



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

**SPRENDIMAS
DĖL V. S. IR ADB „GJENSIDIGE“ GINČO NAGRINĖJIMO**

2018 m. kovo 7 d. Nr. 242-86

Vilnius

Lietuvos bankas gavo A. T. atstovės V. S. (toliau – pareiškėja), kuriai atstovauja advokatė N. Š. (toliau – pareiškėjos atstovė), kreipimąsi, kuriuo prašoma išnagrinėti tarp pareiškėjos ir ADB „Gjensidige“ (toliau – draudikas) kilusį ginčą.

N u s t a t y t a:

2010 m. sausio 25 d. tarp draudiko ir pareiškėjos sutuoktinio A. S. buvo sudaryta asmens draudimo sutartis (draudimo liudijimas Nr. (*duomenys neskelbiami*)), kurios neatskiriama dalis yra Asmens draudimo taisyklės Nr. 009 (toliau – Taisyklės) ir kuria buvo apdrausta pareiškėjos dukra A. T. (toliau – apdraustoji). Draudimo liudijime nurodytos draudimo sutarties laikotarpis nuo 2016 m. liepos 18 d. iki 2017 m. liepos 17 d.

2017 m. sausio 23 d. apdraustoji nukrito nuo laiptų, dėl to patyrė traumą (toliau – įvykis). Įvykio metu apdraustoji galimai patyrė dešinės čiurnos lateralinės (išorinės) kulkšnies lūžį. 2017 m. gegužės 2 d. pareiškėja kreipėsi į draudiką, prašydama apdraustajai išmokėti draudimo išmoką už įvykio metu patirtą traumą.

Draudikas, nustatęs, kad kaulo lūžis nėra patvirtintas rentgenologiniu tyrimu ar rentgenologo išvada, tačiau esant nustatytam sveikatos sužalojimo faktui, patirtą traumą įvertino kaip čiurnos raiščių patempimą ir 2017 m. gegužės 18 d. išmokėjo 58 Eur draudimo išmoką. Pareiškėja su draudiko priimtu sprendimu nesutiko, todėl tarp šalių kilo ginčas.

Kreipimesi į Lietuvos banką dėl vartojimo ginčo nagrinėjimo pareiškėjos atstovė prašo, kad draudikas apdraustajai išmokėtų draudimo išmoką už dešinės čiurnos lateralinės kulkšnies lūžį. Pareiškėjos atstovė nurodo, kad draudiko išmokėta draudimo išmoka yra nepagrįstai maža bei neatitinkanti Taisyklių nuostatų, taip pat neatitinkanti protingumo bei sąžiningumo kriterijų. Pareiškėjos atstovės teigimu, draudiko nurodytas motyvas dėl atsisakymo išmokėti visą draudimo išmokos sumą, nes neva apdraustosios trauma (lūžis) yra nepatvirtinta gydytojų rentgenologų, yra visiškai nepagrįstas. Pareiškėjos atstovė nurodo, kad medicinos dokumentai patvirtina, kad apdraustajai buvo konstatuotas kojos lūžis, todėl draudikas privalėjo apdraustajai išmokėti draudimo išmoką ne už dešinės kojos raiščių patempimą, o už kojos lūžį.

Pareiškėjos atstovė pažymėjo, kad pateiktų duomenų, pagrindžiančių apdraustosios patirtą traumą, matyti, kad jai buvo diagnozuotas dešinės kulkšnies lūžimas per epifizinę liniją, todėl, remiantis tokia diagnoze bei vadovaujantis Taisyklių nuostatomis, mokėtina draudimo išmoka turėjo sudaryti 232 Eur.

Pareiškėjos atstovė nurodė, kad „tiek apdraustoji, tiek ir pareiškėja taip pat patyrė neturtinę žalą, kadangi sumenko pasitikėjimas draudimo paslaugas teikiančiomis bendrovėmis, buvo tikėtini lūkesčiai, kad draudimo sutarties galiojimo laikotarpiu traumos ar nelaimingo atsitikimo atveju bus atlyginta žala dėl sveikatos sutrikdymo, tačiau apginti savo teises bei teisėtus interesus trunka pakankamai ilgą laiko tarpą. Dėl šios priežasties pareiškėja ir apdraustoji patirtą neturtinę žalą vertina 1 000 Eur“.

