmokų dydžius, atstovauti draudikui valstybės institucijose, kiek tai susiję su žalų administravimu, ir kt.

2017 m. sausio 10 d. draudiko atstovas gavo pareiškėjo užpildytą draudiko parengtą prašymo išmokėti draudimo išmoką formą, kurioje prašoma išmokėti draudimo išmoką dėl 2016 m. gruodžio 30 d. plyšusios pareiškėjo dešinės blauzdos Achilo sausgyslės. Prašymo išmokėti draudimo išmoką formoje pažymėta, kad draudimo išmoka turi būti mokama dėl apdraustojo patirtos traumos.

Draudiko atstovas pareiškėją 2017 m. sausio 20 d. raštu informavo, kad pagal draudimo sutarčiai taikomų Draudimo išmokų, mokamų dėl nelaimingų atsitikimų metu gautų traumų, lentelės B (toliau – Traumų lentelė B) 105 straipsnio a punkto nuostatas buvo apskaičiuota 115,85 Eur draudimo išmoka dėl pareiškėjo dešinės blauzdos Achilo sausgyslės plyšimo.

Pareiškėjas 2017 m. kovo 4 d. draudikui pateikė pretenziją, kurioje nurodė nesutinkantis su draudiko atstovo išmokėta 115,85 Eur draudimo išmoka, nes pareiškėjo trauma yra rimta ir jis apie keturis mėnesius bus nedarbingas. Pareiškėjas nurodė, kad jam plyšo dešinės blauzdos Achilo sausgyslė ir dalis raumens, ir pabrėžė, kad, jį gydžiusio gydytojo teigimu, pagal šiuolaikinę mediciną Achilo sausgyslės plyšimo operuoti nerekomenduojama, nes „sugijimo periodas ir rezultatai nuo to nesikeičia“. Pareiškėjas nurodė, kad šios aplinkybės nepaneigia 2016 m. gruodžio 30 d. pareiškėjo patirtos traumos padarinių sunkumo, todėl prašė draudiko atstovo pakartotinai apsvarstyti priimtą sprendimą dėl draudimo išmokos dydžio.

Draudiko atstovas 2017 m. kovo 7 d. pateiktame atsakyme į pareiškėjo pretenziją nurodė, kad gyvybės draudimas pagal savo esmę yra sumų draudimas, o ne nuostolių draudimas, todėl draudimo išmokos dydis nepriklauso nuo apdraustojo nedarbingumo laikotarpio, gydymo išlaidų, sukeltų nepatogumų ar kitų apdraustojo patirtų nuostolių. Draudikas pabrėžė, kad, pagal draudimo sutarčiai taikomos Traumų lentelės B 105 straipsnio a punkto nuostatas, draudimo išmoka dėl Achilo sausgyslės sužalojimo, kai gydoma konservatyviai (neoperuojant) ir nepertraukiamas gydymas tęsiasi ne trumpiau kaip 14 dienų, negali viršyti 115,85 Eur. Atsižvelgdamas į tai, draudiko atstovas nurodė, kad dėl 2016 m. gruodžio 30 d. traumos padarinių mokamos draudimo išmokos dydis buvo nustatytas remiantis tarp pareiškėjo ir draudiko sudarytoje draudimo sutartyje nustatytomis draudimo sutarties sąlygomis.

Pareiškėjas nesutiko su draudiko atstovo apskaičiuota 115,85 Eur draudimo išmoka, todėl Lietuvos bankui pateikė prašymą išnagrinėti tarp jo ir draudiko kilusį ginčą, kuriame nurodė, kad dėl 2016 m. gruodžio 30 d. patirtos traumos turėjo gipso uždėjimo, ramentų įsigijimo ir dokumentų vertimo iš Islandų kalbos išlaidas, nes trauma buvo patirta Islandijoje ir pirmoji medicinos pagalba pareiškėjui buvo suteikta Nacionalinėje universitetinėje ligoninėje Islandijoje. Pareiškėjas nurodė, kad 2017 m. sausio 4 d. jam buvo atliktas čiurnos magnetinio rezonanso tomografijos tyrimas ir nustatytas dešinės blauzdos Achilo sausgyslės ir dalinis raumenų plyšimas. Pareiškėjas pabrėžė, kad gydytojai jam nurodė, jog „vieną mėnesį bus skirta imobilizacija gipso įtvaru, vėliau ortopedine langete ir po to du mėnesius pareiškėjui bus taikoma reabilitacija.“

