



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

**SPRENDIMAS
DĖL A. K. IR COMPENSA LIFE VIENNA INSURANCE GROUP SE GINČO
NAGRINĖJIMO**

2018 m. birželio 20 d. Nr. 242-250
Vilnius

Lietuvos bankas gavo A. K. (toliau – pareiškėjas) atstovaujančio advokato padėjėjo A. L. (toliau – pareiškėjo atstovas) kreipimąsi, kuriuo prašoma išnagrinėti tarp pareiškėjo ir *Compensa Life Vienna Insurance Group SE*, veikiančios Lietuvoje per įsteigtą filialą, (toliau – draudikas) kilusį ginčą.

N u s t a t y t a:

2016 m. spalio 19 d. tarp pareiškėjo ir draudiko buvo sudaryta investicinio gyvybės draudimo sutartis Nr. (*duomenys neskelbtini*) (toliau – Draudimo sutartis), kuria taip pat buvo apdrausta draudimo nuo traumos dėl nelaimingo atsitikimo rizika. 2017 m. rugsėjo 14 d. Draudimo sutartis buvo pakeista, padidinant Draudimo sutartimi apdrausto papildomo draudimo nuo traumos dėl nelaimingo atsitikimo sumą iki 30 000 Eur.

Pareiškėjas 2018 m. sausio 2 d. užpildė draudiko parengtą prašymo gauti draudimo išmoką formą, joje nurodė, kad 2017 m. gruodžio 18 d. įvyko trauma dėl nelaimingo atsitikimo (toliau – Įvykis). Pareiškėjas teigė, kad trauma įvyko buityje, o paaiškinimuose apie Įvykio aplinkybes nurodė kritęs ant laiptų. Pareiškėjas draudikui taip pat pateikė Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikų (toliau – Kauno klinikos) medicinos dokumentų išrašą (toliau – Išrašas). Išrašė pateiktoje ligos anamnezėje nurodyta: „pasak paciento, 2017 m. gruodžio 18 d. prieš 9 val., kelyje į darbą patyrė kairio žasto traumą. Krito ant laiptų. GMP atvežtas į SPS, konsultuotas ortopedo traumatologo, diagnozavus atvirą k. žastikaulio lūžį, skubos tvarka stacionarizuotas į OTR.“

Gavęs pranešimą apie Įvykį, 2018 m. sausio 8 d. draudikas Kauno klinikoms pateikė prašymą pateikti medicinos dokumentus, susijusius su pareiškėjo patirtos kairio žasto traumos pasekmių diagnozavimu ir gydymu. Draudikas 2018 m. sausio 9 d. taip pat VŠĮ Kauno Dainavos poliklinikai išsiuntė prašymą pateikti asmens sveikatos istoriją. Iš Lietuvos bankui pateiktų dokumentų nustatyta, kad dėl medicinos dokumentų buvo pakartotinai kreiptasi 2018 m. vasario 28 d., 2018 m. kovo 8 d. ir 2018 m. kovo 13 d. draudiko raštais.

2018 m. balandžio 3 d. pareiškėjo atstovas draudikui pateikė pretenziją, nurodydamas, kad, atsižvelgiant į tai, kad, praėjus 3 mėnesiams nuo pareiškėjo 2018 m. sausio 2 d. pranešimo apie Įvykį pateikimo, draudikas pareiškėjui nėra išmokėjęs draudimo išmokos, draudikui kyla pareiga nedelsiant apskaičiuoti ir pareiškėjui išmokėti draudimo išmoką dėl Įvykio.

Draudikas pareiškėjo atstovui 2018 m. balandžio 10 d. raštu pateikė atsakymą į 2018 m. balandžio 3 d. pretenziją: pateikė informaciją apie ambulatorinėms sveikatos priežiūros įstaigoms pateiktus prašymus pateikti medicinos dokumentus ir nurodė, kad visi reikalaujami dokumentai iki pareiškėjo atstovo pretenzijos pateikimo dienos draudiko nebuvo gauti. Draudikas pabrėžė, kad medicinos dokumentuose nurodyta informacija yra būtina, siekiant priimti sprendimą dėl draudimo išmokos mokėjimo, ir kad negavus nurodytų duomenų pareiškėjo atstovo pateiktas reikalavimas dėl draudimo išmokos mokėjimo negali būti tenkinamas.