Pareiškėjos atstovės teigimu, dėl draudiko nepagrįsto delsimo įvertinti padarytus

sveikatos sutrikdymus bei tinkamai atlyginti patirtą žalą pareiškėja buvo priversta kreiptis teisinės pagalbos į kvalifikuotą teisininką – advokatą, dėl to buvo patirta turtinė žala (120 Eur), susijusi su suteiktomis teisinėmis paslaugomis. Kadangi ši patirta žala išimtinai yra sąlygota draudiko veiksmu, šią žalą taip pat turi atlyginti draudikas.

Atsiliepime į pareiškėjos kreipimąsi draudikas nurodė nesutinkąs su pareiškėjos atstovės reikalavimais ir prašo juos atmesti. Draudikas nurodo, kad gautų medicinos dokumentų visuma leidžia daryti išvadą, kad uždaro kaulo lūžio per kaulo augimo liniją, t. y. epifiziolizės, nenustatyta. Draudiko teigimu, gautuose medicinos dokumentuose (įskaitant ir radiologų išvadas) įvardijamas tik įtariamas, tačiau radiologiniais tyrimais nepatvirtintas kaulo lūžis per kaulo augimo (epifizinę) liniją, o pareiškėjos minimas 2017 m. vasario 2 d. medicinos dokumentų išraše nurodytas įrašas (diagnozė – lateralinis kulkšnies lūžis) prieštarauja kitiems medicinos dokumentuose pasikartojantiems įrašams, kad nustatyta tik lūžio galimybė. Draudiko nuomone, kadangi vidiniai lūžiai gali būti patvirtinti tik radiologiniais tyrimais, todėl minėtame dokumente gydytojo V. V. nurodyta diagnozė nėra pagrindas mokėti draudimo išmoką pagal tarp šalių sudarytos draudimo sutarties nuostatas.

Draudikas teigimu, kadangi rentgenologiškai epifiziolizė nėra patvirtinta, išmoka buvo išmokėta už raiščių sužalojimą, o papildomos draudimo išmokos mokėti nėra pagrindo. Draudiko nuomone, nėra pagrindo sutikti ir su pareiškėjos atstovės teiginiais dėl Taisyklių nuostatų ar išmokėtos draudimo išmokos nesąžiningumo ir neprotingumo, nes sprendimas priimtas, remiantis medicinos dokumentų visuma, kaip ir reikalauja pareiškėjos atstovė, o ne vieninteliu 2017 m. vasario 2 d. medicinos dokumentų išraše esančiu įrašu.

Draudikas pažymėjo ir tai, kad, vadovaujantis Lietuvos Respublikos civilinio kodekso (toliau – CK) 6.250 straipsnio nuostatomis, nėra tenkintinas ir pareiškėjos reikalavimas atlyginti neturtinę žalą. Draudikas teigia geranoriškai išmokėjęs 58 Eur draudimo išmoką, laikydamas patirtą traumą patempimu, tačiau pareiškėjos nepasiteikinimas ir pateikti papildomi reikalavimai nepatvirtina to, kad žalos byla buvo administruojama netinkamai, o draudimo išmoka apskaičiuota neteisingai ir dėl to kilo būtinybė kreiptis teisinės pagalbos į advokatą.

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 (2016 m. sausio 28 d. redakcija) patvirtintų Vartotojų ir finansų rinkos dalyvių ginčų neteisminio sprendimo procedūros Lietuvos banke taisyklių 45 punktu, vartojimo ginčai Lietuvos banke nagrinėjami laikantis rungimosi, ginčų nagrinėjimo operatyvumo, koncentracijos, ekonomiškumo ir bendradarbiavimo principų. 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 kilo dėl draudiko priimto sprendimo apdraustosios patirtą traumą laikyti raiščių patempimu ir apdraustajai išmokėti 58 Eur draudimo išmoką bei pareiškėjos atstovės reikalavimo atlyginti pareiškėjos ir apdraustosios patirtą neturtinę žalą ir atstovavimo išlaidas.