Draudiko atstovas Lietuvos bankui pateiktame atsiliepime dėl pareiškėjo nurodytų aplinkybių pabrėžė, kad administruojant 2016 m. gruodžio 30 d. įvykį draudiko atstovui pateikti medicinos dokumentai patvirtino, kad dėl pareiškėjui atlikto kompiuterinės tomografijos tyrimo metu nustatyto Achilo sausgyslės plyšimo buvo paskirtas konservatyvus gydymas: „imobilizacija gipso tvarsčiu 3–4 savaites, funkcinis batas 2 mėnesius ir reabilitologo konsultacija“. Atsižvelgdamas į tai, draudiko atstovas nurodė pagrįstai išmokėjęs 115,85 Eur draudimo išmoką dėl daugiau nei 14 dienų trukusio pareiškėjo dešinės blauzdos Achilo sausgyslės plyšimo konservatyvaus gydymo. Draudiko atstovas atkreipė dėmesį, kad, pagal Traumų lentelės B 105 straipsnio b punkto nuostatas, didesnė draudimo išmoka dėl apdraustojo Achilo sausgyslės plyšimo (10 procentų nelaimingų atsitikimų draudimo sumos sudaranti draudimo išmoka) yra mokama, jei apdraustajam yra atliekama rekonstrukcinė operacija. Draudiko atstovo teigimu, atsižvelgiant į tai, kad pareiškėjui dėl 2016 m. gruodžio 30 d. traumos padarinių chirurginis

gydymas nebuvo taikytas, draudikui nėra pagrindo perskaičiuoti pareiškėjui išmokėtą draudimo išmoką pagal Traumų lentelės B 105 straipsnio b punkto sąlygas.

Apibendrinamas atsiliepime į pareiškėjo kreipimąsi nurodytas aplinkybes, draudiko atstovas konstatavo, kad priėmė teisingą ir pagrįstą sprendimą mokėti 115,85 Eur draudimo išmoką. Draudiko atstovas pabrėžė, kad pareiškėjas nenurodė aplinkybių, suteikiančių pagrindą pakeisti sprendimą dėl nustatyto draudimo išmokos dydžio.

K o n s t a t u o j a m a:

Vadovaujantis Vartotojų ir finansų rinkos dalyvių ginčų neteisminio sprendimo procedūros Lietuvos banke taisyklių, patvirtintų Lietuvos banko valdybos 2012 m. sausio 26 d. nutarimu Nr. 03-23, (toliau – Vartotojų ir finansų rinkos dalyvių ginčų neteisminio sprendimo procedūros Lietuvos banke taisyklės) 45 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 pateiktų įrodymų vertinimą, kurio pagrindu priimamas sprendimas.

Atsižvelgiant į ginčo šalių paaiškinimus ir pateiktus įrodymus, darytina išvada, kad šalių ginčas kyla dėl gyvybės draudimo sutarties (*duomenys neskelbtini*) sąlygų taikymo ir draudimo išmokos, mokamos dėl 2016 m. gruodžio 30 d. traumos padarinių, dydžio.

Vertinant ginčo šalių nurodytas aplinkybes, kuriomis jos remiasi kaip savo reikalavimų ir atsikirtimų pagrindu, pažymėtina, kad, pareiškėjo teigimu, draudiko išmokėta 115,80 Eur išmoka yra per maža, atsižvelgiant į 2016 m. gruodžio 30 d. traumos padarinių – dešinės blauzdos Achilo sausgyslės ir dalies raumens plyšimo – sudėtingumą ir pareiškėjo patirtas išlaidas už gipso uždėjimą, ramentus ir dokumentų vertimą iš Islandų kalbos. Draudiko atstovas nurodė, kad, atsižvelgiant į tai, kad tarp pareiškėjo ir draudiko buvo sudaryta sumų draudimo sutartis, draudimo išmoka buvo apskaičiuota ne pagal pareiškėjo patirtus nuostolius (medicinos išlaidas ir kt.), o pagal draudimo sutarčiai taikomoje Traumų lentelėje B numatytus procentus nuo nelaimingų atsitikimų draudimo sumos, nes taip apskaičiuojama draudimo išmoka, įvykus minėtoje lentelėje nurodytam draudžiamajam įvykiui.