Pareiškėjo atstovas nesutiko su draudiko sprendimu nemokėti draudimo išmokos, todėl kreipėsi į Lietuvos banką dėl vartojimo ginčo nagrinėjimo. Pareiškėjo atstovas kreipėsi į Lietuvos banką nurodė, kad draudiko 2018 m. balandžio 10 d. raštu pateiktas atsakymas į 2018 m. balandžio 3 d. pareiškėjo atstovo pretenziją buvo formalus ir kad draudikas įrodymais nepagrindė sprendimo nemokėti draudimo išmokos. Pareiškėjo atstovas taip pat nurodė, kad draudikas nepagrindė, kaip vykdė Lietuvos Respublikos draudimo įstatymo (toliau – Draudimo įstatymas) 98 straipsnio 7 dalyje įtvirtintą pareigą įrodyti aplinkybes, atleidžiančias nuo draudimo išmokos mokėjimo. Pareiškėjo atstovas taip pat nurodė, kad, pagal Lietuvos Respublikos civilinio kodekso 6.1014 straipsnio 1 ir 2 dalis, draudikas atleidžiamas nuo draudimo išmokos mokėjimo, jei draudžiamasis įvykis įvyko dėl draudėjo tyčios ar dėl jo neatsargumo, jei įstatymas numato draudiko teisę dėl draudėjo neatsargumo įvykusio draudžiamąjo įvykio nemokėti draudimo išmokos. Pareiškėjo atstovo teigimu, draudikas įrodymais nepagrindė, kad įvykis įvyko dėl pareiškėjo kaltės. Remdamasis kreipėsi į Lietuvos banką nurodytomis aplinkybėmis, pareiškėjo atstovas draudikui kėlė reikalavimą išmokėti pareiškėjui draudimo išmoką dėl įvykio.

Atsiliepime į pareiškėjo atstovo kreipimąsi draudikas nurodė, kad Išraše pažymima, jog pareiškėjo kairio žasto trauma buvo patirta 2017 m. gruodžio 18 d. prieš 9 val., kai pareiškėjas ryte vyko į darbą ir nukrito ant laiptų, į gydymo įstaigą pareiškėjas buvo nuvežtas greitosios pagalbos medikų. Draudikas pabrėžė, kad, 2018 m. balandžio 13 d. gavus visus įvykio aplinkybėms įvertinti reikšmingus dokumentus, buvo nustatyta daug prieštaravimų tarp dokumentuose užfiksuotų įvykio aplinkybių. Draudikas atkreipė dėmesį, kad „Kauno klinikų Ligos istorijoje, pildytoje pirminės apžiūros metu, pažymėta, kad apdraustasis atvyko pats, o trauma įvyko pacientui paslydus ant ledo: „pacientas paslydo ant ledo ir nukrito ant kairio žasto. Kairiame žaste atsiradus žaizdai, kraujuojant buvo uždėtas improvizuotas turniketas.“ Draudiko teigimu, šios aplinkybės patvirtina, kad įvykio vietoje „turėjo būti trečiasis asmuo, sutvarstęs traumos ištiktą apdraustąjį ir galintis suteikti vertingos informacijos apie šio įvykio aplinkybes. Pats traumą patyręs žmogus to sau padaryti objektyviai negalėjo.“

Draudikas pabrėžė, kad, gavus prieštarigus duomenis apie įvykį, pareiškėjui 2018 m. balandžio 24 d. raštu buvo išsiųstas prašymas pateikti įvykio aplinkybėms įvertinti būtinus papildomus duomenis apie traumos pobūdį ir suteiktą pirmąją pagalbą, taip pat prašoma nurodyti, su kokiomis draudimo įmonėmis pareiškėjas yra sudaręs gyvybės ir nelaimingų atsitikimų draudimo sutartis. Draudikas teigė, kad pareiškėjo atsakymas į 2018 m. balandžio 24 d. prašymą suteikti papildomos informacijos nebuvo gautas.

Draudiko teigimu, įvertinus iš medicinos įstaigų gautas rentgeno nuotraukas, buvo nustatyta, kad „kaulo sužalojimas yra kairio žastikaulio vidurinėje dalyje (diafizinėje), lūžis skersinis, kuris dažniausiai įvyksta tiesioginės traumos metu. Įvertinus apdraustojo amžių, kaulą ir įvykio aplinkybes, kyla pagrįstų abejonų ir įtarimų, kad šis sužalojimas galėjo būti padarytas ir dėl galimai tyčinės veikos, siekiant pasipelninti draudimo išmokomis.“

Kadangi iš pateiktų dokumentų matyti, kad įvykio aplinkybės yra neaiškios ir kelia pagrįstų įtarimų dėl galimai neteisėtų ar nusikalstamų pareiškėjo veiksmų, buvo priimtas sprendimas kreiptis į Kauno apskrities vyriausiąjį policijos komisariatą (toliau – Kauno apskrities VPK) su prašymu pradėti ikiteisminį tyrimą dėl sukčiavimo, siekiant neteisėtai gauti draudimo išmoką.