Dėl draudiko sprendimo atsisakyti išmokėti draudimo išmoką už dešinės kojos čiurnos lateralinės kulkšnies lūžį pagrįstumo

Vertinant ginčo šalių paaiškinimus, pažymėtina, kad CK 6.987 straipsnyje yra numatyta, kad draudimo sutartimi viena šalis (draudikas) įsipareigoja už sutartyje nustatytą draudimo įmoką (premiją) sumokėti kitai šaliai (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. Pagal CK 6.156 straipsnio nuostatas, šalys turi teisę laisvai sudaryti sutartis ir savo nuožiūra nustatyti tarpusavio teises bei pareigas, išskyrus atvejus, kai tam tikras sutarties sąlygas nustato imperatyviosios teisės normos. Teisėtai sudaryta sutartis jos šalims turi įstatymo galią (CK 6.189 straipsnio 1 dalis).

Svarbu pažymėti, kad šalių (draudiko ir pareiškėjos sutuoktinio) 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. Nuo pasirinktos draudimo apsaugos priklauso draudikui mokamo atlyginimo už prisiimtus išpareigojimus, t. y. draudimo įmokos, dydis. 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 (Lietuvos Aukščiausiojo Teismo Civilinių bylų skyriaus teisėjų kolegijos 2012 m. kovo 13 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-91/2012).

Sudarydamas draudimo sutartį, pareiškėjos sutuoktinis siekė apsaugoti apdraustąją nuo nelaimingų atsitikimų, o draudikas išpareigojo apdraustajai išmokėti draudimo išmoką įvykus draudžiamajam įvykiui. Galiojantys teisės aktai leidžia draudikui nustatyti prisiimamos draudimo rizikos ir teikiamos draudimo apsaugos ribas – atvejus, kada mokama draudimo išmoka, kaip apskaičiuojama draudimo išmoka. Sudarydamas draudimo sutartį draudikas pasiūlo sąlygas, kurios apibrėžia jo prisiimamą riziką, ir pagal tai apskaičiuoja draudimo įmoką. Nagrinėjamu atveju draudėjo ir draudiko sutartis buvo sudaryta pagal Taisykles, kurios yra neatskiriama draudimo sutarties dalis.

Taisyklių 24 punkte yra nustatyta, kad kaulų ir sąnarių traumos – tai kūno sužalojimai arba sveikatos sutrikimai, patirti nelaimingo atsitikimo metu, išvardyti priede Nr. 1 „Kaulų ir sąnarių traumų išmokų apskaičiavimo lentelė Nr. 1“. Taisyklių Priedo Nr. 1 7 punkte yra nustatyta, kad draudimo išmoka dėl kaulų lūžių, išnirimų, panirimų, sindesmolizių (sąvaržų plyšimų) mokama, jei šie kūno sužalojimai (traumos) matomi rentgenogramose (kompiuterinės tomografijos arba magnetinio rezonanso nuotraukose). Vertinant ginčo šalių paaiškinimus, Lietuvos bankui pateiktus dokumentus bei Taisyklių nuostatas, pažymėtina, kad minėtame Taisyklių Priedo Nr. 1 7 punkte yra įtvirtintas nurodytų draudžiamąjį įvykio padarinių nustatymo kriterijus – draudžiamąjį įvykio padarinių užfiksavimas radiologiniuose tyrimuose.

Lietuvos Respublikos draudimo įstatymo (toliau – Draudimo įstatymas) 98 straipsnio 2 dalyje nustatyta, kad draudikas privalo tirti aplinkybes, būtinas draudžiamąjį įvykio faktui, pasekmėms ir draudimo išmokos dydžiui nustatyti, dėdamas reikiamas pastangas. Draudimo įstatymo 98 straipsnio 3 dalies 1 papunktyje yra įtvirtinta, kad draudikas neturi teisės išmokėti draudimo išmoką ar atsisakyti ją išmokėti, neįsitikinęs, kad draudžiamasis įvykis buvo. To paties straipsnio 3 dalies 2 punkte nustatyta, kad draudikas neturi teisės atsisakyti mokėti draudimo išmokos, nepatikrinęs visos jam prieinamos informacijos.