Atsižvelgiant į pareiškėjo ir draudiko atstovo argumentus dėl draudimo išmokos pagal pareiškėjo ir draudiko sudarytos gyvybės draudimo sutarties (*duomenys neskelbtini*) sąlygas mokėjimo, pažymėtina, kad Lietuvos Respublikos civilinio kodekso (toliau – CK) 6.189 straipsnio 1 dalyje nustatyta, kad teisėtai sudaryta ir galiojanti sutartis jos šalims turi įstatymo galią. CK 6.156 straipsnio 1 dalyje įtvirtintas sutarčių laisvės principas leidžia sutarties šalims laisvai sudaryti sutartis ir savo nuožiūra nustatyti tarpusavio teises bei pareigas, jei tai neprieštaruja įstatymams.

Svarbu pažymėti, kad tarp pareiškėjo ir draudiko sudaryta draudimo sutartis yra savanoriška, todėl draudikas, vadovaudamasis CK 6.156 straipsnio 1 dalies nuostatomis, tokio pobūdžio sutartyse gali savo nuožiūra pasiūlyti sąlygas, susijusias su teikiamos draudimo apsaugos apimtimi. Kasacinio teismo praktikoje yra nurodyta, kad draudimo sutartimi draudimo objektui teikiama draudimo apsauga nėra absoliuti – draudikas, prisiimdamas draudimo riziką, nustato draudimo sutartimi suteikiamos draudimo apsaugos ribas – atvejus, kada mokama draudimo išmoka, ir atvejus, kada draudikas yra atleidžiamas nuo pareigos mokėti draudimo išmoką (Lietuvos Aukščiausiojo Teismo Civilinių bylų skyriaus teisėjų kolegijos 2012 m. kovo 13 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-91/2012; 2009 m. birželio 15 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-32/2009; 2013 m. balandžio 19 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-215/2013).

Draudimo apsauga nustatoma tiek draudiko parengtose draudimo rūšies taisyklėse, tiek draudimo liudijime aptartose individualiose sąlygose. Draudimo taisyklėse nustatomi atvejai, kurie laikytini draudžiamaisiais įvykiais, taip pat kurie tokiais nelaikytini. Taigi draudiko prievolės išmokėti draudimo išmoką pagal įstatymuose nustatytą teisinį reglamentavimą ir draudimo sutartį

atsiradimas siejamas su draudžiamąjį įvykio fakto nustatymu (CK 6.987 straipsnis) (Lietuvos Aukščiausiojo Teismo Civilinių bylų skyriaus teisėjų kolegijos 2012-03-13 nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-91/2012; 2009-06-15 nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-257/2009; 2009-02-09 nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-32/2009; 2013-04-19 nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-215/2013).

Vertinant ginčo šalių argumentus dėl pareiškėjo patirtas medicinos išlaidas atlyginančios draudimo išmokos mokėjimo, pažymėtina, kad, kaip minėta, tarp pareiškėjo ir draudiko sudaryta gyvybės draudimo sutartimi (*duomenys neskelbtini*) papildomai buvo apdraustos kritinių ligų, mirties dėl nelaimingo atsitikimo ir nelaimingų atsitikimų draudimo rizikos. Papildomo draudimo nuo kritinių ligų taisyklių Nr. 403 (2008 m. spalio 3 d. redakcija, galioja nuo 2008 m. lapkričio 15 d.) 7.1 papunktyje nustatyta, kad kritinės ligos draudimo išmoka yra lygi draudimo sutartyje nustatyta kritinių ligų draudimo sumai. Papildomo draudimo nuo mirties dėl nelaimingų atsitikimų taisyklių Nr. 401 (2008 m. spalio 3 d. redakcija, galioja nuo 2008 m. lapkričio 15 d.) 7.1 papunktyje taip pat nurodyta, kad apdraustojo mirties dėl nelaimingo įvykio atveju naudą gavėjui išmokama draudimo išmoka yra lygi draudimo sutarties šalių nustatyta mirties dėl nelaimingo atsitikimo draudimo sumai.

Papildomo draudimo nuo nelaimingų atsitikimų taisyklių Nr. 402 (2008 m. spalio 3 d. redakcija, galioja nuo 2008 m. lapkričio 15 d.) (toliau – Taisyklės) 4.1 papunktyje nustatyta, kad draudžiamuoju įvykiu pagal Taisyklės yra pripažįstamas apdraustojo kūno sužalojimas dėl nelaimingo atsitikimo galiojant papildomo draudimo apsaugai. Remiantis Taisyklių 7.1 papunkčiu, pažymėtina, kad draudimo išmokos dydis nustatomas pagal draudėjo pasirinktą ir galiojančią pagal draudimo sutartį Traumų lentelę, kuri yra sudedamoji papildomo draudimo dalis.

