



**LIETUVOS BANKO  
TEISĖS IR LICENCIJAVIMO DEPARTAMENTO  
DIREKTORIUS**

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

2022-02-03 Nr. 429-36  
Vilnius

Lietuvos bankas gavo X. X. (toliau – pareiškėjas) kreipimąsi, kuriuo prašoma išnagrinėti tarp pareiškėjo ir *ERGO Insurance SE*, veikiančios Lietuvoje per įsteigtą filialą, (toliau – draudikas) kilusį ginčą.

**N u s t a t y t a:**

2021 m. rugpjūčio 3 d. tarp Y. Y. (toliau – draudėja) ir draudiko buvo sudaryta draudimo nuo nelaimingų atsitikimų sutartis (toliau – Sutartis), kuria apdrausti pareiškėjo interesai, draudimo laikotarpis – nuo 2021 m. rugpjūčio 12 d. iki 2022 m. rugpjūčio 12 d.

2021 m. rugsėjo 26 d. pareiškėjas kreipėsi į (*duomenys neskelbiami*) ligoninę, nes skarda susižalojo dešinę ranką – persiplovė plaštaką ir riešą (toliau – Įvykis). Gydomo įstaigos išrašė nurodyta: „Būklės įvertinimo informacija: deš. plaštakos radialinės pusės apie 8–9 cm pjautinė žaizda. Krauj. nerv. nesužaloti.“ Pareiškėjas, kaip apdraustasis, kreipėsi ir į draudiką, prašydamas dėl Įvykio išmokėti draudimo išmoką.

Pareiškėjas pateikė duomenis (ligos istorijos išrašus), kad lankėsi gydymo įstaigose dėl žaizdos perrišimo. Pareiškėjo ligos istorijoje užfiksuotas 2021 m. spalio 20 d. gydytojo įrašas „Žaizda sugijo, liko raudonas randas 8x4 ilgio. <...> Judesiai beveik pilnai atsistatė. Gyd. baigtas.“

2021 m. spalio 27 d. draudikas pareiškėją informavo, kad 90 Eur draudimo išmoka išmokėta remiantis pateiktais medicinos dokumentais ir Sutarties nuostatomis (3 proc. draudimo sumos, kuri pagal Sutartį – 3 000 Eur). Draudikas nurodė, kad Sutartyje papildoma draudimo išmoka už gydymosi trukmę ar patirtus nepatogumus nėra nustatyta.

Pareiškėjas draudikui pateikė pretenziją, joje prašė persvarstyti priimtą sprendimą. Pareiškėjas nurodė: „Nesutinku su gydymo metu apskaičiuotu žalos dydžiu, nes jis yra visiškai neadekvatus patirtos traumos ir pažeidimų sudėtingumui. Noriu pažymėti, kad gydymas buvo ilgas, X. X. visą tą laiką negalėjo užsiimti jokia veikla, patyrė diskomfortą, o ir sužalota buvo pagrindinė darbinė ranka (dešinė). Kaip matyti iš nuotraukų, tikėtina, kad sužalojimo kosmetiniai, o galbūt ir gilesni padariniai dar išliks ilgam, o tai vėl kels tam tikrą diskomfortą ir nepatogumą. Pagal praktiką jau yra žinoma, kad net ženkliai už mažesnius pažeidimus yra išmokamos aiškiai didesnės draudimines sumos. Jūsų priskaičiuota ir per gydymo eigą išmokėta suma vos vos tik viršija draudimo metinę įmoką, o tai, mano manymu, visiškai neteisinga, nes rankos sužeidimas aiškiai matyti, kad buvo ir yra gilus.“

Kadangi draudikas netenkino prašymo, pareiškėjas kreipėsi į Lietuvos banką dėl vartojimo ginčo nagrinėjimo. Kreipimesi į Lietuvos banką pareiškėjas nurodė, kad 2021 m. spalio 5 d. draudikas išmokėjo 60 Eur draudimo išmoką. Pareiškėjas informavo draudiką nesutinkantis su draudimo išmokos suma. 2021 m. spalio 6 d. draudikas papildomai pareiškėjui išmokėjo 30 Eur draudimo išmoką. Vis dėlto pareiškėjas nurodė su bendra išmokėta suma nesutinkantis ir prašė rekomenduoti draudikui „Peržiūrėti ir naujai įvertinti žalos dydį. Liko dideli randai, kurie dar ilgai bus gydomi ir ta ranka dar dabar nėra darbinga (skauda).“

Atsiliepime į pareiškėjo kreipimąsi draudikas nurodė su pareiškėjo reikalavimais nesutinkantis. Sutartis buvo sudaryta Nelaimingų atsitikimų draudimo taisyklių Nr. 009 (galioja nuo 2020 m. rugpjūčio 10 d.) (toliau - Taisyklės) pagrindu. Sutartyje buvo nustatyta 3 000 Eur draudimo suma traumų atveju.