Iš Lietuvos bankui pateiktų medicinos dokumentų išrašų kopijų matyti, kad 2017 m. sausio 24 d. LSMUL Kauno klinikų radiologo, atlikusio apdraustosios kojos rentgenogramą, išvadose užfiksuota ši informacija: „deš. lateralinio maleolo, lyginant su kair. koja iki 1,7 mm. – negaliu atmesti epifiziolizės.“ Tą pačią dieną parengtame LSMUL Kauno klinikos Įdėtiniame lape Nr. (*duomenys neskelbiami*) nurodyta, kad apdraustajai buvo diagnozuotas dešinės čiurnos lateralinis kulkšnies lūžis. 2017 m. vasario 2 d. apdraustoji papildomai kreipėsi į LSMUL Kauno klinikas ir jai buvo atlikta pakartotinė rentgenograma. Nustatyta, kad „galima įtarti lūžimą deš. per eifizarinę liniją lat. maleole (išorinėje kulkšnyje).“ Iš Lietuvos bankui pateikto 2017 m. vasario 2 d. medicinos dokumento išrašo matyti, kad apdraustąją gydantis gydytojas taip pat diagnozavo „lateralinės kulkšnies lūžį“. Lietuvos banko vertinimu, atsižvelgiant į nustatytas aplinkybes, darytina išvada, kad tiek 2017 m. sausio 24 d., tiek ir 2017 m. vasario 2 d. rentgenologų parengtuose rentgenogramų aprašuose nėra pateiktų galutinių išvadų (diagnozių). Darytina išvada, kad radiologiniai tyrimai buvo įvertinti apdraustąją apžiūrėjusių ir gydančių gydytojų išvadose: atsižvelgiant į visus medicinos dokumentus (tarp jų ir radiologinius tyrimus) apdraustajai diagnozuotas lateralinės kulkšnies lūžis. Akcentuotina ir tai, kad kaulo lūžis yra užfiksuotas visuose medicinos dokumentuose (jokių prieštaravimų tarp medicinos dokumentų nenustatyta), o tai paneigia draudiko argumentus, kad nustatyta diagnozė prieštarauja kitiems tyrimų rezultatams. Atsižvelgiant į tai, darytina išvada, kad draudikas nepagrįstai teigia, kad pareiškėjos pateiktuose medicinos dokumentuose nurodytos gydytojų išvados buvo padarytos nesivadovaujant radiologiniais

tyrimais. Dėl šios priežasties, vadovaujantis Taisyklių Priedo Nr. 1 7 punkte nustatytais draudžiamąjį įvykio padarinių nustatymo kriterijais, Lietuvos banko nuomone, nėra pagrindo abejoti apdraustąją gydančių gydytojų išvadomis, kad apdraustoji patyrė lateralinės kulkšnies lūžį. Taip pat Lietuvos bankas neturi pagrindo abejoti, kad kojos lūžis buvo nustatytas rentgenograma.

Iš Lietuvos bankui pateiktų duomenų taip pat matyti, kad apdraustoji lankėsi AB „Ortopedijos technika“ Fizinės medicinos ir reabilitacijos skyriuje, kuriame jai buvo paskirtos fizioterapijos procedūros, kineziterapija ir masažai. Šios procedūros apdraustajai taip pat buvo skiriamos atsižvelgiant į apdraustosios patirtos traumos padarinius, t. y. atsižvelgiant į tai, kad pareiškėjai buvo diagnozuotas lateralinės kulkšnies lūžis. Lietuvos banko vertinimu, šios aplinkybės taip pat patvirtina, kad ne tik gydymo metu nustatyta diagnozė, tačiau ir visas gydymo ir reabilitacijos procesas buvo orientuotas ne į raiščių patempimo, o į kojos lūžio gydymą, o tai suponuoja išvadą, kad apdraustoji įvykio metu patyrė dešinės kojos lateralinės kulkšnies lūžį.

Apibendrinus ginčo šalių pateiktus dokumentus ir paaiškinimus, remiantis reikšmingų aplinkybių ir turimų faktinių duomenų visuma, darytina išvada, kad draudikas tinkamais įrodymais nepagrindė sprendimo mokėti draudimo išmoką dėl dešinės čiurnos raiščių patempimo ir nepateikė objektyvių įrodymų, galinčių patvirtinti, kad apdraustajai buvo nepagrįstai diagnozuotas dešinės čiurnos lateralinės kulkšnies lūžis. Atsižvelgiant į tai, darytina išvada, kad draudikas priėmė nepagrįstą sprendimą atsisakyti pareiškėjai išmokėti draudimo sutartyje nustatytą draudimo išmoką už kojos kaulo lūžį, todėl, remiantis nustatyta diagnoze bei vadovaujantis Taisyklių nuostatomis, draudikas apdraustajai privalėjo išmokėti 232 Eur draudimo išmoką.