Draudimo liudijimo ir jo pakeitimo duomenys patvirtina, kad draudimo sutarties šalys susitarė, jog draudimo išmokos dėl papildomo draudimo nuo nelaimingų atsitikimų draudimo sutartyje nurodyto draudžiamąjį įvykio mokėjimo sąlygoms nustatyti ir draudimo išmokai apskaičiuoti bus taikomos Traumų lentelės B nuostatos: mokamos draudimo išmokos dydis yra lygus nelaimingų atsitikimų draudimo sumos daliai, t. y. lentelėje nurodytam draudimo sumos procentui (jo dydis nustatomas atsižvelgiant į draudžiamąjį įvykio padarinių pobūdį).

Atsižvelgiant į draudimo sutarties šalių nustatytas draudimo sutarties sąlygas, pažymėtina, kad pareiškėjas ir draudikas susitarė, jog gyvybės draudimo sutartimi (*duomenys neskelbtini*) bus teikiama draudimo apsauga dėl apdraustojo kritinių ligų, dėl nelaimingų atsitikimų ir mirties dėl nelaimingų atsitikimų. Įvykus nurodytiems draudžiamiesiems įvykiams, bus mokama draudimo išmoka, lygi draudimo sutartyje nustatytoms mirties dėl nelaimingų atsitikimų ir kritinių ligų draudimo sumoms ir nelaimingų atsitikimų draudimo sumos daliai. Atsižvelgiant į tai, darytina išvada, kad draudiko 2017 m. kovo 7 d. atsakyme į pareiškėjo pretenziją pateikti argumentai, kad pagal draudimo sutarties sąlygas mokamos draudimo išmokos dydis nėra nustatomas pagal apdraustojo nedarbingumo laikotarpį (negautas pajamas), patirtas medicinos išlaidas ir kitus nuostolius, o yra apskaičiuojamas pagal draudimo sumas, yra pagrįsti.

Svarbu pažymėti, kad pareiškėjas kreipimesi į Lietuvos banką neginčijo supažindinimo su draudimo sutarties sąlygomis fakto, todėl nėra pagrindo teigti, kad draudimo sutarties sąlygos, tarp jų ir nuostatos dėl draudimo išmokos pagal draudimo sutartyje nustatytas draudimo sumas apskaičiavimo, pareiškėjui nebuvo žinomas ir jos neturi būti taikomos. Remiantis CK 6.185 straipsnio 2 dalies ir 6.186 straipsnio 1 dalies nuostatomis, pažymėtina, kad, sudarant sutartį prisijungimo būdu, standartinės sutarties sąlygos yra privalomos kitai šaliai tuo atveju, jeigu standartinės sutarties sąlygas parengusi šalis tinkamai jas atskleidė, t. y. sudarė protingą galimybę kitai šaliai susipažinti su standartinėmis sąlygomis ir sutarties šalis aiškiai išreiškė savo sutikimą su sutarties sąlygomis. Pažymėtina, kad pareiškėjas 2010 m. rugsėjo 16 d. užpildytame prašyme sudaryti gyvybės draudimo sutartį, taip pat 2017 m. gegužės 30 d. užpildytame prašyme pakeisti gyvybės draudimo sutarties sąlygas savo parašu patvirtino supažindinimo su draudimo sutarčiai taikomomis taisyklėmis faktą.

Dėl draudimo išmokos, atlyginančios pareiškėjo dėl 2016 m. gruodžio 30 d. įvykio patirtus nuostolius, mokėjimo