Draudikas nurodė, kad, įvertinęs 2021 m. rugsėjo 28 d. iš pareiškėjo gautą pranešimą ir pateiktus duomenis, 2021 m. spalio 5 d. priėmė sprendimą išmokėti 60 Eur draudimo išmoką. Draudimo išmoka apskaičiuota vadovaujantis Taisyklių priedo Nr. 1 lentelės Nr. 3 (toliau –

Lentelė Nr. 3) 4.9 papunkčiu (2 proc. draudimo sumos). Gavęs draudiko sprendimą, pareiškėjas draudikui pateikė papildomus duomenis, juos įvertinus, apskaičiuota ir išmokėta papildoma draudimo išmoka (1 proc. draudimo sumos, t. y. 30 Eur).

Nors pareiškėjas draudiko prašė persvarstyti priimtą sprendimą, nebuvo pagrindo tenkinti šio prašymo. Draudikas pažymėjo, kad draudimo liudijime nurodytos draudimo sumos pagal rizikas. Prie rizikos „Kitos (smulkios) traumos“ nurodyta draudimo suma – 3 000 Eur. Draudimo išmokos apskaičiavimo pagrindas – Lentelės Nr. 3 4 straipsnio „Sužalojimai kitų (smulkių) traumų atveju“ 4.8 papunktis – „Minkštųjų audinių siūtos žaizdos 10 cm ir didesnės“, procentinė dalis dėl esamo sužalojimo – 3 proc. draudimo sumos (šiuo atveju – 90 Eur). Draudikas pabrėžė, kad pareiškėjas neginčija, jog patirta rankos trauma atitinka draudiko taikytą Sutarties sąlygą. Sutarties sąlygose papildoma išmoka už gydymosi trukmę ir patirtus nepatogumus nėra nustatyta.

Draudikas nurodė, kad draudėja draudimo nuo nelaimingų atsitikimų draudimo sutartį sudaro nuo 2016 metų, sutartis kasmet atnaujinama. 2021 m. rugpjūčio 2 d. elektroniniu laišku draudėjai išsiųstas pasiūlymas vėl atnaujinti draudimo sutartį. Kartu su pasiūlymu draudėjai išsiųstos Taisyklės. Gavusi draudėjos pritarimą, kad pasiūlyme pateiktos draudimo sutarties sąlygos tinkamos, draudiko vadybininkė išsiuntė draudėjai draudimo liudijimą, sąskaitą apmokėti ir dar kartą Taisykles. Gavusi pasiūlymą kitą dieną draudėja jį akceptavo (sumokėjo draudimo įmoką (36 Eur).

#### 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 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.

Iš ginčo šalių pateiktų duomenų matyti, kad šiuo atveju ginčo dėl įvykio pripažinimo draudžiamuoju nėra. Pareiškėjas nesutinka su draudiko apskaičiuotos draudimo išmokos suma.

Lietuvos Respublikos civilinio kodekso (toliau – CK) 6.987 straipsnyje nustatyta, 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. 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 neprieštarauja įstatymams.

Svarbu pažymėti, kad šiam ginčui aktuali 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 2009 m. birželio 15 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-32/2009; 2012 m. kovo 13 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-91/2012; 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 individualiosiose 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 draudžiamąjo įvykio fakto nustatymu (CK 6.987 straipsnis) (Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 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-3-257/2009; 2009 m. vasario 9 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-32/2009; 2013 m. balandžio 19 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-215/2013).