Dėl pareiškėjos reikalaujamos neturtinės žalos atlyginimo

CK 6.250 straipsnio 1 dalyje yra nustatyta, kad neturtinė žala yra asmens fizinis skausmas, dvasiniai išgyvenimai, nepatogumai, dvasinis sukrėtimas, emocinė depresija, pažeminimas, reputacijos pablogėjimas, bendravimo galimybių sumažėjimas ir kita, teismo įvertinti pinigais. To paties straipsnio 2 dalyje yra įtvirtinta, kad neturtinė žala atlyginama tik įstatymų nustatytais atvejais. Neturtinė žala atlyginama visais atvejais, kai ji padaryta dėl nusikaltimo, asmens sveikatai ar dėl asmens gyvybės atėmimo bei kitais įstatymų nustatytais atvejais. Teismas, nustatydamas neturtinės žalos dydį, atsižvelgia į jos pasekmes, šią žalą padariusio asmens kaltę, jo turtinę padėtį, padarytos turtinės žalos dydį bei kitas turinčias reikšmės bylai aplinkybes, taip pat į sąžiningumo, teisingumo ir protingumo kriterijus.

Teismų praktikoje pripažįstama, kad neturtinės žalos atlyginimą reglamentuojančiose teisės normose nėra nustatyto ribojimo priteisti neturtinę žalą, tačiau neturtinės žalos atlyginimas yra civilinės atsakomybės forma, todėl neturtinei žalai priteisti būtina nustatyti visas civilinės atsakomybės sąlygas (neteisėtus veiksmus, priežastinį ryšį, kaltę bei žalą) (Lietuvos Aukščiausiojo Teismo civilinių bylų skyriaus teisėjų kolegijos 2006 m. birželio 12 d. nutartis byloje Nr. 3K-3-394/2006). Pažymėtina, kad įrodyti neturtinės žalos faktą, kaip ir kitas būtinas civilinės atsakomybės sąlygas neturtinei žalai atlyginti, yra pareiškėjos pareiga.

Svarbu pažymėti, kad pareiškėjos atstovė, reikalaujama pareiškėjai ir apdraustajai atlyginti neturtinę žalą, rėmėsi aplinkybe, kad dėl susiklosčiusios padėties pareiškėja ir apdraustoji patyrė neturtinę žalą, nes sumenko pasitikėjimas draudimo paslaugas teikiančiomis bendrovėmis. Pareiškėjos atstovė taip pat nurodo, kad tiek pareiškėja, tiek apdraustoji pagrįstai tikėjosi, kad bus atlyginta žala dėl sutrikdytos sveikatos, tačiau apginti savo teises ir teisėtus interesus trunka labai ilgai. Pažymėtina, kad iš pirmiau paminėtų teisės aktų ir teismų praktikos nuostatų matyti, kad neturtinė žala yra atlyginama įstatymuose numatytais atvejais. Lietuvos banko vertinimu, nagrinėjamu atveju nei sutartyje, nei teisės aktuose nėra įtvirtintos draudiko pareigos atlyginti neturtinę žalą už netinkamą sutarties vykdymą, t. y. už tai, kad draudikas priėmė neteisėną sprendimą ir dėl to sumažėjo pareiškėjos arba apdraustosios pasitikėjimas draudimo paslaugas teikiančiomis bendrovėmis.

Be to, pažymėtina ir tai, kad vien deklaratyvūs pareiškėjos atstovės teiginiai apie patirtus nepatogumus, nepateikiant šias aplinkybe pagrindžiančių įrodymų, nesudaro pagrindo reikalauti neturtinės žalos atlyginimo. Pareiškėjos atstovė nei Lietuvos bankui, nei draudikui nepateikė duomenų, kurie patvirtintų, kad pareiškėja ar apdraustoji patyrė fizinį skausmą, dvasinius išgyvenimus, nepatogumus, dvasinį sukrėtimą, emocinę depresiją, pažeminimą, reputacijos pablogėjimą ir pan. Lietuvos banko vertinimu, pareiškėjos patirti nepatogumai susiję su kasdienio pobūdžio klausimų sprendimu, todėl nelaikytini esminiais pažeidimais, kurie pažeidžia pareiškėjos ir apdraustosios teises. Pažymėtina, kad vien tik pažeistų teisių fakto nurodymas nesudaro pagrindo konstatuoti neturtinės žalos faktą. Darytina išvada, kad pareiškėjos draudikui keliamas reikalavimas atlyginti pareiškėjai ir apdraustajai 1 000 Eur neturtinę žalą yra objektyviais duomenimis nepagrįstas, todėl atmestinas.