Vertinant ginčo šalių nurodytas aplinkybes dėl draudimo sutarties sąlygų taikymo, pažymėtina, kad Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad 2016 m. gruodžio 30 d. įvyko nelaimingas atsitikimas, nes pareiškėjas užpildytoje prašymo išmokėti draudimo išmoką formoje nurodė, kad dešinės blauzdos Achilo sausgyslės plyšimas įvyko, kai pareiškėjas „ėjo po darbo namo ir paslydo nuo kalno“. Atsižvelgiant į tai, darytina išvada, kad draudimo išmokos dėl 2016 m. gruodžio 30 d. įvykio mokėjimo ir jos dydžio nustatymo sąlygos draudiko pagrįstai buvo vertinamos pagal draudimo sutartimi apdraustos papildomo draudimo nuo nelaimingų atsitikimų rizikos nuostatas. Svarbu pažymėti, kad Taisyklėse nėra nustatyta sąlygų, kad į dėl apdraustojo traumas, kurio priežastis buvo nelaimingas atsitikimas, padarinių mokamą draudimo išmoką yra įskaičiuojamos apdraustojo patirtos traumas padarinių gydymo ir kitos išlaidos. Atsižvelgiant į tai, nėra pagrindo teigti, kad, įvykus 2016 m. gruodžio 30 d. įvykiui, draudikui kilo pareiga išmokėti draudimo išmoką, atlyginančią pareiškėjo kreipimesi nurodytas gipso uždėjimo, ramentų įsigijimo ir dokumentų vertimo iš Islandų kalbos išlaidas.

Dėl draudimo išmokos, mokamos plyšus apdraustojo dešinės blauzdos Achilo sausgyslei, dydžio

Vertinant pagal papildomo draudimo nuo nelaimingų atsitikimų draudimo sąlygas draudiko išmokėtos draudimo išmokos dydžio nustatymo pagrįstumą, pažymėtina, kad Lietuvos bankui pateiktame VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų Vaikų ligoninės medicinos dokumentų išrašė nurodyta, kad pareiškėjas „2016 m. gruodžio 30 d. paslydo lauke ir traumavo dešinę blauzdą. Pirmoji pagalba suteikta Islandijoje. Atliktas gipsavimas. Atvyko konsultacijos tolimesniam gydymui. Atliktas magnetinio rezonanso tomografijos tyrimas. Rastas pilnas Achilo sausgyslės plyšimas. Šiuo metu reikalingas konservatyvus gydymas.“ Šiame medicinos dokumente nurodyta diagnozė: „dešinės blauzdos Achilo sausgyslės plyšimas (neoperuotas), kodas pagal TLK-10-AM S86.0“ ir pateikiamos rekomendacijos: „imobilizacija gipso tvarsčiu 3-4 sav., funkcinis batas 2 mėn., reabilitologo konsultacija.“

Draudimo išmokos dėl Achilo sausgyslės sužalojimo mokėjimo sąlygos nustatytos Traumų lentelės B 105 straipsnyje. Traumų lentelės B 105 straipsnio a punkte nustatyta, kad kai gydoma konservatyviai (neoperuojant) ir nepertraukiamas gydymas tęsiasi ne trumpiau kaip 14 dienų, mokama 5 procentus nelaimingų atsitikimų draudimo sumos sudaranti draudimo išmoka, bet ne daugiau kaip 400 Lt, t. y. 115,85 Eur. Traumų lentelės B 105 straipsnio pastabų 2 punkte nustatyta, kad dėl Achilo sausgyslės sužalojimo draudimo išmoka mokama tik vieną kartą draudimo sutarties galiojimo metu.

Pažymėtina, kad Lietuvos bankui pateiktuose dokumentuose yra aiškiai nurodyta, kad pareiškėjas dėl patirto dešinės blauzdos Achilo sausgyslės plyšimo nebuvo operuotas ir kad pareiškėjui buvo paskirtas konservatyvus gydymas. Šias aplinkybes nurodo ir pats pareiškėjas draudikui adresuotoje 2017 m. kovo 4 d. pretenzijoje dėl draudimo išmokos dydžio. Lietuvos bankui pateikti medicinos dokumentai taip pat pagrindžia, kad dėl dešinės blauzdos Achilo sausgyslės plyšimo pareiškėjui skirtas nepertraukiamas konservatyvus gydymas tęsiasi daugiau nei 14 dienų. Kadangi draudimo sutarties šalys prieš sudarydamos draudimo sutartį aiškiai susitarė, kad dėl Achilo sausgyslės sužalojimo nepertraukiamo konservatyvaus gydymo, kuris tęsiasi ne trumpiau kaip 14 dienų, yra mokama ne didesnė nei 115,85 Eur draudimo išmoka, draudiko sprendimas pagal Traumų lentelės B 105 straipsnio a punkto sąlygas dėl 2016 m. gruodžio 30 d. pareiškėjo patirto Achilo sausgyslės sužalojimo išmokėti 115,85 Eur draudimo išmoką yra pagrįstas.