Šiuo atveju draudėja, sudarydama Sutartį, siekė apsaugoti pareiškėjo (apdraustojo)

turtinius interesus, įvykus nelaimingam atsitikimui, o draudikas įsipareigojo apdraustajam išmokėti draudimo išmoką, įvykus draudžiamajam įvykiui. Kaip minėta, galiojantys teisės aktai leidžia draudikui nustatyti prisiimamos draudimo rizikos ir teikiamos draudimo apsaugos ribas – atvejus, kada mokama ir kaip apskaičiuojama draudimo išmoka. Sudarydamas draudimo sutartį draudikas pasiūlo sąlygas, kurios apibrėžia jo prisiimamą riziką, ir pagal tai apskaičiuoja draudimo įmokos dydį. Draudėjos ir draudiko Sutartis buvo sudaryta pagal Taisykles, kurios yra neatskiriama Sutarties dalis.

Pagal Taisyklių 2.1 papunktį, 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 sąrašė.

Taisyklių 3 punkte nustatyta: „Jūsų pasirinktos draudimo rizikos, dėl kurių draudimo buvo susitarta, yra nurodomos draudimo liudijime. Toliau nurodomos draudimo rizikos ir išmokos, draudimo išmokų apskaičiavimo bei mokėjimo sąlygos ir tvarka.“

Ginčui aktualiame draudimo liudijime nurodytos tokios draudimo sumos pagal rizikas: kaulų lūžiai – 3 000 Eur; kitos (smulkios) traumos – 3 000 Eur; neįgalumas – 6 000 Eur; mirtis – 6 000 Eur; kritinės ligos – 0 Eur; ligos – 300 Eur; medicininės išlaidos – 0 Eur; ligonpiniginiai – 0 Eur; dienpinigiai – 0 Eur; negautos pajamos – 0 Eur; pagalba namuose – 0 Eur.

Taisyklių 3.4 papunktyje nustatyta: „Kitos (smulkios) traumos – bent vienas iš šių taisyklių Priedo Nr. 1 Lentelėje Nr. 3 „Sužalojimai kitų (smulkių) traumų atveju“ nurodytų apdraustojo kūno sužalojimų, patirtų dėl išorinio poveikio: 3.4.1. draudimo išmokos dydis yra išreiškiamas procentais nuo draudimo liudijime nurodytos draudimo sumos kitų (smulkių) traumų atveju ir apskaičiuojamas vadovaujantis šių taisyklių Priedo Nr. 1 Lentelėje Nr. 3 „Sužalojimai kitų (smulkių) traumų atveju“ tam sužalojimui nustatyta procentine dalimi; 3.4.2. draudimo išmokų skaičius dėl traumų yra neribojamas, tačiau visų per draudimo sutarties galiojimo laikotarpį mokėtinų draudimo išmokų suma negali viršyti draudimo sutartyje nustatytos traumų draudimo sumos.“

Pagal Taisyklių 3.12.1 papunktį, „draudimo išmokos dydį nustato mūsų gydytojai ekspertai, vadovaudamiesi šiomis draudimo taisyklėmis, šių draudimo taisyklių Priede Nr. 1 pateiktomis neįgalumo, kaulų lūžių, kitų (smulkių) traumų, kritinių ligų bei ligų draudimo išmokų lentelėmis, apdraustojo medicininiais dokumentais, taip pat atsižvelgdami į apdraustąjį gydžiusių medikų išvadas, konsultacijas, siūlymus ir apdraustojo reabilitacijos efektyvumą.“

Taisyklių 7.1 papunktyje nustatyta: „Jūsų ir mūsų sutarimu draudimo sutartyje yra nustatomi draudimo sumų dydžiai apdraustojo mirties, neįgalumo, kaulų lūžių, kitų (smulkių) traumų, kritinių ligų, ligų rizikoms, taip pat ligonpinių, dienpinių, medicininė išlaidų, pagalbos namuose, negautų pajamų draudimo sumų dydžiai.“

Taisyklių priede Nr. 1 pateiktos draudimo išmokų lentelės: lentelė Nr. 1 skirta sužalojimams neįgalumo atveju, lentelė Nr. 2 – sužalojimams kaulų lūžių atveju, Lentelė Nr. 3 – sužalojimams „kitų (smulkių) traumų atveju“, lentelė Nr. 4 – kritinėms ligoms, lentelė Nr. 5 – ligoms.