Dėl atstovavimo išlaidų atlyginimo

Neteisminio vartojimo ginčų tvarką reglamentuojančio Lietuvos Respublikos vartotojų teisių apsaugos įstatymo 27 straipsnio 4 dalyje nustatyta, kad priimant sprendimą dėl ginčo esmės turi būti sprendžiama dėl vartotojo patirtų išlaidų, susijusių su vartojimo ginčų neteisminio sprendimo procedūra (įskaitant būtinas ekspertizės arba laboratorinių tyrimų išlaidas, išlaidas advokato ar advokato padėjėjo pagalbai apmokėti ir vertimo išlaidas), atlyginimo proporcingai patenkintų vartotojo reikalavimų daliai. Pažymėtina, kad analogiškos nuostatos yra įtvirtintos Vartotojų ir finansų rinkos dalyvių ginčų neteisminio sprendimo procedūros Lietuvos banke taisyklių 62 punkte.

Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad dėl pareiškėjai suteiktos advokatės teisinės pagalbos pareiškėja patyrė 120 Eur išlaidų. Remiantis Lietuvos bankui pateiktais dokumentais, nustatyta, kad pareiškėjos atstovė, siekdama pagrįsti 120 Eur pareiškėjos patirtas atstovavimo išlaidas, Lietuvos bankui pateikė 2017 m. spalio 3 d. sutartį dėl teisinės pagalbos Nr. (*duomenys neskelbiami*) ir 2017 m. spalio 11 d. Pinigų priėmimo kvito kopiją.

Lietuvos banko vertinimu, pareiškėjos prašomos atstovavimo išlaidos neviršija Lietuvos advokatų tarybos 2004 m. kovo 26 d. nutarimu ir Lietuvos Respublikos teisingumo ministro 2004 m. balandžio 2 d. įsakymu Nr. 1R-85 patvirtintose Rekomendacijose dėl civilinėse bylose priteistino užmokesčio už advokato ar advokato padėjėjo teikiamą teisinę pagalbą (paslaugas) maksimalaus dydžio nustatyto maksimalaus užmokesčio už dokumentų parengimą. Atkreiptinas dėmesys, kad pareiškėja kreipimesi nagrinėti vartojimo ginčą reikalavo, kad draudikas išmokėtų 1 174 Eur išmoką (174 Eur – už čiuornos kaulų lūžį ir 1 000 Eur – neturtinei žalai atlyginti), tačiau pareiškėjai buvo išmokėti tik 174 Eur, t. y. 15 proc. (14,82 proc.) reikalaujamos sumos. Atsižvelgiant į Lietuvos bankui pateiktus dokumentus, kurie patvirtina, kad pareiškėja patyrė 120 Eur atstovavimo išlaidų, bei įvertinus tai, kad pareiškėjos reikalavimai buvo patenkinti iš dalies (patenkinta 15 proc. reikalavimų), darytina išvada, kad draudikas pareiškėjai privalo atlyginti proporcingai patenkintų pareiškėjos reikalavimų daliai, t. y. 18 Eur patirtų išlaidų, skirtų advokato pagalbai apmokėti.

Remdamasis tuo, kas išdėstyta, ir vadovaudamasis Lietuvos Respublikos vartotojų teisių apsaugos įstatymo 27 straipsnio 1 dalies 2 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 pareiškėjos V. S. reikalavimus ir rekomenduoti ADB „Gjensidige“:
 - 1.1. išmokėti apdraustajai papildomą 174 Eur draudimo išmoką už dešinės čiuornos lateralinės kulkšnies lūžį;
 - 1.2. atlyginti pareiškėjai 18 Eur advokato teisinės pagalbos išlaidų.
2. Įpareigoti draudiką per mėnesį nuo sprendimo priėmimo dienos raštu informuoti Lietuvos banką apie sprendimo rezoliucinės dalies 1-ame punkte nurodytų rekomendacijų įgyvendinimą (neįgyvendinimą). Draudikui neįvykdžius minėtų rekomendacijų, 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