Dėl draudimo išmokos apdraustojo raumens dalinio plyšimo atveju mokėjimo

Pažymėtina ir tai, kad 2017 m. sausio 4 d. pareiškėjui atlikto čiurnos magnetinio rezonanso tomografijos tyrimo apraše nurodyta, kad „proksimaliau Achilo sausgyslėje matyti MR signalo pakitimai, čia sausgyslė vingiuota, matyti daliniai įplyšimai raumenyse ties sausgysle.“ Aplinkybes, kad dėl 2016 m. gruodžio 30 d. įvykio pareiškėjui plyšo ne tik dešinės blauzdos Achilo sausgyslė, tačiau ir dalis šalia esančio raumens, nurodė ir pareiškėjas draudikui adresuotoje 2017 m. kovo 4 d. pretenzijoje, kurioje prašoma pakartotinai apsvarstyti sprendimą dėl draudimo išmokos dydžio, taip pat Lietuvos bankui pateiktame kreipimesi dėl ginčo nagrinėjimo.

Traumų lentelės B 63 straipsnio b punkte nustatyta, kad „dėl trauminio raumens sužalojimo, kai buvo imobilizuota gipso tvarsčiu (įtvaru) ne trumpiau kaip 3 savaičių laikotarpiui ir apdraustasis buvo nedarbingas ilgiau negu 3 savaites,“ yra mokama 2 procentus nelaimingų atsitikimų draudimo sumos sudaranti draudimo išmoka. Traumų lentelės B 63 straipsnyje nėra detalizuota trauminio raumens sužalojimo samprata. Minėtame straipsnyje taip pat nėra nurodyta, kad raumens įplyšimas ar dalinis plyšimas nepriskirtini prie minėtų traumos padarinių (trauminio raumens sužalojimo) ir kad dėl dalinio raumens plyšimo draudimo išmoka nemokama arba gali būti sumažinta. Atsižvelgiant į Traumų lentelės B 63 straipsnyje įtvirtintą sutarties sąlygą, darytina išvada, kad pagal trauminio raumens sužalojimo sąlygas draudimo išmoka turi būti mokama ir dėl dalinio raumens plyšimo.

Traumų lentelės B 63 ir 105 straipsniuose bei šių straipsnių pastabose nėra nustatyta, kad, mokant draudimo išmoką dėl apdraustojo Achilo sausgyslės sužalojimo, draudimo išmoka dėl trauminio raumens sužalojimo nemokama. Traumų lentelės B 63 straipsnyje tik nustatyta, jog pagal šį straipsnį taip pat mokamos draudimo išmokos dėl sausgyslės sužalojimo išimtimi laikytini pėdos, plaštakos sausgyslių ir Achilo sausgyslės sužalojimai (kadangi draudimo išmokos dėl Achilo sausgyslės sužalojimo mokėjimo sąlygas nustato ne 63, o 105 straipsnis), tačiau nėra nustatyta, kad, apdraustajam diagnozavus Achilo sausgyslės sužalojimą, netaikomos Traumų lentelės B 63 straipsnyje nustatytos draudimo išmokos dėl trauminio raumens sužalojimo sąlygos. Atsižvelgiant į tai, darytina išvada, kad 2017 m. sausio 4 d. pareiškėjui atlikto čiurnos magnetinio rezonanso tomografijos tyrimo metu nustatčius ne tik apdraustojo Achilo sausgyslės plyšimą, tačiau ir dalinius raumenų, esančių ties šia sausgysle, plyšimus, draudikas, vadovaudamasis draudimo sutarties sąlygomis, turėjo vertinti 2016 m. gruodžio 30 d. traumos padarinių atitiktį Traumų Lentelės B 63 straipsnio b punkte nustatytoms draudimo išmokos mokėjimo sąlygoms.

Lietuvos Respublikos draudimo įstatymo (toliau – Draudimo įstatymas) 98 straipsnio 3 dalies 2 punktą ir 7 dalis įpareigoja draudiką prieš atsisakymą mokėti draudimo išmoką patikrinti visą prieinamą informaciją ir įrodyti aplinkybes, atleidžiančias nuo draudimo išmokos mokėjimo. Draudikui įrodymais nepagrindus atsisakymo mokėti draudimo išmoką aplinkybių, atsiranda pareiga mokėti draudimo išmoką.