Lentelėse nurodomas „sužalojimas“ ir „procentinė dalis“. Lentelės Nr. 3 4 punktas skirtas „trauminiams vidaus organų ir minkštųjų audinių pažeidimams“. Lentelės Nr. 3 4.8 papunktyje prie sužalojimo „Minkštųjų audinių siūtos žaizdos 10 cm ir didesnės“ nurodoma skaitinė reikšmė (procentinė dalis) – 3; 4.9 papunktyje prie sužalojimo „Minkštųjų audinių siūtos žaizdos 3 cm ir didesnės, veido ir kaklo srities siūtos žaizdos 1 cm ir didesnės“ nurodoma reikšmė – 2; 4.10 papunktyje prie sužalojimo „Minkštųjų audinių siūtos žaizdos mažesnės nei 3 cm“ nurodoma reikšmė – 1. Taip pat pateikta 4 punkto pastaba: „Draudimo išmoka dėl minkštųjų audinių žaizdų yra mažinama 50 %, jeigu šios lentelės 4.8, 4.9 ir 4.10 punktuose numatytų sužalojimų atvejais žaizdos nebuvo siūtos.“

Įvertinus minėtas nuostatas, darytina išvada, kad Sutarties šalių sutarimu buvo apdrausti pareiškėjo turtiniai interesai, susiję su traumomis. Kaip matyti, draudiko ekspertai įvertino pareiškėjo pateiktus medicinos dokumentus ir pareiškėjo traumą (pjautinį rankos sužalojimą, pagal 2021 m. spalio 20 d. išrašą, bendras žaizdos ilgis – 12 cm („8x4“)) galutiniu vertinimu kvalifikavo, kaip įtvirtintą Lentelės Nr. 3 4.8 papunktyje („Minkštųjų audinių siūtos žaizdos 10 cm ir didesnės“). Įvertinus pateiktus duomenis, nėra pagrindo daryti išvadą, kad pareiškėjas nesutinka su tuo, kad jo sužalojimas atitinka požymius, nurodytus Lentelės Nr. 3 4.8 papunktyje. Vis dėlto pareiškėjas teigia, kad draudiko apskaičiuota išmoka yra per maža.

Kaip minėta, Taisyklių 3.4.1 papunktyje, reglamentuojančiame draudimo išmokos apskaičiavimą kitų (smulkių) traumų atveju, nustatyta, jog draudimo išmokos dydis yra

išreiškiamas procentais nuo draudimo liudijime nurodytos draudimo sumos kitų (smulkių) traumų atveju ir apskaičiuojamas vadovaujantis Lentelėje Nr. 3 tam sužalojimui nustatyta procentine dalimi.

Šiuo atveju draudiko apskaičiuota galutinė draudimo išmokos suma – 90 Eur. Kaip minėta, draudimo liudijime prie rizikos „kitos (smulkios) traumos“ nurodyta draudimo suma – 3 000 Eur. Pagal Lentelės Nr. 3 4.8 papunktį, draudimo išmokos dydis, esant sužalojimui „Minkštųjų audinių siūtos žaizdos 10 cm ir didesnės“, 3 proc. draudimo sumos. Įvertinus minėtas nuostatas, nėra pagrindo draudiko apskaičiuotos draudimo išmokos vertinti kaip neatitinkančios Sutarties nuostatų.

Pažymėtina, kad, įvertinus Sutarties turinį, matyti, jog Sutarties šalys aiškiai susitarė dėl fiksuotos (procentais nuo draudimo sumos išreikštos) draudimo išmokos, pareiškėjui patyrus tam tikrus požymius atitinkančią traumą. Ginčo dėl draudimo sumos ar nustatyto sužalojimo kvalifikavimo (jo atveju taikomo procentinio dydžio) nėra. Pareigos draudikui mokėti apdraustajam papildomas sumas Sutartyje nėra nustatyta.

Remiantis reikšmingų aplinkybių ir turimų faktinių duomenų visuma, darytina išvada, kad draudiko sprendimas išmokėti pareiškėjui 90 Eur draudimo išmoką šiuo atveju atitinka Sutarties šalių nustatytas draudimo išmokos dydžio nustatymo sąlygas. Dėl minėtos priežasties pareiškėjo prašymas rekomenduoti draudikui išmokėti papildomą draudimo išmoką (viršijančią 90 Eur) 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 pareiškėjo X. X. reikalavimus.

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 arba kitą ginčų nagrinėjimo instituciją įstatymų nustatyta tvarka. Kreipimasis į teismą po Lietuvos banko sprendimo dėl ginčo esmės priėmimo nelaikomas šio 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