Remdamasis atsiliepime į pareiškėjo atstovo kreipimąsi nurodytomis aplinkybėmis, draudikas teigė atliekantis išsamų įvykio aplinkybių tyrimą, todėl neturi pagrindo tenkinti pareiškėjo atstovo reikalavimo mokėti draudimo išmoką, kol nėra gauta visa sprendimui dėl draudimo išmokos mokėjimo priimti reikšminga informacija.

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, 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 ir jo pagrindu priimamas sprendimas.

Atsižvelgiant į ginčo šalių paaiškinimus ir pateiktus įrodymus, darytina išvada, kad šalių ginčas kilo dėl draudiko sprendimo nemokėti draudimo išmokos, kol nėra gauta visa sprendimui priimti reikšminga informacija.

Vertinant pareiškėjo draudikui keliamą reikalavimą išmokėti draudimo išmoką, visų pirma pabrėžtina tai, kad Draudimo įstatymo 98 straipsnio 2 dalyje nustatyta, jog draudikas privalo tirti aplinkybes, būtinas draudžiamojo įvykio faktui, pasekmėms ir draudimo išmokos dydžiui nustatyti, dėdamas reikiamas pastangas. Minėto Draudimo įstatymo straipsnio 3 dalyje nurodyta, kad draudikas neturi teisės išmokėti draudimo išmoką ar atsisakyti ją išmokėti, neįsitikinęs, kad draudžiamasis įvykis buvo, arba atsisakyti išmokėti draudimo išmoką, nepatikrinęs visos jam prieinamos informacijos. Draudiko reikalavimu fiziniai ir juridiniai asmenys privalo pateikti turimą informaciją apie draudžiamojo įvykio ir įvykio, kuris gali būti pripažintas draudžiamuoju, aplinkybes ir pasekmes (Draudimo įstatymo 98 straipsnio 4 dalis). Remiantis nurodytomis Draudimo įstatymo nuostatomis, pažymėtina tai, kad teisės aktai draudimo išmokos mokėjimą imperatyviai sieja su draudiko pareiga įsitikinti draudžiamojo įvykio buvimu.

Draudikas teigia neprivalantis mokėti draudimo išmokos, kol nėra iširtos visos aplinkybės, reikšmingos draudžiamojo įvykio faktui patvirtinti ir sprendimui dėl draudimo išmokos mokėjimo priimti. Atsižvelgdamas į pateiktuose dokumentuose nurodytus prieštarigus duomenis apie įvykio aplinkybes, draudikas teigė, kad jam kyla abejonių, ar įvykis nebuvo padarytas dėl pareiškėjo tyčios ir ar jis neturi nedraudžiamojo įvykio požymių.

CK 6.1014 straipsnio 1 dalyje nustatyta, kad draudikas atleidžiamas nuo išmokos mokėjimo, jeigu draudžiamasis įvykis įvyko dėl draudėjo, apdraustojo ar naudos gavėjo tyčios, išskyrus atvejus, kai draudimo išmoka mokama pagal civilinės atsakomybės draudimo sutartį dėl atsakingo už žalą asmens kaltės padarytos žalos gyvybei ar sveikatai, taip pat kai pagal draudimo sutartį draudimo išmoka turi būti mokama apdraustojo mirties atveju, o mirtis įvyko dėl savižudybės, bet draudimo sutartis galiojo daugiau kaip trejus metus (CK 6.1014 straipsnio 3 ir 4 dalys).

Remiantis Draudimo sutarčiai taikomų sąlygų „Papildomas draudimas nuo traumos dėl nelaimingo atsitikimo Nr. 005“ (toliau – Sąlygos) 4.1.3 papunkčiu, nedraudžiamuoju įvykiu pripažįstamas apdraustojo kūno sužalojimas dėl tyčinio susižalojimo.