Nagrinėjamu atveju Lietuvos banko nustatytos aplinkybės suteikia pagrindą konstatuoti, kad draudikas sprendimą dėl draudimo išmokos dydžio priėmė neištyręs pareiškėjo nurodytų ir 2017 m. sausio 4 d. pareiškėjui atlikto čiurnos magnetinio rezonanso tomografijos tyrimo aprašyme įtvirtintų aplinkybių dėl pareiškėjo raumens 2016 m. gruodžio 30 d. traumos metu sužalojimo. Atkreiptinas dėmesys, kad draudimo teisiniuose santykiuose draudėjas pripažįstamas silpnesne sutarties šalimi, dėl šios priežasties draudėjo teisės ir interesai turi būti ginami prioritetiškai. Atsižvelgiant į tai ir remiantis Draudimo įstatymo 98 straipsnio 7 dalyje įtvirtinta įrodinėjimo naštos draudikui paskirstymo taisykle, darytina išvada, kad draudiko sprendimas dėl 2017 m. sausio 4 d. pareiškėjui atlikto čiurnos magnetinio rezonanso tomografijos tyrimo aprašyme nurodyto trauminio raumens sužalojimo pareiškėjui nemokėti draudimo išmokos yra nepagrįstas.

Lietuvos bankui ginčo šalių pateikti dokumentai ir paaiškinimai patvirtina, kad pareiškėjui dėl 2016 m. gruodžio 30 d. traumos imobilizacija gipso tvarsčiu buvo skirta daugiau nei 3 savaitėms ir pareiškėjas dėl minėtos traumos buvo nedarbingas ilgiau nei 3 savaites. Atsižvelgiant į tai, darytina išvada, kad 2016 m. gruodžio 30 d. įvykio padariniai – trauminis raumens

sužalojimas – atitinka Traumų Lentelės 63 straipsnio b punkte įtvirtintas draudimo išmokos mokėjimo sąlygas. Kaip minėta, Traumų Lentelės 63 straipsnio b punkte nustatyta, kad dėl trauminio raumens sužalojimo, kai buvo imobilizuota gipso tvarsčiu (įtvaru) ne trumpiau kaip 3 savaites ir apdraustasis buvo nedarbingas ilgiau negu 3 savaites, yra mokama 2 procentus nelaimingų atsitikimų draudimo sumos sudaranti draudimo išmoka. Gyvybės draudimo liudijimo Nr. P02273845 pakeitime nurodyta, kad nelaimingų atsitikimų draudimo suma sudaro 14 500 Eur. Atsižvelgiant į tai, darytina išvada, kad draudikui kyla pareiga dėl trauminio raumens sužalojimo išmokėti pareiškėjui 2 procentus nelaimingų atsitikimų draudimo sumos (14 500 Eur) sudarančią draudimo išmoką (290 Eur).

Remdamasis tuo, kas išdėstyta, ir vadovaudamasis Vartotojų teisių apsaugos įstatymo 27 straipsnio 1 dalies 1 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 59.2 papunkčiu, n u s p r e n d ž i u:

1. Iš dalies patenkinti pareiškėjo K. M. reikalavimus ir rekomenduoti UAB „PZU Lietuva gyvybės draudimas“ dėl 2016 m. gruodžio 30 d. įvykyje patirto trauminio raumens sužalojimo išmokėti pareiškėjui 290 Eur draudimo išmoką, sudarančią 2 procentus nelaimingų atsitikimų draudimo sumos (14 500 Eur).

2. Įpareigoti UAB „PZU Lietuva gyvybės draudimas“ per mėnesį nuo šio sprendimo priėmimo dienos raštu informuoti Lietuvos banką apie šio sprendimo rezoliucinės dalies 1-ame punkte nurodytos rekomendacijos įgyvendinimą (neįgyvendinimą). UAB „PZU Lietuva gyvybės draudimas“ neįvykdžius minėtos rekomendacijos, apie tai bus paskelbta Lietuvos Respublikos teisės aktų nustatyta tvarka.

Lietuvos banko sprendimas dėl ginčo esmės yra rekomendacinio pobūdžio ir teismui neskundžiamas. Vartotojui ir finansų rinkos dalyviui išlieka teisė dėl ginčo sprendimo kreiptis į teismą arba kitą ginčų nagrinėjimo instituciją įstatymų nustatyta tvarka. Kreipimasis į teismą po Lietuvos banko sprendimo dėl ginčo esmės priėmimo nelaikomas šio sprendimo apskundimu.

Direktorius

Mindaugas Šalčius