Atsižvelgiant į draudiko teiginius, kad medicinos dokumentuose nurodyta prieštaringa informacija, reikšminga įvykio požymių atitikties CK 6.1014 straipsnio 1 dalies ir Sąlygų 4.1.3 papunkčio nuostatomis įvertinti, pažymėtina, kad Kauno klinikų draudikui pateiktuose dokumentuose nurodyta, kad pareiškėjas į gydymo įstaigą atvyko pats dėl patirtos buitinės traumos: „pacientas paslydo ant ledo ir nukrito ant kairio žasto. Kairiame žaste atsiradus žaizdai, kraujuojant buvo uždėtas improvizuotas turniketas.“ Kaip minėta, Išrašė buvo nurodyta, jog po įvykusios traumos pareiškėjas į gydymo įstaigą buvo atvežtas greitosios pagalbos medikų.

Iš pateiktų dokumentų Lietuvos bankas nustatė, kad draudikas, siekdamas patikrinti medicinos dokumentuose nurodytą informaciją, 2018 m. balandžio 24 d. raštu kreipėsi į pareiškėją, prašydamas nurodyti, ar trauma įvyko pareiškėjui lipant laiptais aukštyn ar žemyn. Pareiškėjo taip pat buvo prašoma nurodyti, kuri pareiškėjo kūno vieta buvo sumušta, į ką pareiškėjas atsitrenkė, ar įvykio metu pareiškėjas rankose laikė kokį nors daiktą. Be minėtos informacijos, draudikas prašė nurodyti, ar įvykus įvykiui, pareiškėjas ieškojo pagalbos, ar jis galėjo pajudinti ranką ir ar galėjo paeiti. Be to, pareiškėjo buvo teirautasi, kurioje tiksliai vietoje buvo suteikta pirmoji pagalba, kas ją suteikė. Draudikas prašė, kad pareiškėjas nurodytų, „ar pareiškėjui buvo uždėtas tvarstis ar longetė ir iš ko buvo padarytas įtvaras“. Be to, 2018 m. balandžio 24 d. rašte buvo klausiama, kas pareiškėjui suteikė pirmąją pagalbą, koks tai asmuo, kokio amžiaus, ar tai buvo pareiškėjui pažįstamas asmuo. Pareiškėjo taip pat buvo teirautasi, kas jį nuvežė į ligoninę, ar tai buvo pareiškėjui pažįstamas asmuo, koku automobiliu pareiškėjas

buvo nugabentas į ligoninę, taip pat buvo prašoma nurodyti automobilio modelį ir numerius.

Atsižvelgiant į 2018 m. balandžio 24 d. draudiko rašte prašomą suteikti informaciją, darytina išvada, kad draudikas, vadovaudamasis Draudimo įstatymo 98 straipsnio 2 dalimi, dėdamas reikiamas pastangas, tyrė draudžiamojo įvykio faktui ir pasekmėms nustatyti reikšmingas aplinkybes. Draudikas taip pat aktyviai rinko medicinos dokumentus, siekdamas įvertinti traumos pobūdį ir nustatyti, ar įvykio požymiai atitinka Draudimo sutartyje nustatytas įvykio pripažinimo draudžiamuoju ir draudimo išmokos mokėjimo sąlygas. Atsižvelgiant į tai, nėra pagrindo pareiškėjo atstovo nurodytų teiginių, kad draudikas tris mėnesius nuo pareiškėjo pranešimo apie įvykį gavimo datos nerinko įrodymų, reikšmingų sprendimui dėl draudimo išmokos mokėjimo priimti, ir kad draudikas įrodymais nepavirtino draudimo išmokos nemokėjimo aplinkybių, laikyti pagrįstais.

Vertinant tai, kad pareiškėjo nepateikė draudiko 2018 m. balandžio 24 d. rašte prašomos informacijos, pažymėtina, kad kasacinio teismo praktikoje konstatuojama, kad draudimo sutartis yra fiduciarinė, t. y. grindžiama jos šalių didžiausio tarpusavio pasitikėjimo principu, sutartis; dėl to draudimo sutarties šalys privalo būti viena kitai absoliučiai atviros ir atskleisti viena kitai visą informaciją, kuri gali būti reikšminga šiai sutarčiai sudaryti bei jos sąlygoms nustatyti ir vykdyti. Draudimo santykių ypatumai lemia šių santykių dalyvių pareigą ypač glaudžiai bendradarbiauti ir kooperuotis, padedant įgyvendinti vienas kitam savo teises bei vykdyti pareigas (Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2011 m. sausio 31 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-16/2011). Šiame kontekste taip pat pažymėtina, kad Draudimo sutartį, kaip ir bet kurią kitą sutartį, jos šalys privalo vykdyti tinkamai ir sąžiningai (CK 6.38 straipsnio 1 dalis, 6.200 straipsnio 1 dalis). Todėl pareiškėjo veiksmai (draudikui nebuvo suteikta įvykiui ištirti reikšminga informacija) negali būti vertinami, kaip atitinkantys Draudimo sutarties šalims keliamus bendradarbiavimo ir sutarties vykdymo sąžiningai reikalavimus.

Atsiliepime į pareiškėjo atstovo kreipimąsi draudikas nurodė, kad iš pateiktų medicinos dokumentų buvo nustatyta, kad kaulo sužalojimas yra kairio žastikaulio vidurinėje dalyje (diafizėje), lūžis skersinis, tokio pobūdžio lūžiai dažniausiai įvyksta tiesioginės traumos metu. Taigi, draudikui kilo abejonių, ar trauma galėjo būti padaryta surinktuose dokumentuose nurodytomis aplinkybėmis.

Draudimo įstatyme draudikui nustatyta pareiga 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 draudžiamojo įvykio – t. y. staigaus ir netikėto įvykio, požymiams.

Lietuvos bankui draudiko pateikti dokumentai ir paaiškinimai patvirtina, kad po kompetentingų draudiko darbuotojų atlikto medicinos dokumentų tyrimo kilo įtarimų dėl įvykio netikėtumo. Įvertinęs aplinkybes ir surinktus įrodymus, draudikas Kauno apskrities VPK pateikė prašymą pradėti ikiteisminį tyrimą dėl sukčiavimo, siekiant neteisėtai gauti draudimo išmoką. Pažymėtina, kad ikiteisminis tyrimas ir jo rezultatai nagrinėjamu atveju yra vertintini kaip svarbi ir reikšminga aplinkybė draudiko sprendimui dėl draudimo išmokos mokėjimo priimti, nes ikiteisminio tyrimo metu vertinami duomenys yra būtini, siekiant nustatyti, ar įvykis neatitinka Sąlygų 4.1.3 papunkčio nuostatų dėl įvykio pripažinimo nedraudžiamuoju, taip pat siekiant įvertinti, ar draudikas negali būti atleistas nuo draudimo išmokos mokėjimo CK 6.1014 straipsnio 1 dalies pagrindu.

Apibendrinant Lietuvos banko nustatytas aplinkybes, darytina išvada, kad draudikas pagrįstai pareiškėjui dėl įvykio neišmoka draudimo išmokos, kol nėra surinkęs visos informacijos, reikšmingos įvykio požymių atitikties Sąlygų 4.1.3 papunkčio ir CK 6.1014 straipsnio 1 dalies nuostatomis įvertinti, todėl pareiškėjo draudikui keliamas reikalavimas išmokėti draudimo išmoką yra atmestinas kaip nepagrįstas.

Šiame kontekste papildomai pažymėtina, kad pareiškėjo atstovas, kreipdamasis dėl tarp

pareiškėjo ir draudiko kilusio ginčo išnagrinėjimo, Lietuvos bankui pateikė pareiškėjo atstovui adresuoto 2018 m. balandžio 17 d. ADB „Compensa Vienna Insurance Group“ rašto kopiją, kuriame nurodytos aplinkybės dėl tarp pareiškėjo ir šios draudimo įmonės sudarytos Draudimo nuo nelaimingų atsitikimų sutarties (draudimo liudijimo Nr. *(duomenys neskelbtini)*) vykdymo. Atsižvelgiant į tai, kad pareiškėjo atstovas kreipimesi į Lietuvos banką dėl ginčo nagrinėjimo kėlė reikalavimą draudikui mokėti draudimo išmoką pagal Draudimo sutartį, o ADB „Compensa Vienna Insurance Group“ nėra šios Draudimo sutarties šalimi, 2018 m. balandžio 17 d. ADB „Compensa Vienna Insurance Group“ rašte nurodytos aplinkybės dėl Draudimo nuo nelaimingų atsitikimų sutarties (draudimo liudijimo *duomenys neskelbtini*) vykdymo tarp pareiškėjo ir draudiko kilusio ginčo nagrinėjimo metu nevertintinos.

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 pareiškėjo A. K. reikalavimą.

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